

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 26 lipca 2013 r. A. P. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanych in solidum – Szpitala (...) w W. (obecnie Szpitali (...) Sp. z o.o. w G.) i (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 30.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia

29 listopada 2012 r. do dnia zapłaty tytułem częściowego zadośćuczynienia za krzywdę, jakiej zdaniem powoda doznał on w wyniku błędu w sztuce lekarskiej, do którego miało dojść podczas jego hospitalizacji w pozwanej placówce medycznej po wypadku, jakiemu uległ w dniu 13 sierpnia 2010 r. Wskazanej placówce medycznej powód zarzucił dopuszczenie się zaniedbania poprzez zaniechanie przeprowadzenia w toku procesu leczniczego konsultacji neurochirurgicznej i wykonania specjalistycznych badań w celu zdiagnozowania przyczyny zaburzeń czucia prawej kończyny dolnej uszkodzonej w wypadku, co przełożyło się na istniejący dotychczas niedowład stopy.

(pozew k. 3-7)

Pozwany szpital i zakład ubezpieczeń nie uznali swojej odpowiedzialności w sprawie i wnieśli o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz każdego z nich od powoda kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwani kwestionowali postawiony przez powoda zarzut niedbalstwa przypisywany przez niego pozwanej placówce medycznej, podnosząc, że czas, w którym powód przebywał w (...) szpitalu w związku z masywnymi, wielonarządowymi obrażeniami ciała, jakich doznał w wypadku w dniu 13 sierpnia 2010 r. został wykorzystany na diagnostykę

i leczenie urazów zagrażających życiu powoda, natomiast leczenie ewentualnego uszkodzenia nerwów obwodowych można było diagnozować i leczyć w okresie późniejszym. Wskazywali, że takie postępowanie jest zgodne z przyjętymi procedurami medycznymi i wiedzą lekarską.

(odpowiedź na pozew S.S. im. F. C. k. 108-109; odpowiedź na pozew (...) SA k. 97-101)

W piśmie procesowym z dnia 18 kwietnia 2017 r. powód rozszerzył żądanie pozwu w zakresie zadośćuczynienia. Ostatecznie wniósł o zasądzenie z tego tytułu na jego rzecz od pozwanych in solidum kwoty 150.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia

29 listopada 2012 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powód podniósł, że (...) szpital powinien był wykonać w trakcie hospitalizacji powoda badanie EMG, które pozwoliłoby na wskazanie miejsca uszkodzenia nerwu i umożliwiło podjęcie stosownego leczenia. Pozwanej placówce medycznej zarzucił nadto, iż przy wypisie ze szpitala nie pokierowała powoda w odpowiedni sposób co do sposobu dalszej diagnostyki i sposobu leczenia.

(pismo procesowe powoda k. 449-450)

Pozwani potrzymali swe żądania oddalenia powództwa i zasądzenia na rzecz każdego z nich od powoda kosztów postępowania według norm przepisanych.

(pisma procesowe pozwanych k. 500-501 i k. 503-504)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny :

W dniu 13 sierpnia 2010 r. A. P. był uczestnikiem wypadku drogowego. Powód, jadąc motocyklem przy wyprzedzaniu uderzył w samochód, który nagle bez uprzedzenia skręcił w posesję. Bezpośrednio po wypadku powód stracił przytomność, a kiedy ją odzyskał, leżał na jezdni, był w szoku, odczuwał silne bóle tułowia i kończyn, nie mógł się podnieść.

(okoliczności bezsporne)

Bezpośrednio po wypadku powód karetką pogotowia został przetransportowany w stanie ciężkim do Szpitala (...) w W., gdzie stwierdzono u niego liczne wielonarządowe obrażenia ciała.

Przy przyjęciu do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o godzinie 23:36 poszkodowany był przytomny, w stanie wstrząsu pourazowego, znajdował się w pełnym kontakcie słownym z lekarzami, odtwarzał okoliczności zdarzenia.

W chwili przyjęcia powód demonstrował objawy rozlanego uszkodzenia mózgu z niedowładem połowicznym prawostronnym, co sugerowało centralne pochodzenie zaburzeń ruchomości kończyny dolnej prawej.

Po niezwłocznym wykonaniu licznych badań, w tym zdjęcia RTG miednicy, powód w nocy 14 sierpnia 2010 r. o godzinie 2:23 został przyjęty do Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu. Ze względu złamanie kości udowej doraźnie zastosowano u poszkodowanego wyciąg bezpośredni na kończynę dolną prawą z obciążeniem oraz stabilizację zewnętrzną obręczy miednicy. W Oddziale Ortopedii o godzinie 9:30 miała miejsce pierwsza konsultacja neurologiczna powoda. Badający powoda neurolog odnotował w karcie, że pacjent porusza prawą stopą unieruchomioną w wyciągu.

Około godziny 13:30 stan powoda gwałtownie się pogorszył. Stwierdzono utratę kontaktu z otoczeniem, ograniczenie wydolności oddechowej, tachykardię, cykliczne prężenia ciała, mimowolne ruchy rąk, błędny wzrok, niepokój i pobudzenie. Po wykonaniu w trybie pilnym tomografii komputerowej głowy, przeniesiono powoda na Oddział Anestezjologii

i Intensywnej Terapii. Powód był obserwowany pod kątem stabilności wielonarządowej. Podstawowym i pierwszoplanowym celem było na tym etapie leczenia, wyrównanie

i utrzymanie jego stabilnego stanu ogólnego z koniecznym leczeniem zmian pourazowych. 14 sierpnia 2010 r. o godzinie 17:30 powód był konsultowany przez neurologa, internistę, chirurga i anestezjologa. Konsultacje specjalistów nie ustaliły jednoznacznie przyczyny pogorszenia jego stanu zdrowia. Wysłunięto podejrzenie poronnej postaci padaczki. Pacjent budził się po nawoływaniu, ale nie umiał zlokalizować rozmówcy. Anestezjolog zalecił tlenoterapię i ciąglą podaż Fentanylu 0,05 mg/godz. i Tiopentalu 50 mg/godz. W dniu

15 sierpnia 2010 r. stwierdzono u powoda dodatni objaw Babińskiego. Kontrolna tomografia głowy nie wykazała zmian w mózgowiu. Stan chorego wciąż się pogarszał. W godzinach popołudniowych odnotowano spadek ciśnienia, włączono Levonor 0,2 µg. O godzinie 19:00 doszło do spadku saturacji do 40% - chorego zaintubowano i podłączono do respiratora.

W kolejnych godzinach bardzo ciężki stan pacjenta utrzymywał się. Tiopental zamieniono na Midanium 5 mg/godz + Fentanyl 0,1 mg/godz. Dalszy spadek ciśnienia podnoszony był za pomocą Levanoru. Przetoczono 4 jednostki krwi z powodu spadku płytek do 60. W nocy

z 15 na 16 sierpnia 2010 r. stan chorego był bardzo ciężki. Powód pozostawał bez kontaktu

z otoczeniem. Rano odstawiono Dormicum 3 mg/godz. i utrzymano wlew Fentanylu 50 mg/godz. Do godzin wieczornych 16 sierpnia chory nadal pozostawał bez kontaktu – podano Axate – bez efektu. Powód wciąż pozostawał zaintubowany na oddechu wspomaganym,

w stanie śpiączki farmakologicznej. Wprowadzenie powoda w śpiączkę Tiopentalową z Fantanylem z jednoczesną intubacją i respiroterapią było jedynym właściwym postępowaniem w jego przypadku. Dzięki protekcji mózgowej powód przeżył wielokrotne jednoznaczne zagrożenie życia. Powód wymagał leczenia interdyscyplinarnego – anestezjologicznego, kardiologicznego i ortopedycznego. Był czterokrotnie konsultowany neurologicznie (14, 18 i 26 sierpnia oraz 1 września 2010 r.) z powodu urazu czaszkowo-mózgowego i niedowładu prawej kończyny dolnej. Nadto powód był konsultowany ortopedycznie, kardiologicznie, internistycznie i okulistycznie. 23 sierpnia 2010 r. stan powoda wciąż był określany przez anestezjologów jako bardzo ciężki. Powód nadal był nieprzytomny, gorączkował, miał zapalenie płuc. 24 sierpnia 2010 r. jego stan nieco poprawił się. Udało się z nim nawiązać kontakt logiczny. Po wyrównaniu stanu ogólnego, powód w dniu 25 sierpnia 2010 r. został poddany operacji w znieczuleniu ogólnym

– wykonano stabilizację miednicy, złamanie kości udowej prawej zespolono gwoździem śródszpikowym, a złamanie kości krzyżowej i rozejście spojenia łonowego zaopatrzone stabilizatorem zewnętrznym.

(dokumentacja medyczna k. 17-39, 40-48; 54-83, 125-228, 267-285; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323)

Wykonanie tej operacji ortopedycznej było bezwzględnie konieczne i pilne, mimo niewielkiej tylko poprawy stanu ogólnego zdrowia powoda. Operację powód zniósł dobrze, powoli wracał mu pełniejsza świadomość. Podczas operacji w dniu 25 sierpnia 2010 r. nie było możliwości podjęcia próby odnalezienia kikutów lub uszkodzonego nerwu prawej kończyny dolnej z dwóch powodów: po pierwsze - nie było wiadomo (najprawdopodobniej), że w ogóle doszło do uszkodzenia któregośkolwiek z nerwów i po drugie - lekarze przeprowadzający zabieg operacyjny stabilizacji złamania uda gwoździem śródszpikowym nie mieli możliwości oceny przebiegu nerwu, z uwagi na to, że nie pozwala na to metoda operacyjna. Gwóźdź szpikowy wprowadza się bowiem do kości z innej strony, niż przebiega nerw. Podczas operacji nie otwiera się mięśni, tylko wkłada się gwóźdź stabilizujący dwa odłamy kości przez niewielkie nacięcie.

Dopiero dzień po przeprowadzonym zabiegu ortopedycznym, tj. 26 sierpnia 2010 r. stwierdzono utrzymujący się niedowład połowiczny prawostronny.

W sytuacji przerwania nerwu można przywrócić jego funkcje zszywając go. W przypadku urazów, złamań dochodzi często do krwaków, obrzęków tkanek miękkich i przypadku uciśnięcia (uwięźnięcia) nerwów. W sytuacjach, w których brak jest możliwości dotarcia do uwięźniętego czy uciśniętego nerwu z uwagi na obrzęk, należy podjąć fizykoterapię, nagrzewania w celu zniwelowania obrzęku i czekać aż nerw się zregeneruje i podejmie swoją funkcję.

Przy uszkodzeniach nerwów obwodowych zasadą jest ich niezwłoczne leczenie różnymi metodami zależnie od rodzaju uszkodzenia danego nerwu. Zasadą jest, że im wcześniej zostanie odbarczony nerw, tym lepiej. Zasada ta jest jednak modyfikowana w zależności od stanu, w jakim znajduje się pacjent. Obecnie uszkodzenia nerwów obwodowych można diagnozować i leczyć w okresie późniejszym, co jest zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515)

W dniu 28 sierpnia 2010 r. powód w nieco lepszym stanie kontaktowym i ogólnym, został przeniesiony do Oddziału Ortopedii, gdzie był dalej leczony zachowawczo z powodu infekcji pooperacyjnej uda prawego i stwierdzonym uprzednio niedowładem prawej nogi. Przy wypisie z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii do Oddziału Ortopedii, co nastąpiło nie odnotowano problemu niedowładu prawej stopy.

W konsultacji neurologicznej z dnia 1 września 2010 r. stwierdzono cechy niedowładu kończyny dolnej prawej. Wskazano konieczność wykonania badania RM kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, ale ze względu na stabilizację układu kostnego z użyciem metalu, nie można było wykonać tego badania. Z tego powodu diagnostykę odsunięto w czasie. Badania tego w ostateczności nie wykonano w pozwanym szpitalu, przy czym powodem takiego stanu rzeczy nie była awaria aparatury przeznaczonej do wykonywania NMR, która w istocie miała miejsce podczas hospitalizacji powoda, lecz to, że wykonaniu takiego badania przeszkadzał metal stabilizujący nogę powoda.

(dokumentacja medyczna k. 17-39, 40-48; 54-83, 125-228, 267-285; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515)

Podczas pobytu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii szpitala w W. powód ze względu na zastosowaną neurosedację OUN oraz zaburzenia świadomości nie miał możliwości realnego odczuwania swego stanu zdrowia i jego oceny, a tym bardziej informowania otoczenia o odczuwanych dolegliwościach. W stanie, w jakim znajdował się powód, nie miał on realnej możliwości zgłaszać personelowi medycznemu skarg związanych z zaburzeniami czucia i

niemożnością ruchu w kończynach dolnych. Powód nie ma żadnych wspomnień z pobytu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Jego wiedza na ten temat ogranicza się do wiadomości uzyskanych od rodziców.

W dniu 25 sierpnia 2010 r. w chwili wykonania operacji stabilizacji miednicy i złamania kości udowej, stan powoda był lepszy, ale nie pozostawał on jeszcze w pełnym kontakcie z otoczeniem. Poprawa w tym zakresie nastąpiła dopiero po przeniesieniu go do Oddziału Ortopedycznego w dniu 28 sierpnia 2010 r. Dopiero wówczas powód i jego rodzice zgłaszali lekarzom i rehabilitantom pierwsze sygnały zaburzenia czucia w prawej stopie, wyrażali też zaniepokojenie, że stopa jest zimna, w odpowiedzi uzyskując informację, że zaburzenia te wiążą się z naturalnym procesem leczenia oraz tym, że noga znajduje się w wyciągu. Takiej samej odpowiedzi udzielali powodowi lekarze ze szpitala w Z., w którym powód kontynuował proces leczenia.

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; zeznania świadka M. (...) - protokół z rozprawy z dnia 28.04.2015r. k. 368-369; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515; zeznania powoda – protokół z rozprawy z dnia 15.05.2018r. [adn.: 00:06:15 k. 546-547] w zw. z jego informacyjnymi wyjaśnieniami – protokół z rozprawy z dnia 7.11.2013r. k. 237-238)

Wszelkie działania ratujące życie powoda były prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną. Pozwana placówka medyczna podjęła właściwe działania w odniesieniu do obrażeń doznanych przez poszkodowanego. Uratowała mu życie.

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515)

W trakcie pobytu w szpitalu w W. wyprowadzono powoda ze stanu bardzo ciężkiego i uzyskano normalizację funkcji życiowych. Gdyby nie działania doświadczonego personelu medycznego (...) szpitala, powód mógłby umrzeć z powodu prężeń mózgowych tułowia, świadczących o obrzęku mózgu i wgłębiania się struktur mózgu w sierp, sukcesywnego spadku ciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń oddechowych będących wynikiem stłuczenia płuc, ataków padaczki, które przeszły w stan padaczkowy, który przy braku specjalistycznego leczenia – doprowadza do śmierci.

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323;

Dalsze leczenie i diagnostyka odbywały się poza pozwanym szpitalem.

W dniu 4 września 2010 r. powód został wypisany ze szpitala w W. na prośbę rodziny z rozpoznaniem: „Niedowład prawej kończyny dolnej” i zaleceniem dalszego leczenia i rehabilitacji. Rodzice powoda przewieźli go własnym transportem do Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z., gdzie przebywał on w Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej do 9 września 2010 r.

W (...) szpitalu zastosowano leczenie zachowawcze, ortezę unieruchamiającą staw skokowy prawy w położeniu pośrednim, wdrożono fizjoterapię.

W dniu 9 września 2010 r. powód został wypisany do domu z zaleceniem łózkowo-fotelowego trybu życia, farmakoterapii oraz kontroli w Rejonowej Przychodni (...) oraz kontroli w (...) w Z. za 6-8 tygodni, w razie nasilenia dolegliwości bólowych zalecono kontrolę w trybie pilnym.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 40; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; zeznania powoda – protokół z rozprawy z dnia 15.05.2018r. [adn.: 00:06:15 k. 546-547] w zw. z jego informacyjnymi wyjaśnieniami – protokół z rozprawy z dnia 7.11.2013r. k. 237-238)

W okresie 12 – 17 października 2010 r. powód przebywał w Oddziale Ortopedyczno – Urazowym i Ortopedii Onkologicznej (...) Centrum (...) w P., gdzie 14 października usunięto mu stabilizator zewnętrzny miednicy.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 41; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323)

Podczas hospitalizacji powoda w Szpitalu (...) w W., a także w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. i (...) Centrum (...) w P. nie wykonano u powoda koniecznego dla diagnostyki badania EMG kończyny dolnej prawej, nie przeprowadzono także konsultacji neurochirurgicznej i ewentualnej operacji. Badania te oraz konsultacje można było zlecić i wykonać w trakcie pobytu powoda w tych placówkach medycznych. Metal stabilizujący w nodze powoda nie stanowił przeciwwskazania do wykonania badania EMG. Przeprowadzona we właściwym czasie konsultacja neurochirurgiczna i leczenie neurochirurgiczne mogły dać pozytywny wynik leczenia niedowładów nerwów. Jednakże w trakcie pobytu powoda w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w W. w pierwszej kolejności należało ratować życie powoda wobec objawów słuczenia mózgu, płuc i serca i skupić się na wyrównaniu i utrzymaniu jego stabilnego stanu ogólnego. Diagnozowanie i leczenie urazu nerwu obwodowego było sprawą drugorzędną i zgodnie z powszechną wiedzą medyczną mogło być przeprowadzone w okresie późniejszym. W trakcie kilkunastu dni pobytu powoda na oddziale intensywnej terapii nie było możliwości zajmowania się niedowładem czuciowo-ruchowym jego prawej stopy, ponieważ nie pozwalał na to stan zagrożenia życia powoda. Konsultacja neurochirurgiczna i ewentualne wykonanie badania EMG (elektromiografii) nie miałyby żadnego wpływu na stan zdrowia powoda, byłoby to bezcelowe zważywszy na to, że powód był nieprzytomny, bez kontaktu z otoczeniem i pozostawał w neuroprotekcji farmakologicznej, by przetrzymać krytyczny stan zagrożenia życia. Zgłaszanie przez powoda i jego rodzinę po okresie śpiączki dolegliwości w zakresie zaburzeń czucia nie mogły w żaden sposób wpłynąć na proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu.

Także kilkudniowe pobyty powoda w oddziałach ortopedycznych szpitali w W., Z. i P. nie mogły być wykorzystane dla diagnostyki nerwu obwodowego niedowładnej prawej stopy z uwagi na pilniejszą potrzebę leczenia złamanej miednicy i uda prawego. Badania EMG są wykonywane tylko w specjalistycznych ośrodkach akademickich. Zastosowana u powoda stabilizacja kości udowej prawej metalem oraz jego ogólny stan zdrowia, uniemożliwiało przewiezienie go ze szpitala w W. na badanie EMG do specjalistycznej placówki medycznej. Stan zdrowia powoda uniemożliwiał nadto wykonanie badania ENG (elektroencefalografii).

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515)

W listopadzie 2010 r. powód podjął specjalistyczne leczenie neurologiczne.

Badanie przewodnictwa nerwowego w prawej nodze wykonane 8 listopada 2010 r. wykazało całkowite uszkodzenie nerwu kulszowego prawego bez możliwości wykluczenia uszkodzenia L5, S1 po stronie prawej.

Kolejne badanie EMG wykonane w dniu 23 lutego 2011 r. wskazywała na masywne uszkodzenie aksonalne nerwu kulszowego prawego – nie stwierdzono neurofizjologicznych cech zachowania ciągłości tegoż nerwu. Wskazano, że miejsce uszkodzenia nerwu znajduje się najprawdopodobniej na udzie, jednakże nie można wykluczyć uszkodzenia na poziomie korzeni lub splotu lędźwiowo-krzyżowego. Zalecono wykonanie w celach diagnostycznych badania USG lub RM prawej kończyny dolnej i kontrolnego badania EMG.

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515; wynik badania EMG k. 268-270; wynik badania EMG k. 21 załączonych akt szkodowych)

W trakcie dalszego leczenia i diagnostyki powoda w okresie 19 – 21 kwietnia 2011 r. w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł., rozpoznano u niego: uraz

nerwu kulszowego na poziomie biodra i uda; uraz prawego nerwu kulszowego na poziomie uda; plegię (paraliż) zgięcia grzbietowego i podeszwowego prawej stopy. W trakcie wykonanego w dniu 20 kwietnia 2011 r. zabiegu operacyjnego eksploracji prawego dołu podkolanowego nie znaleziono kikutów uszkodzonego nerwu. Powoda operował profesor A. R..

W okresie od 13 do 19 grudnia 2011 r. powód przebywał w Klinice (...) im. (...) w Ł., gdzie rozpoznano u niego mononeuropatię kończyny dolnej – uszkodzenie nerwu kulszowego. Wykonano reoperację ze względu na stwierdzenie objawów parestezji w zakresie nerwu strzałkowego i piszczelowego prawego przy opukiwaniu dolnego bieguna rany dołu podkolanowego prawego. 16 grudnia 2011 r. wykonano neuroлизę nerwu kulszowego, piszczelowego i strzałkowego prawej kończyny dolnej. Chorego wypisano do domu z założonymi szwami i z poprawą czucia w prawej dolnej kończynie z rozpoznaniem: „uszkodzenie nerwu kulszowego prawego”.

Dalsza diagnostyka przeprowadzona w kwietniu 2014 r. w (...) Centrum (...) ujawniła ostatecznie, że u powoda na skutek wypadku doszło do uwięźnięcia (a nie przerwania) nerwu i przeprowadzono zabieg jego odbarczenia, co doprowadziło do poprawy czucia w prawej stopie powoda. Stwierdzono „uszkodzenie nerwu kulszowego prawego (uraz naciągnięcia wskutek uszkodzenia miednicy-uszkodzenie w obrębie splotu lędźwiowo-krzyżowego) oraz układu kostnego kończyny dolnej. Profesor A. R. nie stwierdził, że proces leczenia powoda w (...) szpitalu był nieprawidłowy, nie wyraził zgody na wydanie powodowi oświadczenia, że w trakcie jego pobytu w pozwanej placówce medycznej doszło do błędu medycznego.

Ponieważ uraz rozciągowy nie podlega leczeniu operacyjnemu, a miejsca uszkodzenia nerwu nie odnaleziono do dnia dzisiejszego, bezprzedmiotowe są dywagacje na temat tego, w jakim maksymalnie okresie po wypadku powinien być wykonany zabieg rekonstrukcji nerwu mogący prowadzić do usprawnienia stopy powoda.

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515; dokumentacja medyczna (...) k. 267; karta informacyjna leczenia szpitalnego (...) nr (...) im. (...) w Ł. k. 23 załączonych akt szkodowych; protokół zabiegu operacyjnego z dnia 25.08.2010r. k. 358; zeznania powoda – protokół z rozprawy z dnia 15.05.2018r. [adn.: 00:06:15 k. 546-547] w zw. z jego informacyjnymi wyjaśnieniami – protokół z rozprawy z dnia 7.11.2013r. k. 237-238)

W międzyczasie powód w okresie od 28 maja do 15 czerwca 2012 r. w ramach prewencji ZUS przebywał na rehabilitacji leczniczej w Sanatorium w U.. Stwierdzono możliwy chód w ortezie, na palcach i pięcie prawej stopy chód niemożliwy, osłabienie siły mięśniowej i czucia powierzchniowego prawej kończyny dolnej. U powoda utrzymywał się ból prawej stopy. Do domu powód został wypisany z rozpoznaniem: „ stan po urazie wielomiejscowym z uszkodzeniem nerwu kulszowego prawego. Bez wyraźnej poprawy”.

(dokumentacja medyczna k. 17-39, 40-48; 54-83, 125-228, 268-285; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323)

Bez względu na czas przeprowadzenia zabiegu odbarczenia uwięźnionego nerwu, nie jest możliwe, w przypadku powoda, pełne odzyskanie sprawności jego prawej stopy. Z całą pewnością, nie miał na to wpływu okres hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu.

Podjęcie rehabilitacji i fizykoterapii stwarza możliwość usprawnienia uszkodzonej kończyny dolnej powoda.

(opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii dr n. med. J. Ł. k. 256-259 w zw. z opinią z pisemną uzupełniającą k. 316-323; opinia biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 404-407 w zw. z ustną uzupełniającą opinią tego biegłego k. 510-515)

W dacie wypadku powód miał 23 lata. Był zdrowym, w pełni sprawnym mężczyzną, studiował na AWF. Powód nie ukończył studiów, ponieważ przez uraz nie zaliczył egzaminów sprawnościowych.

Po wypadku powód leczył się u psychiatry.

(zeznania powoda – protokół z rozprawy z dnia 15.05.2018r. [adn.: 00:06:15 k. 546-547] w zw. z jego informacyjnymi wyjaśnieniami – protokół z rozprawy z dnia 7.11.2013r. k. 237-238)

Z dniem 2 grudnia 2013 r. nastąpiło przekształcenie (...) Szpitala (...) w W. w spółkę prawa handlowego pod firmą Szpital (...) spółka z o.o. w W..

Następnie z dniem 3 kwietnia 2017 r. w trybie art. 491 k.s.h. w zw. z art. 492 § 1 pkt. 1 k.s.h. Szpitale Wojewódzkie w (...) Sp. z o.o. w G. (jako spółka przejmująca) została połączona z (...) Sp. z o.o. w G. oraz Szpitalem (...) Sp. z o.o. w W. (spółkami przejmowanymi) poprzez przejęcie ich całego majątku. Z dniem połączenia nastąpiła zmiana firmy spółki przejmującej na Szpitale (...) Sp. z o.o. w G., która stała się następcą prawnym pozwanego Szpitala (...) w W..

(okoliczności bezsporne; odpis z KRS k. 301-304; pismo procesowe k. 462; odpis z KRS k. 466-470)

Pismem doręczonym w dniu 19 października 2012 r. powód wezwał pozwaną placówkę medyczną do zapłaty kwoty 500.000 zł tytułem szkody wyrządzonej na skutek błędu medycznego, o czym szpital zawiadomił (...) S.A w W., który w dniu zdarzenia udzielał pozwanemu ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczyciel, pismem datowanym na dzień 28 listopada 2012 r. odmówił wypłaty odszkodowania w jakiegokolwiek części, podnosząc, że działania lecznicze podejmowane względem powoda w pozwanym szpitalu były prawidłowe.

(wezwanie do zapłaty wraz z potwierdzeniem doręczenia k. 49-50; decyzja ubezpieczyciela k. 53-53v.; załączone akta szkodowe)

Ustaleń w zakresie przedstawionego powyżej stanu faktycznego, przyjętego za podstawę do przeprowadzenia w dalszej części rozważań prawnych, sąd dokonał w oparciu o wszechstronną analizę całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, kierując się przy tym dyrektywami określonymi w art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 229 k.p.c. i 227 k.p.c. Wszelkie wykorzystane przez sąd dokumenty mogły stanowić podstawę do dokonywania ustaleń, albowiem nie były kwestionowane w zakresie autentyczności, ani treści.

Kluczowe znaczenie dla sprawy miały opinie biegłych z zakresu neurochirurgii J. Ł. i K. S.. Powołani biegli wykazali się zarówno wysokim poziomem wiedzy teoretycznej, jak i bogatym doświadczeniem praktycznym. Biegli nie mieli wątpliwości, iż wszelkie działania personelu medycznego podjęte przez pozwanego szpitala w procesie leczenia i diagnostyki powoda były prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną, zgodnie stwierdzili, że lekarze (...) szpitala podjęli właściwe działania w odniesieniu do obrażeń doznanych przez powoda w wypadku z 13 sierpnia 2010 r.

W szczególności opinie biegłych były zgodne co do tego, że w pierwszej kolejności należało ratować życie powoda i skupić się na wyrównaniu i utrzymaniu jego stabilnego stanu ogólnego, natomiast diagnozowanie i leczenie urazu nerwu obwodowego było sprawą drugorzędą i zgodnie z powszechną wiedzą medyczną mogło być przeprowadzone w okresie późniejszym. W ocenie obu biegłych konsultacja neurochirurgiczna i ewentualne wykonanie badania EMG (elektromiografii) nie miałyby wpływu na stan zdrowia powoda, ponieważ bez względu na czas przeprowadzenia zabiegu odbarczenia uwięzionego nerwu, nie było możliwe, w przypadku powoda, pełne odzyskanie sprawności jego prawej stopy. Opinie powołanych w sprawie biegłych sądowych w całym swoim zakresie są rzetelne, sporządzone zgodnie z wymogami specjalistycznej wiedzy, zawierają pełne i fachowe ustosunkowanie się do pytań Sądu. Biegli wydali opinie zapoznając się z aktami sprawy i zawartą w nich dokumentacją medyczną, biegły J. Ł. przeprowadził szczegółowe badanie powoda poprzedzone wnikliwym wywiadem chorobowym. Biegły ten w opiniach uzupełniających wyczerpująco ustosunkował się do wszystkich wątpliwości zgłoszonych przez powoda. Wnioski biegłych przedstawione w wydanych opiniach są zbieżne. Podkreślić należy, że dowód z opinii biegłego z zakresu neurochirurgii K. S. został dopuszczony z inicjatywy powoda, kwestionującego wnioski opiniującego w pierwszej kolejności biegłego z tej samej dziedziny J. Ł.. Opinia biegłego K. S. jako wydana później, potwierdza wnioski zawarte

w opinii biegłego J. S.. Biorąc pod uwagę podstawy teoretyczne, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wniosków wyrażonych w opiniach obu biegłych, Sąd uznał sporządzone opinie za w pełni miarodajne i wyczerpujące.

Sąd oddalił wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego (w rozpoznawanej sprawie trzeciego z kolei) biegłego neurochirurga. Należy zauważyć, że zgodnie z przepisem art. 286 k.p.c. Sąd może żądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby żądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Powołany przepis nie precyzuje jak należy rozumieć pojęcie „w razie potrzeby”. W orzecznictwie i doktrynie przyjmuje się jednak, iż chodzi tu o takie sytuacje, gdy opinia złożona przez biegłego jest niejasna lub niepełna, wewnętrznie sprzeczna, albo, gdy opinia pisemna jest rozbieżna z opinią ustną biegłego. W rozpoznawanej sprawie żadna z wymienionych sytuacji nie miała miejsca. W ocenie Sądu wniosek o powołanie kolejnego z rzędu biegłego neurochirurga podyktowany jest wyłącznie niezadowolaniem powoda z niekorzystnych dlań opinii. Wobec wyczerpującego wyjaśnienia przez opiniujących w sprawie biegłych wszystkich istotnych dla sprawy kwestii, uwzględnienie wniosku powoda niezadowolonego z dotychczasowych opinii o powołanie kolejnego biegłego neurochirurga byłoby nieuzasadnione i zmierzało jedynie do przedłużenia postępowania.

Zeznania powoda w części, w której twierdził on, że w trakcie jego pobytu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgłaszał personelowi medycznemu skargi związane z zaburzeniami czucia i niemożnością ruchu w kończynach dolnych są niewiarygodne. Przez cały okres pobytu na OIOM-ie powód znajdował się w stanie śpiączki farmakologicznej i ze względu na zastosowaną neurosedację OUN oraz zaburzenia świadomości nie miał on możliwości realnego odczuwania swego stanu zdrowia i jego oceny, a tym bardziej informowania otoczenia o odczuwanych dolegliwościach. Jest kwestią oczywistą, że w takim stanie powód nie był w stanie zgłaszać personelowi medycznemu skarg związanych z zaburzeniami czucia i niemożnością ruchu w kończynach dolnych. Pierwsze sygnały zaburzenia czucia w prawej stopie, powód i jego rodzice zgłaszali lekarzom i rehabilitantom dopiero po przeniesieniu go do Oddziału Ortopedycznego w dniu 28 sierpnia 2010 r.

Sąd zważył, co następuje :

Powództwo podlegało oddaleniu w całości, jako niezasadne.

Podstawę odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Podstawę przypisania odpowiedzialności pozwanemu towarzystwu ubezpieczeń należy wywieść z treści art. 822 i nast. k.c. Odpowiedzialność pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego będzie wchodziła w grę w razie zaistnienia określonego wypadku ubezpieczeniowego. W tym miejscu konieczne jest zatem przesądzenie odpowiedzialności ubezpieczonej placówki medycznej tj. Szpitali (...) Sp. z o.o. w G..

Art. 444 § 1 k.c. przewiduje m.in., że 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.

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw.

lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli ocenianąc obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu.

W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarza podczas prowadzonego leczenia, szkody, jakiej miałyby doznać powód wskutek działania lub zaniechania lekarza i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregośkolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

W przedmiotowej sprawie powód upatrywał przyczyny zaistnienia szkody w działaniach lekarzy zatrudnionych w Szpitalu (...)

w W. (obecnie Szpitalach (...)) Sp. z o.o. w G.), zarzucając im popełnienie błędu w sztuce lekarskiej w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych podczas jego hospitalizacji w pozwanym szpitalu, która miała miejsce w okresie od 13 sierpnia do 4 września 2010 r. Wskazanej placówce medycznej powód zarzucał, że konsekwencją zaniedbań, jakich w jego ocenie dopuścili się zatrudnieni w niej lekarze, pod opieką których znajdował się po wypadku, polegających na zaniechaniu przeprowadzenia w toku procesu leczniczego konsultacji neurochirurgicznej i wykonania specjalistycznych badań w celu zdiagnozowania przyczyny zaburzeń czucia prawej kończyny dolnej uszkodzonej w wypadku, jest utrzymujący się dotychczas niedowład jego prawej stopy.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie nie pozwoliło na ustalenie, że w trakcie udzielania A. P. świadczeń medycznych w Szpitalu (...) w W. (obecnie Szpitalach (...)) Sp. z o.o. w G.) w okresie jego leczenia doszło do jakichkolwiek uchybień, pozostających w sprzeczności z zasadami wiedzy medycznej, oraz obowiązującymi standardami i procedurami medycznymi.

Oceniając post factum prawidłowość działań lekarzy sprawujących opiekę medyczną nad powodem w pozwanym szpitalu, stwierdzić należy, że nie popełnili oni żadnych błędów, których skutkiem byłoby pogorszenie się stanu zdrowia powoda.

Jak ustalono w toku postępowania, powód po wypadku z dnia 13 sierpnia 2010 r. został przyjęty do (...) szpitala z masywnymi obrażeniami wielonarządowymi.

Z tego względu podstawowym i pierwszoplanowym celem działań personelu medycznego pozwanego szpitala było ratowanie życia powoda wobec objawów stłuczenia mózgu, płuc i serca oraz wyrównanie i utrzymanie jego stabilnego stanu ogólnego z koniecznym leczeniem zmian pourazowych złamania miednicy i kości udowej. Wprowadzenie powoda w śpiączkę farmakologiczną z jednoczesną intubacją i respiroterapią było jedynym właściwym postępowaniem w jego przypadku. Dzięki protekcji mózgowej powód przeżył wielokrotne jednoznaczne zagrożenie życia. Lekarzom ze szpitala w W. udało się wyprowadzić powoda ze stanu bardzo ciężkiego i uzyskać normalizację jego funkcji życiowych. Gdyby nie działania doświadczonego personelu medycznego pozwanego szpitala, powód mógłby umrzeć z powodu prężeń mózgowych tułowia, świadczących o obrzęku mózgu i wgłębiania się struktur mózgu w sierp, sukcesywnego spadku ciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń oddechowych będących wynikiem stłuczenia płuc, ataków padaczki, które przeszły w stan padaczkowy, który przy braku specjalistycznego leczenia – doprowadza do śmierci. Wszelkie działania lekarzy ratujące życie powoda były prawidłowe i zgodne ze sztuką medyczną. Pozwana placówka medyczna podjęła właściwe działania w odniesieniu do obrażeń doznanych przez poszkodowanego i

uratowała mu życie. Po nawiązaniu przez powoda kontaktu z otoczeniem po 14 dniach przebywania w śpiączce farmakologicznej, sprawą najpilniejszą i bezwzględnie konieczną było przeprowadzenie zabiegu operacyjnego stabilizacji złamania uda gwoździem śródszpikowym. Podkreślić należy, że ani przed wprowadzeniem powoda w stan śpiączki farmakologicznej, ani bezpośrednio po jego wybudzeniu, lekarze opiekujący się powodem nie mogli posiadać wiedzy o ewentualnym uszkodzeniu jego nerwu obwodowego w prawym udzie. Bezpośrednio po wypadku, w ciągu kilku godzin poprzedzających gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia powoda z utratą świadomości, powód pozostawał w szoku pourazowym i jego świadomość w tym czasie, mimo iż był w stanie odtworzyć przebieg wypadku, była ograniczona. Ani w czasie pobytu w (...), ani podczas pierwotnego pobytu w Oddziale Ortopedycznym, powód nie zgłaszał lekarzom (...) szpitala skonkretyzowanych skarg dotyczących zaburzeń czucia w prawej kończynie dolnej. Nadto podczas pierwszej konsultacji neurologicznej, jaka miała miejsce w godzinach rannych w dniu 14 sierpnia 2010 r. badający powoda lekarz odnotował w karcie, że pacjent poruszył prawą stopą unieruchomioną w wyciągu. Jest kwestią oczywistą i nie budzącą żadnych wątpliwości, że podczas procesu neurosedacji powód nie był w stanie w jakikolwiek sposób realnie odczuwać swojego stanu zdrowia, a już tym bardziej w jakikolwiek sposób sygnalizować otoczeniu odczuwanych dolegliwości. Z kolei tuż po wybudzeniu ze śpiączki farmakologicznej powód nie odzyskał jeszcze świadomości w stopniu, który umożliwiałby mu konkretyzowanie odczuwanych dolegliwości. Wykonanie w dniu 25 sierpnia 2010 r. operacji ortopedycznej stabilizacji złamania prawego uda, było bezwzględnie konieczne i pilne, mimo niewielkiej tylko poprawy stanu ogólnego zdrowia powoda. Lekarze wykonujący zabieg ortopedyczny stabilizacji złamania uda gwoździem śródszpikowym nie mieli możliwości oceny stanu nerwu obwodowego w prawym udzie powoda (odnalezienia jego kikutów, bądź oceny przebiegu nerwu), ponieważ nie pozwalała im na to zastosowana prawidłowo metoda operacyjna - gwóźdź szpikowy wprowadza się bowiem do kości z innej strony, niż przebiega nerw, a podczas operacji nie otwiera się mięśni, tylko wkłada się gwóźdź stabilizujący dwa odłamy kości przez niewielkie nacięcie. Operację powód zniósł dobrze, dopiero po tym zabiegu powoli wracała mu pełniejsza świadomość, pozwalająca na komunikowanie otoczeniu konkretnie odczuwanych dolegliwości i dlatego dopiero dzień po przeprowadzonym zabiegu ortopedycznym stwierdzono utrzymujący się u powoda niedowład połowiczny prawostronny.

W odniesieniu do zarzutów powoda dotyczących tego, że niezwłoczne odbarczenie uwięźniętego nerwu obwodowego stworzyłoby realną szansę przywrócenia sprawności jego prawej stopy, zważyć należy, że trakcie kilkunastu dni pobytu powoda na oddziale intensywnej terapii nie było możliwości zajmowania się niedowładem czuciowo-ruchowym stopy, ponieważ nie pozwalał na to stan zagrożenia życia powoda. Diagnozowanie i leczenie ewentualnego urazu nerwu obwodowego było sprawą drugorzędną i zgodnie z powszechną wiedzą medyczną mogło być przeprowadzone w okresie późniejszym. Podkreślić należy, że ostatecznie przyczyna niedowładu prawej stopy powoda zdiagnozowana została prawidłowo dopiero w kwietniu 2014 r., po upływie czterech lat od wypadku, w (...) Centrum (...). Przeprowadzona w tej placówce medycznej diagnostyka ujawniła, że u powoda na skutek wypadku doszło do uwięźnięcia (a nie przerwania) nerwu, zaś przeprowadzony pod kierunkiem profesora A. R. zabieg odbarczenia nerwu, doprowadził do poprawy czucia w prawej stopie powoda. Zgodnie z twierdzeniami powoda profesor A. R. nie potwierdził wówczas, że w procesie leczenia powoda w (...) szpitalu doszło do błędu medycznego.

W tym miejscu na podkreślenie zasługuje fakt, że leczenie i rekonwalescencja powoda w pozwanym szpitalu w W. nie zostały zakończone decyzją lekarzy, a przerwane na życzenie rodziców powoda, którzy postanowili przewieźć syna własnym transportem do szpitala w Z., bliżej miejsca zamieszkania Tym samym trudno przesądzać o tym, że gdyby rekonwalescencja powoda w szpitalu w W. trwała nadal, to właśnie w pozwanej placówce medycznej nie doszłoby do prawidłowego zdiagnozowania i leczenia powoda. Znamiennym jest przy tym fakt, że w toku dalszego leczenia powoda poza pozwanym szpitalem w innych placówkach medycznych: Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z., (...) Centrum (...) w P., (...) Szpitalu (...) im. (...) w Ł., nie doszło do postawienia prawidłowego rozpoznania przyczyn niedowładu jego prawej stopy.

Faktem jest, że podczas pobytu powoda w szpitalu w W. nie został on poddany konsultacji neurochirurgicznej oraz że nie wykonano tam badania EMG (elektromiografii), które mogłoby ujawnić uwięźnięcie nerwu obwodowego w udzie i przyspieszyć proces leczenia powoda. Wykonanie tegoż badania nie było jednak możliwie w stanie ogólnym, w jakim

znajdował się powód bezpośrednio po wypadku. Pozwany szpital nie dysponował aparatem do wykonywania badań EMG. W specjalistyczną aparaturę do wykonywania tego typu badań wyposażone są jedynie ośrodki kliniczne, a stan zdrowia powoda – śpiączka farmakologiczna i doznane urazy skutkujące koniecznością stabilizacji złamanej miednicy i kości udowej metalem, uniemożliwiały przewiezienie powoda do innej placówki medycznej.

Niezależnie od powyższego wskazać należy, że zgodnie z ostateczną diagnozą postawioną w 2014 r. przez profesora A. R. uraz nerwu obwodowego powoda miał charakter rozciągowy - stwierdzono „uszkodzenie nerwu kulszowego prawego (uraz naciągnięcia wskutek uszkodzenia miednicy-uszkodzenie w obrębie splotu lędźwiowo-krzyżowego), który nie podlega leczeniu operacyjnemu. Z tych względów bezprzedmiotowe są dywagacje na temat tego, w jakim maksymalnie okresie po wypadku powinien być wykonany zabieg rekonstrukcji nerwu mogący prowadzić do usprawnienia stopy powoda. Jak zresztą wskazał w swej opinii biegły neurochirurg bez względu na czas przeprowadzenia zabiegu odbarczenia uwięzionego nerwu, nie jest możliwe, w przypadku powoda, pełne odzyskanie sprawności jego prawej stopy, przy czym na brak pozytywnych rokowań co do stanu zdrowia powoda, z całą pewnością, nie miał wpływu okres, w jakim był on hospitalizowany w pozwanym szpitalu w W..

Tym samym zarzuty powoda braku wdrożenia właściwego postępowania diagnostycznego i zaniechania wykonania specjalistycznych badań w szpitalu w W.

okazały się oczywiście nieuzasadnione.

W świetle treści karty informacyjnej leczenia szpitalnego wystawionej przy wypisie powoda na jego żądanie ze szpitala w W., nieuzasadnione okazały się także zarzuty powoda dotyczące braku wskazówek dotyczących dalszego leczenia powoda. Powód został wypisany ze szpitala z wyraźnym wskazaniem dalszego leczenia i rehabilitacji, a brak konkretnych zapisów dotyczących leczenia urazu nerwu obwodowego wiązał się z brakiem wiedzy na ten moment lekarzy pozwanego szpitala o tym, że do uszkodzenia nerwu obwodowego w ogóle doszło. Skoro w pozwanym szpitalu nie doszło do zdiagnozowania urazu nerwu obwodowego w prawym udzie powoda, to logicznym jest to, że wypisujący go ze szpitala lekarze nie informowali powoda o możliwościach dalszego leczenia urazu, o którym nie wiedzieli.

Mając powyższe na względzie należało uznać, że brak pozytywnych rokowań co do możliwości odzyskania pełnej sprawności prawej stopy powoda nie jest następstwem nieprawidłowego i niezgodnego z zasadami sztuki lekarskiej postępowania personelu Szpitala (...) w W. (obecnie Szpitali (...) Sp. z o.o. w G.), objętego ochroną ubezpieczeniową (...) S.A. w W..

Tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej i uwzględnienia powództwa w oparciu o powołane wyżej regulacje.

Mimo, iż powód przegrał proces, Sąd nie obciążył go obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego na rzecz pozwanych. Sąd uznał, że w niniejszej sprawie znajduje zastosowanie przepis art. 102 k.p.c. i przewidziana w nim zasada słuszności, zgodnie z którą w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej kosztami w ogóle. Odstępując od obciążania powoda kosztami procesu Sąd miał na uwadze jego stan zdrowia, charakter sprawy oraz aktualną, trudną sytuację osobistą i majątkową powoda, który ma na utrzymaniu 6-letnie dziecko.