

Sygn. akt I C 1358/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 grudnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Toruniu Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Maria Jaworska

Protokolant: : sekretarz sądowy Anna Karpienko

po rozpoznaniu w dniu 7 grudnia 2017 r. w Toruniu

sprawy z powództwa R. P.

przeciwko Regionalnemu Szpitalowi (...) im. dra W. B. w G.

o zapłatę, rentę i ustalenie

1. Oddała powództwo.
2. Kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.
3. Nie obciąża powoda kosztami procesu pozwanego.

Maria Jaworska

I C 1358/14

UZASADNIENIE

Powód R. P., domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Szpitala (...) im. dr W. B. w G., kwoty 800.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu, zasądzenia renty w wysokości 1.000 zł miesięcznie tytułem naprawienia wyrządzonej szkody, płatnej do dnia 10 każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu, ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość oraz zasądzenia kosztów procesu.

W piśmie procesowym precyzującym żądanie pozwu (k. 28-29) powód wskazał, że trafił do pozwanego szpitala w związku z doznanymi obrażeniami, wynikającymi z wypadku na motolotni. W szpitalu zostały przeprowadzone badania diagnostyczne, z których nie wynikało, by powód miał obrażenia o charakterze kostno-stawowym, natomiast stwierdzone zostały oparzenia lewej ręki, powstałe na skutek kontaktu z linią energetyczną średniego napięcia. Powód podniósł, że na skutek postępowania lekarzy pozwanego szpitala, nastąpiła anemizacja kończyny górnej, co w efekcie doprowadziło do konieczności amputacji przedramienia lewego z zachowaniem stawu łokciowego. Powód sprecyzował, że chodzi o powikłania wtórne, do których doszło w pozwanym szpitalu na skutek nieprawidłowego leczenia powoda. Jednocześnie wskazał, że na kwotę 1.000 zł, jaką żąda tytułem renty, składają się koszty ponoszone przez powoda na dojazdy i konsultacje medyczne oraz koszty związane z utratą części zarobku i ograniczeniem widoków powodzenia na przyszłość.

W odpowiedzi na pozew, pełnomocnik pozwanego wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu (k. 61-63).

Uzasadniając żądanie, wskazał, że w chwili przyjęcia do pozwanego szpitala, powód ze względu na stan zdrowia, nie kwalifikował się do transportu do innego ośrodka. Po przyjęciu do szpitala, powód otrzymał w leczeniu osłonę antybiotykową, oczyszczono rany, zaopatrzono złamanie oraz zapewniono powodowi kontrolę kardiologiczną. W trakcie diagnostyki, lekarze stwierdzili u powoda oparzenie III stopnia prądem elektrycznym części dłoniowej ręki lewej. Podczas pobytu w szpitalu, lekarze opracowali chirurgicznie ranę dłoni i wykonali badanie bakteriologiczne na posiew i antybiogram. Pozwany czynił starania o przekazanie powoda do Kliniki (...) w P. oraz Kliniki (...) w S.. W w/ w ośrodkach, odmówiono przyjęcia powoda. W dniu 14.06.2013r. zgodę na przyjęcie powoda, uzyskano w Oddziale (...) w G., gdzie też powód został przewieziony. W procesie udzielania świadczeń powodowi, zostały zachowane wszelkie procedury septyczne. Z ostrożności procesowej, pozwany zakwestionował wysokość kwot dochodzonych przez powoda, jako rażąco wysokich i nieuzasadnionych w kontekście działań pozwanego szpitala. Podkreślił, że źródłem aktualnego stanu zdrowia powoda jest samo zdarzenie wywołane przez powoda.

W dalszym toku sprawy, strony wnosily jak dotychczas.

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 2 czerwca 2013 roku powód podczas lotu motolotnią z niewyjaśnionych przyczyn stracił przytomność i spadł na linię energetyczną wysokiego napięcia. W wyniku upadku doznał obrażeń. Wcześniej powód nie przyjmował leków i nie spożywał alkoholu.

(dowód: zeznania powoda e protokół z 07.12.2017r. 00:02:36)

Tego samego dnia, powód trafił do (...) Szpitala (...) im. dr. W. B. w G., gdzie rozpoznano u niego: oparzenie III stopnia dłoniowej powierzchni ręki lewej, złamanie kości czworobocznej i główkowatej nadgarstka lewego, uraz głowy ze wstrząśnieniem mózgu oraz oparzenie termiczne obejmujące mniej niż 10% powierzchni ciała. W tym samym dniu wykonano u powoda USG jamy brzusznej oraz przeprowadzono badanie w trybie pilnym. W trakcie pobytu w szpitalu, lekarze opracowali chirurgicznie ranę dłoni i wykonali badanie bakteriologiczne na posiew i antybiogram.

W pierwszych dobach pobytu w szpitalu, stan ogólny powoda, określany był jako dobry. Dłoń powoda była obrzęknięta ale ruchomość palców, choć ograniczona, była zachowana. Po dwóch bądź trzech dobach od przyjęcia powoda na oddział, opiekę lekarską nad powodem zaczął sprawować dr L. K. (1), który zauważywszy brak ruchu V palca dłoni lewej, zlecił konsultację ortopedyczną. W dniu 6 czerwca 2013r., u powoda pojawiło się krwawienie z rany dłoni. Powód nie mógł zginać palca V lewej ręki, wystąpiło przerwanie ciągłości ścięgna zginacza.

W dniu 7 czerwca 2013r., powód został skonsultowany z lekarzem ortopedą. W trakcie konsultacji stwierdzono obrzęk wszystkich palców i całej grzbietowej strony dłoni lewej, bez zaburzeń czucia. Po zdjęciu opatrunku, widoczna była martwica dłoniowej strony dłoni lewej, sięgająca od kłębiku do palca III oraz aktywne krwawienie tętnicze z łuku dłoniowego powierzchniowego – dopływ od tętnicy łokciowej. Zaleceniem lekarza było przekazanie powoda do ośrodka wyższej referencyjności na oddział chirurgii ręki, w celu dalszego leczenia. Powodowi podano antybiotyki oraz zmieniono opatrunek. Następnego dnia, podkłuto krwawiące naczynia śródreżca lewego. W kolejnych dniach, u powoda nadal występowały bóle oraz obrzęk okolicy stawu skokowego lewego. Utrzymywał się również przykurcz zgięciowy palców II-IV oraz wyprost palca V ręki lewej. Obszar demarkacji był coraz bardziej wyraźny. W dniu 13 czerwca 2013r., rana kłębiku ropiała, lekarze pozwanego szpitala wycięli tkanki martwicze, zmieniono opatrunek.

(dowód: zeznania świadka L. K. (2) e protokół z 11.12.2014r. 00:08:16, kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego k. 64-65, historia choroby – wywiad k. 66, obserwacje lekarskie k. 67-68, karta realizacji opieki k. 69, dokumentacja konsultacji ortopedycznej k. 70, historia choroby z oddziału chirurgii ogólnej k. 72-74, karta oceny ryzyka zakażenia szpitalnego k. 80, karta obserwacji wkluc obwodowych k. 81, informacja o zrealizowanych procedurach k. 82-83, informacje pielęgniarskie k. 845, , kserokopia zeszytu wykonywanych opatrunków k. 88-102, karta informacyjna k. 203-205v)

W czerwcu 2013r., kierownikiem laboratorium pozwanego szpitala, była M. W.. W tym czasie, powodowi wykonano dwa badania, na podstawie dwóch materiałów. Pierwszym badaniem było badanie na nosicielstwo gronkowca złocistego. Materiałem do badania był również wymaz z rany z dnia 13 czerwca 2013r. U powoda nie stwierdzono obecności gronkowca. W ranie powoda, stwierdzono jednak występowanie czterech rodzajów bakterii.

(dowód: zeznania świadka M. W. e protokół z 11.12.2014r. 00:38:37, informacja o pobranych próbach k. 86-87, dokumentacja medyczna k. 75-79)

F. bakteryjna wyhodowana u powoda była wrażliwa na antybiotyki, w które powód był zaopatrzony. Przez okres pobytu w szpitalu powód miał założony jeden wenflon, nie wystąpiły odczyny zapalne. U powoda nie rozpoznano zakażenia szpitalnego, wobec czego nie było potrzeby rozpatrywania karty zakażeń szpitalnych.

(**dowód:** zeznania świadka E. Z. e protokół z 11.12.2014r. 00:50:48, zeznania świadka H. D. e protokół z 11.12.2014r. 00:59:24, zeznania świadka A. M. e protokół z 17.03.2015r. 00:02:07)

Dr L. K. (2) kontaktował się w sprawie powoda z Oddziałem (...) Ogólnej i Pododdziałem Ręki w B. oraz z kliniką w P., jednak otrzymał odpowiedź, z której wynikało, że w w/w ośrodkach nie ma możliwości konsultacji stanu zdrowia powoda.

(dowód: zeznania świadka L. K. (1) e protokół z 11.12.2014r. 00:17:37, zeznania świadka A. M. e protokół z 17.03.2015r. 00:12:51, billing rozmów telefonicznych k. 214-217)

W dniu 14 czerwca 2013r., powód został przekazany do (...) Centrum (...) w G..

(dowód: zaświadczenie lekarskie k. 71)

Powód przebywał w Szpitalu (...) w G. od dnia 14 do dnia 30 czerwca 2013r. z rozpoznaniem oparzenia prądem III stopnia przedramienia lewego oraz oparzenia II/III stopnia podudzia lewego. Oparzenie obejmowało 10% powierzchni ciała. W dniu przyjęcia do szpitala, oczyszczono ranę oparzeniową oraz usunięto martwe tkanki z rany poprzez przemycie. W godzinach nocnych, wystąpiło silne i obfite krwawienie z oparzonej kończyny. Ranę zeszyto oraz zaopatrzono opatrunkiem. Tego samego oraz kolejnego dnia, pobrano od powoda wymaz na posiew. W dniu 17 czerwca wykonano tomografię komputerową (TK) układu tętniczego kończyny górnej lewej. W badaniu angio TK, stwierdzono cechy niedrożności tętnicy łokciowej na poziomie nadgarstka, zachowany przepływ w świetle tętnicy promieniowej oraz słabe cechy krążenia na poziomie dłoni od strony w/w tętnicy. W dniu 16 czerwca 2013r. wykonano nekrektomię dłoni lewej, uwolnienie kanału nadgarstka.

Wobec postępu zmian martwiczych , w dniu 20 czerwca 2013r. wykonano amputację kończyny górnej lewej na poziomie przedramienia. Powód został wypisany ze szpitala z częściowo wygojonym kikutem.

W lipcu 2013roku powoda ponownie skierowano do szpitala w G.. Przebywał tam w okresie od 1 do 18 lipca 2013r. W dniu 2 lipca 2013r. w szpitalu w G., u powoda został wykonany zabieg nekrektomii podudzia lewego i w dniu 8 lipca 2013 roku przeszczep skóry na podudzie lewe.

(**dowód:** skierowanie k. 196, historia choroby powoda ze szpitala w G. k. 148-151v, historia pielęgnowania k. 152-160v, zgoda na leczenie operacyjne, karta znieczulenia pacjenta k. 161-164, zgoda na leczenie operacyjne k. 164v, sprawozdanie z badań laboratoryjnych k. 165, zaświadczenie k. 165v, karta zaleceń lekarskich k. 166-169v, karta gorączkowa k. 170, informacja o zastosowanym leczeniu k. 171, dokumentacja medyczna k. 172-183, sprawozdania z badania mikrobiologicznego k. 184-185, karta zaleceń lekarskich k. 185v-189, protokół z zabiegu operacyjnego k. 193v, zgoda na leczenie operacyjne – nekrektomię, amputację k. 194-194v, wynik badania grupy krwi k. 195, dokumentacja medyczna k. 197-202v)

Oparzenia prądem o napięciu przewyższającym 1000 V mogą powodować rozległe zniszczenia i mają specyficzną charakterystykę. Podstawową różnicą oparzeń tego typu, jest znacznie mniejszy zakres oparzenia skóry niż tkanek

zlokalizowanych głębiej, a także postępujący charakter zmian w tkankach. Postępujące zmiany mikrokrążeniowe, skutkują pogłębieniem zmian martwiczych po oparzeniu elektrycznym. Brak możliwości pierwotnej oceny perspektywy leczenia, uzależnionej od pogłębiania się obszarów martwiczych, podnosi trudność prognostyczną i terapeutyczną oparzeń prądowych. Postępująca martwica tkanek, to zjawisko związane z uszkodzeniem naczyń krwionośnych, w których powstają skrzepiny oraz martwica błony środkowej. Zmiany te prowadzą do zaburzeń w ukrwieniu i stwarzają niebezpieczeństwo krwotoków w przebiegu leczenia. Stosunkowo często zachodzi konieczność amputacji kończyny. Wczesna amputacja może mieć wpływ na uratowanie życia chorych. U powoda w przebiegu zmian pooparzeniowych zaistniał dokładnie cały ciąg patofizjologiczny skutków doznanego urazu. Postępowanie lecznicze obejmowało zmianę opatrunków, usuwanie tkanek martwiczych, tamowanie krwawień przy pomocy opatrunków uciskowych lub tzw. podkłuć chirurgicznych krwawiących naczyń.

Skutkami wypadku z dnia 2 czerwca 2013 roku były: utrata ręki i części przedramienia lewego, blizny po uszkodzeniu podudzia lewego z częściowym zanikiem tkanek miękkich i uda w miejscu pobrania skóry do przeszczepu oraz deficyt zginania stawu śródstopno-palcowego palucha lewego o ok. 20 stopni. Wstępny przebieg leczenia w pozwanym szpitalu był prawidłowy. Amputacja była skutkiem głębokich uszkodzeń tkankowych z następową martwicą tkanek, które mają miejsce w oparzeniach elektrycznych. Rokowania ogólne co do stanu zdrowia powoda na przyszłość, są pozytywne. Z kolei rokowanie związane z utratą ręki lewej, zależy od stopnia akceptacji psychicznej i fizycznej tej utraty. Odpowiednie zaproteozwanie powoda może znacznie zmniejszyć dysfunkcję kończyny górnej i podwyższyć komfort codziennego życia powoda.

(**dowód** : opinia biegłych: M. J. i Z. M. k. 270-276)

Zmiany widoczne na skórze, powstałe w wyniku oparzenia prądem elektrycznym, nie dają pełnego obrazu uszkodzenia. W trakcie przepływu prądu, wytwarzana jest energia cieplna, uszkadzająca komórki. W przypadku powoda, proces martwicy toczył się od początku i stopniowo się nasilał. Naturalne jest, że w martwej tkance rozwija się proces bakteryjny, gdyż duża ilość tkanki martwej kolonizuje florę bakteryjną otoczenia rany.

(**dowód:** przesłuchanie biegłego M. J. e protokół z 21.09.2016r. 00:01:14)

Zmiany miejscowe powstałe na skutek oparzenia, nie odzwierciedlają uszkodzeń głębokich, skutkujących początkowo obrzękiem, uciskiem obrzękniętych mięśni na naczynia, zaburzeniem przepływu krwi i ostatecznie martwicą. Amputacja przedramienia u powoda jest minimalnym negatywnym skutkiem wypadku w trakcie uprawiania sportu ekstremalnego jakim jest amatorskie motolotniarstwo. W pozwanym szpitalu spełniono wszelkie wymogi co do oceny obrażeń wielonarządowych. Priorytetem było dbanie o uratowanie życia pacjenta. W szpitalu w G. podjęto próbę ratowania kończyny, poprzez wykonanie tzw. fasciotomii wieloprzedziałowej. Amputacja przedramienia nie jest skutkiem nieprawidłowego leczenia, a skutkiem urazu wielomiejscowego z zadziałaniem energii mechanicznej i elektrycznej, które w kompilacji - w większości przypadków są przyczyną zgonu na miejscu wypadku.

(**dowód:** opinia biegłych z Centrum (...) w S. k. 377-379)

Bezwzględne wskazania do wykonania fasciotomii na przedramieniu i uwolnienia cieśni nadgarstka to między innymi: zaburzenia czucia albo ruchomości w obrębie palców ręki po urazie prądowym. Przykurcz zgięciowy palców ręki jest tego dowodem. W trzeciej dobie pobytu powoda w szpitalu w G. odnotowano, że „nasilił się przykurcz palców lewej ręki”. W przypadku niejasnej sytuacji co do ukrwienia kończyny, wskazane są jedynie ćwiczenia bierne.

U powoda w pozwanym szpitalu należało wykonać fasciotomię i uwolnienie cieśni nadgarstka w trybie przyspieszonym, tj. do 24 godz. od przyjęcia.

F. oraz uwolnienie cieśni nadgarstka wykonane w ciągu 24 godzin od przyjęcia, nie dają gwarancji uratowania kończyny po oparzeniu i porażeniu prądem elektrycznym. Działanie wysokiej temperatury i przepływ prądu elektrycznego powodują natychmiastowe, nieodwracalne uszkodzenie tkanek. Wykonywane zabiegi chirurgiczne

(fasciotomia, uwolnienie cieśni nadgarstka) oraz zabiegi wspomagające (np. hiperbaria tlenowa) mają na celu ograniczenie następstw działania prądu elektrycznego poprzez poprawę ukrwienia i utlenowania tkanek.

(**dowód:** uzupełniające opinie biegłych z Centrum (...) w S. k. 404-405, 426-427

W 2013r., pozwany szpital posiadał ubezpieczenie OC w (...) S.A. z siedzibą w W.. Ubezpieczenie obejmowało okres 12 miesięcy, tj. od dnia 01.01.2013r. do dnia 31.12.2013r. Suma gwarancyjna wynosiła 500.000 zł na jeden i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

(**dowód:** umowa ubezpieczenie – k. 53-55, załącznik nr 1 do umowy – k. 56-57)

W dniu zdarzenia, powód nie pracował zarobkowo, mieszkał u swoich rodziców w gospodarstwie rolnym w D. i był na ich utrzymaniu. Wcześniej prowadził jednoosobową firmę budowlaną, której działalność zawiesił w lutym 2013 roku. Obecnie powód nadal mieszka z rodzicami. Przez pół roku od czasu wypadku w 2013r., otrzymywał rentę z tytułu niezdolności do pracy w wysokości 728,50 zł miesięcznie, później pobierał rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy, której wysokość wynosiła 590 zł miesięcznie. Od lipca 2017r., powód otrzymuje rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, w wysokości 830 zł miesięcznie. Powód nie nosi protezy i nadal odczuwa bóle. W dniu zdarzenia powód nie był ubezpieczony w związku z tym, nie otrzymał żadnego odszkodowania. W konsekwencji wypadku, nie może już latać na motolotni. Aktualnie powód pomaga swoim rodzicom w pracy w gospodarstwie rolnym. Od 2015 roku powód jest związany z K. F., z którą ma dziecko urodzone w 2016 roku. K. F. mieszka u swoich rodziców w D. i pracuje w ich gospodarstwie warzywniczym.

(**dowód:** zeznania powoda e protokół z 07.12.2017r. 00:02:36, pisma z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o wypłacie renty k. 444-448)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dowody z dokumentów zgromadzonych w tej sprawie, w szczególności dokumentację medyczną oraz opinie sądowo – lekarskie: biegłych M. J. (2) specjalisty chirurga, Z. M. (2) specjalisty ortopedy, a także biegłych z Centrum (...) im. dr S. S. w S., ustne i pisemne opinie uzupełniające, zeznań świadków: L. K. (2), A. M., M. W., E. Z. i H. D. oraz zeznań powoda.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków L. K. (2), M. W., E. Z., A. M. i H. D., tj. osób stanowiących personel pozwanego szpitala. Były one jasne, szczegółowe i spójne. Jednocześnie ocenił je jako obiektywne. Sąd miał na uwadze służbowe powiązania świadków z pozwany szpitalem. Sąd nie znalazł jednak podstaw do weryfikacji zeznań świadków o inne przeprowadzone dowody.

Sąd uznał zeznania powoda za wiarygodne w części dotyczącej okoliczności wypadku z dnia 2 czerwca 2013r., oraz zmiany jego sytuacji życiowej, będącej konsekwencją wypadku. Zeznania powoda w tej części były w ocenie Sądu szczerze i rzetelne.

Sąd w pełni podzielił opinie sądowo – lekarskie, albowiem zostały sporządzone w sposób rzetelny i fachowy. Podkreślenia wymaga, że opinie powyższe zostały sporządzone przez specjalistów, których wiedza i doświadczenie nie budziły wątpliwości Sądu. Opinie odpowiadają na pytania Sądu, a wszelkie wątpliwości wyjaśniły ustne i pisemne uzupełniające opinie biegłych. Dodatkowo precyzowały i uściślały przeprowadzone wcześniej pisemne dowody.

Sąd nie przyznał mocy dowodowej prywatnej opinii z 23 czerwca 2014 roku złożonej przez powoda. (k. 14-25), z której wynika m.in., że pozwany nie powinien podejmować się udzielania świadczeń, ale odesłać powoda do Ośrodka referencyjnego. Opinia ta została sporządzona przez lekarza R. F., który jest specjalistą chorób kobiecych i położnictwa. Jest ona sprzeczna z opiniami sporządzonym w sprawie i została wydana przez lekarza, który nie ma właściwych kwalifikacji do oceny leczenia powoda.

Za wiarygodne Sąd uznał pozostałe dokumenty zgromadzone w aktach sprawy. Prawdziwość tych dowodów nie budziła bowiem wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony.

Powód domagał się zasądzenia od pozwanego Szpitala kwoty 800.000 zł. tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz renty w wysokości 1.000 zł miesięcznie. Roszczenia swoje wywodził z niewłaściwego leczenia w pozwanym szpitalu, na skutek którego, konieczna była amputacja przedramienia lewego a nadto z zaniechania przetransportowania go do specjalistycznego ośrodka leczenia oparzeń. (pismo powoda k. 437)

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty (§ 2). Na zasadzie art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 k.c. sąd może również przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W świetle poczynionych ustaleń faktycznych opartych na dokumentach, przesłuchaniu powoda, zeznaniach świadków, na treści sporządzonych opinii sądowo-lekarskich oraz ustnej opinii uzupełniającej biegłego M. J., Sąd uznał, iż brak jest podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności, która to odpowiedzialność – w przeciwnym wypadku – wynikałaby z treści art. 415 kc. Przepis ten stanowi, iż kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Dla uznania odpowiedzialności pozwanego z tytułu czynu niedozwolonego konieczne było więc wykazanie przez powoda, że na skutek niewłaściwych działań lekarzy pozwanego szpitala, powstała dla niego szkoda, że pomiędzy tym zachowaniem a szkodą zachodzi związek przyczynowy, a nadto, że pozwany ponosi winę. Ciężar dowodu wykazania tych przesłanek spoczywał na powodzie (art. 6 kc).

Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy decydujące znaczenie miało niewykazanie przez powoda, iż świadczący wobec niego pomoc medyczną lekarze pozwanego szpitala, udzieli jej w sposób niefachowy i błędny. Przeciwnie - z uwzględnionych przez Sąd opinii biegłych Z. M. oraz M. J., a także biegłych z Centrum (...) w S. wynika bezspornie, że postępowanie lekarzy (...) Szpitala (...) im. dr W. B. w G. względem powoda w dniu 2 czerwca 2013r. oraz w kolejnych dniach, było prawidłowe. Postępowanie lecznicze obejmowało zmiany opatrunków, usuwanie tkanek martwiczych oraz tamowanie krwawień przy pomocy opatrunków uciskowych lub tzw. podkłuć chirurgicznych krwawiących naczyń. W pozwanym szpitalu spełniono wszelkie wymogi co do oceny obrażeń wielonarządowych, zaś priorytetem wówczas było dbanie o uratowanie życia powoda. Lekarze pozwanego szpitala, starali się przekazać powoda do ośrodka o wyższej referencyjności. Świadczą o tym nie tylko zeznania świadka K., ale również billingi rozmów telefonicznych (k. 214 i nast.). W dniu 14 czerwca 2013r., powód został przekazany do szpitala w G., gdzie na skutek postępujących zmian martwiczych, konieczne było podjęcie decyzji o amputacji uszkodzonej ręki, jako zabiegu ratującego życie powoda.

Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że cechą charakterystyczną oparzeń prądem o napięciu przewyższającym 1000 V, jest znacznie mniejszy zakres oparzenia skóry niż tkanek zlokalizowanych głębiej, a także następujący charakter zmian w tkankach. Trzeba mieć na uwadze, że zmiany miejscowe nie odzwierciedlają uszkodzeń głębokich, skutkujących początkowo obrzękiem, uciskiem obrzękniętych mięśni na naczynia, zaburzeniem przepływu krwi i ostatecznie martwicą. W ocenie biegłych, postępująca martwica tkanek to zjawisko związane z uszkodzeniem naczyń krwionośnych, w których powstają skrzepliny oraz martwica błony środkowej. Zmiany te, prowadzą do zaburzeń w ukrwieniu i stwarzają niebezpieczeństwo krwotoków w przebiegu leczenia. Biegli jednomyślnie stwierdzili, że amputacja ręki, chociaż stanowi dla powoda duże kalectwo, to jednak przy nieodwracalności zmian tkankowych, była zabiegiem ratującym życie. Z opinii biegłych z Centrum (...) w S. wynika, że amputacja przedramienia nie jest skutkiem nieprawidłowego leczenia ale skutkiem urazu wielomiejscowego z zadziałaniem energii mechanicznej i elektrycznej, które w kompilacji, w większości przypadków są przyczyną zgonu na miejscu wypadku. Amputacja przedramienia u powoda jest minimalnym negatywnym skutkiem wypadku z dnia 2 czerwca 2013r. Trzeba podkreślić,

co wynika z uzupełniającej opinii w/w biegłych, że nawet wykonanie zabiegu fasciotomii i uwolnienia cieśni nadgarstka w ciągu 24 godzin od przyjęcia powoda do szpitala, nie dałyby gwarancji uratowania kończyny po oparzeniu jakiego doznał powód. Te zabiegi, mają bowiem jedynie na celu ograniczenie następstw działania prądu elektrycznego poprzez poprawę ukrwienia i utlenowania tkanek.

Reasumując, w czasie pobytu w pozwanym szpitalu, dołożono wszelkich starań w leczeniu powoda. Nie było nieprawidłowości w procesie jego leczenia, amputacja była konieczna, by uratować życie pacjenta.

Warto pamiętać, iż obowiązek lekarza (a także szpitala) wobec pacjenta jest obowiązkiem starannego działania, a nie rezultatu.

Sąd miał na uwadze fakt powszechnie znany jaką jest sytuacja w polskiej służbie zdrowia. Wobec braku miejsc w specjalistycznych ośrodkach leczenia oparzeń nie można obciążać pozwanego zaniechaniem natychmiastowego przetransportowania powoda do takiego szpitala.

Sąd daje sobie sprawę z rozmiaru cierpień powoda oraz koniecznością zmiany trybu życia spowodowanych wypadkiem, niemniej jednak, na gruncie obowiązującego prawa i zgromadzonych w sprawie dowodów nie sposób przypisać pozwanemu za to odpowiedzialność.

Mając na uwadze całość wywiedzionej powyżej argumentacji wobec braku przesłanek z art. 415 kc, należy dojść do wniosku, iż nie ma podstaw aby uwzględnić żądania powoda zawarte we wniesionym przez niego pozwie. Dlatego też Sąd oddalił powództwo.

Zgodnie z art. 113 ust. 1 a contrario ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych kosztami sądowymi obciążono Skarb Państwa w punkcie 2. orzeczenia.

O kosztach procesu pozwanego, Sąd orzekł w art. 102 kpc. Przepis ten stawowi, iż w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, iż zastosowanie owej normy zależy od konkretnego stanu faktycznego. Jednocześnie podkreśla się, iż zastosowanie takie powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które uzasadniałyby odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu wspomnianych okoliczności zaliczyć należy fakty leżące na zewnątrz procesu, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego (sytuacji życiowej strony). Mając na uwadze powołaną regułę i sytuację osobistą (w szczególności obecny stan zdrowia psychicznego i fizycznego) oraz majątkową powoda, a także charakter sprawy Sąd nie obciążył powoda kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego.