

Sygn. akt I C 458/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

***Dnia 30 maja 2017 roku***

Sąd Okręgowy w Elblągu Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Dorota Zientara

Protokolant: sekr. sądowy Joanna Michaliszyn

po rozpoznaniu w dniu 30 maja 2017 r. w Elblągu

na rozprawie

sprawy z powództwa T. B.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powoda kosztami procesu i nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Sygn. akt I C 458/15

## UZASADNIENIE

Powód T. B. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 141.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 kwietnia 2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania. Ponadto domagał się zasądzenia zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu żądania wskazał, że podstawą jego roszczenia jest zdarzenie medyczne, na które składa się podjęcie niewłaściwego leczenia w okresie od 10 do 15 kwietnia 2014 r., w SP ZOZ w D. na oddziale chirurgii a także odmowa przyjęcia do wskazanej placówki medycznej w dniu 30 czerwca 2014 r. oraz objęcia powoda specjalistyczną opieką medyczną, mimo zgłaszanych poważnych dolegliwości bólowych kończyny dolnej lewej, co ostatecznie doprowadziło do amputacji tej kończyny. Powód wskazał, że na kwotę dochodzoną pozwem składa się kwota 140.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za krzywdę, jakiej doznał w związku z utratą kończyny na skutek błędów popełnionych przez personel SP ZOZ w D. oraz kwota 1.000 zł z tytułu zwrotu kosztów dojazdu do placówek medycznych.

Pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie zwrotu kosztów procesu. Przyznał, że ponosi odpowiedzialność za SP ZOZ w D. i Niepubliczny Zakład (...) S. P. T. w D. z tytułu zawartych umów ubezpieczenia. Zdaniem pozwanej spółki, powód był prawidłowo leczony i diagnozowany. W trakcie pobytu w szpitalu w kwietniu uzyskano znaczną poprawę ukrwienia kończyny, dalsze leczenie prowadzone było w poradni chirurgii naczyniowej. Nasilenie objawów niedokrwienia wystąpiło u powoda dopiero 4 miesiące po leczeniu szpitalnym w D. i nawet wówczas chirurdzy nie stwierdzili cech martwicy niedokrwiennej kończyny.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód T. B. od wielu lat choruje, pierwotnie rozpoznano u niego czerwienicę prawdziwą, w toku postępowania ustalono, że cierpi na nadkrwistość wtórną. Pozostaje pod opieką poradni hematologicznej i lekarza rodzinnego.

W dniu 10 kwietnia 2014 r. został przyjęty w (...) szpitala w D. z powodu dolegliwości bólowych kończyny dolnej lewej. W trakcie wstępnych badań stwierdzono u powoda zanik tętna tętnicy grzbietowej stopy lewej, a w badaniu USG D. potwierdzono brak przepływu w tętnicach piszczelowych tylnych, strzałkowej oraz grzbietowej stopy w obrębie lewej kończyny dolnej. Powód został skierowany na oddział chirurgii SP ZOZ w D. w celu dalszego leczenia, gdzie przebywał do dnia 15 kwietnia 2014 r. Podczas pobytu w oddziale włączono leczenie zachowawcze i wykonano kontrolne badanie USG D. tętnic kończyn dolnych, w którym stwierdzono w lewej tętnicy piszczelowej tylnej przepływ umiarkowanie zwolniony ale trójfazowy, jako przyczynę zasugerowano ucisk obrzękniętego mięśnia na tętnicę.

(dowód: karta leczenia szpitalnego k. 21, opis badania USG k. 22, karta informacyjna k. 23, karta obserwacji k. 24)

W okresie hospitalizacji powód nadal odczuwał dolegliwości bólowe, lekarze informowali go, że utrzymujący się ból nogi jest konsekwencją działania kroplówek które otrzymuje. W dniu 15 kwietnia 2014 r., powód został wypisany do domu z adnotacją w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, iż pozostaje „w stanie ogólnym dobrym” oraz z zaleceniem kontroli hematologicznej.

Po trzech dniach od wypisu ze szpitala, powód udał się do lekarza rodzinnego T. M., ponieważ dolegliwości bólowe się nasilały, ze zwolnienia lekarskiego korzystał do 30 kwietnia 2014 r.

(dowód: historia choroby k. 42 v, zeznania A. K. k. 109 – 110, elektroniczny zapis przebiegu rozprawy k. 111)

Lekarz rodzinny nie skierował powoda do lekarza chirurga naczyniowego. Powód codziennie przyjmował leki przeciwbólowe. W dniu 25 czerwca 2014 r. stawił się na umówioną wizytę w Poradni Hematologicznej w O., gdzie standardowo został skierowany na tzw. upust krwi. Po wizycie powód odczuwał coraz silniejsze dolegliwości bólowe.

W nocy z 29/30 czerwca 2014 r. powód wezwał karetkę pogotowia, którą przewieziono go do (...) ZOZ w D. z podejrzeniem zakrzepicy kończyny dolnej lewej. Po oględzinach i zbadaniu palpacyjnym lekarz P. T. w dokumentacji medycznej zapisał: „kończyny dolne symetryczne, nieobrzęknięte, niebolesne przy badaniu. Tętno nieco osłabione na tętnicy piszczelowej tylnej i grzbietowej stopy lewej. Objaw H. obustronnie ujemny. Rozpoznanie końcowe: nie stwierdzam patologii w naczyniach kończyn dolnych” i wypisał kartę odmowy przyjęcia. Zalecono wizytę u lekarza rodzinnego po zwolnienie lekarskie, oraz wykonanie własnym zakresie badania USG D. kończyn dolnych.

(dowód: karta odmowy przyjęcia pacjenta k. 26)

W dniu 8 lipca 2014 r. powód ponownie udał się do lekarza rodzinnego, skarżył się na bardzo dokuczliwe bóle skutkujące m. in. bezsennością. Stwierdzono osłabienie tętna na tętnicy piszczelowej tylnej i grzbietowej stopy lewej.

(dowód: historia choroby k. 43 v)

Jeszcze tego samego dnia udał się do poradni chirurgicznej, gdzie otrzymał skierowanie do poradni chirurgii naczyniowej, jednak czas oczekiwania na wizytę był zbyt odległy.

(dowód: historia choroby k. 45 v)

W Internecie znalazł kontakt do prywatnego gabinetu specjalisty chirurgii naczyniowej w I., do którego udał 25 lipca 2014 r. Po konsultacji lekarskiej lekarz W. B. skierował powoda do poradni chirurgii naczyniowej O., gdzie wystawiono powodowi pilne skierowanie na badanie tomografii komputerowej kończyn dolnych. Badanie to zostało wyznaczone na dzień 2 września 2014 r.

Z powodu nasilenia dolegliwości powód ponownie udał się do lekarza W. B., który skierował go na oddział chirurgii naczyniowej z rozpoznaniem ostrego zastarzałego niedokrwienia kończyny dolnej.

W Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. zostały wykonane badania, przeprowadzono nieudaną trombolizę niedokrwionej kończyny dolnej lewej, następnie wykonano trombectomię tętnic kończyny dolnej lewej. Z powodu narastających objawów niedokrwienych kończyny wykonano zabieg pomostowania podkolanowo – piszczelowego. Z uwagi na brak poprawy w ukrwienia kończyny i wobec narastających objawów niedokrwienia, wykonano amputację na poziomie uda a następnie reoperowano kikut uda lewego z powodu jego martwicy po upadku.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k . 28 v, dokumentacja medyczna k. 120-139, zeznania świadka W. B. k. 108v – 109, elektroniczny zapis przebiegu rozprawy k. 111)

W 2014 r. zarówno SP ZOZ w D. jak i zatrudniony w ramach kontraktu P. T., prowadzący działalność pod firmą (...) w D., korzystali z ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umów zawartych z pozwanym.

(dowód: akta szkodowe)

W styczniu 2016 r. u powoda pojawiły się dolegliwości bólowe w obrębie łydki prawej. W okresie od 11 maja do 2 czerwca 2016 r. był hospitalizowany, podejmowano próby ratowania kończyny dolnej prawej, które zakończyły się niepowodzeniem. Powodowi amputowano także prawą kończynę dolną na poziomie uda. W okresie od 19 października do 9 grudnia 2016 r. powód hospitalizowany był w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w W.. Stwierdzono wówczas u niego wtórną nadkrwistość, wykluczono natomiast czerwienicę prawdziwą.

(bezsporne, dokumentacja medyczna k.274 , 307 -311, 314 - 325)

W toku postępowania dopuszczono dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej P. O. celem ustalenia, czy czynności diagnostyczne i lecznicze podejmowane w stosunku do powoda w SP ZOZ w D. oraz z (...) w D. w 2014 r. były adekwatne do stanu zdrowia powoda i potrzeb, jeśli nie, na czym polegały błędy względnie uchybienia i jakie były ich konsekwencje, w tym w szczególności celem ustalenia, czy możliwe było uniknięcie amputacji kończyny dolnej lewej, a w wypadku stwierdzenia popełnienia błędów w sztuce medycznej - stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, będącego konsekwencją tych błędów.

Biegły po przeprowadzeniu badania stwierdził, u powoda miażdżycę tętnic kończyn dolnych, stan po amputacji uda lewego w wyniku niedokrwienia kończyny dolnej, czerwienicę prawdziwą, zakrzepicę żylną kikutą uda lewego w wywiadzie. W ocenie biegłego tryb postępowania diagnostyczno – terapeutycznego był typowy i nie budzi wątpliwości co do prawidłowości toku leczenia. Zdaniem biegłego, powód jest obciążony czerwienicą prawdziwą, której powikłaniem między innymi może być zakrzepica żylna lub tętnicza, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego. Powód pali wyroby tytoniowe (7-12 papierosów na dobę), a zatem był narażony na taki przebieg choroby, który doprowadził w ostateczności do amputacji kończyny dolnej lewej na poziomie uda. Podkreślono, że pomiędzy pierwszymi objawami z 10 kwietnia 2014 r. a pogorszeniem stanu miejscowego z 8 sierpnia 2014 r. nie rozpoznano ostrego niedokrwienia kończyny dolnej lewej, diagnostyka przeprowadzona podczas pobytu w Oddziale (...)(...)wskazuje na świeży proces niedokrwienia kończyny dolnej lewej, obejmujący niedrożną tętnicę udową powierzchowną, podkolanową i pień piszczelowo strzałkowy.

(dowód: opinia biegłego z zakresu chirurgii k. 179 - 182)

Opinię biegłego zakwestionował powód, wskazując że nie zgadza się z twierdzeniem, iż amputacja była nieunikniona i wynikała z postępu choroby zasadniczej. Podkreślił, że z zeznań W. B. wynikało jednoznacznie że w lipcu 2014 r. zdiagnozował u niego zastarzałe niedokrwienie kończyny dolnej co oznacza, że wystąpiło ono wcześniej. Świadek ten zeznał, że badanie USG D. nie daje wiarygodnego wyniku, szczególnie u osób ze zdiagnozowaną czerwienicą prawdziwą. W takiej sytuacji konieczne było przeprowadzenie angiografii. Poza wskazanymi kwestiami powód oczekiwał od biegłego odpowiedzi na szereg szczegółowych pytań.

W opinii uzupełniającej biegły wskazał, że podczas pobytu powoda w szpitalu w kwietniu 2014 r. nie było potrzeby wykonania angiografii. Badanie USG D. jest badaniem podstawowym w diagnostyce przepływowej, jego wynik stanowi

podstawę do ewentualnego rozszerzenia tej diagnostyki. W wypadku powoda, badanie USG uwidocznilo prawidłowy przepływ tętniczy, bez cech zakrzepicy.

Zdaniem biegłego nie jest możliwe udzielenie jednoznacznej odpowiedzi co do istnienia związku przyczynowo skutkowego pomiędzy odmową przyjęcia powoda do szpitala w dniu 30 czerwca 2014 r. i koniecznością amputacji kończyny, ostatecznie jednak biegły stwierdził, że związku takiego nie widzi. Biegły wskazał, że jednym z licznych powikłań czerwienicy prawdziwej może być zakrzepica żylna lub tętnicza, chory powinien pozostawać pod opieką poradni hematologicznej, co w przypadku powoda miało miejsce.

Biegły stwierdził, że zarówno w kwietniu jak i w czerwcu 2014 r. stan zdrowia powoda nie uzasadniał przekazania go do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Konieczna była natomiast konsultacja hematologiczna i powtórzenie badania USG D..

(dowód: opinia uzupełniająca biegłego z zakresu chirurgii k. 210 - 212)

Powód zakwestionował również opinię uzupełniająca. Ponownie uznał za nieprzekonujące twierdzenie biegłego, że konieczność amputacji kończyny była nieunikniona z uwagi na postęp choroby zasadniczej. Powtórnie wskazał, że stwierdzenie przez W. B. zastarzałego niedokrwienia wskazuje, że wystąpiło ono wcześniej, powołał się na zeznania tego świadka, z których wynika, że USG D. nie jest wiarygodnym badaniem szczególnie u osób ze zdiagnozowaną czerwienicą prawdziwą. Mając wiedzę o tej chorobie, lekarz powinien podjąć decyzję o pogłębieniu diagnostyki przez wykonanie badania angiograficznego.

Zdaniem powoda fakt, że w szpitalu w O. podjęto działania mające na celu uratowanie kończyny przeczy prawidłowości twierdzenia, że amputacja była nieunikniona.

Zarzucił, że nieprzekonujące jest stanowisko biegłego, wedle którego brak jest związku przyczynowego pomiędzy odmową przyjęcia do szpitala i koniecznością amputacji kończyny, wskazał, że wyjaśnienia wymaga, czy wykonanie w dniu 30 czerwca 2014 r. badania USG D. lub angiografii mogłoby doprowadzić do postawienia właściwego rozpoznania.

Podzielając niektóre z zarzutów powoda dopuszczono dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej dr M. J..

Biegły dysponując dodatkowym materiałem dowodowym złożonym przez powoda po wydaniu opinii przez biegłego P. O. wskazał, że zarówno w czerwienicy prawdziwej jak i w nadkrwistości wtórnej istnieje skłonność do nadkrzepliwości, tj. zmian zakrzepowych w układzie żylnym i tętniczym. W ocenie biegłego podejmowane działania diagnostyczne i lecznicze w kolejnych fazach choroby powoda były adekwatne do istniejącej sytuacji klinicznej. Zdaniem biegłego prawdopodobieństwo uniknięcia amputacji w wypadku powoda było znikome, praktycznie równe zeru, czego dowodem jest rozwój choroby w obrębie kończyny prawej, skutkujący amputacją.

(dowód: opinia biegłego k . 250 - 257)

Powód zakwestionował opinię biegłego.

Odnosząc się do zastrzeżeń powoda, w opinii uzupełniającaj biegły wskazał, że przy braku objawów klinicznych ostrego niedokrwienia a jedynie istnieniu objawów zaburzonego ukrwienia, badanie USG w zestawieniu z obrazem klinicznym było badaniem wystarczającym. Biegły przyznał, że wiarygodność wyniku badania USG zależna jest od umiejętności prowadzącego badanie; angiografia komputerowa pozwala na dokładniejsze prześledzenie zmian naczyniowych, takie badanie wykonuje się jednak w wypadku zaawansowanego niedokrwienia kończyn, wymagającego leczenia operacyjnego.

W ocenie biegłego, brak jest podstaw do stwierdzenia nieprawidłowości działania personelu ubezpieczonej placówki medycznej w związku z odmową przyjęcia powoda do szpitala w dniu 30 czerwca 2014 r. Nie stwierdzono wówczas u powoda objawów ostrego niedokrwienia kończyny dolnej lewej, a jedynie osłabienie tętna na tętnicy

piszczelowej tylnej i grzbietowej. W ocenie biegłego nie było także podstaw do skierowania powoda na dodatkowe konsultacje chirurga naczyniowego czy hematologa, skoro nie występowały u powoda objawy wymagające zmiany dotychczasowego leczenia.

Zdaniem biegłego, ani w kwietniu ani w czerwcu 2014 r, nie było podstaw do przekazania powoda do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności; stwierdził, że dla wniosków końcowych opinii nie ma istotnego znaczenia ustalenie, że powód cierpi na nadkrwistość wtórną, a nie na czerwienicę prawdziwą, ponieważ zmiany zakrzepowe występują w obu jednostkach chorobowych, są nieprzewidywalne a niekiedy trudno im zapobiec.

Biegły podkreślił, że interwencja u pacjenta z rozpoznaną nadkrwistością jest konieczna jedynie wtedy, gdy zachodzi zjawisko ostrego niedokrwienia (kończyna jest zimna i sino - blada). Próba poprawy ukrwienia w wypadku niedokrwienia niewielkiego stopnia skazana jest na niepowodzenie a nawet na pogorszenie stanu pacjenta.

(dowód opinia uzupełniająca k.354 – 356)

Strony nie kwestionowały opinii uzupełniającej biegłego.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie

Stan faktyczny w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia Sąd ustalił na podstawie wskazanych wcześniej dowodów z dokumentów, które nie były kwestionowane przez strony i które nie budziły wątpliwości z urzędu co do ich autentyczności. Za wiarygodne uznano również zeznania świadków W. B., P. T. i A. K., skoro korespondowały one z innymi dowodami, były jasne i logiczne. Dla rozstrzygnięcia decydujące znaczenie miały jednak opinie biegłych z zakresu chirurgii naczyniowej.

Obaj biegli byli zgodni co do tego, że diagnostyka i leczenie powoda prowadzone w 2014 r. w placówce ubezpieczonej przez pozwanego były prawidłowe. Opinie zostały sporządzone profesjonalnie, przez osoby posiadające wiedzę specjalną oraz wieloletnie doświadczenie. Uwzględniając treść obu tych opinii uznać należało je za jasne, logiczne, pełne, stąd stały się podstawą ustalenia stanu faktycznego.

Dla rozstrzygnięcia sprawy istotne było ustalenie, czy można przypisać pozwanej spółce, jako ubezpieczycielowi, odpowiedzialność za ewentualny błąd medyczny personelu SP ZOZ w D..

Podstawy prawnej roszczenia powoda poszukiwać należy w art. 430 kc w zw. z art. 822 § 1 i 4 kc. Wedle art. 430 kc, 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.

Na podstawie art. 822 § 1 kc przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (art. 822 § 4 kc). Z powyższych przepisów wynika, że przesłanką odpowiedzialności pozwanego jest wykazanie odpowiedzialności SP ZOZ w D., który z kolei odpowiada za zawinione zachowanie swoich podwładnych, w tym przypadku lekarzy. Innymi słowy pozwany będzie ponosił odpowiedzialność za zdarzenie jeśli w toku procesu zostanie dowiedziony błąd medyczny.

Odpowiedzialność za błąd medyczny, mająca charakter deliktowy, oparta jest na zasadzie winy z art. 415 kc, zgodnie z którym kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Niezbędnymi przesłankami odpowiedzialności na tej podstawie są: powstanie szkody, ustalenie sprawcy, istnienie normalnego związku przyczynowego między szkodą a działaniem sprawcy oraz wina po stronie sprawcy.

Przez błąd w sztuce medycznej należy rozumieć naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną), obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku staranności (A. Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Warszawa 1998, s. 38).

Okolicznością niesporną było to, że w dniach 10 -15 kwietnia 2014 r. powód był leczony w SP ZOZ w D. z powodu zakrzepicy nadto, że w dniu 30 czerwca 2014 r. odmówiono przyjęcia go do tego szpitala, a także że nie wykonano u niego badania angiograficznego. Niespornym jest również fakt, że ostatecznie z powodu zakrzepicy powód utracił obie kończyny dolne. Spór stron dotyczył przede wszystkim tego, czy obowiązkiem lekarzy było wykonanie badania angiograficznego oraz przyjęcie powoda do szpitala w dniu 30 czerwca 2014 r. ewentualnie przekazanie go do jednostki o wyższym stopniu referencyjności, nadto czy gdyby podjęto wskazane czynności, to istniały by szanse uniknięcia konieczności amputacji kończyny dolnej lewej.

Lekarzowi można przypisać winę za nieprawidłowe leczenie tylko wówczas, jeśli zostanie wykazane, że nie da się go usprawiedliwić w świetle aktualnego stanu nauki (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 lutego 1974 r., sygn. akt I PR 518/74, opubl. NP. 1975, Nr 1, s. 14). Wspomniana zasada winy opiera się na tym, że sprawca szkody nie odpowiada za sam fakt jej wystąpienia w sensie obiektywnym, dla jego odpowiedzialności niezbędne jest postawienie mu skutecznego zarzutu, że w danym kontekście sytuacyjnym jego zachowanie było nieprawidłowe. Ta nieprawidłowość zachowania się to wina, która składa się z dwóch elementów: obiektywnego, czyli bezprawności, dotyczącej bezprawnego działania po stronie sprawcy, czyli takiego, które narusza nałożone na niego nakazy lub zakazy, wynikające z obowiązującego prawa lub innych zasad oraz elementu subiektywnego, odnoszącego się do oceny procesu decyzyjnego po stronie sprawcy, który doprowadził do zrealizowania czynu niedozwolonego.

Wykazanie popełnienia błędu medycznego obciążało powoda. Ogólną i podstawową zasadę rozkładu ciężaru dowodu określa art. 6 kc, w świetle którego ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Na potrzeby postępowania cywilnego zasada ta została skonkretyzowana w art. 232 zdanie pierwsze kpc, który stanowi, że strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. W pełni należy podzielić stanowisko Sądu Apelacyjnego w Gdańsku wyrażone w wyroku z dnia 28 maja 2015 r., sygn. akt I ACa 1001/14 (opubl. Legalis 1359207), że sąd nie jest odpowiedzialny za wynik procesu, 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. Istotne jest to, że powód był reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, co w zasadzie wyłączało możliwość działania Sądu z urzędu na podstawie art. 232 zdanie drugie kpc.

Powód nie sprostał ciężarowi dowodu i nie dowiódł winy personelu SP ZOZ w D..

Zauważyć trzeba, że żaden z dowodów nie wskazywał na winę lekarzy. Przeciwnie, z materiału dowodowego wynika, że lekarze dołożyli staranności wymaganej od nich jako profesjonalistów. Z opinii obu biegłych wynika, że wyniki badań z okresu pobytu powoda w szpitalu w D. jak również w dniu 30 czerwca 2014 r. nie wskazywały na potrzebę rozszerzenia diagnostyki o badanie inwazyjne, jakim jest angiografia. Po hospitalizacji w kwietniu, w badaniu USG D. stwierdzono u powoda brak istotnych zaburzeń przepływu. Leczeniem zachowawczym osiągnięto zatem oczekiwany rezultat.

W dniu 30 czerwca 2014 r. nie było natomiast podstaw do przyjęcia powoda do szpitala, skoro w badaniu nie stwierdzono patologii w naczyniach kończyn dolnych.

Obaj biegli wskazywali na specyfikę choroby podstawowej, obciążającej powoda oraz możliwość występowania licznych powikłań, w tym zakrzepicy, której przebieg może być nieprzewidywalny. Opinia biegłego P. O. mogła budzić wątpliwości o tyle, że biegły ten stwierdził, że nie jest możliwe jednoznaczne ustalenie, czy odmowa przyjęcia

powoda do szpitala doprowadziła do konieczności amputacji, uznając ostatecznie że nie widzi związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy tymi zdarzeniami.

Kwestią zasadniczą w tym przypadku było ustalenie, czy powód powinien zostać przyjęty na leczenie. Z opinii M. J. wynika jednoznacznie, że skoro w dniu 30 czerwca 2014 r. nie stwierdzono u powoda objawów ostrego niedokrwienia kończyny dolnej lewej, a jedynie osłabienie tętna na tętnicy piszczelowej tylnej i grzbietowej, to nie było wskazań do hospitalizacji. Tego stanowiska biegłego powód ostatecznie nie kontestował, skoro nie składał zarzutów do opinii uzupełniającej.

Nieprzekonujące jest stanowisko powoda, że mylą się biegli twierdząc iż nie było szans na uniknięcie amputacji, skoro w szpitalu w O. lekarze podjęli leczenie zachowawcze w celu uniknięcia amputacji. Oczywistym jest, że amputacja jest najbardziej radykalną formą terapii, przed podjęciem decyzji o jej przeprowadzeniu należy wykorzystać wszystkie inne, możliwe sposoby leczenia. Skoro była istniała jeszcze jakakolwiek szansa na ratowania kończyny, to obowiązkiem lekarzy było podjęcie odpowiednich kroków w tym kierunku.

O tym, że stan powoda w kwietniu i czerwcu 2014 r. nie obligował do podjęcia innych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych niż faktycznie podjęte, świadczy najlepiej fakt, że dopiero przy drugiej wizycie świadek W. B. skierował powoda do oddziału chirurgii naczyniowej z rozpoznaniem ostrego zastarzałego niedokrwienia kończyny dolnej lewej.

O słuszności tezy postawionej przez biegłych co do braku możliwości uniknięcia amputacji świadczy natomiast najlepiej fakt, że powód utracił z tych samych powodów także prawą kończynę. Co istotne, w tym przypadku zapewne był wnikliwie monitorowany, skoro opiekujący się nim lekarze mieli świadomość przebiegu choroby i powikłań, które doprowadziły do odjęcia kończyny w 2014 r. Mimo tego, nie udało się zapobiec kolejnej amputacji.

Z uwagi na nieudowodnienie przesłanek odpowiedzialności pozwanego powództwo podlegało oddaleniu. O kosztach procesu rozstrzygnięto na podstawie art. 102 kpc, wedle którego w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W niniejszej sprawie spełnione zostały przesłanki zastosowania cytowanej normy.

Powód przed wytoczeniem powództwa wielokrotnie był hospitalizowany, przeżył poważny zabieg operacyjny, utracił kończynę dolną lewą. Subiektywnie mógł mieć poczucie pokrzywdzenia i przeświadczenie, że lekarze opiekujący się nim w szpitalu w D. popełnili błąd, na skutek którego konieczna stała się amputacja. W trakcie procesu powodowi odjęto także kończynę prawą. Powód utracił zdolność do pracy, jedynym źródłem jego utrzymania jest renta w kwocie ok. 1.000 zł, ponosi koszty leczenia. Sytuacja życiowa i majątkowa, w jakiej się znajduje, przemawia za odstąpieniem od obciążania go kosztami procesu w całości.