

Sygn. akt I ACa 1714/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Małgorzata Stanek (spr.)

Sędziowie: SA Alicja Myszkowska

del. SO Dariusz Limiera Protokolant: sekretarz sądowy P. T.

po rozpoznaniu w dniu 20 maja 2015 r. w Łodzi na rozprawie sprawy z powództwa **G. R. j**

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. N. (...) w Ł. i (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 24 września 2014 r. sygn. akt II C 161/11

1. zmienia zaskarżony wyrok na następujący:

„I. zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz G. R. kwoty:

1. 175.000,00 (sto siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia:

a. 20 kwietnia 2011 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

b. 28 lipca 2011 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

do dnia zapłaty,

1. 23.777,89 (dwadzieścia trzy tysiące siedemset siedemdziesiąt siedem złotych osiemdziesiąt dziewięć groszy) tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami liczonymi od :

a. kwoty 7.585,42 (siedem tysięcy pięćset osiemdziesiąt pięć złotych czterdzieści dwa grosze) od dnia:

aa. 20 kwietnia 2011 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

ab. 28 lipca 2011 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

do dnia zapłaty,

b. 4.664,37 (cztery tysiące sześćset sześćdziesiąt cztery złote trzydzieści siedem groszy) od dnia:

ba. 22 listopada 2013 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

bb.15 listopada 2013 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

do dnia zapłaty,

c. 11.528,10 zł (jedenaście tysięcy pięćset dwadzieścia osiem złotych dziesięć groszy) od dnia 8 stycznia 2014 roku do dnia zapłaty wobec obydwu pozwanych,

3. tytułem renty wyrównawczej:

a. po 2.679,00 (dwa tysiące sześćset siedemdziesiąt dziewięć) złotych za okres od dnia

1 listopada 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku,

b. po 5.198,00 (pięć tysięcy sto dziewięćdziesiąt osiem)złotych za okres od dnia 1

stycznia 2009 roku do dnia 31 grudnia 2009 roku,

c. po 6.200,50 (sześć tysięcy dwieście złotych pięćdziesiąt groszy) za okres od dnia 1

stycznia 2010 roku i na przyszłość,

płatne do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, poczynając ich naliczanie w zakresie rat wymagalnych od dnia:

- 20 kwietnia 2011 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

- 28 lipca 2011 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

z tym zastrzeżeniem, że zapłata którejkolwiek z kwot wymienionych w punktach I. 1-3 przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku świadczenia do wysokości dokonanej zapłaty oraz, że odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej w W. ograniczona jest do wysokości sumy gwarancyjnej w kwocie 500.000 (pięćset tysięcy złotych),

II. oddała powództwo w pozostałej części;

III, znosi wzajemnie między stronami koszty procesu;

IV nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi solidarnie od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 16 106, 00 (szesnaście tysięcy sto sześć) złotych tytułem nieziszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa;

V. nie obciąża G. R. nieuiszczonymi kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa”;

2. oddała apelację w pozostałej części;

3. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I ACa 1714/14

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 24 września 2014 roku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa G. R. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę i ustalenie:

I. zasądził od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz G. R. kwoty:

1. 350.000 złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia:

a. 20 kwietnia 2011 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

b. 28 lipca 2011 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

do dnia zapłaty,

2. 47.555,79 złotych tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami liczonymi od:

a. kwoty 7.585,42 złotych od dnia:

i. 20 kwietnia 2011 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

ii. 28 lipca 2011 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

do dnia zapłaty,

b. 4.664,37 złotych od dnia:

i. 22 listopada 2013 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

ii. 15 listopada 2013 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

do dnia zapłaty,

b. 32.448,00 złotych od dnia 8 stycznia 2014 roku do dnia zapłaty wobec obydwu pozwanych,

c. 2.858,00 (dwa tysiące osiemset pięćdziesiąt osiem) złotych od dnia:

i. 2 września 2014 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,

ii. 27 sierpnia 2014 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

do dnia zapłaty,

1. tytułem renty wyrównawczej:

a. po 5.358 złotych za okres od dnia 1 listopada 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku,

b. po 10.396 złotych za okres od dnia 1 stycznia 2009 roku do dnia 31 grudnia 2009 roku,

c. po 12.401 złotych za okres od dnia 1 stycznia 2010 roku i na przyszłość,

płatne do dnia 10-go każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, poczynając ich naliczanie w zakresie rat wymagalnych od dnia:

#

- 20 kwietnia 2011 roku wobec Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.,
- 28 lipca 2011 roku wobec (...) Spółki Akcyjnej w W.,

z tym zastrzeżeniem że zapłata którejkolwiek z kwot wymienionych w punktach I. 1-3 przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku świadczenia do wysokości dokonanej zapłaty oraz, że odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej w W. ograniczona jest do wysokości sumy gwarancyjnej w kwocie 2.000.000 złotych,

1. solidarnie 12.420,95 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu,

II. ustalili odpowiedzialność Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej w W. za następstwa przedmiotowego zdarzenia, mogące powstać u G. R. w przyszłości,

III. oddalił powództwo w pozostałej części,

IV. nakazał ściągnąć solidarnie od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 32.212 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa,

V. nie obciążył G. R. nieuiszczonymi kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa.

Powyższy wyrok zapadł na podstawie poczynionych przez Sąd pierwszej instancji ustaleniach faktycznych, z których wynika, że powód, od 2001 r., był leczony ambulatoryjnie w Poradni Neurologicznej z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego z obecnymi bólami promieniującymi do barku po stronie prawej oraz ograniczeniem ruchomości kończyny górnej prawej. W wykonanych wówczas badaniach obrazowych kręgosłupa uwidocznił zmiany degeneracyjne w odcinku szyjnym i lędźwiowym.

Od dnia 28 do 31 stycznia 2003 roku był leczony w Oddziale Neurochirurgii w T. z powodu zespołu cieśni nadgarstka po stronie lewej, który został rozpoznany na podstawie wyniku badania (...), a zabieg operacyjny został przeprowadzony w dniu 24 stycznia 2003 roku. Z karty wypisowej wynikało, że po zabiegu nastąpiła niewielka poprawa stanu miejscowego, natomiast w historii choroby z Poradni Neurologicznej - nie odnotowano żadnej poprawy. Po zabiegu powód został zakwalifikowany do rehabilitacji.

Pierwsze dolegliwości związane z chwilowym bezwładem nóg powód zaczął odczuwać w latach 2003 – 2004. Problemy zdrowotne powoda z czasem nasilały się, ale jeszcze w 2005 r. były na tyle małe, że powód miał zachowane wszystkie czynności fizjologiczne, poruszał się samodzielnie, jeździł samochodem i na rowerze. W razie niepogody czasem używał laski, w najgorszym razie korzystał z balkonika.

W czerwcu 2005 roku powód był hospitalizowany w Oddziale Neurologii w T. (w okresie 20 czerwca do 6 lipca 2005 roku) z powodu narastającego niedowładu kończyn dolnych, z przewagą kończyny dolnej prawej. W trakcie hospitalizacji rozpoznano uszkodzenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym – o niejasnym pochodzeniu. Podczas pobytu szpitalnego wykonano badania odcinka piersiowego metodą rezonansu magnetycznego (...), w którym stwierdzono obecność poszerzenia w niewielkim stopniu kanału środkowego rdzenia kręgowego w odcinku (...). Wykonano także badanie (...) odcinka lędźwiowego kręgosłupa stwierdzając protruzję jądra miążdżystego na poziomie L4 - L5 oraz L5 – S1. W badaniu (...) mózgowia nie stwierdzono patologicznych zmian. Powód był również konsultowany neurochirurgicznie - nie stwierdzono wówczas konieczności leczenia operacyjnego.

W lipcu 2005 roku powód był hospitalizowany w Oddziale Neurologicznym w K. z powodu narastającego od ok. 6 miesięcy niedowładu kończyn dolnych. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono zasadniczych odchyleń. Nie stwierdzono również obecności autoprzeciwciał przeciwjądrowych, przeciwjąderekowych, antycytoplazmatycznych, przeciw składnikom cytoplazmy neutrofilów (...) (m.in. diagnostyka w kierunku zespołu (...)). W badaniu RTG kręgosłupa piersiowego nie stwierdzono takich zmian, które mogłyby tłumaczyć zespół patologicznych objawów neurologicznych. Stwierdzona u powoda obecność naczyniaka trzonu kręgu Th 12 nie była w żaden sposób związana z zasadniczym zespołem chorobowym i nie wymagała leczenia operacyjnego. W lipcu 2005 roku wykonano u powoda badanie płynu mózgowo - rdzeniowego w kierunku wewnątrzpłynowej syntezy globulin.

W grudniu 2005 roku powód był leczony w Oddziale Urologicznym w M. z rozpoznaniem kamicy nerkowej. W badaniach obrazowych stwierdzono obecność złoju umiejscowionego w jednym z kielichów nerki prawej. Ustalono termin przyjęcia do Oddziału w celu wykonania litotrypsji.

W latach 2006 – 2007 powód coraz częściej narzekał na chwilowe napady bezwładu nóg, które prowadziły do upadków. W celu zdiagnozowania swojego schorzenia powód odbył konsultacje w różnych ośrodkach.

Od lutego 2006 roku powód był leczony w gabinecie fizykoterapii w T., dokumentacja medyczna nie wskazuje z jakiego powodu. W dniu 11 września 2006 r. u powoda wykonano badanie elektrofizjologiczne nerwów kończyn.

W grudniu 2006 roku powód był hospitalizowany w Oddziale Obserwacyjno - Zakaźnym w M. z powodu podejrzenia boreliozy. W trakcie hospitalizacji nie potwierdzono rozpoznania boreliozy, nie uzyskano również znaczącej poprawy stanu neurologicznego.

W 2007 r. powód został skierowany do Przychodni (...). W ramach rehabilitacji powód wykonywał ćwiczenia utrzymujące bądź podtrzymujące siłę mięśniową oraz ćwiczenia równoważne. Powód miał problemy z utrzymaniem równowagi, skarżył się, że na skutek osłabienia kończyn dolnych zatacza się. W tym okresie powód był lokomocyjnie samodzielny, do przychodni przychodził samodzielnie, nie miał zaburzeń odruchów fizjologicznych.

W dniu 22 lutego 2007 r. u powoda wykonano kontrolne badanie (...) odcinka piersiowego kręgosłupa, w którym stwierdzono jamę syringomieliczną na poziomie (...). Stwierdzono również obecność naczyniaków trzonów kręgów Th 10 i Th 12. Porównano obraz radiologiczny z poprzednim badaniem (2005 rok) nie stwierdzając progresji zmian.

W dniu 25 marca 2007 r. wykonano badanie (...) odcinka szyjnego kręgosłupa. W wykonanym badaniu stwierdzono obecność zmian zwyrodnieniowych na poziomie kręgów C6/C7 z obecnym wygładzeniem lordozy szyjnej. Zmiany te w żaden sposób nie tłumaczyły stanu neurologicznego pacjenta i nie wymagały leczenia operacyjnego.

W dniu 18 kwietnia 2007 roku powód był konsultowany neurochirurgicznie (prof. A. M.) i zdyskwalifikowany od zabiegu operacyjnego.

W dniu 30 sierpnia 2007 roku powód był hospitalizowany w Oddziale O. - Urazowym w B.. W trakcie hospitalizacji wykonano dekompresję protruzji jądra miazdzystego na poziomie L4/L5 z dojścia bocznego metodą (...). W momencie przyjęcia powód był z postępującym niedowładem spastycznym kończyn dolnych oraz postępującymi zaburzeniami zwieraczy pod postacią nagłego parcia na mocz.

W dniu 20 września 2007 r. powód ponownie został przyjęty do Oddziału (...) Urazowego w B. w celu operacyjnego leczenia dyskopatii na poziomie krążka międzykręgowego L5/S1. W momencie przyjęcia stwierdzono osłabienie prostowników stopy prawej i palucha po stronie prawej oraz zaburzenia zwieraczy pod postacią nagłego parcia na mocz, a ponadto spastykę kończyn dolnych z obecnym wygórowaniem odruchów oraz objawami patologicznymi w obu kończynach dolnych. W dniu 20 września 2007 r. wykonano zabieg operacyjny na poziomie krążka międzykręgowego L5/S1 z dostępu bocznego metodą (...). Po zabiegu nie stwierdzono poprawy stanu neurologicznego.

W dniu 13 listopada 2007 r. wykonano badanie (...) odcinka piersiowego kręgosłupa piersiowego, w którym stwierdzono niewielką jamę syringomieliiczną w odcinku piersiowym kręgosłupa.

W stosunku do poprzedniego badania brak było progresji zmiany.

W dniu 14 grudnia 2007 roku powód był konsultowany w Poradni Neurologicznej. Podczas konsultacji stwierdzono narastający niedowład kończyn dolnych oraz postępujące zaburzenia zwieraczy.

W dniu 19 grudnia 2007 roku wykonano badanie (...) odcinka lędźwiowego kręgosłupa, w którym uwidoczniło się obecność niewielkich protruzji jądra miazdżystego na poziomie L2/L3 oraz L4/L5 i L5/S1, bez cech stenozy kanału kręgowego. Uwidoczniło się także objawy poszerzenia kanału środkowego rdzenia w dolnej części odcinka piersiowego kręgosłupa, którą udało się uwidocznić w badaniu odcinka lędźwiowego.

W dniu 10 stycznia 2008 roku wykonano badanie elektrofizjologiczne w związku z „paraparezą spastyczną kończyn dolnych”, które wykazały obecność zmian mogących świadczyć o uszkodzeniu neurogennym, szczególnie w zakresie nerwu strzałkowego obustronnie.

Od dnia 9 kwietnia 2008 roku do 23 kwietnia 2008 roku powód był hospitalizowany w Oddziale Neurologii pozwanego Szpitala w Ł.. Przyczyną hospitalizacji było stopniowe, postępujące osłabienie siły mięśniowej kończyn dolnych, które występowało od 2002 roku. Początkowo podejrzewano proces demielinizacyjny, który jednak wykluczono na podstawie wykonanych badań diagnostycznych. W momencie przyjęcia stwierdzano rozszerzenie zaburzenia czucia od poziomu kręgu piersiowego Th 8, niedowład kończyn dolnych o charakterze spastycznym, z obecnymi objawami patologicznymi, pacjent był chodzący przy pomocy balkonika. W trakcie hospitalizacji wykonano badanie (...) rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym i piersiowym kręgosłupa. W wykonanym badaniu stwierdzono zmianę wewnątrzrdzeniową, prawdopodobnie o charakterze jamistości rdzenia na wysokości od kręgu (...) do wysokości kręgów Th 10 - Th 11 o niewielkim nasileniu. Pierwsza hospitalizacja powoda w pozwanym szpitalu miała na celu definitywne potwierdzenie bądź wykluczenie postawionej wstępnie diagnozy stwardnienia rozsianego. Ostatecznie zdiagnozowano, że dolegliwości powoda mają podłoże neurochirurgiczne. Po konsultacji neurochirurgicznej (prof. M. Z.) powód został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Operacja miała odbyć się za dwa tygodnie. Zabiegiem miał się zająć prof. Z.. Do operacji nikt już powoda nie diagnozował.

Powód zgłosił się do pozwanego szpitala w dniu 16 maja 2008r., w piątek. Powód chodził wówczas samodzielnie, używając balkonika. Kontrolował funkcje fizjologiczne, miał czucie. Mógł prowadzić samochód. Nie potrzebował pomocy przy codziennych czynnościach i mógł pracować.

W momencie przyjęcia stwierdzono niedowład kończyn dolnych, który oceniono na III stopień w skali L.'a w kończynie dolnej lewej oraz odpowiednio II stopień w kończynie dolnej prawej. Zdecydowano o leczeniu operacyjnym pacjenta.

Powód uzyskał informację, że operacja odbędzie się w poniedziałek. W sobotę o godz. 7.00 powód zatelefonował do żony z informacją, że jest przygotowywany do zabiegu, który odbędzie się tego dnia – w sobotę.

Przed operacją powód nie rozmawiał z lekarzem, który miał ją wykonać. Nie poinformowano powoda, jaka operacja ma być wykonana i jakiego rezultatu spodziewają się lekarze. Nie poinformowano także o ryzyku, jakie wiąże się z tym zabiegiem, w szczególności, że jego stan zdrowia po operacji może się pogorszyć i jakie jest tego prawdopodobieństwo. Nie poinformowano powoda o możliwości paraliżu.

Ostatecznie zabieg przeprowadził dr T.. Wg protokołu zabiegu operacyjnego w dniu 17 maja 2008 r. wykonano laminectomię na poziomie (...) - Th 10 oraz założenie drenażu zmiany śródrdzeniowej. W trakcie zabiegu operacyjnego zastosowano monitoring śródoperacyjny. Jak wynika z opisu przebiegu choroby po zabiegu stan neurologiczny powoda nie uległ zmianie. Po przeprowadzonej operacji powód nie był w stanie zrobić żadnych kroków, próba pionizacji nie powiodła się, powód nie kontrolował funkcji fizjologicznych. W dniu 4 czerwca 2008 r. wykonano badanie (...) odcinka piersiowego kręgosłupa, w którym stwierdzono zmiany pozabiegowe na poziomie kręgów (...)

- Th 10 o charakterze laminiektomii oraz niewielką ilość zmian świadczących o depozytach pokrwotocznych w tej lokalizacji (bez znaczenia klinicznego). Stwierdzono także patologiczny obszar śródrdzeniowy na wysokości kręgów piersiowych od (...) do Th 10. Zmiana ta mogła sugerować objawy torbieli śródrdzeniowej lub zmiany ekspansywnej. Nie wykluczono również zmiany o charakterze naczyniowym. W obrębie obszaru środkowego widoczny był dren. W trakcie pobytu wykonano także badanie angiograficzne naczyń rdzeniowych nie stwierdzając zmian o charakterze malformacji naczyniowej.

W dniu 13 czerwca 2008 r. wykonano kolejne kontrolne badanie (...) odcinka piersiowego kręgosłupa, w którym stwierdzono obecność zmian identycznych jak w poprzednio wykonanych badaniach. Zdecydowano o ponownym leczeniu operacyjnym powoda, które przeprowadzono w dniu 25 czerwca 2008 r. - wykonano wówczas poszerzenie otwarcia na poziomie kręgów (...) i ponowne założenie drenu do jamy syringomielicznej oraz biopsję zmiany o podejrzanym charakterze. W wykonanym badaniu histopatologicznym z pobranego materiału nie stwierdzono zmian patologicznych. Po zabiegu stan neurologiczny powoda pogorszył się: w momencie wypisu stwierdzano zaburzenia czucia w obrębie kończyn dolnych, z głębokim niedowładem tych kończyn oraz znacznego stopnia zaburzeniami funkcji zwieraczy.

Od dnia 15 lipca do 4 listopada 2008 r. powód był hospitalizowany w Oddziale (...) w T., z powodu znacznego stopnia niedowładu kończyn dolnych oraz zaburzeń funkcji zwieraczy, w celu dalszego leczenia usprawniającego. Przy przyjęciu stwierdzono masywny niedowład kończyn dolnych o charakterze spastycznym oraz zaburzenia czucia od poziomu kręgu (...). Stan zdrowia powoda powodował zależność od pomocy innych osób przy wykonywaniu wszystkich czynności życia codziennego. Powód nie kontrolował zwieracza odbytu ani pęcherza moczowego, był zaopatrzony w pampers i cewnik. W kończynach dolnych był masywny niedowład na pograniczu z porażeniem, śladowe ruchy występowały u niego jedynie w palcach stóp, nieco silniejsze w obrębie kończyny lewej. Niedowład tych kończyn miał charakter spastyczny. Powód nie potrafił samodzielnie zmienić pozycji w łóżku np. przewracać się na boki. Z leżenia do siadu przechodził z pomocą innych osób. Posadzony nie potrafił samodzielnie ustabilizować tułowia. W obrębie kończyn dolnych występowały rozszczerzone zaburzenia czucia. Zaburzone było czucie temperatury, ale zachowane czucie bólu. Nadal jednak nie kontrolował zwieraczy odbytu oraz pęcherza moczowego.

W badaniach laboratoryjnych moczu stwierdzono podwyższoną ilość leukocytów i potwierdzono zapalenie dróg moczowych w badaniu bakteriologicznym (obecność bakterii *P. aeruginosa*) i wdrożono leczenie (F., T.). W trakcie leczenia w ww. Oddziale uzyskano poprawę wydolności ogólnej organizmu oraz poprawę w zakresie niedowładu, oprócz niedowładu części odśiebnych kończyn, który jak wynika z karty opisowej pozostał na poziomie stwierdzanym - jak przy przyjęciu. Pod koniec leczenia osiągnięto częściową pionizację oraz próbę poruszania się pacjenta przy pomocy balkonika przy pomocy osoby drugiej. Przy wypisie powód potrafił samodzielnie przejść z pozycji leżącej do siedzącej, przesadzać się samodzielnie z łóżka do wózka inwalidzkiego. W końcowym etapie rehabilitacji, na dzień wypisu, powód był w stanie z czynną pomocą terapeuty zaopatrzony w tutory na kończyny dolne pionizować się przy balkoniku. Udało się usprawnić powoda tak, by kontrolował tułowie w pozycji siedzącej, jednak w przypadku pojawienia się objawów spastyczności, przewracał się do tyłu bądź na boki. Powód opuścił ww. oddział na wózku inwalidzkim, bez kontroli zwieraczy.

W dniu 26 listopada 2008 roku powód został przyjęty w celu usprawnienia ruchowego do Oddziału (...) Schorzeń (...) w R., gdzie przebywał do dnia 23 grudnia 2008 r. W momencie przyjęcia powód był ze znacznym niedowładem spastycznym kończyn dolnych i dysfunkcją pęcherza. Powód zgłaszał także zaburzenia czucia i drętwienia palców I do III ręki prawej. W trakcie leczenia wykonano badanie (...), które wykazało zespół cieśni nadgarstka po stronie prawej. W czasie pobytu w ww. ośrodku u powoda wystąpiło zatrzymanie moczu. Kontrola zalegania moczu w pęcherzu moczowym potwierdziła duże zaleganie (1200 ml). Dalsze leczenie zalecono po wykonaniu badania cystometrii i sfinkterometrii, w którym stwierdzono zaleganie w pęcherzu moczowym ok. 300 ml moczu oraz obecność pęcherza hyporeflektorycznego. W badaniu USG układu moczowego oraz w badaniu urograficznym stwierdzono obecność uwąpnionego złożu w górnym kielichu nerkowym nerki prawej. Po konsultacji urologicznej

powód został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego ((...) litotrypsja). Pod koniec leczenia pacjent wykonywał samocewnikowanie. W epikryzie wypisowej odnotowano niewielką poprawę stanu neurologicznego.

W dniu 15 stycznia 2009 roku wykonano badanie (...) odcinka piersiowego kręgosłupa, w którym stwierdzono obecność ucisku rdzenia kręgowego na poziomie kręgów (...) przez zmiany bliznowate zlokalizowane w tylnej części worka oponowego. Obecne było także poszerzenie kanału środkowego rdzenia na poziomie (...) do Th 11 - niewielkiego stopnia, głównie poniżej miejsca operowanego. Pozostałe zmiany opisane w badaniu - bez możliwości wpływu na neurologiczny stan chorego.

W dniach od 23 lutego 2009 roku do 11 marca 2009 roku powód przebywał w Oddziale Urologicznym w M. w celu leczenia operacyjnego kamicy nerkowej nerki prawej. Zakwalifikowany do zabiegu (...) (pyelonephrolithotomia) na podstawie wcześniej wykonanej urografii. W badaniu USG układu moczowego stwierdzono obecność złożu w kielichu środkowym nerki prawej o śr. ok. 12 mm. W czasie pobytu doszło do zakażenia rany operacyjnej (w wymazie z rany operacyjnej stwierdzono obecność bakterii *K. pneumoniae* oraz *P. aeruginosa*). Zakażenie rany operacyjnej wymagało operacyjnej rewizji rany, co przeprowadzono w dniu 3 marca 2009 r. Po zabiegu operacyjnym włączono do leczenia antybiotyków - T., zgodnie z posiewem bakteriologicznym. Występujące u powoda z ww. przyczyn stany gorączkowe ustąpiły i stwierdzono stopniowe oczyszczanie się rany pooperacyjnej. Powód został przeniesiony do Oddziału Neurochirurgii w Szpitalu w M..

W okresie od 11 do 12 marca 2009 roku powód był leczony w Oddziale Neurochirurgii Szpitala (...) w M. w celu ewentualnego, ponownego leczenia operacyjnego jamistości rdzenia kręgowego. W momencie przyjęcia stwierdzono niedowład spastyczny kończyn dolnych, którego stopień nasilenia oceniono na IV stopień wg skali L.'a oraz zaburzenia czucia powierzchniowego na poziomie od kręgu (...) w dół oraz zaburzenia czucia głębokiego kończyn dolnych. W trakcie pobytu nie stwierdzono konieczności leczenia operacyjnego i powód został przekazany do dalszego leczenia usprawniającego do Oddziału (...) w M., gdzie przebywał od dnia 12 marca do 7 kwietnia 2009 roku. W momencie przyjęcia, oprócz niedowładu kończyn dolnych, stwierdzono niewygojoną ranę po zabiegu urologicznym z obecnym sączeniem treści krwisto-ropnej. W trakcie pobytu wykonano posiew z rany uzyskując wynik jałowy. W badaniu neurologicznym stwierdzono obecność głębokiego niedowładu kończyn dolnych o charakterze spastycznym oraz zniesienie czucia powierzchniowego na tułowiu od wysokości łuków żebrowych oraz zaburzenia czucia głębokiego na stopach na wysokości stawów skokowych. W trakcie pobytu wykonano badanie moczu stwierdzając obecność licznych bakterii w polu widzenia bez cech wzmożonej ilości leukocytów oraz badanie bakteriologiczne moczu, w którym wyhodowano bakterię - *K. pneumoniae*. W trakcie pobytu powód leczony był także z powodu wyprzeń drożdżakowatych pachwin i worka mosznowego. Zastosowano leczenie zgodnie z konsultacją dermatologiczną (w dn. 13 marca 2009 r.). Konsultowany był również urologicznie i w trakcie konsultacji wprowadzono leczenie farmakologiczne z powodu zakażenia dróg moczowych, leczenie rany operacyjnej (uzyskano w tym zakresie znaczną poprawę) oraz zalecono usunięcie cewnika F.'a i wprowadzenie samocewnikowania. Wg karty wypisowej - w trakcie pobytu uzyskano poprawę w zakresie ruchomości kończyn dolnych i ogólnej sprawności fizycznej.

W okresie od 1 do 7 listopada 2013 r. powód był hospitalizowany w Szpitalu Wojewódzkim im. (...). Ł. SP ZOZ w T. w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem (...) z rozpoznaniem: zakażenie układu moczowego, niedowład spastyczny kończyn dolnych, odleżyna okolicy prawego pośladka, stan po cholecystektomii w listopadzie 2012 r., kamica nerki prawej – stan po leczeniu operacyjnym powikłany zakażeniem rany operacyjnej w lutym 2009 r., choroba rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym /podejrzenie jamistości/ - stan po operacji w maju i czerwcu 2008. Dyskopatia L4/L5 – stan po leczeniu operacyjnym w sierpniu 2007 r.

Przed zabiegiem operacyjnym neurochirurgicznym przeprowadzonym u powoda w dniu 17 maja 2008 r. wysunięto podejrzenie jamistości rdzenia kręgowego /syringomyelii, która jest przewlekłą i postępującą chorobą, w której dochodzi do tworzenia się jam wypełnionych płynem w obrębie rdzenia kręgowego/, co odnotowano w historii choroby z leczenia w Oddziale Klinicznym Oddziale Neurologii (...) Szpitala (...) w Ł. w okresie od 9 do 23 kwietnia 2008 r. Można jedynie przypuszczać, że rozpoznanie, które odnotowano w protokole znieczulenia do zabiegu operacyjnego w dniu 17 maja 2008 r. („guz rdzenia kręgowego”) zostało podane omyłkowo przez prowadzącego znieczulenie lekarza

anestezjologa, a więc lekarza, który nie opiekował się chorym bezpośrednio w Klinicznym Oddziale Neurochirurgii (...) Szpitala (...) w Ł.

Jamistość rdzenia kręgowego najczęściej powstaje przy obecności w kanale kręgowym przeszkody w przepływie płynu mózgowo-rdzeniowego, spowodowanej np. obecnością zmiany guzowatej, ale także w przypadkach pourazowych oraz może towarzyszyć anomalii rozwojowej o nazwie zespołu (...) (jest to wrodzona wada tyłomózgowia-mózdzku, z jego uciśnięciem, co może powodować zaburzenia przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego) i rzadziej zespołowi (...)’a (w postaci wrodzonych zrostów kręgow, najczęściej szyjnych, z towarzyszącym wielowodniem wrodzonym).

Zawarta w aktach dokumentacja medyczna wskazuje, iż w przypadku powoda nie ujawniono żadnej z ww. przyczyn.

(...) ocena wyników radio-obrazowych kręgosłupa piersiowego, wykonanych u powoda m.in. w kwietniu 2008 r., wykazała obraz istniejących wówczas zmian neurodegeneracyjnych (zanikowych) rdzenia kręgowego, które również mogą skutkować poszerzeniem światła kanału centralnego rdzenia – z powstaniem jam śródrdzeniowych. Podejrzanie w kierunku jamistości rdzenia kręgowego („za najbardziej prawdopodobną przyczynę dolegliwości zgłaszanych przez chorego przyjęto istnienie jamistości rdzenia”) było oparte przede wszystkim na wynikach badań radio-obrazowych kręgosłupa piersiowego przy użyciu metody rezonansu magnetycznego (MR). Odnotowane „poszerzenie kanału centralnego rdzenia kręgowego” (w opisie badania MR kręgosłupa piersiowego, wykonanego u powoda w dniu 16 kwietnia 2008r.) może występować w badaniu radiologicznym, zarówno w przypadku jamistości rdzenia, jak i w przypadku guza kanału kręgowego i często dopiero w trakcie zabiegu operacyjnego można postawić odpowiednie rozpoznanie na podstawie morfologii zmiany i zawartości poszerzonego kanału centralnego rdzenia (np. obecność bogatobiałkowego płynu w obrębie torbieli świadczy o zmianie nowotworowej).

W przypadku zachorowania powoda wystąpiły dużego stopnia trudności diagnostyczne w jednoznacznym określeniu faktycznego rozpoznania .

Przed przyjęciem do Klinicznego Oddziału Neurochirurgii ww. szpitala w Ł. w maju 2008 r., u powoda wysunięto podejrzenie w kierunku jamistości rdzenia kręgowego. Rozpoznanie to postawiono na podstawie wyniku badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa piersiowego, wykonanego w kwietniu 2008r., w którym u powoda stwierdzono obecność niewielkiej jamy w obrębie rdzenia kręgowego o charakterze „poszerzenia kanału środkowego”. W obrazie klinicznym były również obecne objawy postępującego niedowładu kończyn dolnych i charakterystyczne dla jamistości rdzenia rozszczępienie zaburzenia czucia. Biorąc pod uwagę powyższe dane - wysunięcie podejrzenia jamistości rdzenia kręgowego u powoda można uznać za zasadne.

Obecność nie każdej jamy w obrębie rdzenia kręgowego stanowi bezwzględne wskazanie do leczenia operacyjnego. W niektórych przypadkach chorych powstanie jamy jest spowodowane przez zmiany neurodegeneracyjne (zanik tkanki nerwowej), co miało miejsce w sytuacji powoda. W takich przypadkach wewnątrz jamy śródrdzeniowej nie występuje nadmierne ciśnienie płynu, co „samo w sobie” nie powoduje progresji patologicznych objawów klinicznych. Progresja schorzenia wynika natomiast z postępującego procesu neurodegeneracyjnego. W tych też przypadkach klinicznych nie występuje pogrubienie rdzenia kręgowego, czego również nie stwierdzono u powoda. Interwencja zabiegowa neurochirurgiczna, w takiej sytuacji klinicznej zachorowania, nie gwarantuje poprawy stanu neurologicznego. Należałoby w takiej sytuacji kontynuować leczenie zachowawcze, zgodnie z opinią konsultującego powoda w dniu 18 kwietnia 2007r. lekarza specjalisty neurochirurga prof. A. M..

Poddając ocenie działania lekarzy neurochirurgów z pozwanego Szpitala, wdrożone wobec powoda w maju 2008r., należy wziąć pod uwagę stan kliniczny pacjenta w tym momencie diagnostyki i leczenia. Powód chorował już od dłuższego czasu, a jego stan zdrowia, pomimo wdrożonych, intensywnych czynności diagnostyczno-terapeutycznych, ulegał systematycznemu pogorszeniu, co odnosiło się przede wszystkim do postępującego niedowładu kończyn dolnych. Wobec niemożności określenia jednoznacznej przyczyny tego pogorszenia, chory oczekiwał od lekarzy leczących odpowiedniego, szybkiego postępowania decyzyjnego i w tej sytuacji w 2008 r. zwrócono się o pomoc do personelu lekarskiego Klinicznego Oddziału Neurochirurgii USzK w Ł.. Medycyna dopuszcza w pewnych przypadkach zastosowanie leczenia, w tym operacyjnego, pomimo braku pewności co do rozpoznania klinicznego (rozpoznanie

ex iuvantibus - diagnoza na podstawie wyników leczenia) i dlatego w konkretnym przypadku decyzja o wdrożeniu leczenia operacyjnego w maju 2008 r., aczkolwiek kontrowersyjna, nie wyczerpywała jednoznacznie kryteriów błędu medycznego i w pewien sposób była uzasadniona.

Nie można również wykluczyć, iż na podjęcie takiej właśnie decyzji miały wpływ niepełne (nie uwzględniające całej morfologii patologicznych zmian w obrębie rdzenia kręgowego) opisy wyników badań radio – obrazowych kręgosłupa piersiowego, wykonywanych u powoda od 2005r., co zwłaszcza odnosi się do wyniku badania RM z dnia 16 kwietnia 2008r.

Zawarta w aktach dokumentacja medyczna wskazuje, iż w dniu 17 maja 2008 roku w Klinicznym Oddziale Neurochirurgii ww. szpitala w Ł. powód został poddany zabiegowi operacyjnemu drenażu jamy syringomielicznej. Zabieg operacyjny polegał na nacięciu skóry w rzucie dolnego bieguna jamy syringomielicznej, obustronnym wypreparowaniu mięśni przy kręgosłupowych oraz wykonaniu laminektomii, a więc „zdjęciu” łuków kręgów piersiowych (...) i Th 10. Następnie otwarto oponę twardą docierając do rdzenia kręgowego. W powiększeniu mikroskopowym wykonano otwarcie rdzenia w linii pośrodkowej i do jamy założono dren łączący jamę syringomieliczną z przestrzenią podpajęczynówkową. Połączenie to miało spowodować wyrównanie ciśnień w jamie syringomielicznej i przestrzeni podpajęczynówkowej.

W przypadkach planowania zabiegu operacyjnego neurochirurgicznego kwalifikacja do leczenia operacyjnego, w sytuacji gdy nie ma potrzeby wykonania dodatkowych badań specjalistycznych, odbywa się na etapie, nawet przed pobytem szpitalnym. W przypadku powoda w maju 2008r. dalsze badania dodatkowe nie były konieczne. Kwalifikacja do zabiegu przed przyjęciem do szpitala ogranicza okres pobytu pacjenta w oddziale zabiegowym, co jest korzystne zarówno z punktu widzenia chorego, jak i z racji ekonomicznych. Tego typu postępowanie jest standardem w postępowaniu lekarskim neurochirurgicznym.

Powód został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego w maju 2008 r. na podstawie wyników badań lekarskich, długotrwałej obserwacji klinicznej i opinii leczących go lekarzy neurologów (w warunkach Klinicznego Oddziału Neurologii ww. szpitala w Ł.), dokumentacji medycznej oraz wyników badań radio-obrazowych. Brak podstaw do stwierdzenia, że w konkretnym przypadku zachorowania były konieczne inne badania dodatkowe oraz dodatkowe, specjalistyczne konsultacje lekarskie, które mogłyby zmienić wdrożone postępowanie medyczne, poza ww. uwagami dot. dokonanych specjalistycznych opisów badań radio-obrazowych kręgosłupa piersiowego wykonywanych przed przedmiotowym zabiegiem operacyjnym.

Zabieg operacyjny w dniu 17 maja 2008 r. był wykonany w celu odbarczenia torbieli (jamy) śródrdzeniowej, w obrębie której spodziewano się podwyższonego ciśnienia płynu. W przypadkach torbieli śródrdzeniowej rzadko uzyskuje się gwałtowny wypływ płynu, który mógłby z całą pewnością potwierdzić, że decyzja o przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego była słuszna. Czasami po otwarciu torbieli płyn wypływający z torbieli ma barwę żółtawą i podwyższoną gęstość, co może sugerować obecność guza, a czasami ma barwę ksantochromiczną, co może nasuwać obecność krwotoku jako przyczynę powstania jamy syringomielicznej. W tym przypadku żaden z tych objawów nie występował, a więc trudno określić, że zabieg operacyjny w dniu 17 maja 2008r. potwierdził postawione rozpoznanie, w rozumieniu określenia przyczyny powstania u powoda jamy śródrdzeniowej. Nie można określić przeprowadzonego u powoda w dniu 17 maja 2008r. zabiegu operacyjnego jako zabiegu ze wskazań życiowych.

W dostępnej literaturze poprawa stanu zdrowia po zabiegach drenażu jamy syringomielicznej (tzw. wyniki doskonałe - pacjent powraca do pełnej aktywności zawodowej) waha się zależnie od źródeł od 20 do 55%. Pogorszenie stanu neurologicznego u pacjentów (wynik zły) po takim leczeniu występuje u ok. 25% przypadków. W dużym procencie wyniki leczenia operacyjnego określane są jako dobre, czym określa się brak dalszej progresji objawów i utrzymanie stanu neurologicznego (jak przed zabiegiem) przez okres obserwacji, co najmniej 5 lat. Odsetek powikłań śmiertelnych w tego typu procedurach terapeutycznych jest bliski zeru.

W trakcie zabiegu operacyjnego implantacji drenu do torbieli śródrdzeniowej konieczne było „przejsię” przez rdzeń kręgowy, co dokonano przez linię środkową rdzenia. W trakcie zabiegu zastosowano technikę mikroskopową

oraz monitoring śródoperacyjny, co w znacznym stopniu zmniejsza możliwość uszkodzenia dróg nerwowych oraz tętnic przebiegających w szczelinie pośrodkowej tylnej rdzenia. Trudno w tej sytuacji jednoznacznie rozpoznać śródoperacyjne uszkodzenie dróg nerwowych rdzenia kręgowego. Z dokumentacji medycznej powoda po zabiegu w dniu 17 maja 2008 r. wynika, że jego stan neurologiczny nie różnił się od stanu przed zabiegiem operacyjnym.

Powód, do czasu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w dniu 17 maja 2008 r., co najmniej przez 3 lata był leczony zachowawczo z powodu pogłębiającego się niedowładu kończyn dolnych. Jego leczenie było nieskuteczne i doprowadziło do stanu, w którym powód praktycznie nie mógł się poruszać o własnych siłach (z powodu zaawansowanego niedowładu kończyn dolnych).

Wynikało to z postępujących zmian neurodegeneracyjnych w obrębie rdzenia kręgowego, co potwierdza dokonana obecnie, specjalistyczna ocena wyników badań MR kręgosłupa piersiowego, wykonanych u powoda w latach 2005-2008. Jakkolwiek przy przyjęciu przez lekarzy leczących postawy wyczekującej oraz dalszej kontroli i leczeniu zachowawczym (jak w zaleceniach prof. A. M. z kwietnia 2007r.) mogło nie dojść u powoda do dalszej progresji ww. schorzenia, to jednak obserwacja dynamiki schorzenia w latach 2005-2008 praktycznie temu przeczy (schorzenie neurodegeneracyjne i związane z tym patologiczne objawy wyraźnie postępowały). Nie można zatem wykluczyć możliwości, iż przy wdrożeniu leczenia zachowawczego (jedynie objawowego) i zaniechaniu leczenia operacyjnego - aktualny stan kliniczny u powoda byłby taki sam. W maju 2008 r. lekarze lecący chorego mogli zatem sądzić, iż wyczerpano już możliwości leczenia zachowawczego, bowiem jak to wynika z dokumentacji medycznej, do tego czasu nikt nie określił u powoda takiego rozpoznania klinicznego, którego leczenie mogłoby doprowadzić do satysfakcjonującego efektu terapeutycznego, czyli do poruszania się samodzielnie. W okresie co najmniej od 2005 roku do 2008 roku stwierdzony u powoda proces choroby w obrębie rdzenia kręgowego miał charakter postępujący, co odnosiło się do pogarszającego się stanu klinicznego. Można założyć, że bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym w 2008 roku proces ten by nie postępował i stan chorego pozostawałby bez zmian, natomiast wcześniejszy przebieg kliniczny praktycznie temu przeczy. Nie jest możliwe określenie z całą pewnością jaki byłby stan kliniczny powoda, gdyby przedmiotowych zabiegów operacyjnych w 2008 roku nie przeprowadzono. Natomiast nie można wykluczyć, jedynie oparciu o to co działo się w przeszłości, iż jego stan byłby podobny do takiego w jakim powód obecnie się znajduje.

W przedstawionej dokumentacji medycznej brak jest danych, które wskazywałyby na wystąpienie u powoda po zabiegu w dniu 17 maja 2008 r. objawów w postaci „porażenia mięśni klatki piersiowej” (takie rozpoznanie nakazywałoby wręcz leczenie pacjenta w warunkach oddziału intensywnej terapii). Po zabiegu operacyjnym w tym odcinku kręgosłupa często występują powikłania pod postacią zaburzeń w oddawaniu moczu i dlatego pacjenci są cewnikowani przed zabiegiem. U powoda zaburzenia w oddawaniu moczu wystąpiły w 3-iej dobie po zabiegu operacyjnym i mogły być uzasadnione /tłumaczone obrzękiem rdzenia kręgowego, który wystąpił jako powikłanie pooperacyjne i które może wystąpić w tego typu zabiegach na rdzeniu kręgowym/.

Pionizacja pacjenta, po tego typu zabiegach operacyjnych, jak w przypadku powoda, jest w dużym stopniu zależna od jego stanu neurologicznego i samopoczucia ogólnego. Bardzo ważna w tego typu zabiegach operacyjnych neurochirurgicznych jest również pewność lekarza operatora co do kompletnego zszycia worka oponowego. W przypadku, gdy operator nie jest tego pewny, opóźnia pionizowanie pacjenta ze względu na możliwość wystąpienia płynotoku pooperacyjnego. Z punktu widzenia neurochirurgicznego, po tego rodzaju operacjach, pacjent może być „uruchomiony” w drugiej dobie po zabiegu operacyjnym, ale jest to bardzo indywidualna decyzja i zależy zarówno od stanu neurologicznego pacjenta, jak i od poczucia bezpieczeństwa operującego lekarza.

W oparciu o dane z historii choroby z leczenia powoda w Klinicznym Oddziale Neurochirurgii (...) Szpitala (...) w Ł. w okresie 16 maja do 14 lipca 2008r. trudno stwierdzić - kiedy ewidentnie doszło do pogorszenia stanu zdrowia po zabiegu operacyjnym. Wynika to z bardzo skomplikowanego prowadzenia dokumentacji medycznej w tym oddziale i w części z nieczytelnych zapisów w historii choroby, co praktycznie uniemożliwia w chwili obecnej jednoznaczne ustalenie czasu i dynamiki zmian w stanie powoda. W wykonanym jednak badaniu kontrolnym rezonansu magnetycznego nie stwierdzono takich zmian, które wymagałyby natychmiastowej interwencji neurochirurgicznej, a

tym samym można uznać, że proces leczenia nie był odroczone ze skutkiem dla aktualnego zdrowia powoda. W dniu 20 maja 2008 r. u powoda stwierdzono co prawda objawy zaburzeń w oddawaniu moczu, które wymagały założenia cewnika F.'a, co jednak często zdarza się podczas takich zabiegów operacyjnych, ale równocześnie nie wykazywano narastających objawów niedowładu kończyn dolnych.

Wg dokumentacji lekarskiej stan neurologiczny powoda był na tyle dobry, że chodził z użyciem balkonika i przy pomocy rehabilitanta, czyli jego stan był praktycznie taki sam jak przy przyjęciu do oddziału.

Historia choroby z leczenia powoda w Klinicznym Oddziale Neurochirurgii (...) Szpitala (...) w Ł. budzi jednak wątpliwości w kontekście możliwości określenia rzeczywistego stanu pacjenta w tym czasie (istniejące różnice dot. dat w uruchomieniu pacjenta, brak dokumentacji rehabilitacyjnej, brak w dokumentacji medycznej rzeczywistej oceny stanu neurologicznego w formie obiektywnej, np. skali L.'a).

Dokonana obecnie, specjalistyczna ocena wyniku badania MR kręgosłupa piersiowego, wykonanego u G. R. w dniu 23 maja 2008 r., (po zabiegu operacyjnym), oprócz zmian pozabiegowych (stan po (...)- (...)), pozwoliła na stwierdzenie na tej wysokości kręgosłupa ścieńczenia rdzenia kręgowego, a w obszarze powyżej i poniżej - obszarów wysokiego sygnału, które odpowiadały (jak uprzednio) zmianom najpewniej neurodegeneracyjnym. Ś. rdzenia kręgowego na wysokości przeprowadzonego zabiegu operacyjnego w dniu 17 maja 2008 r. najpewniej pozostaje w związku z drenażem i opróżnieniem torbieli śródrzeniowej (ze zmniejszeniem wymiarów rdzenia kręgowego). Jakkolwiek mogło to doprowadzić do pogorszenia stanu neurologicznego powoda z wystąpieniem ww. objawów, to jednak wobec danych z historii choroby z leczenia powoda w Klinicznym Oddziale Neurochirurgii (...) Szpitala (...) w Ł., wskazujących na zachowaną „mobilność” chorego jeszcze w dniach 26/27 maja 2008 r., nie można tego pewnie potwierdzić.

Uwzględniając zawarty w dokumentacji medycznej opis badania MR kręgosłupa piersiowego, wykonany u powoda w dniu 4 czerwca 2008 r., można przyjąć, iż zmiana o charakterze śródrzeniowej przestrzeni płynowej jest zmianą morfologiczną. Oznacza to obszar w obrębie rdzenia kręgowego pozbawiony tkanki nerwowej, a w miejscu tym występuje obszar wypełniony płynem, zbliżonym w sygnale z płynem mózgowo - rdzeniowym. Poszerzony kanał centralny w wyniku badania MR jest jednoznaczny z jamą syringomieliczną. Depozyty pokrwotoczne są zmianami związanymi z krwawieniem w okolicy operowanej i są niewielkimi następstwami w wynikach badań obrazowych, które jedynie świadczą o przeprowadzonym zabiegu operacyjnym.

Zabieg operacyjny, wykonany u chorego w dniu 25 czerwca 2008 r. mógł być konsekwencją opisu wyniku badania MR kręgosłupa piersiowego, które przeprowadzono w dniu 4 czerwca 2008 r., w którym wysunięto podejrzenie obecności zmiany guzowatej w obrębie rdzenia kręgowego. Nie można wykluczyć, iż decyzja o przeprowadzeniu kolejnego zabiegu operacyjnego u powoda oparta była na imperatywie poprawy stanu neurologicznego - w związku z jego pogorszeniem wskutek podejrzenia złego funkcjonowania drenażu pomiędzy torbielą a przestrzenią podpajęczynówkową. Nie można być w pełni przekonany czy zabieg ten był w pełni uzasadniony. Zwłoka w wykonaniu zabiegu w dniu 25 czerwca 2008 r. była absolutnie uzasadniona, a sam fakt przeprowadzenia tego zabiegu był raczej wynikiem determinacji zespołu leczącego w ratowaniu zdrowia chorego niż rzeczywistą koniecznością.

Nie było powodów, aby wcześniejsza interwencja neurochirurgiczna po dniu 17 maja 2008 r. miała wpłynąć korzystnie na stan zdrowia powoda i w jakikolwiek sposób poprawić jego stan w chwili obecnej lub poprawić rokowanie na przyszłość.

W wykonanym u powoda badaniu kontrolnym MR kręgosłupa piersiowego w dniu 4 czerwca 2008 r. wysunięto podejrzenie obecności zmiany naczyniowej (naczyniaka, którego wykluczono w dalszych badaniach obrazowych) i śródrzeniowej zmiany ekspansywnej - nowotworowej. Prawdopodobnie z tych powodów zdecydowano o ponownym otwarciu kanału kręgowego i reoperacji. Celem zabiegu operacyjnego było również uzyskanie materiału do badania histopatologicznego, które jednoznacznie potwierdziłoby lub wykluczyłoby istnienie zmiany nowotworowej w obrębie rdzenia kręgowego. Ze względu na zły wynik leczenia chirurgicznego jamy syringomielicznej zdecydowano także w

trakcie tego samego otwarcia o rewizji położenia drenu. W wykonanych badaniach obrazowych nie istniały przesłanki o obecności zmiany ekspansywnej ani o charakterze zmiany naczyniowej i zabieg ten nie był konieczny.

Obecnie przeprowadzone, specjalistyczne badania sądowo-lekarskie, wykazały u powoda cechy plegii/porażenia wiotkiego kończyn dolnych i obręczy miedniczej, z obniżeniem napięcia mięśniowego, brakiem odruchów głębokich i całkowitym zniesieniem czucia poniżej poziomu kręgu piersiowego (...) oraz zaburzeniami oddawania moczu (pęcherzem neurogennym) i stolca, co w całości wyczerpuje kryteria zespołu poprzecznego uszkodzenia rdzenia kręgowego. Z tych powodów powód porusza się na wózku inwalidzkim, ma trudności z utrzymaniem stabilnej postawy siedzącej, nie trzyma stolca i moczu, cztery razy w ciągu doby zakłada sobie cewnik do pęcherza moczowego i korzysta z pampersów.

U powoda występuje nadmierna ruchomość bierna obu stawów biodrowych, spowodowana porażeniem kończyn dolnych i brakiem napięcia mięśniowego.

Powód wymaga stałej biernej i czynnej rehabilitacji ruchowej. Z powodu znacznej i utrwalonej dysfunkcji narządu ruchu winna być ona ukierunkowana na utrzymanie w dobrej kondycji siłowej i ruchowej części ciała nie objętych porażeniem. Skuteczność rehabilitacji zależy od systematycznego, codziennego wykonywania ćwiczeń. Realizacja programu usprawniającego wymaga sprzętu specjalistycznego oraz odpowiedniego dostosowania pomieszczenia lub pomieszczeń mieszkalnych, w których powód przebywa i z których musi korzystać. Celem rehabilitacji czynnej jest wzmocnienie grup mięśniowych, od siły których zależna jest możliwość wykonywania lub współdziałania w wykonywaniu czynności higienicznych, zmiany pozycji ciała oraz polepszenia ogólnego samopoczucia. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń wpływa również korzystnie na funkcjonowanie układu krążeniowo-oddechowego. Istotną rolę terapeutyczną odgrywa rehabilitacja bierna dotycząca porażonych części ciała. Ma ona na celu zapobieganie powstawaniu odleżyn, polepszeniu trofiki tkanek miękkich i przeciwdziałaniu powstaniu przykurczów stawowych. W realizacji zabiegów oraz ćwiczeń konieczna jest pomoc osoby drugiej, najlepiej wykwalifikowanego rehabilitanta lub fizjoterapeuty. Ponieważ, podobnie jak w przypadku rehabilitacji czynnej, wskazana jest tutaj systematyczność działań, istotną rolę spełniają w takich sytuacjach odpowiednio przeszkoleni lub poinstruowani członkowie najbliższej rodziny.

Stan narządu ruchu powoda jest wynikiem zmian w układzie nerworuchowym, zmiany te są utrwalone. Powód, pomimo długiego przebiegu choroby i trwałości zmian, wymaga stałej kierunkowanej rehabilitacji w celu utrzymania dobrej ogólnej sprawności fizycznej w zakresie możliwym w stosunku do jego stanu fizycznego. Może wymagać sprzętu specjalistycznego i odpowiednich udogodnień pozwalających na codzienne funkcje życiowe. Ważna jest rehabilitacja w zakresie utrzymania siły mięśniowej, potrzebnej do w miarę mobilnego poruszania się na wózku inwalidzkim. Wskazane jest korzystanie z masażu przy pomocy rehabilitanta bądź rodziny, wykonywanie ruchów biernych stawów, które nie są czynne z uwagi na zmiany neurologiczne. Masaż mięśni i kończyn objętych niedowładem jest konieczny dla przepływu limfy i utrzymania dobrej trafiki.

Zabiegi rehabilitacyjne, o których mowa, wykonywane są w Ośrodku w R.. Ich koszt wynosi 4.000 złotych i obejmuje wszystkie zabiegi, pomoc bez udziału rodziny. Czynności usprawniające powinny być wykonywane cały czas. Nawet krótkie zaniechanie może spowodować pogorszenie stanu neurologicznego. Powód nie może być cały czas w takim ośrodku, a więc takie czynności powinny być wykonywane w miejscu zamieszkania przy pomocy rehabilitanta i członków rodziny. Im więcej turnusów byłoby w roku, tym byłoby lepiej dla powoda. Turnusy rehabilitacyjne mają dużo korzyści dla pacjenta ze względu na kompleksowe zabiegi niemożliwe do wykonania w domu i dla rodziny. Zabiegi cykliczne co najmniej 3 razy w roku byłyby uzasadnione i przydatne także dla rodziny, by odpocząć od cykliczności tego działania i z korzyścią dla pacjenta. Poza turnusami rehabilitacja domowa jest konieczna w wymiarze co najmniej 2 godzin dziennie.

Koszty niezbędne do realizacji programu usprawniania oraz wykonywania zabiegów higienicznych wynikają z konieczności odpowiedniego dostosowania architektonicznego pomieszczeń (likwidacja progów w mieszkaniu, poszerzenie drzwi, montaż odpowiednich uchwytów, dostosowanie łazienki itp.). Środki higieniczne oraz pomoce

ortopedyczne konieczne lub przydatne w leczeniu i profilaktyce powikłań związanych z porażeniem kończyn dolnych oraz polepszające komfort życia (materac przeciwoleżynowy, wózek inwalidzki, pampersy, cewniki) są częściowo lub całkowicie refundowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami Narodowego Funduszu Zdrowia, jednak dynamicznie zmieniającymi się. Pomocnym w realizacji programu rehabilitacyjnego oraz wykonywaniu codziennych czynności higienicznych może być symulator chodu oraz szynowy lub jezdny podnośnik pacjenta.

Ze względu na długotrwałość występowania patologicznych objawów neurologicznych należy uznać, że stan neurologiczny powoda nie ulegnie zasadniczym zmianom. Rokowanie zdrowotne co do poprawy stanu neurologicznego w związku z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (wraz z następstwami) w chwili obecnej jest niekorzystne - powód najpewniej do końca życia będzie musiał poruszać się za pomocą wózka inwalidzkiego, a ponadto wymaga stałego usprawniania ruchowego i fizykoterapii, w zakresie określonym przez lekarzy specjalistów rehabilitacji w zależności od aktualnego stanu klinicznego. Ze względu na objawy pęcherza neurogenego (o charakterze trwałym) i związane z tym okresowo występujące infekcje dróg moczowych istnieje konieczność farmakoterapii (stosowanie leków: antybiotyków oraz ewentualnie poprawiających wydolność pęcherza moczowego i zmniejszających zaleganie moczu, np. lek - C.), a także cewników, najlepiej z L.. Z powodu zaburzeń w oddawaniu stolca konieczne jest stosowanie pampersów. W konkretnym przypadku należałoby również rozważyć wspierający, wzmacniający adaptację oraz oceniający bieżącą problematykę badanego kontakt z psychologiem.

Mimo, że powód, dzięki stałej rehabilitacji zaadaptował się do życia na wózku inwalidzkim, to jednak nasilenie patologicznych objawów neurologicznych uzasadnia uznanie go za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji, tzn. powoduje naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie, bez pomocy innych osób (zwłaszcza dziennej), podstawowych potrzeb życiowych (przygotowanie pokarmów, mycie, ubieranie się, załatwianie czynności fizjologicznych, poruszanie się, komunikację itp.), ale także załatwianie elementarnych spraw życia codziennego, np. robienie zakupów, składanie wizyt u lekarza itp. Praktyczny brak w naszym kraju prawidłowej infrastruktury i środków komunikacji miejskiej, służących osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózku inwalidzkim poza domem, powoduje i będzie powodował konieczność korzystania przez powoda ze „specjalistycznego transportu”. Istniejący stan neurologiczny powoda ma charakter trwały, tj. nieodwracalny i nie rokuje już poprawy na przyszłość. Przeciwnie, dla jego utrzymania na obecnym poziomie, będzie on wymagał już do końca życia stosowania intensywnej rehabilitacji (kinezyterapii, fizykoterapii i być może psychoterapii), poruszania się za pomocą wózka inwalidzkiego oraz leczenia farmakologicznego, a także okresowych kontroli lekarskich, głównie neurologicznych, urologicznych i ortopedycznych. Zaniechanie wykonywania ww. czynności - w krótkim czasie doprowadzi do progresji i pogłębienia się patologicznych objawów neurologicznych. Dodatkowo, w sytuacji wystąpienia „typowych” schorzeń związanych z wiekiem, konieczność ich kompensacji będzie generowała zmianę intensyfikacji rehabilitacji (jej nasilenia), co odnosi się przede wszystkim do utrzymania dobrej formy fizycznej górnej połowy ciała.

Aktualny uszczerbek na zdrowiu związany z występującymi u G. R. następstwami uszkodzenia rdzenia kręgowego tabelarycznie można określić na 100 zgodnie z pkt 93a - 100 %.

Wymiar opieki niezbędnej powodowi określony na 16 godzin nie jest zawyżony, jest to wymiar minimalny. Powód wymaga całodobowego nadzoru.

W dokumentacji medycznej powoda, jest odnotowana wizyta neurologiczna w dniu 14 grudnia 2007 roku, gdzie stwierdzono postępujące zaburzenia zwieraczy. Nie wiadomo jak poważne były te zaburzenia, na pewno jednak były to zaburzenia mniejsze niż obecne, albowiem z dokumentacji nie wynika, aby powód wymagał cewnikowania w tym okresie. W tym samym roku w czasie hospitalizacji w Oddziale Ortopedycznym Szpitala w B. również odnotowano postępujące zaburzenia zwieraczy, pod postacią nagłego parcia na mocz. Nie jest to objaw charakterystyczny, który w sposób jednoznaczny wskazuje na zaburzenia czynności zwieraczy, objaw ten mógł wynikać z procesu zapalnego pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, czy też ogólnie dróg moczowych. Jest to objaw pojawiający się w dalszej dokumentacji medycznej, jest to objaw typowy dla postępującego uszkodzenia rdzenia kręgowego.

Z dokumentacji lekarskiej wynika, że powód w pierwszych dniach po pierwszym zabiegu chodził przy pomocy balkonika, jednakże oceniając całą dokumentację, także pielęgnarską, lekarską należy stwierdzić, że nie jest ona na tyle jasna, by z całą pewnością określić ten stan jako „pacjent chodzący”. Dokumentacja zawiera bardzo dużo nieścisłości, nie została autoryzowana podpisami uprawnionych osób. Mimo zapisu w dokumentacji, że powód chodził po zabiegu, nie można stwierdzić tego z całą pewnością ze względu na źle prowadzoną dokumentację. Z karty obserwacyjnej pielęgnarskiej wynika, że stan powoda po pierwszym zabiegu pogorszył się na tyle, że nie był w stanie chodzić. Tym bardziej prawdopodobne jest, że nie mógł chodzić, bo stan przy przyjęciu został określony na 3 stopień w jednej kończynie i 2 stopień w drugiej kończynie w skali L.. Pacjenci z takim stanem niedowładu są najczęściej pacjentami nie chodzącymi, leżącymi. Powyższe przemawia za uznaniem, że stan neurologiczny opisany przy przyjęciu do pozwanego szpitala uniemożliwił powodowi chodzenie przy baloniku. Prawdopodobnie ocena w skali L. została dokonana nieprawidłowo skoro powód poruszał się przy pomocy balkonika. Przyjęcie do Oddziału Neurologicznego w Ł. miało miejsce w dniu 9 kwietnia 2008 roku, natomiast przyjęcie do Oddziału Neurochirurgii - w dniu 16 maja 2008 roku. Nie można zatem wykluczyć, że w okresie miesiąca doszło do progresji schorzenia i jeszcze przy przyjęciu w kwietniu 2008 roku powód był „chodzący”, natomiast już przy przyjęciu do Oddziału Neurochirurgii można praktycznie powiedzieć, że był pacjentem samodzielnie nie poruszającym się.

Przy zebraniu wywiadu pacjenta powinny być dane lekarza, który dane zebrał. W tym konkretnym przypadku wydaje się, że nawet pomyłono opis badania przedmiotowego z wywiadem, bowiem umieszczono wynik badania klinicznego w części dotyczącej wywiadu. Trudno sądzić, że powód sam określił skalę L.. W tej części znajduje się nieczytelny podpis bliżej nieokreślonej osoby, brak pieczętki identyfikującej ją.

Rozpoznanie zmian neurodegeneracyjnych było najbardziej prawidłowym rozpoznaniem. Zmiany takie nie wymagają leczenia operacyjnego. Należy zgodzić się z konsultacją prof. M., który stwierdził, że zabieg operacyjny nie przyniesie oczekiwanych rezultatów. Nie ma pewności, nawet przy wzmożonym ciśnieniu syringomicelnym, że ilość płynu jest bardzo niewielka. Biorąc pod uwagę w ogóle ilość płynu w tej okolicy po otwarciu worka okołoponowego często nie da się ocenić czy mamy do czynienia z nadciśnieniem w tej jamie. Nie dało się tego ocenić w trakcie operacji. Ocena, że u powoda występowały zmiany neurodegeneracyjne jest dokonana na podstawie przebiegu choroby - na podstawie badań przed operacją a także po zabiegu.

Podczas zabiegu mogło dojść do uszkodzenia włókien nerwowych przebiegających w rdzeniu kręgowym bądź też do obrzęku rdzenia, co mogło spowodować również tego typu pogorszenie. Mniej prawdopodobne jest niedokrwienie rdzenia. Obrzęk zmniejsza się po operacji po jakimś czasie, ale zmiany które nastąpiły na skutek obrzęku pozostają. We wszystkich przypadkach nie ma konieczności reoperacji. Powyższe powikłania należy brać pod uwagę wykonując zabieg drenażu jamy syringomicelnej.

W badaniu wykonanym po zabiegu operacyjnym widoczne były zmiany pozabiegowe w postaci blizn w tylnym ograniczeniu kanału kręgowego.

Poza tym obecne były strefy bezsygnałowe, które w obrazie rezonansu mogą świadczyć o obecności chemosyderyny, co jest związane ze zmianami pozabiegowymi. Widoczne były strefy zaburzenia sygnału rdzenia kręgowego jak przed zabiegiem operacyjnym. Rdzeń kręgowy oceniany na tych zdjęciach miał wymiar bardzo mały, 0,2 cm, co świadczyło o cechach ścięczenia jako efekt zmian pozabiegowych. Jest to obraz morfologiczny świadczący, że zmniejszyła się objętość rdzenia. Zakładając, że była strefa, która została opróżniona, rdzeń mógł zmniejszyć objętość. W rezonansie ocenia się tylko morfologię rdzenia.

Istnieje rozbieżność pomiędzy obrazem radiologicznym a stanem klinicznym pacjenta. Obraz radiologiczny nie tłumaczy wszystkich objawów w 100%. W przypadku rezonansu mamy do czynienia z nagłym zapadnięciem rdzenia, przewężeniem rdzenia i innymi zmianami morfologicznymi. Na ich podstawie nie można wysnuć wniosku o stanie klinicznym powoda. Z opisu badania neurologicznego, który tylko współgra z opisem radiologicznym, na podstawie samego badania rezonansu nie można wnioskować o wyniku badania neurologicznego. Widoczne na zdjęciach

badania rezonansu magnetycznego z dnia 23 maja 2008 roku i 13 czerwca 2008 roku ścięczenie rdzenia kręgowego do 0,29 cm współgra ze stanem klinicznym i objawami opisanymi w badaniu przedmiotowym powoda.

Nie można stwierdzić z całą pewnością po jakim czasie, bez przeprowadzonej operacji, w jakim stanie byłby powód obecnie. Odnosi się to do kwestii czy doszłoby do takiej progresji, jak i czasu w jakim mogłoby dojść do pogorszenia stanu.

Z punktu widzenia psychologa u powoda stwierdza się objawy długotrwałego obniżenia nastroju w postaci dystymii. Zaburzenie to ma formę reaktywną, będąc bezpośrednią konsekwencją niepełnosprawności nabytej w wyniku zastosowanego leczenia. Powód prezentuje skrajnie obniżone poczucie własnej wartości, związane bezpośrednio z niepełnosprawnością. Mimo upływu czasu, nadal nie zakończył konstruktywnie procesu adaptacji do niepełnosprawności. Skrajna zależność od otoczenia powoduje u niego poczucie upokorzenia i zdania się na łaskę innych. Jednocześnie profil osobowości powoda wskazuje, iż przejawia on silną potrzebę niezależności oraz potrzebę sprawowania kontroli nad sytuacją, co rodzi w nim silny konflikt emocjonalny, prowadzący do poczucia braku bezpieczeństwa.

Dzięki silnej i zintegrowanej przedchorobowej strukturze osobowości powoda, niepełnosprawność obniżyła efektywność jego funkcjonowania w różnych obszarach aktywności, nie prowadząc do znacznych dysfunkcji, które mogłyby nastąpić przy innej konstrukcji psychicznej. Tym niemniej, obecny wzorzec funkcjonowania powoda w obszarze psychicznym, rodzinnym, społecznym i zawodowym, całkowicie odbiega od tego, jaki prezentował w okresie przedchorobowym.

Orzeczeniem Lekarza Orzecznika (...) Oddział w N. z dnia 23 listopada 2010 r. uznano powoda za osobę całkowicie niezdolną do pracy oraz niezdolną do samodzielnej egzystencji do 30 listopada 2012 r.

Orzeczeniem z dnia 24 października 2012 r. uznano powoda za osobę całkowicie niezdolną do pracy oraz niezdolną do samodzielnej egzystencji do 30 listopada 2014 r.

Wysokość renty powoda z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wynosiła: od 1 stycznia 2009 r. - 586,11 zł, od dnia 1 marca 2010 r. - 1.147,40 zł, od 1 sierpnia 2010 r. - 1154,23 zł, od 1 marca 2011r. - 1.182,97 zł, od 1 marca 2012 r. - 1.253,97 zł od 1 grudnia 2012 r. - 1254,78 zł.

Likwidacja bariery architektonicznej - dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych dla potrzeb powoda /roboty remontowo - budowlane/ stanowiły wydatek rzędu 17.697 zł, udział własny powoda wyniósł 3.539,40 zł .

Orzeczeniem z dnia 30 września 2008 r. Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w T. zaliczył powoda do znacznego stopnia niepełnosprawności do 30 września 2013 r., wskazując, iż niepełnosprawność istnieje od kwietnia 2008 r., zaś utrwalony stopień niepełnosprawności datuje się od sierpnia 2008 r.

Orzeczeniem z dnia 28 listopada 2013 r. zaliczono powoda do znacznego stopnia niepełnosprawności do 30 listopada 2018 r., wskazując, iż niepełnosprawność istnieje od kwietnia 2008 r., zaś utrwalony stopień niepełnosprawności datuje się od sierpnia 2008 r.

W 2009 r. powód otrzymał skierowanie do (...). Zabiegi były wykonywane w ramach wizyt domowych. W latach 2009-2010 fizjoterapeuta M. M. (2) odbył u powoda około 160 wizyt, była to maksymalna liczba wizyt, jakie przewiduje NFZ tj. 80 wizyt rocznie. Ćwiczenia polegały głównie na utrzymaniu biernego zakresu ruchu stawów, utrzymaniu trofiki mięśni w celu zapobiegania odleżynom. W szczególności były to zabiegi masażu leczniczego, ćwiczenia stabilizacji tułowia, obniżanie spastyki mięśniowej. Ćwiczenia miały na celu zapobieżenie pogarszaniu się stanu zdrowia powoda, ale nie dawały wyraźnej poprawy tego stanu.

Powód niechętnie odnosił się do propozycji wykonywania ćwiczeń w ramach przychodni (...), gdzie byłyby większe możliwości z uwagi na wyposażenie. Wykonywanie ćwiczeń poza domem było krępujące dla powoda z uwagi na fakt zanieczyszczania się i konieczność korzystania z pomocy osób drugih.

Zważywszy na stan zdrowia powoda, będzie on wymagał praktycznie dożywotnich ćwiczeń związanych z utrzymywaniem i wzmacnianiem sprawności ogólnej górnych partii ciała, w przypadku utraty tej sprawności grozi mu pogłębienie kalectwa, całkowita niesprawność. Kiedy wraz z wiekiem będą dochodziły inne dolegliwości związane z pozostawaniem na stałe w pozycji siedzącej, powód będzie wymagał stałej opieki pielęgniarstwa. Ograniczenie rehabilitacji zwiększy u powoda ryzyko wystąpienia chorób płuc, nerek i układu krążeniowo - oddechowego. W ramach liczby zabiegów refundowanych przez NFZ tj. 80 zabiegów rocznie, nie jest możliwe utrzymanie należytej sprawności u powoda. Należy mieć też na uwadze, że w ramach godziny refundowanej przez NFZ fizjoterapeuta musi dojechać do pacjenta, sporządzić dokumentację, przygotować pacjenta do ćwiczeń, efektywny czas trwania ćwiczenia w warunkach refundowanych wynosi ok. 30 minut.

Koszty rehabilitacji prowadzonej w warunkach domowych początkowo pokrywał powód. Sam skompletował też sprzęt do ćwiczeń. Po jakimś czasie powód uzyskał informację, że 80 zabiegów w ciągu roku podlega refundacji NFZ. Obecnie korzysta z tej refundacji w ww zakresie, tj. 80 zabiegów rocznie. Oprócz tego trzy razy w tygodniu ma miejsce rehabilitacja górnej części tułowia, na klatkę piersiową, raz w tygodniu rehabilitacja w zakresie ruchu. Powód stara się też każdego dnia ćwiczyć z bliskimi.

Równoległe ze specjalistyczną rehabilitacją, powód odbywa trzy razy w tygodniu treningi sportowo – rehabilitacyjne prowadzone przez trenera K. K. (1). Jest to trening siłowy z obciążeniem, ma na celu wzmocnienie obręczy barkowej, grzbietu i ramion. Początkowo K. K. pobierał od powoda opłaty za ćwiczenia, z czasem zaniechał tego, ze względu na stan finansowy powoda. Treningi zmierzają do zachowania funkcji motorycznej obręczy barkowej, co ułatwia powodowi np. przejechanie wózkiem inwalidzkim po mieszkaniu. K. K. motywuje powoda do ćwiczeń, rozmawia z nim na temat prawidłowego żywienia, stara się rozbudzić w nim chęć życia. Nie są to łatwe treningi, są to treningi siłowe z wykorzystaniem sprzętu specjalistycznego, zmuszają powoda do dużego wysiłku, trwają półtorej godziny. Koszt jednej sesji treningowej wynosił: w latach 2010, 2011 – 35 zł, 2012 - 2013 – 40 zł.

Powód używa pampersów i worków cewnikowych. Pampersy podlegają częściowej refundacji. Opakowanie pampersów kosztuje 70 zł. Powód zużywa trzy opakowania na miesiąc, w tym dwa opakowania podlegają refundacji. W paczce jest 30 sztuk. Konieczne jest także zaopatrzenie w środki higieniczne, maści na odleżyny, rękawiczki, tabletki przeciwbólowe, nasenne. Koszty zakupu pampersów, cewników i lekarstw zamykają się w kwocie ok. 300-400 zł miesięcznie. Obecnie powód ma odleżyny na prawym udzie. Same opatrunki zawierające srebro kosztują 300-400 zł. Pomimo stosowania tych opatrunków, jest problem z gojeniem odleżyn. Obecnie w celu leczenia odleżyny powód wykorzystuje polecony przez lekarza sprzęt w postaci V., który pod ciśnieniem wysysa odleżynę. Opłata za dzierżawę tego aparatu wyniosła dotychczas 1.000 zł. Pierwsza wizyta u lekarza 180 zł, kolejna wraz z opatrunkiem i aparatem kosztowała 300 zł. Następna wizyta, gdy zmieniono powodowi aparat, wyniosła 620 zł za całość. Obecny plan leczenia odleżyny przewiduje, że w ciągu 2 miesięcy powód musi jeździć na wizyty co 3 dni, koszt takiej wizyty to 320 zł tj. 100 wizyta, 100 zł opatrunek i 120 zł opróżnienie pojemnika. Do tego dochodzą koszty leków i dojazdy.

Raz w miesiącu powód jest cewnikowany. Z uwagi na odleżynę, powód nie jest w stanie robić tego sam. Z uwagi na stały cewnik, co dwa miesiące powód musi zażywać antybiotyki i leki osłonowe. Oprócz tego zażywa witaminy, leki odkażające układ moczowy oraz leki na uspokojenie, pogodę ducha, nasenne. Obecnie nie korzysta z opatrunków z uwagi na V., nadto używa rozmaitych balsamów i kremów /S.. Kosztowna jest też higiena łóżka, co wiąże się z koniecznością stosowania podkładów, które łatwo się zużywają chociażby z uwagi na stosowane maści. Do tego dochodzą poduszki i materac odleżynowy. Powód dwa razy dziennie powinien spożywać białko w płynie tzw. N., koszt jednego N. wynosi 8 zł.

Łącznie miesięczny koszt zakupu lekarstw i środków medycznych używanych przez powoda wynosi 1.310,08 złotych.

Powód powód sprzedał samochód i w to miejsce zakupił auto dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Chodziło o to, by nie musiał przesiadać się, tylko mógł wjeżdżać wózkami na tył auta. Koszt tego auta wyniósł 7.800 Euro (32.448 złotych) .

Powód mieszka w piętrowej kamienicy. Na dole kamienicy znajdowało się biuro projektowe, na górze rodzinne mieszkanie powoda. Z uwagi na stan zdrowia powód zmuszony był adaptować biuro na mieszkanie. Na pierwszy etap remontu powód uzyskał dofinansowanie z NFZ w kwocie 9.000 złotych oraz dofinansowanie z Urzędu Miasta w wysokości 14.000 złotych. Niezbędny był także wkład własny. Kosztorys opiewał na kwotę 70.000 złotych.

Powodowi udało się też uzyskać dopłatę na zakup podnośnika. Urząd Miasta przekazał na ten cel kwotę 6.000 złotych powód dopłacił 900 złotych. Urząd Miasta dopłacił też powodowi 5.400 zł do atlasu, wkład własny powoda wyniósł 5.100 złotych. Powód uzyskał też dopłatę do materaca w kwocie 380 złotych, sam wyłożył 265 złotych.

Powód ma w domu siłownię, wyposażoną w dobry sprzęt - ławeczkę do ćwiczeń, różnego rodzaju piłki, odważniki siłowe, rutory na nogi, wiosła, materace.

W dniu 6 maja 2014r. powód zakupił materac przeciwodleżynowy za cenę 2.858 złotych.

Przed leczeniem w pozwanym szpitalu powód pracował zawodowo. Był zatrudniony w firmie (...) Sp. z o.o. w T. i pracował jako czynny architekt. Prowadził też szkołę rysunku dla kandydatów na studia architektoniczne lub (...), prowadził wykłady w III Liceum Ogólnokształcącym w T. oraz udzielał lekcji w domu. Był biegłym sądowym. Dużo czasu powód spędzał na budowach, zajmował się wystrojem wnętrz, co wymagało oglądania lokalu na miejscu. Po operacjach powód nie wrócił do pracy zawodowej. Po roku pobytu w szpitalu wygasła umowa powoda z firmą (...) bez wypowiedzenia, bez winy pracownika, z uwagi na chorobę. Umowa była zawarta na czas nieokreślony, rokowała większe dochody z uwagi na rozwój firmy, powód sporządzał w ramach tej umowy duże realizacje. Powód planował założyć i prowadzić biuro projektowe współpracujące z produkcją. W dacie zabiegu w pozwanym szpitalu powód zatrudniał sześciu pracowników, biuro cały czas się rozwijało. Powód miał swój samochód firmowy i telefon, nieregulowany czas pracy.

W roku 2007 przychód powoda wyniósł 171.248,47 złotych dochód – 100.047,64 złotych, w 2009 r. – przychód wyniósł 24.810,45 złotych, dochód – 17.512,96 złotych. W 2005 r. dochód powoda wyniósł 1478,88 złotych, zaś w 2006 r. - 24.508,25 złotych.

Powód pobierał rentę inwalidzką przed przedmiotowym zabiegiem.

Uchwałą nr 146/2008/S z dnia 22 października 2008r. (...) Okręgowa Rada I. Architektów postanowiła skreślić powoda z listy członków.

Przed spornym zabiegiem powód był osobą towarzyską, energiczną, z poczuciem humoru. Dużo czasu spędzał poza domem, co wiązało się z jego aktywnością zawodową. Powód jeździł konno, uczęszczał na kursy tańca, jeździł na rowerze, trenował na siłowni, dużo jeździł samochodem, grał też amatorsko w bilard. Miał duży kontakt z młodzieżą. Po operacji życie powoda uległo diametralnej zmianie. Powód nie prowadzi już opisanego wyżej trybu życia. Praktycznie cały czas pozostaje pod czyjąś opieką, głównie z przyczyn fizjologicznych nie może wychodzić z domu, bo czuje się skrępowany brakiem kontroli nad swoimi funkcjami fizjologicznymi. Wszystko przestało go bawić. Stał się drażliwy, praktycznie nie prowadzi życia towarzyskiego, nie ma ochoty na spacerować poza domem. Dużo czasu spędza przed komputerem, dużo śpi. Przez pierwszy rok po zabiegu nie miał ochoty spotykać się z kimkolwiek, nie chciał by patrzono na niego ze współczuciem. Żona powoda prosiła znajomych, by traktowali powoda jak dotychczas. Po roku co odważniejsi zaczęli odwiedzać powoda. Niepełnosprawność zmieniła też życie rodzinne powoda - z uwagi na paraliż zaprzestali z żoną pożycia intymnego, żona powoda mieszka na górze, powód - na dole. Zaspakajanie potrzeb powoda jest całkowicie uzależnione od pomocy żony i innych osób. Początkowo powodowi nie chciało się żyć, teraz też czasem

nie chce mu się wstać z łóżka. Nie jest w stanie przyzwycząć się ani zaakceptować swej niepełnosprawności. Powód planuje poddać się kolejnej operacji .

Niezbędną powodowi pomoc świadczy głównie jego żona. Wcześniej pomagała jej córka, ale w 2001r. wyjechała do Anglii w poszukiwaniu pracy. Syn mieszka osobno. Z przyczyn natury finansowej płatna pomoc pielęgnarska nie wchodzi w grę. Czasami powodowi pomaga syn. Kiedy żona powoda jest w pracy, powód zostaje sam w domu. Kilkakrotnie zdarzyło się, że powód wypadł z łóżka lub wózka i do czasu powrotu żony leżał na podłodze. Czasami w takich sytuacjach dzwonił do żony, która musiała zwolnić się z pracy, aby go podnieść.

W okresie od 1 lutego 2008r. do 31 stycznia 2009 r. pozwany szpital ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej deliktowo – kontraktowej w pozwanym ad 2. Zgodnie z Polisą nr (...) jego odpowiedzialność została ograniczona do sumy gwarancyjnej wynoszącej 2.000.000 złotych do wyczerpania z podlimitem 500.000 złotych na szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ginekologii, chirurgii, ortopedii, anestezjologów. Ponadto w polisie ustalono udział własny ubezpieczającego w szkodach rzeczowych i osobowych w wysokości 5% oraz franszyzę redukcyjną w wysokości 1.000 złotych.

Stawka pełnej odpłatności za usługi opiekuńcze w dni powszednie na terenie miasta Ł. wynosiła: od kwietnia do 31 grudnia 2008r. – 7,29 zł, od stycznia do czerwca 2009r. – 7,50 zł, od lipca 2009r. do 30 czerwca 2013r. - 9,50 zł/h.

W świetle powyższych okoliczności faktycznych Sąd pierwszej instancji uznał, że powództwo zasługuje na uwzględnienie w znacznej części.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że powód wskazał, że dochodzone pozwem kwoty wiążą się z aktualnym jego stanem zdrowia, spowodowanym nieprawidłowościami w procesie leczenia w pozwanym Szpitalu w okresie od dnia 17 maja 2008 r.

Sąd Okręgowy wskazał, że podstaw odpowiedzialności pozwanych należy upatrywać w art. 415 k.c. Dla powstania odpowiedzialności konieczne jest zatem ustalenie winy, wyrządzenia szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą. Odpowiedzialność pozwanego szpitala musi być rozważana także na podstawie innych przepisów prawa cywilnego, zwłaszcza art. 430 k.c., natomiast pozwanego (...) – w oparciu o art. 822 k.c. i następne, przy czym odpowiedzialność ubezpieczyciela należało rozważać przez pryzmat odpowiedzialności ubezpieczonego szpitala.

Odnosząc się do błędu w sztuce medycznej Sąd Okręgowy wskazał, że jak wynika z materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie, w szczególności z dokumentacji lekarskiej powoda oraz nie budzącej wątpliwości opinii (...) w K. do stanu zdrowia powoda, będącego przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie doprowadziło kilka przyczyn. Są nimi :

- progresja samoistnego schorzenia w postaci postępującego procesu neurodegeneracyjnego,
- przeprowadzone w pozwanym Szpitalu zabiegi, które w tej sytuacji klinicznej zachorowania nie gwarantowały poprawy stanu neurologicznego powoda .

Zdaniem Sądu pierwszej instancji nie ulega wątpliwości, że w przypadku powoda występowały trudności diagnostyczne w jednoznacznym określeniu faktycznego rozpoznania. To właśnie m.in. spowodowało skierowanie powoda do pozwanego Szpitala jako autorytetu medycznego.

U powoda wysunięto podejrzenie jamistości rdzenia kręgowego. Z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że interwencja zabiegowa neurochirurgiczna, która obarczona jest dużym – bo aż 25% ryzykiem powikłań - nie gwarantuje w takich sytuacjach poprawy stanu neurologicznego pacjenta. Obraz badań przeprowadzonych u powoda przed zabiegiem wskazywał na zmiany neurodegeneracyjne. Operacja była zbędna. Należałoby się raczej skoncentrować na leczeniu zachowawczym.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że biegli wprawdzie nie wskazali wprost na błąd medyczny, jednakże z opinii wynika, że w tym konkretnym przypadku decyzja o wdrożeniu leczenia operacyjnego była kontrowersyjna, uzasadniona jedynie w pewien sposób, co w przypadku tak wysokiego ryzyka niepowodzeń, przy braku wskazań życiowych do przeprowadzenia zabiegu i to w trybie pilnym, nie można uznać za należyłą staranność.

Nadto, przed drugim zabiegiem po raz kolejny postawiono niewłaściwe rozpoznanie – guza, do czego według opinii biegłych nie było podstaw.

Ten zabieg według biegłych również nie był konieczny, jak określili to biegli, był raczej wynikiem determinacji lekarzy, aniżeli rzeczywistą koniecznością.

Sąd Okręgowy podkreślił przy tym, że biegli wydając opinię dokonywali wprawdzie oceny ex post, jednakże opierali się na tych samych wynikach badań powoda, którymi dysonowali lekarze pozwanego szpitala.

Od lekarza wymaga się staranności podwyższonej, dalej idącej niż przeciętna z uwagi na przedmiot działań, jakim jest zdrowie i życie ludzkie oraz profesjonalny charakter działalności.

W tej sytuacji, w ocenie Sądu pierwszej instancji, można mówić zatem także o błędzie decyzyjnym i terapeutycznym, polegającym na wyborze niewłaściwej metody leczenia.

Kolejną kwestią, na którą zwrócił uwagę sąd Okręgowy, jest informacja dla powoda o możliwych powikłaniach. W aktach sprawy jest wprawdzie zgoda powoda na przeprowadzenie zabiegu, ale już z dokumentacji nie wynika na ile była ona świadoma w rozumieniu art. 34 ust. 1 powołanej wcześniej ustawy o zawodzie lekarza i dentysty, tzn. czy powód został poinformowany o wysokim prawdopodobieństwie wystąpienia takiego stanu w jakim jest obecnie.

Sąd Okręgowy wskazał w końcu na dwie dokumentacje medyczne powoda z pozwanego szpitala, i która według biegłych nie odzwierciedlała rzeczywistego stanu powoda. Dotyczy to różnic w datach np. uruchamiania pacjenta, braku dokumentacji z rehabilitacji, braku oceny rzeczywistego stanu neurologicznego w skali L'a. Nadto, strona pozwana wskazywała, że stan powoda po zabiegu był taki jak przed, czyli, że pacjent poruszał się przy pomocy balkonika, a tymczasem z raportów pielęgniarских wynika, że powód po zabiegu był pacjentem leżącym, miał odleżyny, co w przypadku pacjenta chodzącego raczej nie występuje, a gdy chodzi o pionizację były jedynie jej próby.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że ocena związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem strony pozwanej a powstałą szkodą powoda jest trudna. Biegli zawarli bowiem w opinii sformułowanie, że nie wiadomo czy przy progresji schorzenia powoda jego stan nie byłby taki sam jak po przedmiotowych zabiegach, a zatem nie ma 100% pewności, że przy zachowaniu wszelkich procedur i zaniechaniu decyzji o przedmiotowych zabiegach stan pacjenta byłby lepszy.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji czym innym jednak sytuacja, gdy skutek taki wystąpił mimo zachowania wszelkich procedur i staranności, a czym innym sytuacja, gdy procedury takie zostały naruszone. Ilość i rodzaj nieprawidłowości jakie zostały ujawnione w toku postępowania mogą być traktowane przynajmniej w kategoriach domniemania istnienia takiego związku.

Nadto, zdaniem Sądu Okręgowego związek ten wyraża się także w tym, że powód poprzez błędne decyzje utracił szansę na przekonanie się o tym, a także na przynajmniej zahamowanie lub spowolnienie procesu chorobowego.

Odnosząc się do wysokości przyznanego zadośćuczynienia Sąd pierwszej instancji uznał, że w sytuacji powoda i przy 100% uszczerbku na zdrowiu jest ono uzasadnione w całości. Sąd Okręgowy miał bowiem na uwadze, że w wyniku operacji przeprowadzonych przez pozwanego ad. 1 doszło u powoda do trwałych zmian w układzie nerwowym, wykluczających go z normalnego życia w społeczeństwie. Powód nie może poruszać się samodzielnie, nie kontroluje oddawania moczu ani stolca, przez większość czasu pozostaje w łóżku, zmuszony jest do korzystania z wózka inwalidzkiego, a także musi się poddawać obciążającej i uciążliwej rehabilitacji - bez nadziei na wyzdrowienie. Pomimo podejmowanych czynności, mających przywrócić sprawność, stan powoda nie uległ poprawie i według opinii biegłych

jest utrwalony. Stopień uszczerbku na zdrowiu powoda wynosi 100 %. Niepełnosprawność powoda wpłynęła na powstanie u niego zaburzeń psychicznych w postaci dystymii oraz odcisnęła ogromne piętno na całym jego życiu. Powód spędza większość czasu samotnie, izoluje się od otoczenia, unika kontaktów z ludźmi i nie wychodzi poza dom - między innymi dlatego, że odczuwa z powodu swojej niepełnosprawności i jej konsekwencji (zaburzenia funkcji zwieraczy) wstyd i upokorzenie. Jako osoba niesprawna ruchowo powód stał się całkowicie zależny od otoczenia. Dyskomfort wywołany silną zależnością od innych osób wywołuje u powoda drażliwość, co dodatkowo pogarsza samopoczucie powoda. Powód zrezygnował też z prowadzonej wcześniej działalności zawodowej oraz jakiegokolwiek aktywności społecznej i towarzyskiej. Biegła psycholog zaznaczyła, że powód do chwili obecnej nie przystosował się do swojej niepełnosprawności i się z nią nie pogodził; nadal odczuwa silny żal z powodu utraconego zdrowia i sprawności, a jednocześnie nie ma nadziei na jakąkolwiek poprawę. W związku z tym powód ma poczucie braku sensu życia, jakie obecnie prowadzi. W świetle powyższego nie ulega wątpliwości, że krzywda powoda jest ogromna i trwała.

Sąd Okręgowy miał przy tym na uwadze, że zadośćuczynienie z art. 19 a ustawy o zoz może być przyznane już za sam fakt naruszenia praw pacjenta niezależnie od szkody czy rozstroju zdrowia.

O odsetkach od zasądanego zadośćuczynienia Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 §1 k.c., mając na uwadze daty doręczenia pozwanym odpisu pozwu, co w przypadku pozwanego Szpitala nastąpiło w dniu 19 kwietnia 2011 r., natomiast pozwanego (...) – w dniu 27 lipca 2011 r.

Także odszkodowanie żądane przez powoda, w oparciu o treść art. 444 § 1 k.c., zostało przez Sąd Okręgowy uwzględnione w całości, albowiem na całą dochodzoną kwotę powód przedstawił stosowne rachunki i dokumenty, a potrzeba poniesienia wydatków w nich wskazanych również została potwierdzona opinią biegłych.

Na zasądzoną z tego tytułu kwotę złożyły się :

- wydatki na zakup sprzętu rehabilitacyjnego – 5.100 złotych,
- koszt likwidacji barier architektonicznych 2.485,42 złotych+ 3.539,40 złotych,
- koszt zakupu podnośnika – 859,97 złotych,
- koszt zakupu materaca przeciwodleżynowego – 265 złotych+ 2.858 złotych,
- koszt zakupu samochodu – 32.448 złotych,

co daje łącznie 47.555,79 złotych.

Jednocześnie zasądzając na rzecz powoda odszkodowanie Sąd pierwszej instancji wraz z kwotą główną ustalił odsetki ustawowe w sposób analogiczny do odsetek od zadośćuczynienia, przyjmując jednocześnie, że:

1) pismo powoda z dnia 14 listopada 2013 r. zostało doręczone:

- pozwanemu Szpitalowi – w dniu 21 listopada 2013 r.,
- pozwanemu (...) - w dniu 14 listopada 2013 r.,

2) pismo powoda z dnia 7 stycznia 2014 r. zostało doręczone obu pozwanym w dniu 7 stycznia 2014 r.,

3) pismo powoda z dnia 25 sierpnia 2014 r. zostało doręczone:

- pozwanemu Szpitalowi – w dniu 1 września 2014 r.,
- pozwanemu (...) - w dniu 26 sierpnia 2014 r.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że w świetle zgromadzonego materiału dowodowego oczywistym jest, że zwiększone potrzeby powoda w związku z jego stanem po przedmiotowych zabiegach były i są znaczne. Powód dochodził w związku z tym kosztów zakupu leków, środków medycznych i higienicznych, rehabilitacji, opieki oraz dojazdów na leczenie i rehabilitację. Dokonując wyliczeń w tym zakresie Sąd pierwszej instancji oparł się na zestawieniu przygotowanym przez powoda na k. 495-498, przy czym dokonał korekty trzech pozycji.

Po pierwsze koszty dojazdów do lekarzy i na rehabilitację. Zostały one uwzględnione tylko w tych miesiącach, w których powód, według przedstawionej dokumentacji medycznej, był zawożony lub przywożony ze szpitala bądź ośrodków rehabilitacyjnych. Nie uwzględniono natomiast dojazdów do lekarzy i na rehabilitację ambulatoryjną, bo ich nie było. Z historii choroby przedstawionej przez powoda wynika, że wizyty lekarskie i rehabilitacja odbywała się w domu.

Po drugie, zawyżone zdaniem Sądu pierwszej instancji zostały również koszty opieki nad powodem. Do wyliczeń sąd przyjął za biegłymi wymiar 16 h na dobę, natomiast korekcie podlegała stawka. W tym zakresie sąd oparł się na stawkach dla profesjonalnych opiekunek (...), które w kolejnych latach wynosiły 7,29 złotych do 1 stycznia 2009 r., 7,50 złotych do 30 czerwca 2009 r. i od 1 czerwca 2009 r. - 9,50 złotych, przy czym mimo, że biegli wskazali, że powód powinien wyjeżdżać na turnusy rehabilitacyjne 2-3 razy w roku, koszty te były liczone za całe lata z uwagi na to, że nie były natomiast wtedy liczone koszty turnusów, określone na kwotę ok. 4.000 złotych, odpowiadające w zasadzie kosztom opieki. Z wyliczeń wyłączone zostały jedynie te okresy, w których powód przebywał w szpitalach.

Gdy chodzi rehabilitację prywatną koszty zostały uwzględnione w całości, bo wyliczenia dały kwoty wyższe niż żądane, ale z tym zastrzeżeniem, że zastosowano stawkę nie 50 złotych, a takie jak wynikają z oświadczeń osób, które zajmują się rehabilitacją powoda i z załączonego do pozwu rachunku.

W związku z tym Sąd Okręgowy przyjął:

1) odnośnie renty na zwiększone potrzeby za 2008 r., że:

- przy przedstawionym przez powoda zestawieniu kosztów zakupu leków i materiałów medycznych wynika, iż miesięcznie z tego tytułu powód ponosi 1310,08 złotych (co daje dziennie 42,36 złotych),
- w okresie od 26 do listopada 2008 r. do 23 grudnia 2008 r. powód przebywał w R., a zatem koszty te ponosił jedynie przez 11 dni w listopadzie 2008 r. i 8 w grudniu 2008 r., co odpowiednio spowodowało wydatek 465,30 złotych (11 dni x 42,36 złotych) i 338,40 złotych (8 dni x 42,36 złotych),
- z uwagi na ww. nieobecności powoda w domu koszty opieki nad powodem wyniosły w listopadzie 2008 r. - 1.283,04 złotych (11 dni x 16 h x 7,29 złotych), zaś w grudniu 933,12 złotych (8 dni x 16 h x 7,29 złotych),
- koszt rehabilitacji prywatnej powoda to w listopadzie 2008 r. - 175 złotych (11 dni x 5 [bo rehabilitacja odbywała się 3 razy w tygodniu] x 35 złotych), zaś w grudniu 2008 r. - 140 złotych (8 dni x 4 x 35 złotych),

Do tego Sąd Okręgowy doliczył koszty dojazdów po 190 złotych w listopadzie i grudniu 2008 r., ponieważ w pierwszym z tych miesięcy powód był zawieziony do ośrodka w R., a w grudniu 2008 r. został z niego przywieziony.

Razem daje to wydatki 2.113,34 złotych w listopadzie 2008 r. i 1.601,52 złotych w grudniu 2008 r. = (...),86 :2 miesiące, tj. 1857,43 złotych miesięcznie.

2) odnośnie renty na zwiększone potrzeby za 2009 r., że:

a. z uwagi na pobyty powoda w Szpitalu w M. na Oddziale Urologii w okresie od 23 lutego 2009 r. do 11 marca 2009 r., Neurochirurgii w okresie od 11 marca 2009 r. do 12 marca 2009 r. i Oddziale Rehabilitacyjnym w okresie od 12 marca 2009 r. do 7 kwietnia 2009 r., do rozliczeń można przyjąć:

- koszty zakupu leków w powyższy sposób wyliczone w pełnej miesięcznej wysokości jedynie za 9 miesięcy 2009 r., tj. styczeń i w okresie od maja do grudnia, zaś w lutym tylko za 22 dni, kwietniu 23 dni, natomiast w marcu 2009 r. – w ogóle, co daje łącznie kwotę 13.102,02 złotych,
- koszty rehabilitacji prywatnej, przy analogicznym sposobie rozumowania na kwotę 5.040 złotych (co w przypadku pełnego miesiąca dawało kwotę 490 złotych - 31 dni x 14 x 35 złotych, w lutym – 22 dni x 9x35 złotych, w kwietniu 23 dni x 9 x 35 złotych) i uwzględnieniu, że powód dochodził z tego tytułu jedynie kwoty 2966,66 złotych,
- koszty opieki na łączną kwotę 44.408 złotych, w tym:
 - w styczniu – 3720 zł (31 dni x16 h x 7,50 zł),
 - w lutym – 2640 zł (22 dni x 16 h x7,50 zł),
 - w kwietniu – 2760 zł (23 dni x 16 h x 7,50 zł),
 - w maju- 3720 zł (31 dni x 16 h x 7,50 zł),
 - w czerwcu – 3600 zł (30 dni x 16 h x 7,50 zł),
 - lipcu, sierpniu, październiku i grudniu po 4712 zł (31 dni x 16 h x 9,50 zł),
 - we wrześniu i listopadzie po 4560 zł (30 dni x 16 h x 9,50 zł),
 - koszty dojazdów po 190 zł w lutym i kwietniu, co razem dało to kwotę 82.738,02 zł (na rok) : 12 miesięcy = 6.894,83 zł miesięcznie.

1) Odnośnie renty od 2010 r.

- przyjęto koszty zakupu leków w wysokości 15.720,96 (1310,08 x 12 mies.),
- rehabilitacji prywatnej – 35.599,92 zł (przy przyjęciu, że odbywała się ona 3x w tygodniu po 2 h dziennie w stawce 35 zł za 1 h w 2010 r., i po 40 zł w latach następnych) oraz, że powód żądał z tego tytułu niższych kwot (2966,66 zł x 12mies.),
- opieki 55480 zł (16 h x 9,50 zł x 365 dni) .

Łącznie dało to kwotę 106.800,88 zł za rok :12 mies. =8900,07 zł miesięcznie.

Ustalając powyższą należność Sąd Okręgowy przyjął, że okoliczność, iż opiekę nad poszkodowanym sprawowali jego bliscy czy znajomi nie pozbawia go prawa żądania renty, podobnie jak nie powoduje utraty prawa do renty odszkodowawczej za okres ubiegły fakt, że poszkodowany pozostawał w tym czasie na utrzymaniu rodziny.

Odnosząc się do renty z tytułu utraconych dochodów powoda to Sąd Okręgowy w pełni podzielił stanowisko wyrażone przez (...) w mowie końcowej pełnomocnika oraz w głosie do protokołu. Do wyliczeń Sąd pierwszej instancji przyjął zatem dochody powoda nie z ostatniego roku przed zabiegami, a z uwagi na wolny zawód powoda, działalność gospodarczą, która z reguły cechuje się zmiennością dochodów jak również ogromne dysproporcje w poszczególnych latach w wysokości tych dochodów, co niejako potwierdza wspomniana już zmienność.

Sąd Okręgowy nie uwzględnił natomiast w tym zakresie zastrzeżenia powoda co do tego, że w 2005 i 2006 roku dochody powoda były mniejsze z uwagi na jego stan, uznając, że w świetle stwierdzenia opinii biegłych co do postępów choroby powoda w żaden sposób nie da się założyć, że te dochody utrzymywałyby się na wysokich poziomie jak w 2007 r.

Za lata 2005-2007 dochody powoda wyniosły łącznie 126.034,77 złotych ((...),88 + 24508,25 zł+100047,64 zł), co podzielone przez 36 mies. daje kwotę 3.500,96 złotych po zaokrągleniu 3.501 złotych.

Jednocześnie dokonując wyliczeń Sąd Okręgowy uwzględnił również okoliczność, że powód przed przedmiotowym zdarzeniem otrzymywał tak jak obecnie rentę inwalidzką.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 k.c. ustalając daty ich zasądzenia przy uwzględnieniu wcześniej wymienionych dat doręczenia pozwanym odpisu pozwu.

Z uwagi na to, że nie jest obecnie możliwe ustalenie, czy i jakie skutki w stanie zdrowia powoda, nie objęte podstawą niniejszego sporu, mogą się ujawnić w przyszłości, a w szczególności czy moment ich ujawnienia nie przekroczy okresu ich przedawnienia, Sąd Okręgowy uznał istnienie po stronie powoda interesu prawnego w ustaleniu odpowiedzialności strony pozwanej za następstwa, jakie mogą ujawnić się w przyszłości i na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialność tę ustalił.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że z uwagi na różne podstawy odpowiedzialności pozwanych ich odpowiedzialność jest odpowiedzialnością in solidum co oznacza, że spełnienie świadczenia przez jednego z nich zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. i zasadę stosunkowego ich rozliczenia, przy przyjęciu, że powód wygrał sprawę w 83 %.

Na podstawie art. 113 ust. 1 w zw. z art. 94 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c. Sąd pierwszej instancji nakazał zatem ściągnąć od strony pozwanej nie uiszczone koszty sądowe od uwzględnionej części powództwa w kwocie 32.212 złotych. Łącznie nie uiszczone koszty sądowe wyniosły 32.808,54 złotych i złożyły się na to koszty części opłaty od pozwu, od rozszerzonej części żądania, oraz wydatki związane z przeprowadzeniem dowodu z opinii biegłych.

Sąd Okręgowy uwzględniając obecną sytuację życiową i materialną powoda odstąpił od obciążania go kosztami procesu w oparciu o art. 102 k.p.c. od oddalonej części powództwa.

Apelację od powyższego wyroku wnieśli obaj pozwani.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpital (...) Medycznego w Ł. zaskarżył powyższy wyrok w całości i zarzucił mu:

1) naruszenie prawa procesowego mające wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

a) art. 233 § 1 k.p.c. polegające na braku wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, w związku z tym błędne przyjęcie, że ilość i rodzaj nieprawidłowości jakie w ocenie Sądu zostały ujawnione w toku postępowania lekarskiego mogą być traktowane w kategoriach domniemania istnienia związku przyczynowego między działaniami lekarzy pozwanego Szpitala a powstałą u powoda szkodą, powyższe naruszenie stanowi obrazę art. 233 k.p.c. w zw. z art. 231 § 1 k.p.c.;

b) przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów, a to poprzez nieuprawnione uznanie, że w niniejszej sprawie lekarze pozwanego Szpitala dopuścili się błędu lekarskiego w postaci błędu diagnostycznego negatywnego w sytuacji gdy z treści zebranego w sprawie materiału dowodowego wynikają wnioski odmienne;

c) w konsekwencji powyższych naruszeń doprowadziło to do błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę zaskarżonego orzeczenia, a mających istotny wpływ na jego treść, polegających na:

- sprzeczności ustaleń poczynionych przez Sąd z treścią zebranego materiału dowodowego, poprzez ustalenie przez Sąd, że na gruncie niniejszej spraw działania podejmowane przez lekarzy pozwanego Szpitala w postaci zabiegów operacyjnych nie były uzasadnione mając na uwadze posiadany materiał diagnostyczny;
- błędnym i nie znajdującym odzwierciedlenia w zgromadzonym materiale dowodowym uznaniu, że lekarze pozwanego Szpitala ponoszą winę w zakresie postawienia, w ocenie Sądu nieprawidłowej diagnozy medycznej i decyzji o zastosowanym leczeniu;
- błędnym i nie znajdującym odzwierciedlenia w zgromadzonym materiale dowodowym uznaniu, że pomiędzy działaniem lekarzy a powstałą u powoda szkodą występuje związek przyczynowy;
- błędnym i nie znajdującym odzwierciedlenia w zgromadzonym materiale dowodowym uznaniu, iż związek przyczynowy może wyrażać się w braku szansy na przekonanie się o skutkach jakie nastąpiłyby gdyby zabiegu nie przeprowadzono powyższe uchybienia Sądu doprowadziły także do błędnej wykładni i w konsekwencji nieprawidłowego zastosowania prawa materialnego;

a) art. 231 k.p.c. poprzez przyjęcie, że ilość i rodzaj nieprawidłowości jakie w ocenie Sądu zostały ujawnione w toku postępowania mogą być traktowane w kategoriach domniemania istnienia związku przyczynowego między działaniami lekarzy pozwanego a powstałą u powoda szkodą, w sytuacji gdy z materiału dowodowego wynika, że ocena związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem strony pozwanej a powstałą szkodą powoda jest nie do wykazania;

b) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak w treści uzasadnienia orzeczenia Sądu elementów koniecznych umożliwiających dokonanie oceny wyводу Sądu, które doprowadziły do wydania orzeczenia, w szczególności braku wskazania na czym Sąd opiera stwierdzenia nie wynikające z opinii biegłych lekarzy a dotyczące wiedzy specjalnej;

c) nierozpoznanie istoty sprawy poprzez niezbadanie podstawy merytorycznej dochodzonego w pozwie roszczenia tj. w szczególności brak ustalenia przez Sąd kiedy pojawił się w jego ocenie błąd medyczny, w czym należy go upatrywać, czy w samym przygotowaniu do zabiegu, czy podjętej decyzji o zabiegu, czy też obu zabiegów, czy powstał w następstwie przeprowadzenia I czy II zabiegu operacyjnego, jakie skutki spowodował poszczególny zabieg medyczny; w konsekwencji nie poczyniono ustaleń faktycznych w celu rozpoznania spornego stosunku;

2) naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie:

a) art. 415 k.c. i art. 430 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że na gruncie sprawy zaistniały przesłanki uzasadniające przyjęcie winy po stronie pozwanego Szpitala w związku z nieprawidłowym leczeniem i diagnostyką powoda w sytuacji gdy z opinii biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S. Lekarskiej (...) w K. wynika, że lekarze nie popełnili błędu medycznego;

b) art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za nieprawidłowe leczenie i błędną diagnostykę stanu zdrowia powoda, w sytuacji gdy pomiędzy działaniem lekarzy pozwanego a obecnym stanem zdrowia powoda nie istnieje związek przyczynowy, bowiem z opinii biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S. Lekarskiej (...) w K. wynika, że obserwowana u powoda dynamika rozwoju choroby mogła doprowadzić do istnienia obecnego stanu zdrowia powoda także bez przeprowadzenia zabiegu operacyjnego a ponadto biegli nie dopatryli się nieprawidłowości podczas wykonanej u powoda operacji;

c) ustalenie odpowiedzialności pozwanego Szpitala za następstwa przedmiotowego zdarzenia, mogące powstać u G. R. w przyszłości (punkt II wyroku), bez precyzyjnego określenia z jakimi zdarzeniami Sąd tę odpowiedzialność wiąże i jakiego rodzaju następstwa tą odpowiedzialnością obejmuje, podczas gdy w prawie cywilnym odpowiedzialność cywilnoprawna łączy się z normalnymi następstwami działania domniemanego sprawcy szkody;

d) art. 5 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu wbrew zasadom współzycia społecznego, że działania dokonane przez lekarzy pozwanego Szpitala na szkodę powoda pozostają w związku przyczynowym przez co lekarzom można przypisać zawinięcie w podjętych działaniach niezgodnie ze sztuką medyczną;

e) art. 445 § 1 k.c. poprzez ustalenie należnej powodowi kwoty zadośćuczynienia w sposób rażąco zawyżony w kontekście ustaleń postępowania dowodowego;

f) art. 444 § 1 k.c. poprzez zasądzenie renty wyrównawczej w sytuacji braku wykazania przez powoda doznanego uszczerbku na zdrowiu oraz kwot jakie miesięcznie w związku z tym ponosi.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, alternatywnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, a nadto o zasądzenie od powoda G. R. na rzecz pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. N. U. Medycznego w Ł. kosztów postępowania, w tym kosztów za obie instancje.

Apelację wniósł również pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. zaskarżając go również w części tj. w zakresie pkt. I wyroku oraz pkt. II wyroku - w całości i zarzucając mu:

1) naruszenie prawa materialnego, a konkretnie art. 430 k.c. poprzez przyjęcie, że szkoda powoda powstała wskutek zawinionego działania względnie zaniechania pracowników pozwanego Szpitala oraz art. 361 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że obecny stan zdrowia powoda jest w całości skutkiem operacji przeprowadzonej w pozwanym Szpitalu w 2008r,

2) naruszenie prawa procesowego, a konkretnie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego, a w szczególności opinii sędowo - lekarskiej (...) w K. nie stwierdzającej popełnienia błędu w sztuce medycznej przez personel pozwanego Szpitala.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz skorygowanie kosztów procesu. W przypadku nie podzielenia w całości argumentów strony pozwanej w zakresie wniosku o oddalenie powództwa w całości, pozwany wniósł o zmianę pkt. I wyroku w części końcowej poprzez zmianę zawartego tam ograniczenia odpowiedzialności pozwanego (...) SA z kwoty 2.000.000 złotych do kwoty 500.000 złotych - bowiem zgodnie z załączoną polisą wprowadzony został podlimit za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń zdrowotnych m. in. w ramach chirurgii do kwoty 500.000 złotych.

W odpowiedzi na obie apelacje powód wniósł o ich oddalenie i zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda G. R. kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego przez radcę prawnego, według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje pozwanych częściowo zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie stwierdzić jednak należy, że Sąd Okręgowy poczynił w analizowanej sprawie prawidłowe ustalenia faktyczne na podstawie przeprowadzonego postępowania dowodowego. Sąd Apelacyjny przyjął te ustalenia faktyczne za własne.

Odnosząc się do wywiedzionych zarzutów obu apelacji rację należy przyznać jednak skarżącym, którzy podnieśli zarzuty naruszenia prawa procesowego – w zakresie braku wszechstronnego rozważania materiału dowodowego i tym samym błędnego przyjęcia, że doszło do błędu medycznego, a tym samym również, że obecny stan zdrowia powoda pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z przeprowadzonym przez pozwanego szpital zabiegiem operacyjnym.

Zaznaczyć należy, że do powstania odpowiedzialności z art. 430 k.c. w zw. z art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz 445 § 1 k.c. konieczne jest wykazanie trzech przesłanek: zdarzenia, z którym system prawny łączy czyjąś odpowiedzialność, powstania krzywdy wynikającej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia oraz związku przyczynowego między zdarzeniem, a krzywdą.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, strona powodowa, na której w rozpoznawanej sprawie, zgodnie z art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c., spoczywał ciężar udowodnienia faktów, z których wywodziła skutki prawne, nie wykazała przesłanek konstruujących odpowiedzialność deliktową pozwanego szpitala. Z przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego, a w tym przede wszystkim z opinii biegłych instytutu, nie wynika bowiem, jak to wywiódł Sąd pierwszej instancji, że pozwanemu szpitalowi można postawić zrzut bezprawności działania w zakresie podjętego leczenia. Zaznaczyć przy tym należy, że istota niniejszego postępowania sprowadzała się do ustalenia, czy podjęte przez pracowników pozwanego szpitala działania diagnostyczne oraz terapeutyczne były zgodne ze sztuką lekarską oraz czy dawały szanse na poprawę stanu zdrowia powoda. W tym miejscu zauważyć należy, że ustalenie związku przyczynowego pomiędzy pogorszeniem się stanu zdrowia powoda w postaci paraliżu, a podjętym przez pracowników pozwanego działaniem oraz ustalenie, iż wspomniane działanie miało charakter zawiniony, wymagało wiadomości specjalnych z zakresu medycyny.

Biegli instytutu przy tym podkreślili, że medycyna dopuszcza w pewnych przypadkach zastosowanie leczenia, w tym operacyjnego, pomimo braku pewności co do rozpoznania klinicznego i dlatego w ocenie biegłych decyzja o wdrożeniu leczenia operacyjnego w maju 2008 roku nie wyczerpywała jednoznacznie kryteriów błędu medycznego i w pewien sposób była uzasadniona. Z opinii instytutu naukowego – Katedry Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S. – Lekarskiej (...) w K. wynika, że oceniając z pozycji ex post czynności wdrożone wobec G. R. w związku z wysunięciem podejrzenia jamistości rdzenia kręgowego – w chwili obecnej, należy wprawdzie zgodzić się z opinią konsultującego chorego w dniu 18 kwietnia 2007 roku lekarza specjalisty neurochirurga prof. A. M., który sugerował nie podejmowanie decyzji o leczeniu operacyjnym pacjenta, a kontynuację leczenia zachowawczego, jednakże biegli poddając ocenie działania lekarzy neurochirurgów z Klinicznego Oddziału Neurochirurgii w Ł., wdrożone wobec powoda w maju 2008 roku, wzięli także pod uwagę stan kliniczny pacjenta w tym momencie diagnostyki i leczenia. G. R. chorował już od dłuższego czasu, a jego stan zdrowia, pomimo wdrożonych, intensywnych czynności diagnostyczno – terapeutycznych, ulegał systematycznemu pogorszeniu, co odnosiło się przede wszystkim do postępującego niedowładu kończyn dolnych. Biegli wskazali przy tym, że wobec niemożliwości określenia jednoznacznej przyczyny tego pogorszenia, chory oczekiwał od lekarzy leczących odpowiedniego, szybkiego postępowania decyzyjnego, w tej sytuacji w 2008 r. zwrócono się o pomoc do personelu lekarskiego Klinicznego Oddziału Neurochirurgii USzK w Ł..

Samo podjęcie zaś decyzji o operacji, biorąc pod uwagę postawione rozpoznanie, było w ocenie biegłych instytutu prawidłowe, aczkolwiek obarczone dużym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia.

Dostrzec przy tym należy, że jak wynika z zeznań świadków, w tym przede wszystkim L. R. – żony powoda, powód miał świadomość swojego stanu zdrowia i gotowy był na podjęcie ryzyka związanego z przeprowadzeniem operacji, z uwagi na brak efektów związanych z wdrożonym leczeniem zachowawczym. Pomimo bowiem kategorycznej opinii prof. A. M., który zdyskwalifikował powoda od zabiegu operacyjnego, ten szukał dalszych metod leczenia celem polepszenia swojego stanu zdrowia, w tym również związanych z metodą chirurgiczną. Świadek L. R. na rozprawie w dniu 29 czerwca 2011 roku zeznała, że „mąż miał świadomość, że operacja jest jedynym ratunkiem i dramatycznie wydzwaniał do prof. o wyznaczenie terminu operacji, na którą umawiał się będąc na oddziale neurologii” (k. 260).

W świetle powyższych dowodów trudno zatem uznać, że powód skutecznie wykazał przesłankę winy personelu medycznego pozwanego szpitala, którą upatruje w błędzie diagnostycznym, a w jego wyniku także błędzie terapeutycznym. Co istotne sam Sąd pierwszej instancji wskazał, że biegli instytutu w pisemnej opinii wskazali, że nie zostały wypełnione wszystkie przesłanki konieczne do uznania, że w sprawie mamy do czynienia z błędem medycznym, a pomimo tego Sąd Okręgowy ostatecznie pozwanemu szpitalowi taki błąd przypisuje.

Nie można przy tym pominąć, że w pisemnej opinii biegli wskazali, że w oparciu o analizę badań powoda i jego historii choroby sądzić można, iż jakkolwiek przy przyjęciu przez lekarzy leczących postawy wyczekującej oraz dalszej kontroli i leczenia zachowanego mogło nie dojść u powoda do dalszej progresji schorzenia, to jednak obserwacja dynamiki schorzenia latach 2005 – 2008 praktycznie temu przeczy (schorzenia neurodegeneracyjne i związane z tym patologiczne objawy wyraźnie postępowały). Zdaniem biegłych lekarzy leczących chorego mogli sądzić, że wyczerpano już możliwości leczenia zachowawczego, bowiem jak to wynika z dokumentacji medycznej, do tego czasu nikt nie określił u powoda takiego rozpoznania klinicznego, którego leczenie mogłoby doprowadzić do satysfakcjonującego go efektu terapeutycznego, czyli poruszania się samodzielnie. Zatem przyjąć można, że lekarze pozwanego szpitala, mieli podstawy do przypuszczenia, że po przeprowadzeniu operacji występujący już okresowo przecież u powoda niedowład kończyn dolnych ulegnie cofnięciu, a zatem, że istnieją szanse na poprawę stanu zdrowia powoda.

W ocenie Sądu Apelacyjnego powyższe wnioski wykluczają możliwość przypisania jakiegokolwiek zawinionego działania lekarzom diagnozującym stan zdrowia powoda, a następnie i przeprowadzającym zabieg operacyjny w maju 2008 roku. Powód nie wykazał zatem, że pozwananemu można przypisać winę w postawieniu prawidłowej diagnozy, która z resztą do chwili obecnej nie została definitywnie określona. Pamiętać należy, że strona powodowa twierdząc, że lekarze popełnili błąd medyczny czy to przy stawianiu diagnozy czy w wyniku błędnej decyzji przy wykonywaniu zabiegu, obowiązana jest wykazać, że szkoda wyrządzona przez nich jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez lekarzy wymaganej staranności. Dopiero pomyślnie przeprowadzenie tego dowodu może stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa lekarza, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalanej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności. Wina zakładu leczniczego musi być - w ramach odpowiedzialności deliktowej - udowodniona (por. wyrok Sądu Najwyższego z 25.1.2001 r., sygn. akt V CKN 232/00). Zaznaczyć przy tym należy, że niewątpliwie każdy zabieg wiąże się z możliwością wystąpienia komplikacji i nie wszystkie powikłania są możliwe do przewidzenia w momencie podejmowania decyzji o zabiegu. Nie ma jednak żadnych podstaw do uznania, że sam fakt wystąpienia niepożądanych skutków zabiegu w postaci, jak w wypadku powoda, paraliżu, świadczy o zawinionym działaniu czy zaniechaniu szpitala czy lekarzy podejmujących decyzję o operacji, a następnie przeprowadzających zabieg.

Należy mieć przy tym na uwadze, że w sprawie kluczowe znacznie dla rozstrzygnięcia miała opinia biegłych instytutu.

W orzecznictwie podkreśla się, że z istoty i celu dowodu z opinii biegłego wynika, że jeżeli rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii biegłego jest koniecznością. W takim przypadku sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeżeli jest ona prawidłowa i jeżeli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 23.07.2013 r., sygn. akt I ACA 316/13, LEX nr 1363289). Oznacza to, że przy braku innych dowodów, Sąd Okręgowy, nie mógł inaczej ocenić procesu leczenia powoda, a zatem Sąd pierwszej instancji nie miał podstaw do przyjęcia, że wdrożone leczenie było błędne, a jego skutkiem jest obecnym stan zdrowia powoda.

Należy mieć przy tym na uwadze, że błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania cywilnego, w którym strona powodowa zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należało ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza. Przy czym pamiętać należy, że mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można wymagać od niego nieomyślności.

Jak wynika tymczasem z opinii biegłych instytutu lekarzy diagnozujący powoda mieli podstawy do postawienia diagnozy w kierunku jamistości rdzenia kręgowego, rozpoznanej u powoda na podstawie wyniku badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa piersiowego, wykonanego w kwietniu 2008 roku, w którym u powoda stwierdzono obecność niewielkiej jamy w obrębie rdzenia kręgowego o charakterze „poszerzenia kanału środkowego”. Ponadto w obrazie klinicznym były również obecne objawy postępującego niedowładu kończyn dolnych i charakterystyczne dla jamistości rdzenia rozszczępienie zaburzenia czucia. W końcu trzeba mieć na uwadze, że biegli w pisemnej opinii zaznaczyli, że powód został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego w maju 2008 roku na podstawie

wyników badań lekarskich, długotrwałej obserwacji klinicznej i opinii leczących go lekarzy neurologów, dokumentacji medycznej oraz wyników badań radio – obrazowych. Biegli wskazali także na brak podstaw do stwierdzenia, że w konkretnym przypadku zachorowania były konieczne inne badania dodatkowe oraz dodatkowe, specjalistyczne konsultacje lekarskie, które mogłyby zmienić wdrożone postępowanie medyczne, jedyne uwagi biegłych dotyczyły niepełnych opisów wyników badań radio – obrazowych kręgosłupa piersiowego wykonywanych u powoda od 2005 roku, odnosząc się zwłaszcza do wyniku badania RM z dnia 16 kwietnia 2008 roku, jednakże biegli pomimo tego uchybienia, nie przesądzili o wyczerpaniu jednoznacznych kryteriów błędu medycznego.

W świetle powyższych uwag jako trafne zatem należy ocenić zarzucane Sądowi pierwszej instancji uchybienia w zakresie przede wszystkim oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i tym samym błędnego założenia, że pozwanemu szpitalowi można przypisać odpowiedzialność za lekarzy podejmujących decyzję co do sposobu leczenia powoda.

Tym niemniej słusznie Sąd Okręgowy uznał, że przesłanką skutkującą powstaniem odpowiedzialności pozwanego szpitala jest brak wyrażenia przez powoda świadomej zgody na zabieg odpowiadający wymogom ustawy o zawodzie lekarza.

Z zeznań tak powoda, jak i jego żony wynika, że przed operacją, po przyjęciu go na oddział, na temat zabiegu nie rozmawiał on z żadnym z lekarzy, nie był on także informowany o możliwych komplikacjach i prognozach co do możliwości wyleczenia i nie zdawał sobie sprawy z jakim ryzykiem wiąże się przeprowadzenie zabiegu, a zatem wyrażając zgodę na zabieg nie miał on świadomości do jakich powikłań może dojść na skutek zabiegu.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 17.12.2004 r. sygn. akt II CK 303/04 Sąd Najwyższy wskazał, że o wyrażeniu przez pacjenta zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego można mówić tylko wówczas, gdy została ona poprzedzona udzieleniem pacjentowi przystępnej informacji w zakresie określonym w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, zaś wykonanie w takiej sytuacji zabiegu operacyjnego oznacza wykonanie go w warunkach bezprawności. Dopiero zgoda pacjenta, świadomie akceptującego zrozumiałe przez niego ryzyko dokonania zabiegu wyłącza bezprawność interwencji lekarza.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 31 ust. 1 powyższej ustawy informacja ta powinna obejmować m.in. proponowane i możliwe metody lecznicze i dające się przewidzieć następstwa ich stosowania lub zaniechania. Wyjątek od obowiązku wyrażenia przez pacjenta zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego ustawodawca zawarł w art. 33 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, jednak w sprawie niniejszej pozwany, zgodnie z zasadą rozkładu dowodu wynikającą z art. 6 k.c., nie wykazał, aby zaistniały określone w tym przepisie przesłanki, tj. aby powód wymagał niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie mógł wyrazić zgody i nie było możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. W szczególności nie ma podstaw do uznania, że powód wymagał niezwłocznej pomocy lekarskiej – na co z resztą zwracali uwagę biegli w pisemnej opinii, zabieg był planowany, powód został przyjęty do szpitala dzień przed operacją, zatem niewątpliwie nie istniały żadne przeszkody, aby udzielić powodowi informacji dotyczących następstw zabiegu, w szczególności możliwych i dających się przewidzieć komplikacji.

Z opinii instytutu wynika zaś, że poprawa stanu zdrowia po zabiegach drenażu jamy syringomielicznej wahają się zależnie od źródeł od 20 do 55 %. Pogorszenie stanu neurologicznego u pacjentów (wynik zły) po takim leczeniu występuje u ok. 25 % przypadków (k. 388).

Zaznaczyć przy tym należy, że wbrew twierdzeniom pozwanego ubezpieczyciela powód nie wyraził zgody na operację. W aktach sprawy znajduje się jedynie podpisana przez powoda zgoda na leczenie (k. 51). Zgoda na zabieg czy konkretny sposób leczenia musi być jednak wyrażana każdorazowo przed każdym działaniem medycznym, zaś podpisanie przez pacjenta przyjmowanego do szpitala zgody na leczenie nie oznacza przy tym automatycznej zgody na wszystkie działania medyczne. Przed każdym zabiegiem czy operacją lekarz jest zobligowany do udzielenia pacjentowi pełnych informacji dotyczących ryzyka i korzyści wiążących się z danym działaniem medycznym. Jeśli lekarz nie przedstawi

pacjentowi pełni informacji na temat wykonywanego zabiegu, to uzyskana zgoda jest „nieobjaśniona”, za którą lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej.

W tym miejscu podkreślić należy, że ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2012.159 ze zm.) wprowadziła w art. 18 wymóg, aby w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza przyjmowała formę pisemną. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Z kolei w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. 2015.464) wskazano, iż zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym (art. 32 ust. 7 ustawy). Wyjątek od powyższych sytuacji stanowi przypadek, gdy lekarz wykonuje zabieg operacyjny albo stosuje metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta – wówczas obowiązany jest uzyskać jego pisemną zgodę. Przed wyrażeniem pisemnej zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Abstrahując o braku uzyskania pisemnej zgody na przeprowadzenie operacji, dostrzec należy, że pozwany szpital nawet nie wykazał poprzez chociażby dowody osobowe – zeznania lekarzy przeprowadzających operację i konsultujących powoda, że przed zabiegiem powód został poinformowany o możliwości wystąpienia negatywnych skutków zabiegu, w szczególności możliwości paraliżu. Bezprawność działania pozwanego w tym zakresie uzasadnia zaś przypisanie mu odpowiedzialności za wyrządzoną powodowi szkodę w postaci rozstroju zdrowia, a w konsekwencji uprawnia powoda do dochodzenia roszczeń wynikających z art. 444 § 1 i 445 k.c.

Podzielając stanowisko Sądu Okręgowego w zakresie zasadności roszczeń powoda, wobec bezprawności szpitala związanej z brakiem uzyskania zgody na operację, Sąd Apelacyjny uznał jednak, iż kwota zasądzona tytułem zadośćuczynienia musi być w świetle okoliczności przedmiotowej sprawy uznana za rażąco wygórowaną. Należy mieć przy tym na uwadze, że nie znalazły potwierdzenia w materiale dowodowym twierdzenia powoda o błędzie diagnostycznym. Zatem jedynie nijako „połowa” jego zarzutów uzasadniała dochodzone roszczenie.

Mając przy tym na uwadze, że zadośćuczynienie stanowi rekompensatę krzywdy ocenianej indywidualnie, a określając wysokość zadośćuczynienia Sąd musi kierować się przesłankami obiektywnymi, biorąc pod uwagę szeroko rozumiane cierpienia fizyczne i psychiczne poszkodowanego, w tym skutki jakie zdarzenie wywarło w ograniczeniach w życiu codziennym, planach życiowych, sposobie spędzania wolnego czasu, możliwości rozwijania zainteresowań, Sąd Apelacyjny uznał, że w niniejszej sprawie adekwatną kwotą będzie poła przyznanej przez Sąd Okręgowy sumy zadośćuczynienia tj. 175.000 złotych. Sąd Odwoławczy miał tu przede wszystkim na uwadze, że pozwany nie wykazując świadomości powoda co do możliwych skutków i ryzyka związanego z operacją, zaniedbując uzyskanie jego zgody na ten zabieg i poinformowania go o konsekwencjach z nim związanych, pozbawił G. R. możliwości podjęcia świadomej decyzji co do dalszych losów związanych z postępującą w jego przypadku chorobą. Powód nie przewidywał skutków zabiegu jakiemu się poddał, nie był psychicznie przygotowany na możliwość tak radykalnej zmiany swojej sytuacji życiowej, zatem jego odczucie krzywdy jest zwielokrotnione faktem, że poddając się zabiegowi, choć nie był w pełni sprawny fizycznie, to nie był całkowicie uzależniony od osób trzecich, a od czasu operacji wymaga bezwzględnej opieki innych osób i to w najbardziej podstawowych przejawach codziennego życia. Z drugiej strony należało mieć jednak na uwadze, że nie sposób jest w chwili obecnej ocenić, na co zwracali uwagę biegli instytutu, czy i jeżeli tak to jak szybko choroba powoda postępowałaby oraz w jakim stanie powód byłby w chwili obecnej gdyby nie przeprowadzony bez jego zgody zabieg chirurgiczny. Zadośćuczynienia zatem w tym konkretnym przypadku ma wynagradzać cierpienie związane z nagłym pozbawianiem go możliwości realizacji planów życiowych, które wraz z

operacją i uzależnieniem go od najbliższego otoczenia uległy drastycznej zmianie z dnia na dzień. Radykalnej zmianie uległy przy tym wszystkie aspekty jego dotychczasowego życia. Niewątpliwie gdyby nie operacja, przyjmując, że stan powoda pogarszałby się stopniowo, powód miałby szansę nie tylko z oswojeniem się z postępującym niedowładem, ale także miałby przynajmniej możliwość zabezpieczenia środków koniecznych do życia i jego dalszego leczenia.

Pamiętać należy, że wyrażenie „odpowiednia suma” pozostaje w związku z tym, że ze względu na istotę krzywdy nie da się jej wyliczyć w sposób ścisły, w przeciwieństwie do szkody rzeczowej. Zadośćuczynienie jest sposobem naprawienia krzywdy ujmowanej jako zarówno cierpienia fizyczne, jak ból i inne dolegliwości, jak i cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzeń ciała; zadośćuczynienie winno mieć charakter całościowy obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno doznane, jak i te które zapewne wystąpią w przyszłości (por. wyrok Sądu Najwyższego z 3.2.2000 r. I CKN 969/00, niepubl.). Niewątpliwie określenie wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powinno się opierać na obiektywnych i sprawdzalnych kryteriach, jednak przy uwzględnieniu indywidualnej sytuacji stron (por. wyrok Sądu Najwyższego z 12.9.2002 r., sygn. akt IV CKN 1266/00, niepubl.). Sąd Apelacyjny miał na uwadze fakt, że stan zdrowia powoda nie jest wynikiem błędu lekarskiego, co musiało zostać uwzględnione przy ocenie zakresu odpowiedzialności pozwanych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego wszystkie powyższe okoliczności uzasadniają przyznanie powodowi zadośćuczynienia w kwocie 175.000 złotych jako adekwatnego do doznanej krzywdy.

Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, w świetle powyższych uwag, że pozwany wobec bezprawności swego działania winien też połowicznie partycypować w kosztach odszkodowania i ustalonej przez Sąd pierwszej instancji renty wyrównawczej na rzecz powoda. Przy czym brak jest podstaw do uwzględnienia zarzutu pozwanego szpitala, który w wywiedzionej apelacji podnosił, że powód nie wykazał doznanego uszczerbku na zdrowiu oraz kwot miesięcznych, jakie w związku z tym ponosi. Przy czym dostrzec należy, że w samej apelacji skarżący nie rozwija już wywiedzonego w tym zakresie zarzut, wskazując jedynie, że powód w sposób dostateczny nie wykazał wysokości doznanego uszczerbku.

Tymczasem w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy wpierw czyni konkretne ustalenia faktyczne co do wydatków poniesionych i ponoszonych w skali miesiąca przez powoda, na podstawie zgromadzonych w sprawie dowodów, po czym w części rozważeniowej wskazuje jakie kwoty i z jakiego tytułu składają się na wysokość przyznanego odszkodowania. Także wyliczenia w zakresie renty wyrównawczej dokonane są w sposób skrupulatny, oparte w większości na podstawie zestawienia przygotowanego przez powoda na k. 495 – 498, które jednak zostało skrupulatnie zweryfikowane przez Sąd pierwszej instancji i odpowiednio skorygowane, w tym przy uwzględnieniu zastrzeżeń strony pozwanej podnoszonych w toku postępowania.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że zasadne będzie obciążenie pozwanych, w związku z dowiedzeniem co do zasady odpowiedzialności pozwanego szpitala jedynie w zakresie braku uzyskania przez niego zgody na przeprowadzenie operacji i uświadomienia powoda o ryzyku z nim związanych, obowiązkiem zapłaty na rzecz G. R. połowy zasądzonego przez Sąd pierwszej instancji odszkodowania oraz połowy kwot tytułem renty ustalonej przez tenże Sąd.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego brak jest przy tym podstaw do przypisania odpowiedzialności strony pozwanej za szkodę na osobie powoda na przyszłość. Powód nie ma bowiem interesu prawnego w ustaleniu tejże odpowiedzialności.

Pamiętać należy bowiem, że pojęcie interesu prawnego rozumiane jest jako potrzeba prawna, która wynika z sytuacji prawnej, w jakiej się powód znajduje. Jest to obiektywna w świetle obowiązujących przepisów prawa, wywołana rzeczywistym naruszeniem albo zagrożeniem określonej sfery prawnej, potrzeba uzyskania konkretnej treści wyroku. Decyzja sądu o wydaniu wyroku ustalającego wynika ze stwierdzenia, że istnieje potrzeba tego rodzaju ochrony sądowej. Powszechne w judykaturze i doktrynie jest założenie, że interes ten istnieje tylko wtedy, gdy powód potrzebie ochrony swej sfery prawnej uczynić może zadość przez samo ustalenie istnienia bądź nieistnienia stosunku prawnego lub prawa.

Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 24 lutego 2009 roku (sygn. akt III CZP 2/09, Lex 483372), wskazał, że pod rządem art. 442¹ § 3 k.c. ocena, czy powód ma interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody na osobie mogące powstać w przyszłości z danego zdarzenia, może zostać dokonana jedynie z uwzględnieniem okoliczności konkretnej sprawy. Wszelkie uogólnienia i poglądy wyrażane w sposób abstrakcyjny nie mogą mieć miejsca. Nie jest możliwe nawet stwierdzenie, że w pewnych kategoriach spraw powód zwykle będzie miał interes prawny w dokonaniu takiego ustalenia, a w innych rodzajach interes taki nie wystąpi.

W realiach niniejszej sprawy z uwagi na brak powiązania odpowiedzialności pozwanego z błędem w sztuce lekarskiej brak jest podstaw do ustalenia odpowiedzialności pozwanego szpitala za zdarzenia, jakie powód mógłby doznać w przyszłości w przypadku wytoczenia powództwa dotyczącego ujawnionej później szkody. Powód nie wykazał bowiem na czym miałby polegać jego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość.

Sąd Apelacyjny zmienił również zaskarżony wyrok w zakresie ograniczenia odpowiedzialności (...) Spółki akcyjnej w W. do wysokości sumy gwarancyjnej do kwoty 500.000 złotych.

Pozwany ubezpieczyciel już w odpowiedzi na pozew z dnia 2 sierpnia 2011 r. (k.275 verte) wskazał na ograniczenie jego odpowiedzialności z polisy nr (...) do sumy gwarancyjnej w wysokości 2.000.000 złotych do wyczerpania, z podlimitem 500.000 złotych na szkody wyrządzone podczas udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach ginekologii, chirurgii, ortopedii, anestezjologii (polisa k.283 - 285). W ocenie Sądu Apelacyjnego operacja neurochirurgiczna powoda bez wątpienia była zabiegiem chirurgicznym, zatem nie ma podstaw do ustalenia odpowiedzialności tego pozwanego do kwoty objętej sumą gwarancyjną 2.000.000 złotych.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok o czym orzekł jak w pkt 1 sentencji na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., w punkcie 2 sentencji zaś na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono apelację pozwanych w pozostałej części jako bezzasadną.

Uwzględnienie apelacji pozwanych w części oznaczało także konieczność odpowiedniego skorygowania rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów postępowania za pierwszą instancję. Sąd Apelacyjny, mając na uwadze, że roszczenie powoda co do zasady w połowie zostało uwzględnione zniósł na podstawie art. 100 k.p.c. wzajemnie między stronami koszty procesu. Ponadto obciążył pozwanego nieuciszonymi kosztami sądowymi od uwzględnionej części powództwa w łącznej kwocie 16.106 złotych, na którą złożyły się stosunkowa opłata sądowa od pozwu oraz koszty opinii biegłych wydanych w sprawie.

W związku z uwzględnieniem apelacji w 50 %, na podstawie art. 100 kpc w zw. z art. 108 § 1 kpc i art. 391 § 1 kpc Sąd Apelacyjny zniósł między stronami koszty procesu w postępowaniu apelacyjnym.