

Sygn. akt V ACa 453/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 listopada 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku, V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	SSA Teresa Karczyńska – Szumilas (spr.)
----------------	---

Protokolant : sekretarz sądowy Kamila Szymankiewicz

po rozpoznaniu w dniu 19 października 2021 r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa P. D.

przeciwko (...) Szpitalowi Miejskiemu (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w (...) i W. M.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda i pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy

z dnia 18 lutego 2020 r., sygn. akt I C 829/15

I. prostuje komparycję zaskarżonego wyroku w ten sposób, że po słowach „ o zapłatę” wpisuje słowa „ i ustalenie” oraz w miejsce słów „(...) Szpitalowi Miejskiemu (...) SP ZOZ w (...)” wpisuje słowa „(...) Szpitalowi Miejskiemu (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w (...)” ;

II. oddala apelację powoda;

III. oddala apelacje obu pozwanych;

IV. zasądza od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Bydgoszczy kwotę 1.715, 92 zł (jeden tysiąc siedemset piętnaście złotych dziewięć dziewięćdziesiąt grosze) tytułem zwrotu kosztów sądowych w postępowaniu apelacyjnym;

V. pozostałe koszty postępowania apelacyjnego znosi wzajemnie między stronami.

SSA Teresa Karczyńska – Szumilas

Na oryginale właściwy podpis.

Sygn. akt V ACa 453/20

UZASADNIENIE

Powód P. D. domagał się zasądzenia solidarnie od pozwanych W. M. i (...) Szpitala Miejskiego (...) w (...) kwoty 500.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 grudnia 2015 r. do dnia zapłaty, ustalenia odpowiedzialności pozwanych za szkody mogące powstać u niego w przyszłości w związku z błędem w diagnostyce jakiego dopuścili się pozwani oraz zasądzenia kosztów postępowania.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w wyniku popełnionych przez lekarzy pozwanego szpitala, w tym pozwanego W. M., błędów diagnostycznych nie uzyskał on właściwej pomocy medycznej, pomimo wyraźnych objawów ostrego niedokrwienia kończyny lewej, w wyniku czego doszło do konieczności amputacji przedstopia lewego.; jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia powód wskazał art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c.

W odpowiedzi na pozew (...) Szpital Miejski (...) w (...) wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania, wskazując, że w poradni ortopedycznej powód został zaopatrzony z uwagi na obrzęk lewej stopy, zdecydowano również o poszerzeniu diagnostyki, zaś leczenie powoda na izbie przyjęć pozostawało adekwatne do stanu klinicznego pacjenta. Nierozpoznanie niedokrwienia kończyny dolnej lewej podczas konsultacji powoda w Szpitalu (...) w (...) przed upływem trzeciej doby od wizyty w pozwanym szpitalu, co powód pomija, odroczenie leczenia nefrologicznego pacjenta do dnia 20 marca 2015 r., a także nietypowy przebieg choroby i niejednoznaczny stan kliniczny powoda wskazują na brak błędu medycznego po stronie pozwanego szpitala oraz przemawiają za uznaniem, że w przedmiotowej sprawie wystąpiło niezawinione niepowodzenie w leczeniu powoda. Niedokrwienie kończyny dolnej u 30-letniego pacjenta jest sytuacją rzadką i nietypową, objawy chorób współistniejących np. obrzęki z powodu zespołu nerczycowego utrudniały rozpoznanie go, a nadto nie można jednoznacznie stwierdzić, czy szybsze wdrożenie leczenia przeciwkrzepliwego uchroniłoby pacjenta przed rozwojem zakrzepicy i amputacją.

W odpowiedzi na pozew pozwany W. M. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania, podkreślając, że po zapoznaniu się z wynikami badań powoda stwierdził, że nie świadczą one o istnieniu ostrej choroby, u powoda nie występowały typowe objawy wskazujące na ostre niedokrwienie, jak również było wiadome, że przebył on uraz lewej stopy, co mogło skutkować obrzękiem tej stopy. W ocenie pozwanego brak jest związku między stanem powoda w dniu 18 marca 2014r. i diagnozą w tym dniu, a późniejszą martwicą, niemożnością udrożnienia tętnic i amputacją części kończyny u powoda.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy wyrokiem z dnia 18 lutego 2020 r. zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwotę 300.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 25 lutego 2016 r. do dnia zapłaty, ustalił odpowiedzialność pozwanych wobec powoda za szkody mogące powstać w przyszłości w związku z nieprawidłowo przeprowadzonym leczeniem na Izbie Przyjęć (...) Szpitala Miejskiego (...) SP ZOZ w (...) w dniu 18 marca 2014, oddalił powództwo w pozostałym zakresie oraz rozstrzygnął o kosztach postępowania.

Sąd Okręgowy ustalił, że około 10 marca 2014 r. powód zaczął odczuwać ból lewej stopy; kilka dni wcześniej grał on w piłkę nożną, nie odniósł jednak zdefiniowanego urazu. Dolegliwości powoda stopniowo się nasilały, miał on trudności w chodzeniu i kulał. W dniu 15 marca 2014 r. powód zgłosił się do SOR Szpitala (...) w (...), gdzie został zbadany, wykonano RTG lewej stopy, nie stwierdzając cech zapalenia ani zmian pourazowych, obrzęku, zaburzeń czucia ani różnicy temperatur między kończynami. Zlecono powodowi przyjmowanie leku przeciwbólowego i dalsze leczenie ambulatoryjne.

Ze względu na brak poprawy i utrzymujący się ból nogi w dniu 18 marca 2014 r. powód zgłosił się do poradni urazowo-ortopedycznej pozwanego szpitala, gdzie został przyjęty przez lekarza S. F.. W rozpoznaniu uwzględnił on przewlekłą chorobę nerek, fakt zaopatrzenia powoda w innym szpitalu w dniu 15 marca 2014 r., obrzęk lewej stopy, duży obrzęk grzbietu stopy, brak zmian w badaniu RTG i skierował powoda do oddziału chorób wewnętrznych pozwanego szpitala celem poszerzenia diagnostyki z uwagi na ogólne rozpoznanie niewydolności nerek i obrzęku stopy.

Powód na wózk inwalidzkim przemieścił się z poradni urazowo-ortopedycznej do izby przyjęć szpitala. Na izbie przyjęć lekarz J. G. przeprowadziła wywiad z powodem, wykonała badanie przedmiotowe i zleciła wykonanie podstawowych badań diagnostycznych. W czasie oczekiwania na wyniki badań lekarz J. G. zakończyła dyżur na izbie

przyjęć i przekazała powoda do dalszej konsultacji pozwanemu W. M. specjalście chorób wewnętrznych, medycyny ratunkowej i rodzinnej, zatrudnionemu w pozwanym szpitalu na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Powód odczuwał wówczas bardzo silne dolegliwości bólowe.

Pozwany W. M. ponownie przeprowadził wywiad z powodem i zbadał obie kończyny dolne. Z odchyień od stanu prawidłowego pozwany W. M. stwierdził wówczas u powoda: masywne obrzęki obu podudzi, ochłodzenie lewej kończyny dolnej, świsty nad oskrzelami oraz odchylenia w badaniach laboratoryjnych. Pozwany W. M. uznał, że powód nie wymaga pilnej hospitalizacji w oddziale chorób wewnętrznych i skierował go do dalszego leczenia w poradni nefrologicznej, wiedząc że ma on za dwa dni zaplanowaną wizytę.

W dniu 20 marca 2014 r. powód zgłosił się na wizytę w Poradni Nefrologicznej Szpitala (...) w (...). Lekarka W. W., stwierdziła wówczas u powoda cechy kliniczne objawów zespołu nerczycowego, a nadto masywne obrzęki kończyn dolnych, zimną w dotyku kończynę lewą i zasinienie palców lewej stopy; powód został w trybie pilnym skierowany do dalszego leczenia szpitalnego w oddziale chirurgicznym z podejrzeniem zatoru żylnego.

Wykonane w dniu 20 marca 2014 r. badanie USG wykazało u powoda zakrzepicę tętnic lewej kończyny dolnej od poziomu tętnicy podkolanowej do tętnic stopy. Powoda hospitalizowano w Klinice (...) Szpitala (...) w (...) i poddano go leczeniu operacyjnemu w trybie pilnym; przeprowadzono zabieg trombektomii tętnic lewej kończyny dolnej oraz wykonano fasciotomię półzamkniętą. W dniu 21 marca 2014 r. u powoda wykonano angiografię układu tętniczego lewej kończyny dolnej i stwierdzono brak przepływu krwi w tętnicach lewej stopy, poprzez cewnik naczyniowy wykonano trombolizę tętnic lewej stopy z użyciem leku Actylise. W dniu 22 marca 2014 r. u powoda przeprowadzono rewizję lewej tętnicy podkolanowej, trombektomię tętnic lewej kończyny dolnej i plastykę tętnicy podkolanowej. Mimo prób, nie uzyskano poprawy wypływu wstecznego z tętnicy podkolanowej.

U powoda w dalszym przebiegu choroby wystąpiła martwica niedokrwienna tkanek lewej stopy. W dniu 20 maja 2014 r. przeprowadzono amputację lewego przodostopia, rozważano amputację większej części kończyny.

Powód był hospitalizowany przez około 6 miesięcy, leżał, przy czym początkowo lekarze dawali mu nadzieję na uratowanie stopy. Powód z lękiem przyglądał się postępującemu procesowi martwicy, był przerażony i złamany, gdy okazało się, że czeka go amputacja części stopy, nie wiedział też jak będzie ona rozległa. W szpitalu powód odbywał konsultacje psychologiczne. Powód odczuwał także silne bóle; do końca maja 2014 r. miał podawane dożylnie silne leki przeciwbólowe.

Później powód przeszedł kolejne zabiegi operacyjne, które miały na celu oczyszczenie i zamknięcie rany. Po amputacji powód odczuwał mniejsze dolegliwości bólowe stopy. Po powrocie do domu powód zaczął odmawiać wstawania z łóżka, utrzymywania higieny, nie chciał jeść. Zerwał wszystkie kontakty ze znajomymi, nie życzył sobie odwiedzin. Nie chciał rozmawiać z lekarzami i personelem medycznym. Zasnął tylko dzięki lekom nasennym. Powód odbywał konsultacje psychiatryczne.

Leczenie powoda trwa do chwili obecnej i nie można określić jak długo będzie ono trwać. Po amputacji przodostopia pozostała niegojąca się rana z odsłonięciem kości, powód korzysta z konsultacji chirurga plastycznego, dopiero, gdy rana się wygoi, będzie możliwe wykonanie protezy, przy czym nie wykluczona jest konieczność przeprowadzenia w tym celu kolejnej amputacji. Powód musi nosić specjalistyczny opatrunek i korzystać z zabiegów w komorze hiperbarycznej. Opatrunki są zmieniane co 2 dni i powód musi na nie dojeżdżać. Jest on poddawany kolejnym zabiegom mającym na celu pobudzenie procesów gojenia, korzysta z prywatnej rehabilitacji. Powód powinien być pod regularną kontrolą chirurga naczyniowego, rokowania w zakresie powikłań ze strony układu naczyniowego są u powoda niepewne. Powód ma zachowaną funkcję podporową lewej stopy, może chodzić z ograniczeniami, porusza się za pomocą kul.

Wobec powoda orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności do dnia 31 grudnia 2017 r.

Powód w dacie 15 marca 2014 r. jak i potem, chorował na przewlekłe zapalenie kłębuszków nerkowych skutkujące przewlekłą niewydolnością nerek w najniższym stopniu zaawansowania (choroba samoistna, od 1 roku życia) i zespół nerczycowy, jednak poza nawrotami choroby, funkcjonował on dobrze i nie przyjmował na stałe leków.

U chorych z zespołem nerczycowym istnieje skłonność do zakrzepicy.

W dniu 18 marca 2014 r. u powoda występowała zdiagnozowana nadkrwistość, która skutkuje zwiększeniem gęstości krwi i pośrednio sprzyja zakrzepicy.

Przed zabiegiem powód był osobą aktywną, energiczną i pogodną; grał w piłkę nożną, uprawiał pływanie, jeździł na nartach i na rowerze. Po amputacji życie powoda całkowicie się zmieniło, rozpadł się jego związek małżeński.

W 2014 i 2015 r. powód uzyskał negatywne wyniki z egzaminów notarialnych. Starał się uczyć do egzaminu w trakcie hospitalizacji, jednak nie mógł się skupić na nauce, przyjmował wówczas leki przeciwbólowe.

Od lutego 2015 r. powód jest zatrudniony na czas nieokreślony w kancelarii notarialnej na stanowisku asystenta notariusza w wymiarze pełnego etatu. Matka powoda wozi go do pracy i wspólnie z nim pracuje. Zdarza się, że powód nie przychodzi do pracy z uwagi na dolegliwości bólowe lub wizyty u lekarzy i pracuje w domu. Powód ma trudności z siedzeniem 8 godzin w pracy, zaczyna wówczas odczuwać dolegliwości bólowe.

Powód mieszka sam, jednak jest uzależniony od pomocy rodziców w zakresie robienia większych zakupów i wykonywania porządków domowych. Jest w stanie prowadzić samochód na krótkich trasach. Obecnie powód nie może uprawiać sportu, stał się apatyczny, nie ma planów życiowych, nie chce poznawać nowych ludzi, wstydzi się kalectwa i czuje się gorszy. Powód nie leczy się psychiatrycznie, pozostaje pod opieką poradni nefrologicznej z uwagi na zespół nerczycowy, co 2 tygodnie odbywa konsultacje u chirurga plastycznego.

U powoda stwierdzono przebyte zaburzenia adaptacyjne i zaburzenia funkcjonowania psychologicznego w związku z amputacją przodostopia lewego wraz z kośćmi palców i śródstopia. Amputacja części stopy i jej konsekwencje zdrowotne są nadal dla powoda doświadczeniem stresującym. Powód przeżył ból fizyczny i cierpienie psychiczne, które największe natężenie osiągało w okresie po zdarzeniu. W związku z niezakończonym procesem leczenia, niewygojeniem się ran powód nadal okresowo odczuwa ból i przeżywa niepokój o zdrowie. Skutki zdarzenia pod postacią niepełnosprawności ruchowej i wynikających z niej ograniczeń powodują znaczące utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu, ograniczenia w wykonywaniu pracy zarobkowej, w realizowaniu ról społecznych, realizacji potrzeb i osiągnięciu celów oraz powodują konieczność zmiany w zakresie planów i perspektyw życiowych.

Zdrowotne skutki zdarzenia w sferze fizycznej i psychicznej nadal powodują obniżenie satysfakcji i pogorszenie jakości życia powoda w porównaniu do stanu przed zdarzeniem. Z powodu znacznych ograniczeń ruchowych oraz niezakończonego procesu leczenia powód ciągle boryka się z trudnymi sytuacjami, zmuszony jest stale korzystać z pomocy innych osób. Długotrwała i stała ekspozycja na stres okresowo powoduje u powoda przeżywanie negatywnych emocji i zaburzenia funkcjonowania psychologicznego w obszarze poczucia własnej wartości, utrudnia relacje społeczne.

Z dalszych ustaleń poczynionych przez Sąd Okręgowy wynika, że urazowa etiologia dolegliwości bólowych podawana przez pacjenta, przy ochłodzeniu kończyny dolnej lewej, nie zwalniała lekarza od wnikliwego poszukiwania innych niż urazowe przyczyny bólu, w tym za pomocą badania USG Doppler, a interpretowanie narastającego obrzęku goleni jako objawu jedynie niewydolności nerek, przy radiologicznym wykluczeniu urazu w obrębie układu kostno-stawowego, nie znajduje pełnego wytłumaczenia. Wykonanie USG Doppler kończyn dolnych mogło w istotny sposób przyczynić się do prawidłowego postawienia rozpoznania stanu chorobowego powoda. Możliwe było także zlecenie konsultacji chirurga naczyniowego w trybie pilnym, a następnie przekazanie powoda do oddziału chirurgii naczyniowej, celem dalszego leczenia.

U powoda wystąpiła ostra choroba samoistna zakrzepica tętnicy podkolanowej lewej, tętnic lewego podudzia i lewej stopy o nieznannej etiologii, skutkująca ostrym niedokrwieniem lewego podudzia i lewej stopy. Ostre niedokrwienie kończyn charakteryzuje się specyficzną dynamiką i symptomatologią; początek choroby jest nagły, występuje ostry ból kończyny, zblednięcie skóry, uczucie zimna, drętwienia lub porażenia, poniżej miejsca zatkania tętnicy brak jest tętna, ruchy czynne kończyn są utrudnione, pojawia się ochłodzenie kończyny, po kilkunastu godzinach skóra przybiera zabarwienie sine, ustają całkowicie ruchy palców, mięśnie łydki ulegają stężeniu, w dalszym przebiegu pojawia się obrzęk kończyny i martwicze zmiany na obwodzie. Z upływem każdej godziny wzrasta ryzyko amputacji niedokrwionej kończyny oraz groźba wystąpienia ciężkich, ogólnoustrojowych zaburzeń metabolicznych, które mogą doprowadzić do śmierci chorego, zatem liczy się precyzja rozpoznania lekarskiego i brak opóźnienia w postępowaniu.

Choroby współistniejące u powoda, zespół nerczycowy w przebiegu przewlekłej choroby nerek, jak również wieloletni wywiad chorobowy z obrzękami stopy, przyczyniły się do znacznego utrudnienia postawienia prawidłowego rozpoznania i wdrożenia niezwłocznego odpowiedniego leczenia; wieloletni wywiad chorobowy z obrzękami mógł sugerować proces chorobowy o charakterze przewlekłym. Aktywność życiowa i sportowa powoda także mogła utrudniać proces diagnostyczny, jednakże stwierdzone objawy kliniczne: asymetria obrzęków kończyn dolnych i różnica ich ucieplenia nie dawały żadnych podstaw do uznania stanu powoda za stan przewlekły.

Zwłoka w leczeniu powoda skutkowałą utrzymywaniem się przerwania dopływu krwi do lewego podudzia i lewej stopy i, mimo przeprowadzonych operacji chirurgicznych i prób rozpuszczenia zakrzepów, przyczyniła się do wystąpienia martwicy niedokrwiennej części lewej stopy u powoda.

Ciągła obserwacja hospitalizowanego pacjenta w kolejnych przedziałach czasowych, albo badanie pacjenta przez innego lekarza, może przyczynić się do postawienia prawidłowego rozpoznania lekarskiego lub do wdrożenia adekwatnej diagnostyki; takich możliwości jest pozbawiony pacjent przebywający w domu.

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej, w świetle różnicy ucieplenia kończyn dolnych, narastającego obrzęku kończyny dolnej lewej oraz narastających dolegliwości bólowych lewej kończyny dolnej, odmowa przyjęcia powoda na oddział chorób wewnętrznych była nieuzasadniona; przyjęcie powoda do oddziału pozwoliłoby na rozszerzenie diagnostyki naczyniowej oraz dało możliwość wnikliwej obserwacji pacjenta.

W chwili obecnej nie można jednoznacznie stwierdzić, czy szybsze wdrożenie leczenia przeciwkrzepliwego uchroniłoby pacjenta przed rozwojem zakrzepicy, ale z dużym prawdopodobieństwem należy stwierdzić, że uchroniłoby ono powoda przed koniecznością amputacji przodostopia i dalszymi konsekwencjami w postaci znacznie przedłużonego gojenia. Nie można kategorycznie wykluczyć, że hospitalizacja powoda w dniu 18 marca 2014 r. w pozwanym szpitalu i udzielenie adekwatnej pomocy medycznej mogło uchronić powoda przed koniecznością amputacji lewego przodostopia. Wcześniejsze zdiagnozowanie choroby naczyń u powoda, czyli przed 20 marca 2014 r. mogłoby wpłynąć korzystnie na ograniczenie zakresu zmian chorobowych i być może - wcześniej wykryta zakrzepica tętnic mogłaby poddać się procedurze trombolizy, która potem już nie była skuteczna. Nie wiadomo, kiedy dokładnie u powoda wystąpiła zakrzepica tętnic lewej kończyny dolnej - przypuszczalny przedział czasowy - to okres od daty gry w piłkę nożną do daty 20 marca 2014 r., nie jest również wiadomo, czy u powoda zakrzepica objęła od razu wszystkie tętnice lewej goleni, czy rozpoczęła się w jednym naczyniu i stopniowo rozprzestrzeniła się na pozostałe tętnice lewej goleni. Z przeważającym prawdopodobieństwem ten stan mógł istnieć jeszcze przed 10 marca 2014 r. (od daty gry w piłkę nożną), być może w mniejszym zakresie i o mniejszym nasileniu - tych okoliczności nie da się potwierdzić. Stopień ostrego niedokrwienia tkanek lewej goleni mógł narastać w czasie; nie jest możliwa do ustalenia data początku choroby, ani jej dokładny przebieg, a także moment całkowitego ustania dopływu krwi do lewej goleni.

Stopień prawdopodobieństwa, że hospitalizacja powoda w dniu 18 marca 2014 r. w pozwanym szpitalu i udzielenie adekwatnej pomocy mogło uchronić powoda przed koniecznością amputacji lewego przodostopia wynosi około 50%.

Aktualny stan zdrowia u powoda jest determinowany jego chorobami podstawowymi, tj. przewlekłą niewydolnością nerek i zespołem nerczycowym, na co nałożyła się choroba samoistna - zakrzepica lewej tętnicy podkolanowej,

tętnic lewego podudzia i lewej stopy, która skutkowałą ostrym niedokrwieniem lewej kończyny dolnej, martwicą niedokrwinną lewej stopy, a w efekcie koniecznością przeprowadzenia amputacji lewego przodostopia.

W badaniu RTG wykonanym u powoda w dniu 13 lipca 2017 r. wykazano oznaki zapalenia kości. W związku z utrzymującym się wyciekiem oraz przetoką w obrębie kikuta stopy lewej przewidywana jest konieczność reamputacji kończyny dolnej lewej na poziomie co najmniej 1/3 bliższej podudzia. Nawet gdyby udało się z sukcesem zakończyć proces gojenia kikuta lewej stopy wystąpią trudności w zaprotezowaniu tego rodzaju amputacji. Reamputacja lewej kończyny dolnej spowodowałaby szybsze wyleczenie procesu zapalnego oraz dałaby możliwość lepszego zaprotezowania tej kończyny, co przyczyniłoby się do poprawy sprawności i funkcjonowania powoda. Powód nie rokuje żadnych szans na całkowite wyleczenie tj. zamknięcia przetoki i wyleczenia procesu zapalnego w obrębie układu kostnego.

Przewlekły długoletni charakter choroby zasadniczej - zespołu nerczycowego w przebiegu niewydolności nerek, w chwili obecnej przyczynia się do opóźnienia procesu gojenia się rany oraz przewlekłości procesu zapalnego w układzie kostnym, co powoduje brak możliwości zakończenia leczenia - wygojenia kikuta, a następnie zaprotezowania oraz rehabilitacji powoda.

Aktualny stan zdrowia powoda należy uznać za trwały i nieodwracalny z rokowaniem niepewnym. Procentowy trwały uszczerbek na zdrowiu w związku z amputacją stopy wynosi 40%, w związku z zapaleniem kości i przetoką oraz utrzymującym się wyciekiem i zmianami bliznowatymi wynosi 5%; biegły z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii ocenił kalectwo powoda na 40%.

Sąd Okręgowy stwierdził także, na podstawie analizy dokumentacji medycznej, że proces leczenia wdrożony od dnia 20 marca 2014 r. do dnia dzisiejszego przebiegał i nadal przebiega prawidłowo. Nie doszło także do uchybień w dniu 15 marca 2014 r. podczas udzielania powodowi pomocy w SOR Szpitala (...) w (...); nie odnotowano wówczas istotnych odchyień w stosunku do symetrycznej kończyny dolnej. Dopiero w dniu 18 marca 2014 r. wystąpiły objawy kliniczne sugerujące odchylenia, które wymagały dalszej diagnostyki. Nawet jeśli w świetle późniejszych następstw można dopatrywać się współodpowiedzialności SOR Szpitala (...) w (...), to obowiązkiem pozwanego szpitala było należyte udzielenie pomocy powodowi poprzez wykonanie prawidłowej diagnostyki, wdrożenie prawidłowego leczenia lub w ostateczności przekazanie powoda celem dalszego leczenia do oddziału chirurgii naczyniowej.

Postępowanie w dniu 18 marca 2014 r. w poradni ortopedycznej pozwanego szpitala było prawidłowe; wydano pilne skierowanie do izby przyjęć.

Stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o dokumenty, zeznania świadków, przesłuchanie stron oraz opinie biegłych z dziedziny chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii, ortopedii i traumatologii oraz psychiatrii i psychologii.

Twierdzenie pozwanego W. M., że podczas badania powoda stwierdził on, że jedna z kończyn była chłodniejsza znalazło potwierdzenie w dokumentacji medycznej. Brak natomiast poparcia w dokumentacji medycznej dla jego twierdzenia, że wykonał on badanie tętna na kończynie.

Opinie biegłych Sąd I instancji uznał za w pełni wiarygodne; w ocenie Sądu Okręgowego zostały one sporządzone w oparciu o szeroki materiał dowodowy, pozostają jasne, logiczne, sporządzone zgodnie z zasadami fachowej wiedzy i doświadczenia zawodowego opiniujących, a nadto wzajemnie spójne.

Opinia z zakresu chirurgii naczyniowej i torakochirurgii sporządzona została przez biegłego wpisanego na listę biegłych między innymi w zakresie specjalizacji z chirurgii naczyniowej, przy czym w okresie jego czynnej pracy nie było specjalizacji z chirurgii naczyniowej. Biegły nadto wskazał na wieloletnie doświadczenie w chirurgii naczyniowej oraz podkreślił, że opinia nie dotyczyła skomplikowanej materii z dziedziny chirurgii naczyniowej.

Sąd Okręgowy wyjaśnił także, że opinię z zakresu ortopedii i traumatologii sporządził biegły R. M. po zaprzysiężeniu; nie była to opinia instytutu naukowo – badawczego.

Opinie prywatne złożone do sprawy przez powoda Sąd I instancji ocenił w kategoriach dowodu z dokumentu prywatnego i dał im wiarę, albowiem ich treść pokrywała się z opiniami biegłych sporządzonymi w niniejszej sprawie.

Sąd I instancji oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych, jako zmierzający jedynie do niecelowego przedłużenia postępowania.

Sąd Okręgowy wskazał na treść przepisów art. 444 § 1 k.c., 445 § 1 k.c. i 430 k.c., stwierdzając, że pozwany W. M. był związany z pozwanym szpitalem umową; między pozwanymi istniała relacja podporządkowania, lekarze w szpitalu pełnią funkcje zależne wobec siebie, a wszyscy podlegają ordynatorowi, czy koordynatorowi danego oddziału.

Sąd I instancji stwierdził, że wzorzec właściwego, starannego zachowania lekarza budowany jest na podstawie norm prawnych oraz reguł postępowania obowiązujących w grupie zawodowej lekarzy tzw. wzorzec dobrego lekarza, przywołując art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W celu zbadania, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby zachował należytą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danych okolicznościach metody i środki, mógł błędu uniknąć i tym samym nie dopuścić do wyrządzenia szkody, należy wyznaczyć zakres działań, które powinien w danych okolicznościach podjąć.

W ocenie Sądu Okręgowego w przedmiotowej sprawie wystąpiły przesłanki odpowiedzialności pozwanych.

Jak wynika z opinii biegłego w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii i opinii biegłego w dziedzinie ortopedii i traumatologii, lekarz pozwanego szpitala pozwany W. M. podczas przyjmowania powoda na oddział chorób wewnętrznych pozwanego szpitala w dniu 18 marca 2014 r., nie postępował prawidłowo i nie zachował wysokiego poziomu przeciętnej staranności wymaganej od lekarzy, rezygnując z poszerzonej diagnostyki w postaci badania USG Doppler układu tętniczego u powoda. W świetle różnicy ucieplenia kończyn dolnych, narastającego obrzęku kończyny dolnej lewej oraz narastających dolegliwości bólowych lewej kończyny dolnej, odmowa przyjęcia powoda na oddział chorób wewnętrznych była nieuzasadniona. Utrata zdrowia przez powoda była wynikiem choroby samoistnej, o nieznannej etiologii, jednak opóźnienia w diagnostyce i we wdrożeniu adekwatnego leczenia u powoda były związane z niedołożeniem należytej staranności w zakresie badania lekarskiego i niewykorzystaniem dostępnych możliwości diagnostyki. Zdiagnozowanie choroby naczyń u powoda przed 20 marca 2014 r. mogłoby wpłynąć korzystnie na ograniczenie zakresu zmian chorobowych i być może wcześniej wykryta zakrzepica tętnic mogłaby poddać się procedurze trombolizy, która potem już nie była skuteczna. Opóźnienie w diagnostyce u powoda, brak wcześniejszego rozpoznania zakrzepicy lewej tętnicy podkolanowej i tętnic lewej goleni i opóźnienie wdrożenia adekwatnego leczenia, mogło nasilić skutki zakrzepicy tętnic lewej kończyny dolnej.

Sąd Okręgowy stwierdził, że po stronie pozwanego lekarza występuje wina w postaci niedbalstwa, a także zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy nieprzyjęciem powoda do szpitala w dniu 18 marca 2014 r., niewdrożeniem dalszej diagnostyki USG Doppler, opóźnieniem diagnozy, a pogorszeniem rokowań powoda w procesie leczenia. Zgodnie z opiniami biegłych zatrzymanie powoda w szpitalu mogłoby przyczynić się do przyspieszenia prawidłowej diagnozy ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej; stopień prawdopodobieństwa, że hospitalizacja powoda w dniu 18 marca 2014 r. w pozwanym szpitalu i udzielenie adekwatnej pomocy mogło uchronić powoda przed koniecznością amputacji lewego przodostopia wynosi około 50%.

Sąd I instancji wyjaśnił także, że fakt ustalenia przez biegłego dużego prawdopodobieństwa, a nie stuprocentowej pewności jest wystarczającą przesłanką do ustalenia odpowiedzialności cywilnej w niniejszej sprawie z uwagi na specyficzny charakter szkód medycznych, często uniemożliwiający przeprowadzenie dowodu stuprocentowego. Możliwość przypisania odpowiedzialności cywilnej na podstawie jedynie wysokiego prawdopodobieństwa w sprawach o błąd medyczny wynika ze szczególnego, a często niemożliwego do przeprowadzenia dowodu, wskazującego na pewność wystąpienia związku przyczynowego. Granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art.

361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej, zaś w konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny.

Sąd Okręgowy wskazał, że przy ustalaniu jaka kwota zadośćuczynienia pozostaje „odpowiednia” w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie doznanych cierpień fizycznych i psychicznych, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym poszkodowanego. Okolicznościami wpływającymi na rozmiar należnego zadośćuczynienia jest także stopień poczucia bezradności życiowej i nieprzydatności, wiek poszkodowanego, prognozy na przyszłość, w tym także co do możliwości wykonywania zawodu, korzystania z aktywności fizycznych, utrzymywania kontaktów towarzyskich, możliwości wyjazdów i wycieczek.

Przewidziane w art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę ma na celu naprawienie - przez rekompensatę pieniężną - szkody niemajątkowej wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych.

Ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia Sąd Okręgowy uwzględnił przede wszystkim, uciążliwość i długotrwałość leczenia, jak też ograniczenie aktywności życiowej powoda.

Sąd I instancji podkreślił, że powód doznał znacznych cierpień natury psychicznej i fizycznej, był hospitalizowany przez okres około 6 miesięcy, z lękiem przyglądał się postępującemu procesowi martwicy, odczuwał bardzo silne dolegliwości bólowe nogi, a następnie przeszedł kolejne zabiegi operacyjne, które miały na celu oczyszczenie i zamknięcie rany. Po amputacji życie powoda całkowicie się zmieniło; początkowo po powrocie do domu powód zaczął odmawiać wstawania z łóżka, utrzymywania higieny, jedzenia, kontaktów ze znajomymi. Powód odbywał wówczas konsultacje psychiatryczne. Powód stał się apatyczny, nie ma planów życiowych, czuje się gorszy, rozpadł się jego związek małżeński.

W wyniku amputacji powód stał się ograniczony ruchowo, obecnie porusza się o kulach. Nie może uprawiać sportu, nadal okresowo musi zażywać silne leki przeciwbólowe. Leczenie powoda w dalszym ciągu trwa z uwagi na niegojącą się ranę.

W 2014 i 2015 r. powód uzyskał negatywne wyniki z egzaminów notarialnych, nie mógł się skupić na nauce. Obecnie powód ma problemy z normalną pracą na stanowisku asystenta notariusza, jest uzależniony od pomocy rodziców w zakresie robienia większych zakupów i wykonywania porządków domowych.

Zgodnie z opinią biegłych w dziedzinie psychiatrii i psychologii u powoda stwierdzono przebyte zaburzenia adaptacyjne i zaburzenia funkcjonowania psychologicznego w związku z amputacją przodostopia lewego wraz z kośćmi palców i śródstopia; zdarzenie to i jego konsekwencje są nadal dla powoda doświadczeniem stresującym. Powód przeżył ból fizyczny i cierpienie psychiczne, a w związku z niezakończonym procesem leczenia, nadal okresowo odczuwa on ból i przeżywa niepokój o zdrowie. Skutki zdarzenia w sferze fizycznej i psychicznej nadal powodują obniżenie satysfakcji i pogorszenie jakości życia powoda w porównaniu do stanu przed zdarzeniem. Długotrwała i stała ekspozycja na stres okresowo powoduje u powoda przeżywanie negatywnych emocji i zaburzenia funkcjonowania psychologicznego w obszarze poczucia własnej wartości, utrudnia relacje społeczne.

Zgodnie z opinią biegłego w dziedzinie ortopedii i traumatologii aktualny stan zdrowia - zapalenie kości, utrzymujący się wyciek oraz przetoka w obrębie kikuta stopy lewej mają związek z kalectwem, a aktualny stan zdrowia powoda należy uznać za trwałe i nieodwracalne z rokowaniem niepewnym. Biegły w dziedzinie ortopedii i traumatologii wskazał, że łączny uszczerbek na zdrowiu powoda, z ortopedycznego punktu widzenia, wynosi 45%, zaś biegły w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii ocenił go na 40%.

Sąd Okręgowy uznał za uzasadnione zasądzenie na rzecz powoda zadośćuczynienia w wysokości 300.000 zł; w ocenie Sądu I instancji kwota ta realizuje kompensacyjną funkcję zadośćuczynienia, jej wysokość przedstawia ekonomicznie odczuwalną wartość, a nadto uwzględnienia ona skalę i zakres następstw uszkodzenia ciała i sytuacji życiowej powoda.

W pozostałym zakresie Sąd Okręgowy powództwo oddalił, jako wygórowane, o czym orzekł na podstawie art. 445 § 1 k.c. a contrario.

Za zasadne Sąd I instancji uznał ustalenie na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialności pozwanych wobec powoda za szkody mogące powstać w przyszłości w związku z nieprawidłowo przeprowadzonym leczeniem na izbie przyjęć pozwanego szpitala w dniu 18 marca 2014 r. Jak wynika z opinii biegłego w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii całkowite wyleczenie powoda nie będzie możliwe ze względu na charakter jego chorób podstawowych, tj. przewlekłej choroby nerek i zespołu nerczycowego, a rokowania w zakresie powikłań ze strony układu naczyniowego są u powoda niepewne. Podobnie z opinii biegłego w dziedzinie ortopedii i traumatologii wynika, że obecny stan zdrowia powoda należy uznać za trwały, ale niepewny. Proces leczenia powoda nie został zakończony i nie można przewidzieć, kiedy zostanie zakończony. Proces leczenia zapalenia kości jest bardzo trudny, często bez zamierzonego efektu, co w konsekwencji prowadzi do dalszej amputacji kończyny na poziomie wyższym, zaś w związku z utrzymującym się wyciekami oraz przetoką w obrębie kikuta stopy lewej możliwa będzie konieczność reamputacji kończyny dolnej lewej na poziomie co najmniej 1/3 bliższej podudzia. Nawet gdyby udało się z sukcesem zakończyć proces gojenia kikuta lewej stopy wystąpią trudności w zaprotezowaniu tego rodzaju amputacji.

O kosztach postępowania Sąd I instancji orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, wskazując, że powód przegrał sprawę w 40%, natomiast pozwani w 60%.

Apelacje od wyroku Sądu Okręgowego wywiódł zarówno powód jaki i pozwani.

Z treści apelacji wywiedzionej przez powoda wynika, że zaskarżył on wyrok Sądu Okręgowego w zakresie oddalonego powództwa oraz w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach postępowania, zarzucając naruszenie:

1. **art. 445 § 1 k.c.** poprzez zasądzenie na rzecz powoda kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia, która w okolicznościach wyrządzonej krzywdy nie jest sumą odpowiednią i nie spełnia roli kompensacyjnej poprzez to, iż została rażąco naruszona;

2. **art. 327 § 1 k.p.c.** poprzez zaniechanie wskazania w uzasadnieniu orzeczenia podstawy faktycznej oddalenia powództwa ponad zasądzoną sumę roszczenia w wysokości 200.000 zł, co ogranicza możliwość kontroli sędziowskiej swobodnej oceny tej części roszczenia.

Skarżący domagał się zmiany wyroku w zaskarżonej części i zasądzenie od pozwanych solidarnie na jego rzecz kwoty 500.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 25 lutego 2016 r. do dnia zapłaty wraz z kosztami postępowania.

W uzasadnieniu apelacji skarżący podkreślił także, że zasądzona na rzecz powoda kwota nie jest co prawda symboliczna, jednak nie spełnia funkcji kompensacyjnej. Nadto wycena krzywdy przez powoda nastąpiła na dzień 4 grudnia 2015r., zaś był on zmuszony do znoszenia przez kolejne cztery lata cierpienia fizycznego i psychicznego, w tym związanego również z toczącym się postępowaniem.

Leczenie powoda nadal się nie zakończyło, powód nie jest w stanie przystosować się fizycznie i psychicznie do codziennego trybu życia i ustalić zakres czekających go barier życia codziennego, skoro do tej pory nie może myśleć o założeniu protezy, co stanie się możliwe dopiero z chwilą jego całkowitego wyleczenia.

Podkreślił również skarżący, że z punktu widzenia ortopedycznego doznał 45 % uszczerbku na zdrowiu, zaś z punktu widzenia chirurgii ogólnej 40 % uszczerbku, co wskazuje na zaniżenie zasądzonego na jego rzecz zadośćuczynienia.

Pozwany (...) Szpital Miejski (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w (...) zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w zakresie zasądzonych roszczenia o zapłatę oraz o ustalenie i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania, zarzucając naruszenie:

1. art. 233 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd I instancji dowolnej i wybiórczej oceny zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego, pozostającej w sprzeczności z zasadami logicznego rozumowania, polegającej na:

a. przyjęciu, że lekarz pozwanego szpitala, pozwany W. M. podczas przyjmowania powoda na oddział chorób wewnętrznych pozwanego szpitala w dniu 18 marca 2014 r., nie postępował prawidłowo i nie zachował wysokiego poziomu przeciętnej staranności wymaganej od lekarzy podczas przeprowadzonych badań i dokonanego rozpoznania stanu chorobowego powoda, pomimo, iż dokonana w obiektywnie prawidłowy sposób ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego prowadzić winna do wniosku skrajnie odmiennego,

b. przyjęciu, że pozwanym można przypisać uchybienia w postaci niedołożenia należytej staranności w zakresie badania lekarskiego i niewykorzystania dostępnych możliwości diagnostyki, podczas gdy działania podjęte przez pozwanego W. M. w związku z objawami zgłaszanymi przez powoda w dniu konsultacji, a także wskazaniem co do ich etiologii oraz uzyskaną w toku wywiadu od powoda informacją o chorobach współistniejących, pozostawały w pełnej zgodzie z obowiązującymi procedurami i czyniły zadość wymaganiom stawianym w stosunku do lekarza, dotyczącym wysokiego poziomu przeciętnej staranności,

c. przyjęciu, że pomiędzy działaniem pozwanego W. M. a skutkiem w postaci pogorszenia rokowań w procesie leczenia, a co za tym idzie amputacją lewego przodostopia i związanymi z tym zabiegiem powikłaniami, zachodzi adekwatny związek przyczynowy, podczas gdy z treści opinii biegłego M. G., uznanej przez Sąd I instancji za wiarygodną, wynika, że zakrzepica tętnicy podkolanowej i tętnic goleni, w wyniku której doszło do martwicy niedokrwiennej lewej kończyny dolnej i koniecznością amputacji lewego przodostopia u powoda, mogła wystąpić pomiędzy 10 a 20 marca 2014 r., co oznacza, że objawy zakrzepicy mogły wystąpić u powoda po dniu badania przeprowadzonego przez pozwanego W. M., a zatem na pozwanym w dniu badania nie ciążył obowiązek poszerzenia diagnostyki w kierunku zakrzepicy,

d. niezasadnionej odmowie przyznania waloru wiarygodności zeznaniom pozwanego W. M. w zakresie, w jakim zeznał, że w dniu 18 marca 2014 r. na etapie dokonywania badania powoda z uwagi na nieznaczną różnicę temperatur pomiędzy kończynami wykonał badanie tętna na kończynie lewej,

które to uchybienia wpłynęły na treść rozstrzygnięcia w ten sposób, że na podstawie tak przeprowadzonej oceny materiału dowodowego i wyciągniętych wniosków Sąd I instancji przyjął odpowiedzialność po stronie pozwanych w stosunku do powoda za zdarzenie, w wyniku którego powód dochodzi zapłaty zadośćuczynienia;

2. art. 278 k.p.c. poprzez oparcie rozstrzygnięcia na treści opinii biegłego M. G. pomimo, że winno być ono poprzedzone sporządzeniem opinii przez biegłego z dziedziny chirurgii naczyniowej, zaś biegły ten nie ma w tym zakresie specjalizacji, które to uchybienie wpłynęło na treść rozstrzygnięcia w ten sposób, że Sąd I instancji wydał je z zaniechaniem uzyskania wiadomości specjalnych, uwzględniających aktualny stan wiedzy z dziedziny chirurgii naczyniowej, albowiem biegły nie ma w tym zakresie specjalizacji, a nadto zakończył wykonywanie pracy chirurga, jak również w ogóle swoją pracę zawodową, w 2002 roku;

3. art. 205¹² § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 235² § 1 pkt 5 k.p.c. poprzez pominięcie wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej na okoliczność, czy stan kliniczny powoda oraz występujące u niego objawy w dniu 18 marca 2014 r. wskazywały na konieczność poszerzenia diagnostyki w kierunku ostrej zakrzepicy i uzasadnienie tego rozstrzygnięcia wskazaniem, że wniosek ten zmierzał jedynie do niecelowego przedłużenia postępowania, podczas gdy przeprowadzenie tego dowodu było niezbędne z punktu widzenia art. 278 § 1 k.p.c., a zgłoszenie wniosku o jego przeprowadzenie nastąpiło po stronie pozwanych niezwłocznie, w przewidzianym prawem terminie, które to uchybienie wpłynęło na treść rozstrzygnięcia w ten sposób, że Sąd I instancji bezpodstawnie pozbawił pozwanych inicjatywy dowodowej, a nadto wydał rozstrzygnięcie z zaniechaniem uzyskania wiadomości specjalnych, uwzględniających aktualny stan wiedzy z dziedziny chirurgii naczyniowej;

4. art. 415 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie w sytuacji, gdy w przedmiotowej sprawie nie wystąpiły przesłanki pozwalające na ustalenie odpowiedzialności pozwanego w postaci zawinionego działania lekarza pozwanego W. M., a także brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem lekarza, a skutkiem w postaci uszczerbku w dobrach prawnie chronionych po stronie powoda.

Skarżący domagał się zmiany wyroku w zaskarżonym zakresie przez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenia kosztów postępowania za obie instancje.

W uzasadnieniu skarżący podkreślił nadto, że na dzień dokonania badania powoda przez pozwanego W. M. brak było jakichkolwiek podstaw do twierdzenia, że u powoda występują objawy niedokrwienia kończyny dolnej lewej, a to przede wszystkim dlatego, że znaczna liczba przypadków choroby zakrzepowo – zatorowej przebiega w początkowej fazie bez typowych objawów przedmiotowych.

Skarżący odniósł się do przedłożonych przez powoda wraz z pozwem prywatnych opinii lekarskich, podkreślając, że w pozwie ich treść jest cytowana wybiórczo, w sposób wskazujący na zasadność roszczenia.

Istotną okolicznością w kontekście decyzji o kierunku diagnostyki i leczenia jest fakt poinformowania pozwanego W. M. przez powoda o tym, że na kilka dni przed badaniem grał on w piłkę nożną, co w powiązaniu z opuchlizną i bólem było podstawą do przyjęcia, że stan chorobowy powoda może dotyczyć doznanego urazu mechanicznego; nie bez znaczenia były także samoistne przewlekłe schorzenia powoda.

Podkreślił także skarżący, że u pacjenta w wieku 30 lat prawdopodobieństwo niedokrwienia kończyny dolnej jest skrajnie niskie, trzy dni wcześniej powód był konsultowany w innym szpitalu, gdzie diagnostyka i leczenie było nakierowane na uraz kończyny, obrzęk dotyczył obu podudzi, przeprowadzone na kończynie badanie tętna nie przyniosło niepokojących rezultatów, a nadto brak było typowych objawów niedokrwienia (zaburzenia czucia i parestazje, zasinienie skóry, pęcherze).

Objawy, które u powoda występowały w chwili badania go przez pozwanego W. M. (obrzęk obu podudzi, ochłodzenie lewej nogi, świsty nad oskrzelami) nie świadczyły o niedokrwieniu kończyny i nie dawały podstaw, by wzbudzić u lekarza takie podejrzenie.

Podniósł skarżący, że błąd w sztuce lekarskiej nie jest tożsamy z niepowodzeniem medycznym, które może nastąpić pomimo roztoczeniem nad chorym właściwej opieki medycznej.

Jednocześnie z opinii biegłych wynika, że nie można jednoznacznie stwierdzić, czy szybsze wdrożenie leczenia przeciwkrzepliwego uchroniłoby powoda przed rozwojem zakrzepicy.

Skarżący wskazał także, że przy uwzględnieniu dynamicznego rozwoju choroby opisanym przez biegłego M. G. (10 godzin) i daty badania dokonanego przez pozwanego W. M. nie można wykluczyć, że ostre niedokrwienie kończyny u powoda wystąpiło pomiędzy 18 a 20 marca 2014 r., o czym świadczy choćby brak objawów schorzenia w dniu badania. Jednocześnie, gdyby w dniu badania powoda przez pozwanego W. M. występowało już u powoda ostre niedokrwienie kończyny, to w dniu 20 marca 2014 r. doszłoby już do martwicy skóry, na co nie wskazuje dokumentacja medyczna.

W ocenie skarżącego biegły M. G. nie uzasadnił racjonalnie z jakich przyczyn zatrzymanie powoda w szpitalu w dniu 18 marca mogłoby przyczynić się do przyspieszenia prawidłowej diagnozy, nie wskazał także jakie objawy winny skutkować przeprowadzeniem badania USG metodą Dopplera układu tętniczego kończyn dolnych powoda.

Pozwany W. M. zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w zakresie w zakresie zasądzonych roszczenia o zapłatę oraz o ustalenie i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania, zarzucając:

1. naruszenie **art. 278 § 1 k.p.c. i art. 285 § 1 k.p.c.** poprzez dopuszczenie dowodu i wydanie wyroku w oparciu o ustalenia opinii biegłego prof. M. G. (pomimo niespełnienia przez biegłego przesłanki posiadania aktualnej i specjalistycznej wiedzy z zakresu chirurgii naczyniowej) oraz poprzez dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej

tego biegłego, jak również poprzez dopuszczenie dowodu z opinii biegłego R. M. (pomimo jego braku wiedzy z zakresu chirurgii naczyniowej);

2. naruszenie **art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. i art. 285 § 1 k.p.c.** poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i dowolną, a nie swobodną ocenę zgromadzonego materiału dowodowego, polegające na uznaniu opinii wydanych przez biegłych M. G. oraz R. M. za rzetelne i wystarczające, podczas gdy:

- opinia M. G. była skrótowa i lakoniczna, a wnioski w niej zawarte, nie zostały uzasadnione;

- opinia R. M. była w istocie powtórzeniem tez opinii biegłego M. G. i nie zawierała żadnego uzasadnienia;

3. naruszenie **art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 286 § 1 k.p.c., art. 235² pkt 5 k.p.c. i art. 205¹² § 2 k.p.c.** poprzez błędną ocenę materiału dowodowego i oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego chirurga naczyniowego lub opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii naczyniowej;

4. naruszenie **art. 278 § 1 k.p.c. i art. 290 § 1 k.p.c.** polegające na dopuszczeniu dowodu, uznanego jako opinie biegłego, z dokumentów przedstawionych przez m.in. R. M., pomimo, że każda z opinii była sporządzona przez kilka osób, tj. R. M. oraz przedstawicieli spółki (...), postanowienie dowodowe o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego zostało wysłane (w celu wydania opinii) do spółki (...), nie zaś do osoby, która według Sądu Okręgowego, była biegłym, a wynagrodzenie z tytułu sporządzenia opinii wypłacono spółce;

5. naruszenie **art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c.** poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i dowolną, a nie swobodną ocenę zgromadzonego materiału dowodowego poprzez uznanie za materiał dowodowy prywatnych opinii złożonych przez powoda;

6. **błąd w ustaleniach faktycznych** polegający na stwierdzeniu, że:

- powód nie odniósł zdefiniowanego urazu stopy lewej, podczas gdy sam powód przekazał taką informację przy przyjęciu do szpitala,

- pozwany badając powoda w dniu 18 marca 2014 r. nie zbadał tętna na kończynie powoda, podczas gdy fakt nieodnotowania tego i innych prawidłowych parametrów przez pozwanego nie może o tym przesądzać,

- wynik badania USG Doppler z dnia 20 marca 2014 r., które wykazało zakrzepicę tętnic lewej kończyny dolnej, przesądza o stanie zdrowia powoda już w dniu 18 marca 2014 r.;

7. naruszenie **art. 415 k.c.** poprzez stwierdzenie, że spełnione zostały wszystkie przesłanki wynikające z tego przepisu, a pozwani ponoszą odpowiedzialność z tytułu błędnej diagnozy postawionej przez W. M.;

8. naruszenie **art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c.** poprzez przyjęcie przez Sąd Okręgowy istnienia adekwatnego związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy diagnozą postawioną na izbie przyjęć przez pozwanego w dniu 18 marca 2014 r. a niezdaniem egzaminu notarialnego przez powoda, zmianami, jakie miały miejsce w jego życiu osobistym oraz jego obecnym stanem psychicznym i fizycznym;

9. naruszenie **art. 362 k.c.** poprzez brak prawidłowego ustalenia, że powód nie szukając pomocy medycznej w dniach od dnia 18 marca 2014 r. do dnia 20 marca 2014 r., pomimo że jak zeznał cierpiał na ogromne bóle, przyczynił się do rozwoju choroby i zmniejszył szanse na swoje wyleczenie;

10. naruszenie **art. 445 § 1 k.c.** poprzez jego błędną wykładnię polegającą na nieprawidłowym ustaleniu wysokości zadośćuczynienia w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy i bez należytego uwzględnienia realiów rozpoznawanej sprawy.

Skarżący domagał się zmiany wyroku w zaskarżonym zakresie przez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenia na swoją rzecz kosztów postępowania za obie instancje, ewentualnie uchylenia wyroku w tym zakresie i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

W uzasadnieniu apelacji skarżący podkreślił nadto, że biegły M. G. nie był bezstronny, kierując uwagi do jego pełnomocnika, a nadto Sąd I instancji uznał jego zastrzeżenia do opinii biegłego M. G., skoro dopuścił dowód z opinii innego biegłego z tożsamą tezą dowodową, pomimo czego przeprowadził również dowód z uzupełniającej opinii biegłego M. G..

Jako objawy ostrego niedokrwienia kończyny biegły M. G. wymienia zaburzenia tętna obwodowego, ból, porażenie oraz parestezję, których to objawów nie stwierdzono u powoda w dniu 18 marca 2014r., ale jednocześnie wskazuje, że było już wówczas u niego obecne ostre niedokrwienie kończyny.

W ocenie skarżącego biegły pominął także, że w warunkach działania izby przyjęć lekarz odnotowuje w dokumentacji poza tzw. głównymi parametrami życiowymi, istotne odchylenia w stanie przedmiotowym.

O podejrzeniu urazu związanego z grą w piłkę pozwany sam zgłosił lekarzom podczas wcześniejszej konsultacji, zaś ustalenie, że pozwany W. M. nie przeprowadził badania tętna na kończynie jest sprzeczne z jego przesłuchaniem; stosownego badania i zapisu w dokumentacji dokonała lekarz J. G., zaś pozwany badanie to powtórzył, przy czym nie miał obowiązku opisywania go ponownie w dokumentacji.

Skoro Sąd I instancji stwierdził, że nie można ustalić kiedy zaczęła się zakrzepica tętnic u powoda, t.j. kiedy mogły wystąpić jej objawy, to nie mógł z zachowaniem zasad logiki wskazać, że pozwany w dniu 18 marca 2014 r. objawów tych nie rozpoznał. Również odnosząc się do opisanej przez biegłego M. G. dynamiki schorzenia nie można przesadzić, że w tym dniu pozwany W. M. powinien był rozpoznać u powoda objawy ostrej zakrzepicy. Wynik badania USG Doppler z 20 marca 2014 r. nie przesądza tego, że gdyby badanie wykonano w dniu 18 marca 2014 r. to wynik byłby taki sam

Podkreślił skarżący, że ocena postępowania lekarza powinna być dokonana według jego wiedzy o stanie pacjenta i możliwości z momentu postawienia diagnoz, a nie na podstawie wiedzy o jego stanie i chorobie stwierdzonej później.

W ocenie skarżącego Sąd Okręgowy nie wziął pod uwagę okoliczności, że powód był po 20 marca 2014 r., dopóki nie doszło do amputacji stopy, leczony i poddawany zabiegom w innym szpitalu, a nadto objawy jakie wykazywał powód w dniu 8 marca 2014 r. były specyficzne dla przewlekłej choroby nerek.

W odpowiedziach na apelację powoda każdy z pozwanych wniósł o jej oddalenie, zaś w odpowiedziach na apelacje pozwanych powód wniósł o ich oddalenie; każda ze stron wniosła także o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Zarówno apelacja powoda, jaki i apelacje pozwanych nie były zasadne.

Sąd I instancji, w zakresie nie dotyczącym okoliczności związanych z oceną postępowania pozwanych w procesie diagnostycznym powoda, a istotnym dla rozstrzygnięcia sprawy, poczynił prawidłowe ustalenia stanu faktycznego sprawy, zatem nie zachodzi potrzeba ich ponownego przytaczania.

Wobec treści zarzutów sformułowanych w apelacjach przez pozwanych w zakresie opinii biegłego z dziedziny chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii M. G., związanych z potwierdzoną przez biegłego okolicznością, że nie posiada on specjalizacji z dziedziny chirurgii naczyniowej, Sąd Apelacyjny uzupełnił postępowanie dowodowe dopuszczając dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej celem oceny prawidłowości postępowania diagnostycznego podjętego wobec powoda w pozwanym szpitalu w zakresie okoliczności kwestionowanych przez skarżących. Opinia sporządzona przez biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej W. K. wraz z wyjaśnieniami

złożonymi przez biegłego na rozprawie przed Sądem Apelacyjnym w Gdańsku w dniu 19 października 2021 r. potwierdziły zasadność tez wskazanych w opinii biegłego M. G., co umożliwiło dalsze wykorzystanie również i opinii tego biegłego, zwłaszcza przy uwzględnieniu jego doświadczenia zawodowego dotyczącego chirurgii naczyniowej oraz zezwoliło na uznanie zarzutów sformułowanych przez pozwanych wobec tej opinii za niezasadne.

Wyjaśnić również należy, że skarżący W. M. zarzuca biegłemu M. G. brak bezstronności, jednakże, będąc reprezentowany w postępowaniu przez fachowego pełnomocnika nie złożył w jego toku stosowanego wniosku o wyłączenie biegłego. Brak jest również podstaw do stwierdzenia, że ewentualny stosunek biegłego do treści zarzutów sformułowanych przez pozwanego mógł mieć wpływ na treść opinii (sporządzonej wcześniej), czy też spójnych z opinią główną opinii uzupełniających.

W świetle wniosków płynących z opinii biegłych W. K. i M. G. zbędne pozostaje ustosunkowywanie się do zarzutów sformułowanych przez pozwanego W. M. wobec opinii biegłego ortopedy R. M.. Przeprowadzenie przez Sąd I instancji tego dowodu nie może być przy tym przyjęte za wyraz wątpliwości co do wiarygodności opinii biegłego M. G., skoro brak tych wątpliwości został w jasny sposób wskazany w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, a nadto biegły R. M. sporządził opinię z zakresu innej specjalizacji, t.j.ortopedii.

Opinia biegłego W. K. sporządzona została przez osobę niewątpliwie posiadającą niezbędną wiedzę fachową, w ramach zakreślonej tezy dowodowej, po złożeniu przez biegłego ustnych wyjaśnień na rozprawie przed Sądem Apelacyjnym w dniu 19 października 2021r. jako logiczna, konsekwentna, należyście uzasadniona i spójna, a zatem wiarygodna; podczas składania ustnych wyjaśnień biegły w przekonujący sposób odniósł się również do zastrzeżeń do opinii składanych przez stronę pozwaną.

Uznanie opinii biegłego W. K. za wiarygodną i w pełni wystarczającą, wraz z pozostałym materiałem dowodowym, do rozstrzygnięcia sporu stało się podstawą oddalenia wniosku dowodowego pozwanych o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego na mocy art. 235² pkt 5 k.p.c., jako zmierzającego jedynie do przedłużenia postępowania w sprawie.

Treść opinii biegłego W. K. wraz z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie zezwoliła Sądowi Apelacyjnemu na poczynienie pełnych ustaleń w zakresie postępowania pozwanych w toku procesu diagnostycznego powoda, a przede wszystkim ich oceny w odniesieniu do miernika staranności lekarza.

W ocenie Sądu Apelacyjnego słuszny i jednoznacznie potwierdzony w opinii biegłego W. K. pozostaje wniosek Sądu I instancji, że w pozwanym szpitalu dopuszczono się wobec powoda zaniechania w koniecznej diagnostyce, co w konsekwencji doprowadziło do zdecydowanego pogorszenia rokowań powoda w procesie leczenia. Do niezachowania należytej staranności przez pozwanych w diagnostyce powoda doszło na skutek nie przeprowadzenia u niego badania USG Doppler kończyn dolnych celem potwierdzenia lub wykluczenia ostrego niedokrwienia lewej kończyny, a co najmniej na skutek nie przeprowadzenia konsultacji ze specjalistą z zakresu chirurgii naczyniowej.

Poza sporem w przedmiotowej sprawie pozostawało, że u powoda w momencie badania go przez pozwanego występowały obrzęki kończyn dolnych (masywne obrzęki podudzi), przy czym były one większe po stronie lewej (>P), lewa kończyna była nieco chłodniejsza od prawej; dane te wynikają z karty konsultacji na (...) pozwanego szpitala podpisanej przez pozwanego W. M.. Treść historii choroby powoda sporządzona przez lekarza pozwanego szpitala S. F. wskazuje nadto na duży obrzęk grzbietu stopy lewej.

Wysoce prawdopodobnym jest, że pozwany W. M. badając powoda miał wiedzę, że kilka dni wcześniej był on narażony na uraz mechaniczny, czego nie wyklucza stwierdzenie Sądu I instancji, że powód nie odniósł zdefiniowanego urazu lewej stopy. W istocie sam powód w treści pozwu wskazał, że początkowo zakładał, że ból i obrzęk może być związany z grą w piłkę nożną, a początkowa konsultacja powoda w innym szpitalu nakierowana była na wykluczenie złamania kości kończyny. Powód do pozwanego szpitala zgłosił się do Poradni Urazowo – Ortopedycznej, informacja o tym znalazła się również w karcie konsultacji nr (...), ze wskazaniem na ból lewego stawu kolanowego.

Nie budzi wątpliwości, że powód przewlekłe choruje na zespół nerczycowy i wiedzę o tej okoliczności miał również pozwany W. M. (wskazano na nią wprost w treści karty konsultacji nr (...)), zaś z opinii biegłego M. G. wynika, że u chorych z tym schorzeniem istnieje skłonność do zakrzepicy; u powoda w dniu 18 marca 2014 r. badaniem laboratoryjnym zdiagnozowano także nadkrwistość, co skutkuje zwiększeniem gęstości krwi i również pośrednio sprzyja zakrzepicy. Biegły W. K. w opinii pisemnej podkreślił, że stwierdzona u powoda badaniem laboratoryjnym ilość hemoglobiny i czerwonych krwinek podnosi ryzyko powstania zakrzepicy, a jako powikłanie zespołu nerczycowego wystąpić może zakrzepica żylna lub tętnicza.

Skarżący (...) Szpital Miejski (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w (...) wskazuje na skrajnie niskie prawdopodobieństwo wystąpienia niedokrwienia kończyny dolnej u 30 – letniego pacjenta, ale zdaje się pomijać te cechy dotyczące stanu zdrowia powoda, które te prawdopodobieństwo znacznie zwiększały.

Sąd I instancji stwierdził, że w dokumentacji medycznej brak jest potwierdzenia, że pozwany W. M. zbadał tętno na obu kończynach powoda, teza dowodowa postanowienia Sądu Apelacyjnego z dnia 14 grudnia 2020r. w zakresie stwierdzenia, czy pozwany dokonał prawidłowego badania tętna powoda na kończynach odnosiła się jedynie do treści przesłuchania powoda (z pominięciem przesłuchania pozwanego W. M. i świadka J. G.), zaś biegły W. K. w opinii pisemnej poczynił ustalenie, że z dokumentacji medycznej wynika, że nieprawidłowo przeprowadzono u powoda badanie tętna. Jednak już w opinii pisemnej, a następnie konsekwentnie składając ustne wyjaśnienia biegły W. K. podtrzymał tezę o konieczności poszerzenia diagnostyki u powoda w dniu 18 marca 2014 r., nawet w sytuacji stwierdzenia przez lekarza na kończynach powoda prawidłowego tętna, podkreślając, że badanie tętna jest badaniem niedokładnym, subiektywnym, a nadto mogło być utrudnione w przypadku powoda z uwagi na istniejącą opuchliznę kończyn. W opinii pisemnej biegły nadto wskazał, że u chorych z bardzo dobrze rozwiniętym krążeniem obocznym tętno może być wyczuwalne na obwodzie kończyny, z miejsca usadowienia się zatoru lub ostrego zakrzepu może być przeniesione na odległość kilku centymetrów wzdłuż naczynia, przy czym składając ustne wyjaśnienia biegły ostatecznie stwierdził, że nie jest w stanie ocenić, czy i w jakim stopniu u powoda mogło dojść do wytworzenia krążenia obocznego, przy czym możliwa jest i taka sytuacja, że wytworzone krążenie oboczne okaże się niewystarczające.

Wskazane okoliczności stały się podstawą nie uwzględnienia wniosku pozwanego W. M. o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłego W. K., w której odniósłby się on do kwestii przeprowadzenia przez pozwanego badania tętna u powoda po zapoznaniu się z zeznaniami świadka J. G. i przesłuchaniem pozwanego utrwalonymi w protokole elektronicznym, przy czym jedynie na marginesie wskazać trzeba, że wedle oceny biegłego w przypadku diagnostyki chorego prezentującego objawy jak powód w dokumentacji medycznej pacjenta powinien się znaleźć dokładny zapis dotyczący szczegółowego badania tętna z uwzględnieniem skali od 0 do 3.

Zarówno z opinii pisemnej biegłego W. K., jak i złożonych przez niego wyjaśnień wynika, że objawy stwierdzone u powoda w dniu 18 marca 2014 r. podczas badania przeprowadzanego przez pozwanego W. M., to jest ból lewej kończyny dolnej, jej większy obrzęk (przy obrzęku również i drugiej kończyny), fakt, że lewa kończyna była nieco chłodniejsza od prawej oraz obciążenie powoda zespołem nerczycowym, powinny zdecydowanie skłonić lekarza do przeprowadzenia u powoda badania USG Doppler kończyn dolnych celem potwierdzenia lub wykluczenia ostrego niedokrwienia lewej kończyny. Wniosku o konieczności pogłębienia diagnostyki powoda nie zmienia brak występowania w dacie badania powoda pozostałych objawów niedokrwienia (zaburzeń czucia, parestazji, zasinienia skóry czy pęcherzy), skoro objawy, które występowały winny skłonić lekarza do przeprowadzenia badania USG Doppler. W tym kontekście nie może odnieść oczekiwanego rezultatu stwierdzenie podniesione przez skarżącego (...) Szpital Miejski (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w (...) w apelacji, że znaczna liczba przypadków choroby zakrzepowo – zatorowej przebiega w początkowej fazie bez typowych objawów; u powoda występowały objawy mogące świadczyć o wystąpieniu tego schorzenia i wymagały one dalszej diagnostyki,

Objawy stwierdzone przez pozwanego W. M. mogły być także objawami innych chorób szczegółowo wskazanych w opinii biegłego W. K., jednakże, jak wynika z wyjaśnień ustnych biegłego, także i przy podejrzeniu tych schorzeń lekarz powinien wykonać w procesie diagnostyki badania USG Doppler kończyn dolnych.

Z opinii pisemnej biegłego W. K. oraz złożonych przez niego wyjaśnień wynika także, że poprzedzające badanie wskazanie przez chorego na uraz kończyny lub brak takiej informacji nie powinien wpłynąć na decyzję o wykonaniu badania USG Doppler, zwłaszcza, że, jak biegły wyjaśnił, i sam uraz może być przyczyną niedokrwienia.

Podobnie nie może skutkować zwolnieniem pozwanych z odpowiedzialności okoliczność, że powód był diagnozowany w innym szpitalu w kierunku wykluczenia uszkodzenia kości kończyny oraz, że objawy (opuchnięcia, a i ewentualny ból z nimi związany) są charakterystyczne również dla przewlekłej choroby nerek, która zwiększała jednocześnie niebezpieczeństwo dojścia u powoda do zakrzepicy.

Biegły W. K. w wyjaśnieniach do opinii wskazał również, że ostry przebieg niedokrwienia zakładający powstanie martwicy skóry już po 12 – 24 godzinach od zatrzymania dopływu krwi (opisany także w opinii biegłego M. G. i uzasadnieniu zaskarżonego wyroku) dotyczy całkowitego zamknięcia światła naczynia w sposób nagły bądź przerywania jego ciągłości, zaś tempo narastania ostrego niedokrwienia może być różne. U powoda stwierdzono ostatecznie zakrzepicę tętnicy podkolanowej, a wówczas stan narastania skrzepliny jest wolniejszy, albowiem nie dochodzi do zamknięcia światła naczynia w sposób nagły bądź przerywania jego ciągłości. Jeżeli ostre niedokrwienie wywołane jest zakrzepicą objawy występują powoli, a ostatecznie stwierdzony u powoda stan wskazuje, że rozwój zakrzepicy przebiegał przez kilka dni, co pozwala na wyjaśnienie sytuacji, że przy wystąpieniu w dniu 18 marca 2014 r. u powoda objawów wskazujących już na ostre niedokrwienie, w dniu 20 marca 2014 r. nie stwierdzono jeszcze u niego martwicy skóry.

Z opinii biegłego W. K., jak i biegłego M. G. wynika, że nie jest możliwe pewne ustalenie momentu początku choroby u powoda, ani jej dokładnego przebiegu, jednocześnie, w ocenie biegłego W. K. jest bardzo mało prawdopodobne, że do powstania ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej u powoda mogło dojść po 18 marca 2014 r. Stwierdzone już w dniu 18 marca 2014 r., objawy, z bardzo dużym prawdopodobieństwem, były objawami chorobowymi spowodowanymi ostrym niedokrwieniem lewej kończyny dolnej. Dalszy przebieg schorzenia u powoda wnioski ten potwierdza, jednakże ocena staranności lekarza wykonującego diagnozę dokonana została wyłącznie w oparciu o objawy jakie mógł on stwierdzić już w dniu wykonywania badania. Sąd Apelacyjny podziela pogląd Sadu Najwyższego wyrażony w wyroku z 8 września 1973 r. w sprawie I KR 116/72 (publ. LEX nr 18704) co prawda na płaszczyźnie prawa karnego, ale właściwy i w przedmiotowej sprawie, zgodnie z którym nie każdy błąd diagnostyczny stwierdzony ex post może być uznany ipso iure za błąd sztuki lekarskiej, który należy oceniać z pozycji ex ante, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarza stawiającego diagnozę, czy dostępnych dla niego przy odpowiednim staraniu. Lekarz diagnozujący powoda w pozwanym szpitalu w dniu 18 marca 2014 r. posiadał informacje, które winny skłonić go do pogłębienia diagnostyki, albowiem wymagały jej stwierdzone u powoda objawy

W istocie nie można zakładać, że wynik badania USG Doppler lewej kończyny powoda przeprowadzonego w dniu 18 marca 2014 r. byłby taki sam jak wynik badania z dnia 20 marca 2014 r., a nawet można w uzasadniony sposób przypuszczać, że mogłyby być on odpowiednio inny, biorąc pod uwagę rozwój schorzenia. Zaniechanie po stronie pozwanych polega jednak na tym, że nie przeprowadzili oni u powoda odpowiedniej diagnostyki mogącej wykluczyć lub stwierdzić niedokrwienie kończyny dolnej, a nie na braku stwierdzenia u chorego zakrzepicy, która nadto z bardzo wysokim prawdopodobieństwem w tej dacie już występowała.

Nie jest możliwe, z uwagi na charakter badanych okoliczności, na co słusznie wskazał Sąd Okręgowy, jednoznaczne przesądzenie, czy odpowiednia diagnostyka i idące za nią leczenie umożliwiłyby ograniczenie skutków doznanego przez powoda schorzenia i w jakim stopniu, jednak okoliczności sprawy pozwalają na przyjęcie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem diagnostycznym pozwanych, a doznany przez powoda uszczerbkiem na zdrowiu. Zarówno z opinii biegłego W. K., jak i biegłego M. G. wynika, że w przypadku ostrego niedokrwienia kończyny szczególnie istotne jest szybkie ustalenie właściwego rozpoznania, albowiem czas decyduje o szansach chorego na uratowanie kończyny. Prawidłowa diagnostyka, a co za tym idzie wczesne wdrożenie terapii u powoda, skutkować by mogła lepszymi wynikami leczenia niż obecnie uzyskane. Biegły M. G. ocenił prawdopodobieństwo, że hospitalizacja powoda w dniu 18 marca 2014 r. w pozwanym szpitalu, na której konieczność mogły wskazać wyniki badania

USG Doppler i udzielenie mu adekwatnej pomocy mogło uchronić powoda przed koniecznością amputacji lewego przedstopia na 50 %.

Skarżący (...) Szpital Miejski (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w (...) zarzucił, że biegły M. G. nie uzasadnił racjonalnie z jakich przyczyn zatrzymanie powoda w szpitalu w dniu 18 marca mogłoby przyczynić się do przyspieszenia prawidłowej diagnozy, jednak biegły wskazał przede wszystkim na konieczność wykonania badań USG Doppler, a w opinii uzupełniającej podkreślił możliwość obserwacji hospitalizowanego pacjenta w kolejnych przedziałach czasowych, która mogła przyczynić się do prawidłowego rozpoznania schorzenia.

Formułowane przez skarżący (...) Szpital Miejski (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w (...) zarzuty w zakresie naruszenia art. 233 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. odnoszą się w zdecydowanej większości do oceny postępowania lekarza pozwanego szpitala w świetle standardów diagnostycznych i ustalenia istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy jego zaniechaniem w tym zakresie, a pogorszeniem rokowań powoda w procesie leczenia. W zakresie błędów w ocenie materiału dowodowego skarżący zarzuca nieuzasadnioną odmowę przyznania waloru wiarygodności przesłuchaniu pozwanego W. M. co do stwierdzenia, że z uwagi na nieznaczną różnicę temperatur pomiędzy kończynami wykonał on badanie tętna na kończynie lewej, jednakże nawet podzielenie stanowiska skarżącego w tym zakresie nie wpłynie na odmienną ocenę wywiedzionego przez niego środka zaskarżenia, skoro materiał dowodowy, powyżej wskazany, skłania do wniosku, że lekarz pozwanego szpitala powinien poszerzyć diagnostykę powoda nawet w przypadku stwierdzenia prawidłowego tętna na kończynach.

Sąd I instancji przywołał co prawda w podstawach ustaleń stanu faktycznego sprawy dokumenty w postaci prywatnych opinii medycznych złożonych przez powoda wraz z pozwem, jednakże nie przypisał im waloru dowodowego odbiegającego do waloru dowodu z prywatnego dokumentu, a nadto przywołane przez Sąd I instancji, pochodzące z nich tezy, pozostają spójne z wnioskami opinii biegłych.

Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie daje jednocześnie żadnych podstaw do uznania, że obecny stan zdrowia powoda pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z jakimikolwiek zaniedbaniami w toku dalszego postępowania leczniczego prowadzonym wobec powoda w innym szpitalu, co słusznie stwierdził Sąd I instancji.

Sąd Okręgowy przyjmując odpowiedzialność pozwanym za stan zdrowia powoda związany z amputacją lewej stopy nie naruszył art. 415 k.c.

Brak przyjęcia przyczynienia się powoda rozwojowi choroby poprzez nieszukanie pomocy medycznej w okresie do 18 marca 2018 r. do 20 marca 2014 r. nie stanowi o naruszeniu art. 362 k.c. Powód uzyskał jasną informację od pozwanym, którym miał pełne podstawy ufać, że nie wymaga pilnej hospitalizacji oraz zalecenie dalszego ambulatoryjnego leczenia nefrologicznego, zatem skoro miał umówioną wizytę w poradni nefrologicznej już w dniu 20 marca 2014 r. nie można oczekiwać, aby podejmował jakiekolwiek inne działania, zwłaszcza, że otrzymał on również leki do doraźnego zastosowania.

Odnosząc się do zarzutów skarżących w zakresie naruszenia art. 455 § 1 k.c. poprzez zasądzenie na rzecz powoda kwoty zadośćuczynienia, która nie jest kwotą odpowiednią w znaczeniu tego przepisu, stwierdzić należy, że z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że Sąd I instancji uwzględnił wszystkie okoliczności sprawy mogące mieć wpływ na wysokość zasądzonych zadośćuczynienia; w ocenie Sądu Apelacyjnego zasądzona na rzecz powoda kwota zadośćuczynienia należycie spełnia funkcję kompensacyjną. Sąd I instancji wziął pod uwagę okoliczność, że leczenie powoda nadal nie jest zakończone, co wiąże się z szeregiem odczuwanych przez powoda aż do dnia wyrokowania dolegliwości, w tym również i fakt, że nadal nie może on korzystać z protezy, zaś wskazanie przez samego powoda jaką kwotę zadośćuczynienia uznaje za odpowiednią nie ma dla jej ustalenia przesądzającego znaczenia.

Ustawodawca w istocie nie określa zasad ustalania wysokości zadośćuczynienia wskazanego w art. 445 § 1 k.c. ograniczając się do stwierdzenia, że ma to być suma odpowiednia; niewątpliwie też krzywdę związaną z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia bardzo trudno ocenić i wyrazić w formie pieniężnej.

W judykaturze dotyczącej zasad ustalania wysokości zadośćuczynienia konsekwentnie wskazuje się, że każdy przypadek zasądzenia zadośćuczynienia powinien być traktowany indywidualnie, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy. Wpływ na ustalenie, jaka kwota zadośćuczynienia w okolicznościach sprawy pozostawać będzie kwotą odpowiednią ma charakter i rozmiar szkody doznanej przez poszkodowanego, rodzaj i rozmiar doznanych przez niego obrażeń, intensywność cierpień fizycznych i psychicznych, natężenie bólu, czas oraz uciążliwości procesu leczenia i dostosowawczej rehabilitacji, długotrwałość nasilenia dolegliwości bólowych, konieczność korzystania z opieki i wsparcia innych osób oraz ich zakres, trwałe następstwa obrażeń w sferze fizycznej i psychicznej oraz ograniczenia, jakie wywołują one w dotychczasowym życiu, w tym potrzeby stałej rehabilitacji, zażywania środków farmakologicznych, zmiany charakteru zatrudnienia, trybu życia, przyzwyczajzeń, czy też sposobu spędzania wolnego czasu (vide: Kodeks cywilny. Komentarz, red. prof. dr hab. Edward Gniewek, prof. dr hab. Piotr Machnikowski, C.H.Beck 2017, wydanie 8, Legalis). Zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. jest odzwierciedleniem w formie pieniężnej rozmiaru krzywdy, która, jak słusznie wskazuje się w literaturze i orzecznictwie, nie zależy od statusu materialnego pokrzywdzonego. Rozmiar zadośćuczynienia może być zatem odnoszony jedynie do przeciętnej stopy życiowej ogółu społeczeństwa, która pośrednio może rzutować na jego umiarkowany wymiar. Przesłanka „przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa” ma charakter uzupełniający i ogranicza wysokość zadośćuczynienia tak, by jego przyznanie nie prowadziło do wzbogacenia osoby uprawnionej, nie może jednak pozbawiać zadośćuczynienia jego zasadniczej funkcji kompensacyjnej i eliminować innych czynników kształtujących jego rozmiar (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00 i wyrok z dnia 3 czerwca 2011 r. III CSK 279/10). Rolą zadośćuczynienia jest bowiem złagodzenie doznanej, niewymiernej krzywdy poprzez wypłacenie nie nadmiernej, lecz sumy w stosunku do niej odpowiedniej. Ustalenie jej wysokości powinno być dokonane w ramach rozsądnych granic, odpowiadających aktualnym warunkom i sytuacji majątkowej społeczeństwa, przy uwzględnieniu jednak, że wysokość zadośćuczynienia musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość.

Jednocześnie ze względu na niewymierność krzywdy, określenie w danym przypadku odpowiedniej sumy pozostawione zostało sądowi, który dysponuje w takim wypadku większym zakresem swobody niż przy ustalaniu szkody majątkowej i odszkodowania koniecznego do jej naprawienia. Innymi słowy charakter zadośćuczynienia przesądza o tym, że ostateczne ustalenie, jaka konkretnie kwota jest odpowiednia z istoty swej należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego, lecz nie może to być uznanie dowolne. Podkreślić należy, że w świetle ugruntowanego poglądu judykatury, korekta kwoty przyznanej z tytułu zadośćuczynienia jest uzasadniona tylko jeżeli w okolicznościach sprawy kwota ta jest rażąco wygórowana lub rażąco niska (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 2000 r., II CKN 651/98, publ. LEX nr 51063).

Oczywistym jest, że niezwykle trudno ustalić, czy niektóre zmiany w życiu powoda mają związek tylko z koniecznością amputacji stopy, czy także z innymi okolicznościami, jednak, biorąc pod uwagę opinię biegłych psychologa i psychiatry, nie można mieć wątpliwości, że stan psychiczny w jakim znalazł się powód w związku z doznany urazem miał ogromny wpływ na jego funkcjonowanie, co mogło przekładać się na jakość jego relacji z innymi ludźmi czy chęć podejmowania wysiłku.

Wyjaśnić także należy że zadośćuczynienie zostało przyznane powodowi z ustawowymi odsetkami od 25 lutego 2016 r., zaś określenie uszczerbku na zdrowiu powoda, zarówno przez biegłego M. G. jak i biegłego z zakresu ortopedii R. M. w części dotyczyło utraty stopy przez powoda na poziomie stawu Choparta.

Wobec powyższych okoliczności Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, iż ustalona przez Sąd Okręgowy kwota 300.000 zł zadośćuczynienia pozostaje adekwatna zarówno do rzeczywistych rozmiarów doznanej przez powódkę krzywdy, jak i aktualnych warunków i przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa; nie jest ona rażąco wygórowana ani w takim stopniu zaniżona.

Wbrew zarzutowi powoda Sąd Okręgowy nie naruszył również art. 327¹ § 1 k.p.c. (treść zarzutu pozwala uznać, że dotyczył on tego przepisu), albowiem poprzez wskazanie na przesłanki ustalenia kwoty należnego powodowi zadośćuczynienia jednocześnie wyjaśnione zostały podstawy oddalenia roszczenia o zapłatę w pozostałym zakresie.

Wobec powyższych okoliczności zarówno apelacja powoda, jak i apelacje pozwanych zostały oddalone na mocy art. 386 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na mocy art. 100 i 108 § 1 k.p.c., uwzględniając okoliczność, że każda ze stron postępowania przegrała postępowanie wywołane jej własną apelacją, kolejny dowód z opinii biegłego przeprowadzony został w związku ze stanowiskiem pozwanych, a nadto powód korzystał z dobrodziejstwa zwolnienia od kosztów sądowych.

SSA Teresa Karczyńska – Szumilas