

Sygn. akt I ACa 87/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 marca 2023 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Beata Kurdziel

Protokolant: Iwona Mrazek

po rozpoznaniu w dniu 28 marca 2023 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa A. M.

przeciwko (...)Szpitalowi Zespolonemu w K.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 10 listopada 2021 r. sygn. akt I C 1202/18

- 1. oddala apelację;**
- 2. zasądza od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 4.050 zł (cztery tysiące pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 87/22

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie

z dnia 28 marca 2023 r.

Pozwem z dnia 16 maja 2018 roku powód A. M. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...)Szpitala Zespolonego w K. na swoją rzecz kwoty 113.240 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 maja 2018 roku do dnia zapłaty, ustalenie odpowiedzialności pozwanego za mogące nastąpić w przyszłości szkody wynikające z nieprawidłowego leczenia przez pozwanego obrażeń ciała i rozstroju zdrowia doznanych przez powoda w wypadku zaistniałym w dniu 16 maja 2015 roku oraz zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 16 maja 2015 roku we wczesnych godzinach popołudniowych na ul. (...) w K. uległ wypadkowi (upadek z roweru), skąd został przewieziony karetką pogotowia ratunkowego do (...)Szpitala Zespolonego w K.. W szpitalnym oddziale ratunkowym stwierdzono złamanie stawu łokciowego lewej ręki. Próbowano dokonać nastawienia złamania tego stawu przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, jednak nie udało się tego zrobić i postanowiono przeprowadzić zabieg nastawienia przy znieczuleniu ogólnym. Powód został umieszczony na oddziale (...) pozwanego szpitala. Kiedy został wybudzony z narkozy okazało się, iż ma założony gips na stawy łokciowe obu rąk od palców do połowy ramienia. Stwierdzono, iż doznał złamania także prawego stawu łokciowego.

W wyniku wypadku powód doznał zwichnięcia stawu łokciowego lewego ze złamaniem wyrostka dziobiastego oraz złamania szyjki głowy kości promieniowej prawej. Z powodu destabilizacji nastawienia złamania, niewywołanego postępowaniem powoda, wymagał on ponownie nastawienia złamania z przemieszczeniem, a wszystkie te zabiegi wywoływały u niego niesamowity ból. Około godziny 21:00 tego samego dnia powód zaczął odczuwać chłód lewej stopy i kości goleniowej połączony z drętwieniem palców i wzmagającym się bólem tej nogi. Dopiero wskutek wielokrotnego i uporczywego upominania się o zajęcie się tym problemem, kiedy stracił czucie w palcach stopy, około północy wykonano badania tomografem komputerowym z użyciem kontrastu, które wykazały brak tętna na tętnicy podkolanowej i śladowe tętno na kości piszczelowej tylnej. Doszło do zakrzepicy tej tętnicy oraz do niedrożności pnia piszczelowego strzałkowego, ostrego niedokrwienia kończyny dolnej lewej, w wyniku czego zakwalifikowano powoda do zabiegu operacyjnego. Ze względu na uporczywy i bardzo dotkliwy ból otrzymał środek znieczulający w postaci morfiny, po przyjęciu którego utracił świadomość. Odzyskał ją następnego dnia (niedziela) około godziny 14:00 – 15:00, już po zabiegu operacyjnym lewej nogi, wykonanym na Oddziale (...) (...). Zauważył wówczas, że palce lewej ręki są sine i pogrubione. Lekarz stwierdził, że gips na łokciu lewej ręki był założony za ciasno i dlatego wyciął go na znacznej przestrzeni na zgięciu łokciowym. Spowodowało to ustąpienie zasinienia i obrzęku. Jednocześnie jednak nie zachowano koniecznej stabilizacji stawu łokciowego. Powiedziano powodowi, że opatrunek gipsowy zostanie zmieniony, jednak dokonano tego dopiero po kilku dniach kiedy w nocy doszło do destabilizacji nastawienia. Konieczne było więc kolejne nastawienie przy użyciu narkozy ogólnej. Było to już trzecie tego rodzaju znieczulenie podczas pobytu w pozwanym szpitalu po wypadku. Wszystkie te zabiegi połączone były z ogromnym bólem. Po około dwóch dniach powód opuścił szpital. Po upływie miesiąca kiedy zdjęto gips okazało się, że nie ma zrostu w łokciu lewej ręki. Z uwagi na to, iż w przyszpitalnej przychodni ortopedycznej wyznaczono powodowi termin badania za trzy miesiące, był zmuszony do szukania pomocy prywatnie. W klinice (...) Sp. z o.o. w P. ustabilizowano mu śrubą złamanie stawu lewej ręki, a następnie wykonano niezbędne, właściwe leczenie. Poniósł w związku z tym koszty w kwocie ponad 12.000 zł (w tym leki, koszty ortozy). Ze względu na komplikacje nogi po pierwszej operacji w (...) Szpitalu Zespolonym w K., powód ponownie przebywał na leczeniu w Oddziale (...) (...) tego szpitala w styczniu 2018 roku. Wówczas wykonano „by – pas” z żyły własnej w przebiegu tętnicy podkolanowej. Poprawiło to stan lewej nogi, bowiem przed tym zabiegiem powód nie mógł zupełnie na niej chodzić. Lekarze stwierdzili, iż operacja ta nie przyniosła pozytywnego skutku i grozi mu w przyszłości amputacja lewej kończyny dolnej. Powód na bieżąco przyjmuje leki X. i P.. W ostatnim czasie skierowano go kolejny raz na badania w szpitalu w K., gdzie zaproponowano wykonanie angioplastyki i stentów, ale ostatecznie odłożono te zabiegi na okres przyszły. Powód wskazał, iż dla niego, młodego człowieka, który do tego zdarzenia aktywnie uprawiał sport (do 18-go roku życia uprawiał wyczynowo lekkoatletykę), pływał, chodził po górach, jeździł rowerem i nie uskarżał się na żadne dolegliwości, był aktywny zawodowo i miał swoje określone plany życiowe, jest to dramat. W procesie leczenia doznał on ogromu cierpień fizycznych, musiał przez pewien czas korzystać z pomocy osób trzecich przy wykonywaniu prostych czynności życia codziennego (toaleta, ubieranie się itp.). Przez okres jednego miesiąca po opuszczeniu szpitala musiał leżeć w łóżku, zaś przez następny miesiąc miał znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się. Przechodził przez dłuższy okres rehabilitację. Powyższa sytuacja spowodowała konieczność zasięgnięcia przez niego pomocy psychiatrycznej, bowiem pojawiły się objawy stresu pourazowego. Przez kilka miesięcy musiał przyjmować leki psychotropowe i stosować terapię z psychologiem. W ocenie powoda z powodu zaniedbań lekarskich na Oddziale (...) (...) Szpitala Zespolonego w K., a zwłaszcza nie podjęcia bezzwłocznie właściwych badań i leczenia lewej kończyny dolnej, doszło do nieodwracalnych zmian w postaci zakrzepicy, co skutkować będzie w nieodległej przyszłości amputacją. Pozwany szpital nie dochował także wymaganej staranności w leczeniu złamania stawu łokciowego ręki lewej, a zwłaszcza zaniedbał założenia w sposób właściwy opatrunku gipsowego i nie wykonał bezzwłocznie ponownego nastawienia tego stawu łokciowego, co mogło prowadzić do nasilenia się zjawiska zakrzepu. Bezzwłoczna interwencja lekarska po ujawnieniu się pierwszych objawów drętwienia palców u lewej nogi doprowadziłaby do skutecznego usunięcia pojawiających się zakrzepów. Powód wskazał, iż na żądanie pozwu składa się zadośćuczynienie za krzywdę w wysokości 100.000 zł oraz zwrot poniesionych kosztów w wysokości 13.240 zł (wg załączonych rachunków). W opisanych okolicznościach żądane zadośćuczynienie jest adekwatne do dotkliwości i długiego czasokresu występowania cierpień fizycznych i psychicznych. Żądanie zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 1 maja 2018 wynika z tego, iż pozwany został wezwany do spełnienia świadczenia w terminie do 30 kwietnia 2018 roku (art. 455 k.c.). Ze względu na stanowcze negatywne stanowisko pozwanego co do możliwości polubownego

rozwiązania sporu, pozew stał się konieczny i jest uzasadniony. Żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki niewłaściwego leczenia obrażeń powstałych w wyniku wypadku drogowego jest uzasadnione w ocenie powoda tym, iż proces leczenia nie został zakończony i istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia dalszych szkód. Ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość ma jednocześnie na celu wyeliminowanie trudności dowodowych mogących wystąpić w kolejnym procesie odszkodowawczym z uwagi na upływ czasu pomiędzy wystąpieniem zdarzenia wywołującego szkodę, a dochodzeniem jej naprawienia (pozew – k. 3-8).

W odpowiedzi na pozew pozwany W.Szpital Zespolony w K. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

Strona pozwana podniosła, iż zastosowane u A. M. leczenie było standardowe i zgodne z powszechną i aktualną na czas udzielania świadczeń zdrowotnych wiedzą medyczną. Podczas pobytu w oddziale, rozpoznano u powoda złamanie szyjki i głowy kości promieniowej prawej, zwichnięcie lewego stawu łokciowego ze złamaniem wyrostka dziobiastego. Pacjent został zakwalifikowany do natychmiastowej repozycji stawu w warunkach bloku operacyjnego w znieczuleniu ogólnym. Powód wyraził zgodę na repozycję stawu łokciowego oraz repozycję głowy kości promieniowej składając podpis w dokumentacji medycznej w sposób świadomy. Pacjenta przewieziono niezwłocznie na blok operacyjny, gdzie dokonano repozycji stawu, unieruchomiono kończynę (opatrunek gipsowy ramienny), oraz wykonano RTG kontrolne w warunkach bloku operacyjnego upewniając się o prawidłowych stosunkach anatomicznych stawu. Powód od samego początku pobytu w oddziale był roszczeniowy i pretensjonalny co wynika z obraźliwych wpisów w dokumentacji. Około godziny 21.00 zgłaszał dolegliwości bólowe kończyny dolnej lewej z odczuciem chłodu i drętwienia palców. Po wykonaniu badania lekarskiego, gdzie stwierdzono cechy niedokrwienia kończyny, zgłoszono konsultację do lekarza dyżurnego chirurgii naczyniowej – lekarza R. R.. Dalej postępowano zgodnie z zaleceniami lekarza dyżurnego chirurgii (...), który pojawiał się wielokrotnie monitorując stan ukrwienia kończyny. Wdrożono leczenie zachowawcze, zgłoszono wykonanie badania angio-TK. Uzyskano wpis konsultanta do dokumentacji medycznej o zaleceniu przeniesienia pacjenta w dniu następnym na oddział (...) celem leczenia operacyjnego. O godzinie 9.30 wykonano trombektomię tętnicy podkolanowej i piszczelowej tylnej. Zalecono pacjentowi ponowną konsultację ortopedyczną celem poszerzenia diagnostyki ortopedycznej. W ocenie pozwanego zastosowane u powoda leczenie było standardowe i prawidłowe. Izolowane urazy obu stawów łokciowych nie mają związku z wystąpieniem zakrzepicy tętnicy podkolanowej kończyny dolnej lewej. Zwichnięcie stawu łokciowego ze złamaniem wyrostka dziobiastego jest zwichnięciem niestabilnym, co oznacza, że może dojść do ponownego zwichnięcia pomimo unieruchomienia. Pacjent wymaga jedynie nadzoru i kontroli ortopedycznej. Odnosząc się do wysokości żądanej kwoty pozwany podniósł, iż kwota roszczenia powinna być adekwatna względem poniesionej szkody (krzywdy) i nie powinna prowadzić do wzbogacenia. W ocenie pozwanego nie został udowodniony ani rozmiar szkody (krzywdy) jak również osoby obowiązane do jej naprawienia. Nadto żądanie jest niezasadne i nadmiernie wygórowane. Ustalenie wysokości zadośćuczynienia zależy od uwzględnienia wszystkich okoliczności istotnych dla określenia rozmiaru krzywdy, w tym takich jak wiek, stopień cierpień psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstwa tego rodzaju skutków zdarzenia, szanse i rokowania na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej i bezradności życiowej oraz inne czynniki podobnej natury. Okoliczności istotne dla określenia rozmiarów krzywdy nie wynikają z dowodów dołączonych do pozwu. Powód nie wykazał w jakiej sytuacji życiowej był w dacie wypadku a w jakiej jest obecnie, jakie pobiera wynagrodzenie, jaką ma sytuację rodzinną (odpowiedź na pozew – k. 162-164).

Wyrokiem z dnia 10 listopada 2021 roku Sąd Okręgowy w Kielcach zasądził od pozwanego (...)Szpitala Zespolonego w K. na rzecz powoda A. M. kwotę 23.110 zł (dwadzieścia trzy tysiące sto dziesięć złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 maja 2018 roku do dnia zapłaty (pkt I); oddalił powództwo w pozostałej części (pkt II), zasądził od powoda A. M. na rzecz pozwanego (...) Szpitala Zespolonego w K. kwotę 3.250,20 zł (trzy tysiące dwieście pięćdziesiąt złotych dwadzieścia groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt III); nakazał ściągnąć z roszczenia zasądzonego na rzecz powoda A. M. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Kielcach kwotę 3.304,84 zł (trzy tysiące trzysta cztery złote osiemdziesiąt cztery grosze) tytułem kosztów sądowych (pkt IV) oraz nakazał pobrać od pozwanego (...)Szpitala Zespolonego w K. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Kielcach kwotę 2.208,61 zł (dwa tysiące dwieście osiem złotych sześćdziesiąt jeden groszy) tytułem kosztów sądowych (pkt V).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

W dniu 16 maja 2015 roku A. M. uległ wypadkowi polegającemu na upadku z roweru (upadek do przodu nad kierownicą). Po zdarzeniu stracił przytomność. Karetką pogotowia został przewieziony na SOR (...) Szpitala Zespólnego w K., a następnie hospitalizowany w Oddziale (...) (...) wymienionego Szpitala przez okres dwóch dni. Podczas badania w SOR odnotowano, że powód zgłaszał dolegliwości bólowe lewego i prawego łokcia, poza tym ruchomość w stawach była zachowana, nie stwierdzono zaburzeń ukrwienia i unerwienia. Podczas pobytu w Oddziale rozpoznano zwichnięcie stawu łokciowego lewego ze złamaniem wyrostka dziobiastego, złamanie szyjki głowy kości promieniowej prawej, ostre niedokrwienie lewej kończyny dolnej. Unieruchomiono prawą kończynę za pomocą szyny gipsowej i dokonano repozycji stawu łokciowego lewego na bloku operacyjnym w znieczuleniu ogólnym. Następnie unieruchomiono nastawioną kończynę szyną ramienną gipsową typu U, obejmującą ramię od stawu ramiennego, łokieć, nadgarstek, do stawów śródrečno-paliczkowych. Zlecono przeprowadzenie kontrolnego badania Rtg.

Około godziny 20.00 w dniu zabiegu wystąpiły u powoda dolegliwości ze strony kończyny dolnej lewej. Powód zgłaszał oziębienie kończyny, drętwienie goleni i ból stopy. Przeprowadzono badanie fizykalne, które wykazało brak tętna na kończynie, poza zachowanym tętnem na tętnicy udowej w pachwinie, zachowaną prawidłową ruchomość stopy i palców, zachowane czucie powierzchowne i głębokie oraz spowolnioną grę włóściczkową. Wykonane badanie tomograficzne tętnic kończyny wykazało niedrożny odcinek lewej tętnicy podkolanowej na długości 129 mm, dalszy odcinek na długości 94 mm tętnicy zakontrastowany wraz z tętnicami podziału z widocznymi początkowymi odcinkami tętnic piszczelowej przedniej, tylnej i strzałkowej. Nie stwierdzono zakontrastowania dalszych odcinków tętnic goleni. Konsultujący chirurg naczyniowy zalecił F. 1 ml 2 x dziennie lub C. 100 2 x dziennie. Powód został przeniesiony do Oddziału (...) (...) W dniu 17 maja 2015 roku o godzinie 9.30 po podpisaniu zgody na zabieg, został poddany operacji udrożnienia tętnic kończyny dolnej lewej.

W przebiegu zabiegu cięciem na powierzchni przyśrodkowej uda lewego dotarto do tętnicy udowej, zabezpieczono je podciągami, podano 5000 jednostek (...) i wykonano nacięcie tętnicy. Napływ krwi był prawidłowy (napływ krwi od strony serca), wypływ wsteczny (z obwodu kończyny) nieobecny. Cewnikiem Fogarthego wydobyto dużą ilość skrzeplin zorganizowanych nie uzyskując satysfakcjonującego wypływu wstecznego. Wykonano śródoperacyjną diagnostykę radiologiczną i stwierdzono, że tętnica podkolanowa została udrożniona, bez cech przesunięcia przyśrodkowo (bez radiologicznych cech usidlenia). Pień piszczelowo – strzałkowy i tętnica piszczelowa przednia były niedrożne. Podano kolejną dawkę 1000 jednostek (...) i z kolejnego cięcia na przyśrodkowej powierzchni goleni odsłonięto tętnicę podkolanową z jej podziałem. Pod kontrolą wzroku i palpacyjną zacewnikowano tętnicę piszczelową tylną i wydobyto niewielką ilość skrzeplin. Tętnicę piszczelową przednią zrewidowano cewnikiem Fogarthego nie uzyskując materiału zakrzepowego lub zatorowego. Uzyskano natomiast poprawę wypływu wstecznego. W kolejnym badaniu angiograficznym stwierdzono zakontrastowanie całej tętnicy piszczelowej tylnej wraz z tętnicą podeszwową stopy. Nie zakontrastowała się tętnica piszczelowa przednia i strzałkowa. Widoczne było niewielkie (do 50%) przewężenie tętnicy piszczelowej przedniej. Podobne przewężenia widoczne były w tętnicy podkolanowej i piszczelowej tylnej. W embolektomii tętnicy podkolanowej i piszczelowej tylnej prawdopodobnie zmiany o charakterze skurczu tętnicy. Tętnicę zamknięto szwem ciągłym P. 6,0. Po zabiegu stwierdzono tętno na tętnicy piszczelowej tylnej poza kostką przyśrodkową. Nie stwierdzono stężenia mięśni i innych przesłanek zespołu ciasnoty. W przebiegu pooperacyjnym od 17 do 19 maja 2015 roku stan chorego odnotowywano w karcie obserwacyjnej oceniając parametry życiowe co 2 godziny. Zlecono antybiotykoterapię (F. 1 ml 2 x dziennie, D. 40 tys). W obserwacjach odnotowano obecność tętna na tętnicy piszczelowej tylnej.

Po zakończeniu operacji około godziny 15.45 powód zgłosił oziębienie lewej ręki, która miała być też sina. W badaniu oglądaniem i dotykiem stwierdzono mierne przekrwienie, po rozcięciu nieco za ściśle założonego unieruchomienia prawidłowe tętno na tętnicy promieniowej i trudniej wyczuwalne na łokciowej, analogicznie po stronie przeciwnej. Następnie pacjent zgłosił, że niepokoi się nieprawidłowym położeniem szyny na prawej kończynie górnej, która to szyna w jego opinii uległa destabilizacji.

Powód został skonsultowany przez lekarza ortopedę, który stwierdził złamanie szyjki i głowy kości promieniowej prawej oraz stan po repozycji zwichnięcia lewego stawu łokciowego, złamanie szczytu wyrostka dziobiastego. W wykonanym CT stawu łokciowego stwierdzono: ustawienie prawidłowe, chory w longetach gipsowych ramienno-promieniowych, obie ręce prawidłowo ucieplone, czucie, ruch palców prawidłowe. Przecięto wzdłużnie gips ponad łokciem L i dowinięto bandażem. Zalecono utrzymanie unieruchomienia do 2-3 tygodni oraz ponowną konsultację ortopedy przed wypisem do domu.

W dniu 21 maja 2015 roku o godzinie 11.37 w karcie codziennej obserwacji chorego wpisano, że w godzinach nocnych pacjent w nieznanych okolicznościach doznał prawdopodobnie ponownego urazu lewej kończyny górnej i wystąpiła destabilizacja złamania. W dalszym opisie stwierdzono, że pacjenta konsultowano ortopedycznie, wykonano nastawienie i stabilizację.

Przyczyną ponownego zwichnięcia lewego stawu łokciowego był rodzaj urazu, tj. niestabilne zwichnięcie stawu łokciowego. W części mogło mieć wpływ na to nieprawidłowe unieruchomienie kończyny opatrunkiem gipsowym (powinien obejmować całą górną kończynę i być tylko przecięty, aby uniknąć powikłań naczyniowo-nerwowych).

W dniu 22 maja 2015 roku powód zgłosił się do SOR (...) Szpitala Zespołowego w K.. Zgłaszał parezję ze strony nerwu łokciowego prawej kończyny. W badaniu stwierdzono, że kończyna unieruchomiona w szynie ramiennej, czucie, ucieplenie, ruchomość palców zachowane, prawidłowe. Parezję z zakresu palców IV i V. Powód miał wykonane badanie USG doppler tt kończyny górnej prawej, w której stwierdzono prawidłowy przepływ w tętnicach głębokich i powierzchownych. W RTG łokcia prawego stwierdzono brak cech dyslokacji w stosunku do zdjęć poprzednich. Zalecono utrzymywanie unieruchomienia przez 7-10 dni oraz po tym okresie kontrolę w (...) i ewentualne ruchowe usprawnianie kończyny. W razie dolegliwości zalecono kontrolę wcześniej.

A. M. wypisano do dalszego leczenia ambulatoryjnego w dniu 4 czerwca 2015 roku z zaleceniami stosowania C. 80 1 x dziennie, A. 1 x dziennie.

W dniu 11 czerwca 2015 roku powód miał wykonane badanie tomografii komputerowej lewego stawu łokciowego. W opisie stwierdzono: badanie w opatrunku gipsowym, stan po zwichnięciu łokcia z oderwaniem wyrostka dziobiastego kości łokciowej, brak zrostu odłamów kostnych. W części grzbietowej stawu łokciowego na poziomie torebki stawowej widoczne są liczne zwapnienia, prawdopodobnie po uszkodzeniu aparatu więzadłowego. Wykonano rekonstrukcje w trzech płaszczyznach i 3D.

Z uwagi na brak zrostów w uszkodzonej kończynie powoda zapisano na wizytę w (...) za około trzy miesiące. W związku z odległym terminem wizyty powód zgłosił się do kliniki (...) w P.. Po konsultacji i wstępnych badaniach USG oraz TK zakwalifikowano go do zabiegu, który wykonano w dniu 30 czerwca 2015 roku. Polegał on na artroskopowym uwolnieniu lewego stawu łokciowego oraz stabilizacji wyrostka dziobiastego śrubą (...). W rozpoznaniu potwierdzono: złamanie wyrostka dziobiastego lewego łokcia.

W dniu 16 listopada 2015 roku powód miał wykonane badanie USG. W opisie stwierdzono: elementy kostne: stan po stabilizacji złamania wyrostka dziobiastego, początkowe zmiany wytwórczo-zwyrodnieniowe w przedziale tylnoprzysiodkowym i tylnobocznym, staw bez wysięku, w zachyłku tylnobocznym 7 kostnych ciał wolnych, niektóre częściowo związane z torebką, aparat więzadłowy prawidłowy (...) nie do oceny), przyczepy mięśniowe prawidłowe.

W dniu 24 listopada 2015 roku powód był ponownie operowany w (...). Wykonano artroskopową artrodezę stawu łokciowego, usunięcie ciał wolnych. W rozpoznaniu potwierdzono: wygojone złamanie wyrostka dziobiastego, ciała wolne przedziału tylnobocznego łokcia. Za obie operacje przeprowadzone w wymienionej klinice powód zapłacił łącznie 12.000 zł. Poniósł nadto koszt wykonanych tam badań oraz koniecznych środków medycznych w kwocie 1.110 zł (TK stawu łokciowego 320 zł, konsultacja ortopedyczna 220 zł, konsultacja ortopedyczna i badanie RTG stawu łokciowego 310 zł, stabilizator stawu łokciowego 60 zł, badanie USG 200 zł).

W dniu 11 stycznia 2018 roku powoda ponownie przyjęto do Kliniki (...) w K. z powodu ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej. Wykonano angi TK tętnic dolnych, które wykazało brak zakontrastowania tętnic kończyny dolnej lewej od poziomu kanału przywodzicieli (tętnicy podkolanowej z jej odgałęzieniami). Powód został zakwalifikowany do zabiegu, który rozpoczęto próbą endowaskularnego udrożnienia tętnic. Nie powiodła się próba instrumentalnego udrożnienia tętnicy podkolanowej, w związku z czym przystąpiono do zabiegu otwartego. Odsłonięto tętnicę podkolanową i stwierdzono stare rozwarstwienie obejmujące całą tętnicę podkolanową i wypełniającą ją skrzeplinę. Skrzeplinę usunięto uzyskując wypływ wsteczny z pnia piszczelowo-strzałkowego. Odsłonięto tętnicę piszczelową tylną na poziomie kostki przyśrodkowej i zacewnikowano ją cewnikiem F., który udało się wprowadzić do wysokości 1/2 goleni. Pobrano żyłę odpiszczelową i wykonano przeszczep pomiędzy odciętą tętnicą udową, a odciętym podziałem tętnicy podkolanowej. Uzyskano przepływ tętniący poniżej wykonanego zespolenia. Bezpośrednio po zabieg wykonano angi TK i stwierdzono drożną wstawkę żylną, drożną tętnicę strzałkową do wysokości 1/3 bliższej goleni i drożną obwodową 1/2 tętnicy piszczelowej tylnej.

W rozpoznaniu pooperacyjnym stwierdzono zakrzepicę tętnicy podkolanowej i tętnic goleni, niedrożność tętnicy piszczelowej przedniej, proksymalnego odcinka tętnicy piszczelowej tylnej i dystalnego odcinka tętnicy strzałkowej. Po zabiegu wykonano rozległą czteroprzędziową fasciotomię. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, powód został wypisany do leczenia ambulatoryjnego 19 stycznia 2018 roku z zaleceniem stosowania P., P. i X. 1 x 15 mg oraz A.. Zalecono również kontrolę w Poradni (...) za 2 tygodnie oraz diagnostykę w kierunku trombofilii.

W dniu 9 maja 2018 roku z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyny dolnej lewej powód był hospitalizowany w Zespole (...) w K. Szpital (...). Zaproponowano powodowi angioplastykę balonową z implantacją stentu. Chory nie wyraził zgody na proponowane leczenie, wypisany został do domu z zaleceniami co do dalszego leczenia zachowawczego.

W zakresie doznanych obrażeń ortopedycznych obecnie powód skarży się na bóle lewego łokcia. W przypadku prawego łokcia obrysy są prawidłowe, staw łokciowy stabilny, ruchy bierne i czynne niebolesne, zgięcie 120o, wyprost pełny z przerostem, supinacja przedramienia 70o, pronacja przedramienia 70o. Ukrwienie i unerwienie na obwodzie zachowane. W przypadku lewego łokcia obrysy również są prawidłowe, występuje wygojona blizna pooperacyjna w dole łokciowym oraz punktowa blizna po stronie tylnobocznej łokcia. Ruchy bierne i czynne są bezbolesne, zgięcie 120o, deficyt wyprost 10o, supinacja przedramienia 80o, pronacja przedramienia 80o.

Doznane urazy obu łokci spowodowały u powoda wystąpienie silnych dolegliwości bólowych bezpośrednio po urazie. Zabiegi nastawienia zwichnięcia naraziły powoda na dodatkowy ból spowodowany samym faktem przeprowadzenia zabiegu i związane z tym niedogodności. Objawy cierpienia łagodziły unieruchomienie w opatrunkach gipsowych oraz leki przeciwbólowe. Dolegliwości po tego typu urazach utrzymują się przez kilka-kilkanaście miesięcy. W związku z przebyłym urazem u powoda pojawiły się ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego takich jak sprzątanie, dźwiganie i przenoszenie przedmiotów oraz trudności z samoobsługą, w tym także w zakresie higieny osobistej, przez okres około dwóch miesięcy od urazu przez średnio 3 godziny dziennie. Powód korzystał w tym zakresie z pomocy swojej matki, a później narzeczonej.

Stopień procentowego uszczerbku na zdrowiu, w oparciu o tabele ZUS (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002r) wynosi w sumie 13%, w tym za łokieć prawy 7% i za łokieć lewy 6%. Po stronie prawej trwałym następstwem przebytego urazu jest przede wszystkim utrwalone ograniczenie pronacji i supinacji przedramienia do 70o. Po stronie lewej trwałym następstwem urazu jest ograniczenie prawidłowego zakresu ruchomości łokcia. Ponadto po tego typu urazach powód może okresowo odczuwać dolegliwości bólowe stawów łokciowych, pojawiające się po ich przeciążeniu. Nie można także wykluczyć, że w przyszłości pojawią się pourazowe zmiany zwyrodnieniowe w stawach łokciowych.

W zakresie doznanego przez powoda niedokrwienia kończyny dolnej lewej powód ma 15 % stałego uszczerbku na zdrowiu, który może być zwiększony w zależności od postępu niedokrwienia tej kończyny. Obecnie chodzi podpierając się laską. Może pokonać jednorazowo, bez odpoczynku 20 – 30 m. Nie stosuje farmakoterapii. Lewa stopa powoda

jest o zabarwieniu czerwono-sinym. Ma blizny pooperacyjne: w pachwinie 5 cm, w przyśrodkowej powierzchni uda 15 cm, w tylnej powierzchni uda 35 cm, szeroka, zasiniona blizna. W okolicy przyśrodkowej kolana blizna pooperacyjna 10 cm i w okolicy kostki przyśrodkowej 10 cm. Tętno wyczuwalne jest jedynie w pachwinie na tętnicy udowej oraz jego śladem na tętnicy podkolanowej. Tętno na stopie nie jest wyczuwalne. Występuje przeczulica skóry lewej stopy i zaburzenia czucia na przednio - bocznej powierzchni goleni oraz opadanie lewej stopy.

Ból jaki powód odczuwał podczas niedokrwienia mógł być bardzo duży. W miarę trwania niedokrwienia dolegliwości ulegają zmniejszeniu w związku z niedokrwieniem zakończeń czuciowych i samych nerwów. Powód nie powróci do zdrowia. Nie ma możliwości udroźnienia zatkanych tętnic i nie ma możliwości wykonania przeszczepów omijających. Wykonane 2 grudnia 2020 roku angiTK wykazuje postępujące zmiany niedokrwienne prawej kończyny dolnej (zdrowej) i zmiany miażdżycowe w tętnicy udowej wspólnej oraz brak przepływu w tętnicy udowej powierzchownej w kończynie operowanej. Natomiast śladowe przepływy w tętnicy podkolanowej i fragmentaryczne przepływy w tętnicach goleni istnieją dzięki wytworzonemu krążeniu obocznego z tętnicy głębokiej uda. Na istniejące schorzenie nałożyła się miażdżycza tętnic, przez co niedokrwienie postępuje.

Podczas pobytu powoda na SOR a następnie w Oddziale (...) (...) (...) Szpitala Zespołowego w K. zostały postawione prawidłowe rozpoznania i wdrożono leczenie zgodnie z obowiązującymi standardami. Repozycja zwichniętego stawu łokciowego została wykonana prawidłowo. Kończyna została unieruchomiona w opatrunku gipsowym. Ponieważ zwichnięciu stawu łokciowego towarzyszyło złamanie wyrostka dziobiastego kości łokciowej zasadne było wykonanie tomografii komputerowej w dalszym etapie leczenia celem pogłębienia diagnostyki. Współistniejące złamanie wyrostka dziobiastego powodowało, że zwichnięcie stawu łokciowego mogło być niestabilne i wymagało unieruchomienia w opatrunku gipsowym z jednej strony dość ścisłym, ale jednocześnie przeciętym w celu zabezpieczenia przed zaburzeniami ukrwienia i unerwienia kończyny. Zaopatrzenie powoda bezpośrednio po repozycji w łuskę gipsową nie było prawidłowe, nie pozwalało, bowiem na pełne zabezpieczenie przed ewentualnym ponownym zwichnięciem stawu łokciowego. Tego typu unieruchomienie mogło przyczynić się do ponownego zwichnięcia stawu łokciowego. Główną przyczyną zwichnięcia była jednak morfologia urazu, czyli zwichnięcie ze złamaniem wyrostka dziobiastego kości łokciowej, co skutkowało niestabilnością łokcia. Nawet prawidłowy opatrunek gipsowy nie zawsze daje w takim przypadku gwarancję utrzymania repozycji.

Z powodu wystąpienia ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej i konieczności pilnego leczenia w tym zakresie, badanie tomografii zostało wykonane w dniu 17 maja 2015 roku, co było postępowaniem prawidłowym i nawet gdyby u powoda nie wystąpiły zaburzenia naczyniowe to czas wykonania tomografii komputerowej był właściwy. Badanie to potwierdziło repozycję zwichnięcia oraz złamanie wierzchołka wyrostka łokciowego. Innych zmian pourazowych lewego stawu łokciowego nie stwierdzono. Rozpoznane złamanie szczytu (wierzchołka) wyrostka dziobiastego nie wymagało bezwzględnie leczenia operacyjnego, z uwagi na morfologię złamania mogło przyczynić się jednak do uzyskania pełnej stabilności w stawie łokciowym. Stwarzało także warunki do uzyskania większego zakresu ruchomości łokcia. Zabieg operacyjny, któremu powód został poddany w klinice (...) w P.. był uzasadniony. W zakresie prawego łokcia, rozpoznano u powoda złamanie głowy i szyjki kości promieniowej bez istotnego przemieszczenia. Złamania tego typu leczone są unieruchomieniem w szynie gipsowej, nie jest konieczne zakładanie pełnego gipsu. Leczenie z powodu epizodu ponownego zwichnięcia nie zostało wydłużone. Gdyby nie doszło do ponownego zwichnięcia i powód kontynuowałby leczenie nieoperacyjne w opatrunku gipsowym to czas unieruchomienia byłby tak samo długi. Sposób leczenia i konieczność ponownej repozycji nie wpłynęły na wydłużenie okresu sprawowanej opieki, a dolegliwości bólowe i cierpienie związane były z doznanymi urazami.

Postępowanie personelu szpitala dotyczące diagnostyki i leczenia urazu naczyniowego było prawidłowe. Reakcją na dolegliwości bólowe lewej kończyny dolnej zgłaszane przez chorego w godzinach nocnych było wykonanie pełnej diagnostyki naczyniowej w postaci badania tomografii komputerowej z podaniem kontrastu naczyniowego oraz niezwłoczna konsultacja chirurga naczyniowego ze wstępną kwalifikacją do leczenia operacyjnego w godzinach porannych. Zabieg operacyjny został wykonany w godzinach porannych i doprowadził do przywrócenia ukrwienia w kończynie. Zabieg operacyjny został wykonany w odpowiednim czasie. Ze względu na brak objawów tzw. pełnego ostrego niedokrwienia kończyny nie było konieczności wykonania zabiegu w trybie pilnym dyżurowym. Nie doszło do

utruty ruchów, czucia powierzchownego, głębokiego, bolesności i stwardnienia mięśni goleni co usprawiedliwiałoby operację natychmiastową. Niedokrwienie manifestowało się oziębieniem kończyny i parestezjami co pozwalało na bezpieczne odroczenie tej skomplikowanej operacji do rana. Diagnostyka i leczenie zostały przeprowadzone bez zbędnej zwłoki, wdrożone procedury diagnostyczne i operacyjne były prawidłowe. Leczenie farmakologiczne było również prawidłowe i obejmowało podawanie antybiotyku, leków przeciwzakrzepowych i przeciwbólowych. Dolegliwości bólowe jakich doznawał powód nie miały związku z nieprawidłowościami w procesie diagnostyczno-terapeutycznym a były normalnym następstwem wypadku, któremu uległ. Długotrwały uszczerbek na zdrowiu, który wystąpił nie jest związany z nieprawidłowościami w procesie diagnostyczno - terapeutycznym a jest następstwem wypadku i rozległego stłuczenia tętnicy podkolanowej i tętnic lewej goleni.

Powód w chwili wypadku miał (...) lata. Był osobą aktywną fizycznie, lubił w szczególności wycieczki piesze po górach. Obecnie nie wykonuje żadnych aktywności poza zleconymi rehabilitacjami. Pracuje w firmie projektowej jako specjalista do spraw BHP, jest także Prezesem Spółki, która prowadzi aptekę i drogerię. Po wypadku przez okres sześciu miesięcy przebywał na zwolnieniu lekarskim. Po drugiej operacji nogi cierpiał na obniżony nastrój, z uwagi na złe rokowania co do wyzdrowienia. Korzystał wówczas z pomocy psychologa przez około pół roku. Od tamtej pory nie leczy się psychologicznie ani psychiatrycznie.

Na podstawie wyroku Sądu Rejonowego w K. z dnia 29 maja 2020 roku powód został zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności na stałe z powodu zaburzeń narządu ruchu i ograniczenia sprawności fizycznej.

Pismem z dnia 22 marca 2018 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty odszkodowania w wysokości 113.240 zł do dnia 30 kwietnia 2018 roku. Pismem z dnia 3 kwietnia 2018 roku pozwany nie uznał zasadności kierowanego roszczenia, zarówno co do wysokości jak i co do zasady.

Ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o dowody z dokumentów, które uznał za wiarygodne, albowiem ich autentyczność nie była kwestionowana przez strony i nie wzbudziły one wątpliwości Sądu. Poczyniono na ich podstawie ustalenia faktyczne stosownie do dyspozycji art. 244 i 245 k.p.c., przy czym – z uwagi na specyfikę tej sprawy – obszerna i specjalistyczna dokumentacja medyczna była przedmiotem analizy biegłych opiniujących w sprawie z zakresu ortopedii i chirurgii naczyniowej. Po analizie sporządzonych opinii Sąd Okręgowy podzielił wnioski zawarte w opinii biegłego z zakresu chirurgii urazowo - ortopedycznej P. R. oraz biegłych z zakresu chirurgii naczyniowej P. J. i A. K. (1). Powyższe opinie są rzetelne i w pełni udzielają odpowiedzi na pytania Sądu i stron. Z opinii biegłego P. R. wynika, że jedynym zaniedbaniem ze strony personelu medycznego pozwanego szpitala było zaopatrzenie powoda bezpośrednio po repozycji w łuskę gipsową, co nie pozwalało na pełne zabezpieczenie przed ewentualnym ponownym zwichnięciem stawu łokciowego. Tego typu unieruchomienie mogło przyczynić się do ponownego zwichnięcia stawu łokciowego. Biegły podkreślił jednak, iż główną przyczyną zwichnięcia była morfologia urazu, czyli zwichnięcie ze złamaniem wyrostka dziobiastego kości łokciowej, co skutkowało niestabilnością łokcia. Nawet prawidłowy opatrunek gipsowy nie zawsze daje w takim przypadku gwarancję utrzymania repozycji. Uzasadniony jakkolwiek nie bezwzględnie konieczny był także zabieg operacyjny polegający na artroskopowym uwolnieniu lewego stawu łokciowego oraz stabilizacji wyrostka dziobiastego, a następnie artroskopowa artrodeza stawu łokciowego. Z opinii biegłych z zakresu chirurgii naczyniowej wynika jednoznacznie, że brak jest podstaw do stwierdzenia, aby doszło do zaniedbania lub błędu w sztuce lekarskiej w zakresie diagnostyki i leczenia urazu naczyniowego. Wiedza biegłych sporządzających opinię nie budzi przy tym wątpliwości. Sąd I instancji podzielił wnioski zawarte w powyższych opiniach mając na uwadze wysoki poziom pisemnych wypowiedzi, a także z uwagi na fakt, iż opinie te są logiczne, wnioski są kategoryczne i umotywowane w sposób dający możliwość prześledzenia ostatecznej konkluzji. Biegli przeprowadzili szczegółową analizę wszelkich czynności medycznych podjętych przez placówkę zdrowia. Sporządzone opinie są zupełne, komunikatywne oraz wnikliwie uzasadnione. W opiniach uzupełniających biegli odnieśli się do wszystkich zarzutów podniesionych przez stronę powodową w sposób przekonujący. Opinie sporządzone przez niezależnych biegłych z zakresu chirurgii naczyniowej zawierają analogiczne wnioski. Dowody z osobowych środków dowodowych Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne i ustalił na ich podstawie fakty, co do których zeznania przywoływanych osób są ze sobą zgodne i tworzą spójną, logiczną całość z pozostałym materiałem dowodowym, przy czym dokonując oceny wiarygodności relacji powoda i świadków M. M. i A. S., Sąd miał na uwadze

okoliczność, że nie posiadają one wiedzy medycznej i mogli przedstawić jedynie swoje subiektywne odczucia dotyczące przebiegu procesu leczenia powoda i prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanej jednostki.

W tak ustalonym stanie faktycznym, w ocenie Sądu Okręgowego powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w nieznaczej części.

Zgodnie z przepisem art. 430 k.c. placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza, jako podwładnego, jeżeli działanie lub zaniechanie lekarza będzie zawinione. Placówka medyczna ponosi więc odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona na zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny. Placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem każdego członka personelu medycznego jest dołożenie należytej staranności w procesie leczenia pacjenta. Przesłankami pozytywnymi odpowiedzialności zwierzchnika są: powierzenie wykonania czynności na jego rachunek osobie podlegającej jego kierownictwu, zawinione zachowanie podwładnego, szkoda osoby trzeciej wynikająca z działania osoby podlegającej kierownictwu, związek przyczynowy między zachowaniem powierzającego a szkodą. Przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U 2018.617 j.t.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Przepis art. 37 wymienionej ustawy stanowi zaś, że w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.

Sąd Okręgowy podkreślił, iż w tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny (wyrok SN z dnia 17 października 2007r., sygn. II CSK 285/07). W sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest – ze względu na właściwość wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być - gdy chodzi o zdrowie ludzkie- absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne (wyrok SN z dnia 22 lutego 2012r., sygn. IV CSK 245/11) Orzecznictwo jednoznacznie wskazuje, że w przypadku procesów lekarskich z tytułu błędu w sztuce lekarskiej wystarczy wykazanie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem sprawcy) a powstałą szkodą (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 października 2017 r., sygn. I ACa 395/17, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r., sygn. I ACa 360/16, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 września 2017 r., sygn. I ACa 1073/15).

Na gruncie art. 430 k.c., do przyjęcia winy osoby wskazanej w powołanym przepisie, nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego - wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., sygn. akt II CR 140/75, LexPolonica nr 319680). Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa lub też - w stosunku do lekarza - naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie

obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania lub występował zakaz zaniechania. Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Ten, kto świadczy usługi lekarskie odpowiada cywilnie za fachowy aspekt swego postępowania.

Istotą odpowiedzialności szpitala było ustalenie przez Sąd I instancji, czy wyrządzenie szkody nastąpiło "przy wykonywaniu", nie zaś "przy okazji wykonywania czynności", a w szczególności, że między powierzeniem czynności a działaniem, na skutek którego powstała szkoda, zachodzi związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., ograniczający się do następstw normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań.

Personel medyczny (lekarz) odpowiada na zasadzie winy (art. 415 k.c.), którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny dotyczy naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii (błąd lekarski), natomiast element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej.

Odpowiedzialność lekarza powstanie w wypadku „błędu w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, tj. polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. W literaturze prawniczej zwraca się uwagę, iż niewłaściwe wykonanie zabiegu lekarskiego jest zawsze bezprawne.

Związek przyczynowy jest kategorią obiektywną i należy go pojmować jako obiektywne powiązane ze sobą zjawiska nazwanego „przyczyną” ze zjawiskiem określonym jako „skutek”. Ustawodawca wprowadzając w art. 361 § 1 k.c. dla potrzeb odpowiedzialności cywilnej ograniczenie odpowiedzialności tylko za normalne (typowe, występujące zazwyczaj) następstwa działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła, nie wprowadza pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym, odmiennego od istniejącego w rzeczywistości. Ogranicza tylko odpowiedzialność do wskazanych w przepisie normalnych (adekwatnych) następstw. Przepis art. 361 § 1 k.c. pozwala na przyjęcie odpowiedzialności sprawcy szkody na podstawie art. 415 k.c. tylko za typowe, a więc normalne skutki jego zawinionych (bezpprawnych) zachowań, a nie za wszelkie możliwe ich następstwa, które w ciągu zdarzeń dają się nawet połączyć w jeden łańcuch przyczynowo-skutkowy. Za adekwatne, typowe następstwo określonego zachowania można więc uznać występowanie tylko takiego skutku, który daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, a więc takiego, który - przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego - jest charakterystyczny dla danej przyczyny, jako normalny rezultat określonego zachowania, w tym także zawinionego deliktu.

W niniejszej sprawie dla przypisania na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego za szkodę powstałą u powoda konieczne było wykazanie bezprawności działania lub zaniechania, winy podwładnego (personelu medycznego pozwanego Szpitala) oraz istnienie związku przyczynowego pomiędzy wykazanim zaniechaniem a szkodą w postaci uszczerbku na zdrowiu.

W ocenie Sądu Okręgowego, biorąc pod uwagę zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nieuzasadnione jest twierdzenie strony powodowej, że personel medyczny pozwanego szpitala nie wykonał z należytą starannością swoich obowiązków w zakresie leczenia urazu naczyniowego. Materiał dowodowy nie daje bowiem podstaw do stwierdzenia, aby doszło do błędu w sztuce lekarskiej w powyższym zakresie, czyli podjęcia czynności lub zaniechania lekarza, niezgodnego z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Z opinii sporządzonych przez biegłych z zakresu chirurgii naczyniowej wynika jednoznacznie, że brak jest podstaw do stwierdzenia, aby doszło do zaniechania lub błędu w sztuce lekarskiej w zakresie diagnostyki i leczenia urazu naczyniowego. Jedynie w przypadku urazu kończyny górnej lewej nieprawidłowe było zaopatrzenie powoda bezpośrednio po repozycji w łuskę gipsową.

W oparciu o analizę dokumentacji medycznej, biegły ortopeda uznał, iż leczenie powoda nie było w pełni poprawne w zakresie zaopatrzenia powoda, bezpośrednio po repozycji w łuskę gipsową. Z uwagi na złamanie wyrostka dziobiastego

kości łokciowej i związanej z tym potencjalną niestabilność łokcia (na tym etapie leczenia nie było jeszcze wykonanej tomografii komputerowej) zastosowane unieruchomienie, nie pozwalało na pełne zabezpieczenie przed ewentualnym ponownym zwichnięciem stawu łokciowego. W ocenie biegłego powód powinien mieć unieruchomioną kończynę w pełnym, przeciętym wzdłużnie gipsie. Oświadczenie lekarza R. W. potwierdza, że unieruchomienie gipsowe było niepełne, w formie szyny typu U, co w ocenie biegłego nie było wystarczające dla pełnego ustabilizowania łokcia po wykonanej repozycji. Dodatkowo opatrunek gipsowy nie unieruchamiał całego ramienia (nie sięgał do pachy) tylko około 1/2 ramienia, co także wpływało na brak pełnej stabilizacji łokcia. Zostało to udokumentowane na zdjęciu radiologicznym z dnia 16 maja 2015 roku, które uwidacznia niewystarczające (zbyt krótkie) unieruchomienia w zakresie ramienia. Tego typu unieruchomienie mogło przyczynić się do ponownego zwichnięcia stawu łokciowego. Okoliczność powyższa jest jedynym możliwym błędem jakiego dopuścił się personel pozwanego szpitala, a który mógł wpłynąć na ponowne zwichnięcie kończyny. Jednakże biegły podkreślił i podtrzymał swoje stanowisko w opiniach uzupełniających, iż główną przyczyną zwichnięcia była morfologia urazu, czyli zwichnięcie ze złamaniem mostka dziobiastego kości łokciowej. Skutkowało to niestabilnością łokcia. Dlatego też w celu utrzymania prawidłowej repozycji, pełny opatrunek gipsowy mógłby zabezpieczyć przed ponownym zwichnięciem. Biegły stwierdził przy tym, że w takim przypadku nawet prawidłowo założony opatrunek gipsowy nie zawsze daje gwarancję utrzymania repozycji, w przypadku niestabilnego zwichnięcia. Leczenie powoda zostało powikłane ponownym epizodem zwichnięcia, do którego mogło przyczynić się nieprawidłowe unieruchomienie kończyny. Leczenie z tego powodu jednak nie zostało wydłużone, natomiast wymagało przeprowadzenia zabiegu ponownej repozycji stawu łokciowego. Gdyby nie doszło do ponownego zwichnięcia i powód kontynuowałby leczenie nieoperacyjne w opatrunku gipsowym to czas unieruchomienia byłby tak samo długi. Sposób leczenia oraz konieczność ponownej repozycji łokcia nie wpłynął też na wydłużenie sprawowania opieki przez osoby drugie.

W dalszym etapie leczenia, po wykonaniu tomografii komputerowej należało rozważyć wskazania do leczenia operacyjnego i przedstawić powodowi oba sposoby leczenia, czyli leczenie w opatrunku gipsowym oraz leczenie operacyjne. Leczenie operacyjne nie było bezwzględnie konieczne, jednak z uwagi na morfologię złamanego wyrostka dziobiastego mogło przyczynić się do uzyskania pełnej stabilności w stawie łokciowym. Stwarzało także warunki do uzyskania większego zakresu ruchomości łokcia.

Jak wskazał dalej Sąd Okręgowy, w ocenie biegłego pacjent powinien mieć możliwość wyboru sposobu leczenia, ze wskazaniem przez zespół leczący na korzyści wynikające z leczenia operacyjnego, ale oczywiście ze świadomością zagrożeń jakie powoduje każde leczenie operacyjne.

Leczenie w zakresie urazu prawego stawu łokciowego prowadzone było prawidłowo. Analiza dokumentacji obrazowej w pełni uzasadnia podjęcie decyzji o leczeniu nieoperacyjnym złamania głowy i szyjki kości promieniowej prawej.

Zdaniem biegłych z dziedziny chirurgii naczyniowej postępowanie personelu pozwanego szpitala odnośnie ostrego niedokrwienia kończyny było prawidłowe, zastosowana diagnostyka i leczenie przeprowadzone było właściwie i w odpowiednim czasie. Dowodem tego było badanie kliniczne przeprowadzone przez chirurga naczyniowego, który stwierdził, że zachowane były ruchy stopą i palcami, zachowane było czucie powierzchowne i głębokie. Opis zabiegu trombektomii (usunięcia skrzeplin) również stanowi dowód, że zabieg wykonany był w odpowiednim czasie. Stwierdzono, że nie ma stężenia mięśni i nie ma cech ciasnoty powięziowej. Wszystkie wymienione objawy stwierdzone podczas badania i po wykonanej operacji świadczą o wykonaniu zabiegu w optymalnym czasie. Biegli wskazali, iż nie można było w przedmiotowym wypadku uniknąć powstania skrzepliny w niedrożnym naczyniu krwionośnym, gdyż ustał przepływ krwi i był uszkodzony śródbłonek naczynia. Spełnione były, zatem elementy z triady V., które mówi, że powstania skrzepliny w naczyniu krwionośnym musi być spełniony jeden trzech warunków: uszkodzenie śródbłonka naczynia, zwolnienie przepływu krwi i zaburzenia w składzie chemicznym krwi. U powoda spełnione były dwa warunki: uszkodzenie śródbłonka i zatrzymania przepływu krwi.

W ocenie biegłych konsekwencje na przyszłość co do wyzdrowienia kończyn dolnych są pesymistyczne. Na uraz tętnicy podkolanowej i jej następstwa, zdaniem biegłych nałożyła się dodatkowo miażdżycza tętnic, przez co niedokrwienie u powoda postępuje.

Sąd I instancji wskazał, że pomimo zarzutów wobec opinii biegłych co do czasookresu, w jakim powoda poddano operacji, a zgłoszenia przez niego dolegliwości, biegli zgodnie stwierdzili, iż działanie terapeutyczne przeprowadzone przez pozwanego w tym zakresie zostało w optymalnym czasie. W przypadku powoda można było stwierdzić powstanie ostrego niedokrwienia, ale bez możliwości stwierdzenia przyczyny powstałego niedokrwienia (powód nie skarżył się na stłuczenie kończyn). Stwierdzenie odwarstwienia możliwe, jest bowiem po otwarciu naczynia tętniczego, szczególnie naczynia kalibru tętnicy podkolanowej. W tym przypadku stwierdzono jedynie niedrożność tętnicy podkolanowej bez możliwości określenia jej przyczyny. Dodatkowo biegły A. K. (1) wyjaśnił, że wcześniejsze wykonanie zabiegu nie ustrzegłoby powoda przed następstwami w postaci przewlekłego niedokrwienia kończyny. Powód w chwili przyjęcia do oddziału nie zgłaszał dolegliwości ze strony kończyny dolnej. Nie doznał bezpośredniego urazu tej kończyny. Po wykonanych operacjach ortopedycznych wystąpiły cechy niedokrwienia kończyny dolnej, które wymagało wykonania diagnostyki i obserwacji. Często w przebiegu podobnego urazu (powodowanego prawdopodobnie uciskiem ścięgna lub mięśnia na tętnicę) dochodzi do skurczu tętnicy, który po leczeniu zachowawczym ustępuje. W ocenie biegłego byłoby błędem w tej sytuacji podjęcie decyzji o natychmiastowej operacji, bowiem potrzebny był czas, aby się przekonać, że nie jest to skurcz. Takim postępowaniem powód zostałby narażony na niepotrzebny zabieg, który mógłby być powikłany, ponieważ zawsze z taką ewentualnością należy się liczyć. Tego typu postępowanie byłoby błędem lekarskim. Biegły podkreślił, iż zabiegi udrożnienia tętnic należy wykonać jak najszybciej ale u chorych, u których już w wywiadzie można stwierdzić możliwość wystąpienia przyczyny ostrego niedokrwienia. Są to chorzy starsi, z miażdżycą lub chorobami serca, u których na blaszce miażdżycowej może odłożyć się skrzeplina lub skrzepliny z serca w postaci zatoru przenoszone są do tętnic kończyn. W przypadku powoda nie było wywiadu w kierunku miażdżycy, chorób serca lub urazu kończyny.

Po wykonaniu zabiegu nie stwierdzono cech niedokrwienia kończyny lub skutków przebytego ostrego niedokrwienia. Stwierdzono natomiast przewężenia w tętnicach goleni, które uznano za skurcz tętnicy, a późniejszych etapach leczenia powoda zaproponowano poszerzenie endowaskularnie tętnic, na które powód nie wyraził zgody.

Mając powyższe okoliczności na uwadze, Sąd Okręgowy wskazał, iż jedyną zawinioną okolicznością, której dopuścił się personel pozwanego jest unieruchomienie kończyny górnej powoda nieodpowiednim opatrunkiem gipsowym co mogło, aczkolwiek nie jest to pewne z uwagi morfologię urazu jakiego doznał powód, wpłynąć na kolejne zwichnięcie i konieczność dokonania ponownej repozycji stawu. W tym zakresie Sąd uznał za zasadne przyznanie powodowi za doznane wskutek tego cierpienia kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienie może być przyznane poszkodowanemu w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Zadośćuczynienie ze swej istoty ma zmierzać zasadniczo do poprawienia stanu psychicznego poszkodowanego przez poprawę jego sytuacji majątkowej. Tak pojmowaną rekompensatę może przynieść tylko takie zadośćuczynienie, które jest dostosowane przede wszystkim do zakresu i stopnia natężenia krzywdy doznanej przez poszkodowanego. Wysokość zadośćuczynienia musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, przy uwzględnieniu zakresu następstw uszkodzenia ciała i sytuacji życiowej poszkodowanego. Określając wysokość „odpowiedniej sumy” sąd powinien kierować się celami oraz charakterem zadośćuczynienia i uwzględnić wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej szkody niemajątkowej. Podstawowe znaczenie musi mieć rozmiar doznanej krzywdy, o którym decydują takie czynniki, jak rodzaj uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, ich nieodwracalny charakter polegający zwłaszcza na kalectwie, długotrwałość i przebieg procesu leczenia, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i długotrwałość, wiek poszkodowanego i jego szanse na przyszłość oraz poczucie nieprzydatności społecznej. Nadto przy określaniu wysokości zadośćuczynienia należy mieć na względzie jego kompensacyjny charakter jak i aktualne stosunki majątkowe społeczeństwa. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r. I CSK 384/07, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r. I ACa 1131/05, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2004 r. II CK 131/03, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 2002 r. V CKN 1114/00, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 r. V CKN 909/00, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 lutego 2008 r. III KK 349/07).

Mając na uwadze przytoczone powyżej okoliczności, Sąd Okręgowy uznał, że kwota 10.000 zł tytułu zadośćuczynienia będzie odpowiednia w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. Kwota ta pozwoli na złagodzenie doznanej przez powoda krzywdy związanej wyłącznie z koniecznością ponownego nastawienia i stabilizacji po wystąpieniu destabilizacji złamania. Główną przyczyną zwichnięcia była morfologia urazu, czyli zwichnięcie ze złamaniem mostka dziobiastego kości łokciowej. Sposób leczenia i konieczność ponownej repozycji nie wpłynęły na wydłużenie okresu sprawowanej opieki, a dolegliwości bólowe i cierpienie powoda związane były z doznanymi urazami. W związku z przebyłym urazem u powoda pojawiły się także ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego takich jak sprzątanie, dźwiganie i przenoszenie przedmiotów oraz trudności z samoobsługą.

Odsetki Sąd Okręgowy zasądził od dnia 1 maja 2018 roku, tj. od dnia następnego po dniu wymagalności roszczenia zgodnie z wezwaniem do zapłaty z dnia 22 marca 2018 roku, przyjmując, iż w razie wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia roszczenia o zapłatę odszkodowania (zadośćuczynienia). Zgodnie z art. 455 k.c., w tej bowiem chwili staje się wymagalny obowiązek sprawcy szkody do spełnienia świadczenia odszkodowawczego, który wynika ze stosunku prawnego łączącego sprawcę szkody i poszkodowanego.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Odszkodowanie przewidziane w tym przepisie mieści w sobie wszystkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub z rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe. W orzecznictwie wymienia się przykładowo koszty leczenia w postaci kosztów pobytu w szpitalu, konsultacji u wybitnych specjalistów, dodatkowej pomocy pielęgniarstwa, koszty zakupu lekarstw, specjalistycznego odżywiania się, nabycia protez i innych koniecznych aparatów, takich jak: okulary, wózek inwalidzki, aparat słuchowy, czy koszty zabiegów rehabilitacyjnych.

Sąd Okręgowy uznał za zasadne wobec opinii biegłego ortopedy przyznanie powodowi odszkodowania za wydatki związane z przeprowadzonymi zabiegami operacyjnymi oraz diagnostyką w prywatnej klinice(...) Sp. z o.o. w P. (k. 110-116, 118-120), w kwocie 13.110 zł.

Zabiegi operacyjne w postaci stabilizacji wyrostka łokciowego oraz artroskopowego uwolnienia stawu przyczyniły się do uzyskania dobrego wyniku końcowego leczenia, zatem Sąd I instancji uznał je za celowe. Z opinii biegłego P. R. wynika, że na dalszym etapie leczenia, po wykonaniu tomografii komputerowej należało rozważyć wskazania do leczenia operacyjnego i przedstawić powodowi oba sposoby leczenia, czyli leczenie w opatrunku gipsowym oraz leczenie operacyjne. Leczenie operacyjne nie było bezwzględnie konieczne, jednak z uwagi na morfologię złamanego wyrostka dziobiastego mogło przyczynić się do uzyskania pełnej stabilności w stawie łokciowym. Stwarzało także warunki do uzyskania większego zakresu ruchomości łokcia. Pacjent powinien mieć możliwość wyboru sposobu leczenia, ze wskazaniem przez zespół leczący na korzyści wynikające z leczenia operacyjnego, ale oczywiście ze świadomością zagrożeń jakie powoduje każde leczenie operacyjne. Zabieg operacyjny, któremu powód został poddany w klinice (...) w P. okazał się uzasadniony, a decyzja w tym przedmiocie mogła być podjęta na wcześniejszym etapie leczenia, podczas pobytu powoda w pozwanej jednostce. Na wymienioną kwotę składają się:

- zabieg operacyjny ręki – 6.000 zł (faktura VAT (...) – k. 111),
- konsultacja ortopedyczna – 220 zł x 2 (faktura VAT (...) – k. 112, faktura VAT (...) – k. 118),
- RTG stawu łokciowego – 90 zł (faktura VAT (...) – k. 112),
- artroskopia stawu łokciowego – 6.000 zł (faktura VAT (...) – k. 114),
- badanie USG – 200 zł (faktura VAT (...) – k. 116),
- badanie TK stawu łokciowego – 320 zł (faktura VAT nr (...) – k. 117),

- zegarowy stabilizator stawu łokciowego – 60 zł (faktura VAT nr (...) – k. 120).

Analogicznie jak w przypadku zadośćuczynienia odsetki Sąd Okręgowy zasądził od dnia 1 maja 2018 roku, tj. od dnia następnego po dniu wymagalności roszczenia zgodnie z wezwaniem do zapłaty z dnia 22 marca 2018 roku.

Sąd I instancji nie uwzględnił żądania zasądzenia na rzecz powoda kwoty 130 zł z tytułu kosztów związanych z badaniem usg – doppler naczyń żylnych z uwagi na fakt, iż nie można przypisać personelowi medycznemu pozwanego szpitala działania bądź zaniechania mającego postać błędu lekarskiego w zakresie urazu naczyniowego.

Sąd Okręgowy oddalił żądanie powoda w zakresie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, skoro nie doszło z jego strony do zaniedbań, które skutkowałyby pogorszeniem się jego stanu zdrowia. Okoliczność niedokrwienia kończyny dolnej lewej, a obecnie również prawej nie wynika z niedopatrzienia czy zawinionego działania personelu szpitala (pозwany nie mógł temu zapobiec, ani przewidzieć ewentualności wystąpienia niedokrwienia), zaś urazy stawów łokciowych jakich doznał powód niosą za sobą trwale następstwa w postaci ograniczenia ich ruchomości. Może on nadto odczuwać dolegliwości bólowe, pojawiające się po przeciążeniu stawów, mogą się też pojawić w przyszłości pourazowe zmiany zwyrodnieniowe. Jednakże następstwa te są typowymi, jakie pojawiają się po tego typu urazach jakich doznał powód, a nie wynikającymi z konieczności ponownej repozycji stawu wobec jego zwichnięcia.

Ubocznie Sąd Okręgowy dodał, że jeżeli w przyszłości pojawią się nowe, dotychczas nie stwierdzone i nie dające się przewidzieć następstwa wypadku (związane z faktem ponownej repozycji stawu), powód nadal będzie mieć możliwość dochodzenia swoich praw na mocy przepisu art. 4421 § 3 k.c.

Podstawą orzeczenia zawartego w pkt III wyroku były przepisy art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 100 k.p.c. W oparciu o przepis art. 113 ust 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U 2020.755 j.t), Sąd Okręgowy nakazał pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Kielcach kwotę 3.304,84 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, na które złożyły się koszty opinii biegłych (5.381,05 zł x 80% = 4.304,84 zł – 1.000 zł zaliczki). Na koszty sądowe pozwanego złożyła się nieuiszczona opłata stosunkowa od pozwu, od której powód był zwolniony, w wysokości 1.132,40 zł (5.662 zł x 20%) oraz wynagrodzenie biegłych w łącznej kwocie 1.076,21 zł (5.381,05 zł x 20%), czyli łącznie 2.208,61 (1.132,40 zł + 1.076,21 zł).

Od powyższego wyroku **apelację wniósł powód** zarzucając:

1. naruszenie art.227 k.p.c., 232 k.p.c. oraz art. 3 k.p.c., poprzez:

a. - odmowę przeprowadzenia dowodów zgłoszonych przez stronę pozwaną na fakty mające istotne znaczenie w sprawie, tj.:

i. dowodu z opinii biegłego z zakresu psychiatrii zgłoszonego w piśmie procesowym powoda z dnia 21 maja 2020 r. i podtrzymanego na rozprawach w dniu 5 lutego 2021 r. oraz 15 października 2021 r., w celu ustalenia czy u powoda wystąpiły, a jeśli tak to jakie, ujemne skutki w sferze zdrowia psychicznego, pozostające w związku z wypadkiem i procesem leczenia w pozwanym Szpitalu,

ii. dowodu z opinii innego biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej Instytutu Ekspertyz Sądowych w K. bądź innego instytutu naukowego, w celu jednoznacznego ustalenia kiedy u powoda wystąpiły objawy ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej, czy schorzenie to zostało rozpoznane we właściwym czasie, czy podjęto w porę właściwe leczenie, czy wcześniej wykonany zabieg chirurgiczny zapobiegłby pogłębieniu niedokrwienia tej kończyny i zarazem stwarzał szanse uniknięcia groźnych dla życia i zdrowia powikłań,

błędnie uznając, że wnioski te nie są istotne dla poczynienia ustaleń niezbędnych dla wydania prawidłowego orzeczenia sądowego, podczas gdy w rzeczywistości dotychczasowe opinie biegłych z zakresu chirurgii naczyń zawierają wewnętrzne sprzeczności i nie uwzględniają zasadniczej kwestii, a mianowicie, iż podstawą leczenia ostrego niedokrwienia kończyn dolnych jest właściwe i szybkie postawienie odpowiedniej diagnozy oraz włączenie

adekwatnego /bezzwłocznego/ leczenia, którego brak może doprowadzić do pogłębienia niedokrwienia oraz groźnych dla zdrowia i życia powikłań, ze zgonem włącznie, zaś nie powołanie biegłego z zakresu psychiatrii nie pozwoliło na ustalenie, czy i w jakim zakresie traumatyczne przeżycia powoda wynikały z obawy wystąpienia u niego trwałego kalectwa bądź innych ujemnych następstw mogących mieć związek z procesem leczenia szpitalnego,

b. obrazę prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. i art. 327¹ § 1 k.p.c., poprzez naruszenie zasad oceny wiarygodności i mocy dowodów i ograniczenie się w istocie do bezkrytycznego przyjęcia za wiarygodne w całości opinii biegłych z zakresu chirurgii naczyń przyjmujących, iż postępowanie personelu pozwanego Szpitala odnośnie ostrego niedokrwienia kończyny było prawidłowe, zastosowana diagnostyka i leczenie przeprowadzone były właściwie i w odpowiednim czasie, zaś błędem byłoby podjęcie natychmiastowej operacji, bowiem potrzebny był czas aby się przekonać czy objawy niedokrwienia kończyny dolnej nie były efektem skurczu tętnicy, podczas gdy w rzeczywistości zaistniała potrzeba przeprowadzenia operacji bez zbędnej zwłoki, a decyzja w tej mierze zapadła po badaniu tomografem komputerowym i uzyskaniu zarazem pisemnej zgody powoda na przeprowadzenie operacji,

2. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia w zaskarżonej części, polegający na przyjęciu, iż:

a. postępowanie personelu pozwanego Szpitala odnośnie ostrego niedokrwienia kończyny było prawidłowe, zastosowana diagnostyka i leczenie przeprowadzone były właściwie i w odpowiednim czasie, zaś wcześniejsza operacja kończyny dolnej nie była wskazana ze względu na konieczność dalszej obserwacji pod kątem wystąpienia ewentualnego skurczu tętnicy podkolanowej, podczas gdy podstawą leczenia niedokrwienia kończyn dolnych jest właściwe i szybkie postawienie odpowiedniej diagnozy oraz włączenie adekwatnego leczenia, zaś w tym przypadku zwłoka nie była uzasadniona, skoro brak jest w dokumentacji medycznej jakichkolwiek informacji co do prowadzonej obserwacji w kierunku skurczu tętnicy, a jednocześnie w wyniku konsultacji przez chirurga naczyniowego, wykonaniu diagnostyki naczyniowej w postaci badania TK z podaniem kontrastu naczyniowego i pogarszaniu się stanu tej kończyny, zakwalifikowano powoda już wtedy do zabiegu operacyjnego i w tym celu odebrano od niego bezzwłocznie pisemną zgodę,

b. na uraz tętnicy podkolanowej i jej następstwa nałożyła się miażdżycza tętnic powodująca postępowanie niedokrwienia, podczas gdy w sprawie nie ma dowodów na występowanie u powoda takiej miażdżycy,

3. obrazę prawa materialnego tj. art. 445 § 1 k.c., polegającą na przyznaniu powodowi kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę związaną z nieprawidłowym leczeniem złamania stawu łokciowego lewej ręki, bez jednoczesnego należytego uwzględnienia dużego i długotrwałego nasilenia dolegliwości bólowych związanych z koniecznością ponownej repozycji tego stawu, skutkujących koniecznością podawania powodowi silnych środków znieczulających., ograniczeń w wykonywaniu czynności dnia codziennego, konieczności korzystania ze wsparcia osób trzecich, skutków w postaci istotnego trwałego uszczerbku na zdrowiu i ograniczenia prawidłowego zakresu ruchomości łokcia lewej ręki, a nadto traumatycznych przeżyć powoda związanych z leczeniem w pozwanym Szpitalu i obawy co do możliwych dalszych negatywnych skutków w stanie zdrowia, co sprawia, iż zasądzona kwota nie stanowi ekwiwalentnego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w tym względzie.

W związku z powyższym powód wniosł:

- o zmianę wyroku w zaskarżonej części i zasądzenie od strony pozwanej na swoją rzecz uzupełniającego odszkodowania w kwocie 90 130 zł, w tym kwoty 10 000 zł tytułem uzupełniającego zadośćuczynienia za krzywdę z powodu konieczności dokonania ponownej repozycji stawu łokciowego lewej ręki, a w pozostałym zakresie odszkodowania związanego z zawinionym przez stronę pozwaną nieprawidłowym leczeniem pozostającego w związku z wypadkiem schorzenia w postaci ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej,

- ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej za mogące nastąpić w przyszłości szkody wynikające z nieprawidłowego leczenia przez stronę pozwaną obrażeń ciała i rozstroju zdrowia doznanych przez powoda w wypadku zaistniałym w dniu 16 maja 2015 r.,

- a także zasądzenie od strony pozwanej na swoją rzecz kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych; ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyrok i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

W **odpowiedzi na apelację** strona pozwana wniosła o oddalenie apelacji w całości i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów sądowych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda nie zasługiwała na uwzględnienie, gdyż zaskarżony wyrok Sądu I instancji jest prawidłowy, a ustalenia faktyczne i rozważania prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Apelacyjny w całości podziela.

Odnosząc się do zawartych w apelacji zarzutów naruszenia prawa procesowego, w pierwszej kolejności wskazać należy, że opisany w apelacji zarzut naruszenia art. 227, 232 oraz art. 3 k.p.c., poprzez odmowę przeprowadzenia dowodów z opinii biegłego, stanowi w istocie zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 235² § 1 k.p.c., albowiem to ww. przepis reguluje kwestie pominięcia przez Sąd dowodu. Co więcej, pomimo wyszczególnienia w apelacji zarzuty tzw. „błędu w ustaleniach faktycznych”, także i ten zarzut stanowi w istocie zarzut naruszenia prawa procesowego, a to art. 233 § 1 k.p.c. W judykaturze jednoznacznie wskazuje się bowiem, iż błąd w ustaleniach faktycznych nie jest uchybieniem samym w sobie, lecz zawsze stanowi wynik naruszenia prawa procesowego, najczęściej właśnie przez błąd logiczny popełniony przy ocenie materiału dowodowego (art. 233 § 1) k.p.c. (tak M. Manowska [w:] *Apelacja w postępowaniu cywilnym. Komentarz. Orzecznictwo*, wyd. V, Warszawa 2022, art. 368.). Powyższe przemawia zatem za zasadnością łącznego rozpoznania analizowanych zarzutów z zarzutami wskazanymi w pkt I ust. 1 lit b apelacji, co też uczyniono w dalszej części uzasadnienia.

Przechodząc do zarzutów wymierzonych w pominięcie przez Sąd I instancji wniosków dowodowych powoda w zakresie przeprowadzenia dowodów z dalszych opinii biegłego, wskazać należy, iż zarzuty te nie mogą zostać uznane za trafne, albowiem wydane w toku postępowania przed Sądem I instancji opinie biegłych lekarzy z zakresu chirurgii naczyniowej są jednoznaczne i przekonujące, a zatem nie zachodziła potrzeba dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych z zakresu tych samych specjalności.

Sporządzone na zlecenie Sądu dwie opinie biegłych lekarzy chirurgów naczyniowych P. J. i A. K. (1) jednoznacznie rozstrzygnęły bowiem wskazane w apelacji okoliczności, dotyczące ustalenia, kiedy u powoda wystąpiły objawy ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej, czy schorzenie to zostało rozpoznane we właściwym czasie, jak również to, czy podjęto w porę właściwe leczenie oraz czy wcześniej wykonany zabieg chirurgiczny zapobiegłby pogłębieniu niedokrwienia tej kończyny i zarazem stwarzał szanse uniknięcia groźnych dla życia i zdrowia powikłań, a obaj biegli wskazali, iż w sprawie nie doszło do naruszenia zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii (tj. wystąpienia tzw. błędu medycznego). Szczególnie w opinii biegłego A. K. (1) przekonująco i logicznie wyjaśnione zostało, iż postępowanie personelu pozwanego szpitala odnośnie ostrego niedokrwienia lewej kończyny dolnej powoda było prawidłowe. Wobec faktu, iż pozwany nie doznał bezpośredniego urazu tej kończyny oraz nie skarżył się na dolegliwości w tym zakresie, w chwili przyjęcia na oddział nie było podstaw do podjęcia decyzji o natychmiastowej operacji. Co więcej, ww. biegły w jasny i zrozumiały sposób wyjaśnił nie tylko, dlaczego wcześniejsze wykonanie zabiegu nie ustrzegłoby powoda przed następstwami w postaci przewlekłego niedokrwienia kończyny, ale uzasadnił również, iż natychmiastowe przeprowadzenie operacji mogłoby być w sytuacji powoda błędem w sytuacji, w której przyczyną niedokrwienia byłby jedynie skurcz.

Oparcie się przez Sąd na dwóch niezależnych opiniach biegłych z zakresu chirurgii naczyniowej, uznanych za w pełni przekonujące, przesądza zatem o tym, iż pominięcie kolejnego wniosku dowodowego powoda w tym zakresie było

trafne. Zgodnie z ugruntowanym poglądem orzecznictwem, sąd nie ma bowiem obowiązku dopuszczania dowodu z dalszej opinii tych samych biegłych lub innych biegłych, jeżeli już sporządzona w sprawie opinia jest jednoznaczna i tak przekonująca, że określoną okoliczność uznaje za wyjaśnioną (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 r., II CR 638/74 - OSPiKA 1975, nr 5 poz. 108). Potrzeba powołania innego biegłego nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z dotychczas złożonych opinii, lecz musi być następstwem umotywowanej krytyki dotychczasowych opinii (por. wyroki Sądu Najwyższego z dni: 18 lutego 1974 r., II CR 5/74 - Biuletyn SN 1974, Nr 4, poz. 64; 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99 - OSNP 2000, Nr 22, poz. 807; 15 listopada 2001 r., II UKN 604/00 - Legalis nr 338519; 16 września 2009 r., I UK 102/09 - Legalis nr 285249; 18 kwietnia 2013 r., III CSK 243/12 - Legalis nr 736789; 16 października 2014 r., II UK 36/14 - Legalis nr 11157450; 24 marca 2015 r., I UK 345/14 - Legalis nr 1325777 oraz postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 2008 r., I UK 78/08 - Legalis nr 173090). Należy podkreślić, że nie ma uzasadnienia wniosków o powołanie kolejnego biegłego jedynie w sytuacji, gdy złożone opinie są niekorzystne dla strony. Dopuszczenie dodatkowej opinii w takiej sytuacji prowadziłoby bowiem do uwzględnienia kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie zostałaby złożona opinia w pełni ją zadawalająca, co jest niedopuszczalne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99 - Legalis nr 53777).

Za trafny nie może zostać także analogiczny zarzut powoda, wymierzony w pominięcie przez Sąd I instancji wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu psychiatrii w celu ustalenia, czy u powoda wystąpiły, a jeśli tak, to jakie, ujemne skutki w sferze zdrowia psychicznego, pozostające w związku z wypadkiem i procesem leczenia w pozwanym szpitalu. Analiza całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego, w tym w szczególności przesłuchania powoda, nie daje bowiem podstaw do stwierdzenia, aby wskazany dowód z opinii biegłego był w niniejszej sprawie potrzebny. Na rozprawie z dnia 15 października 2021 r., powód samodzielnie wskazał bowiem, że „jeśli chodzi o ręce to wszystko jest w porządku” przyznając jednocześnie, że udział w terapii psychologicznej był związany z drugą operacją kończyny dolnej, którą A. M. przeżył w 2018 r. Wobec faktu, iż z zeznań powoda wynika, iż nie stwierdzono wówczas żadnej choroby, a jedynie obniżony nastrój, złożone przez powoda wyjaśnienia przesądzają zatem o tym, iż ewentualne ujemne skutki w sferze zdrowia psychicznego powód utożsamia z utratą sprawności związaną z niedokrwieleniem nogi. Skoro zatem przeprowadzone w sprawie dowody z opinii biegłych lekarzy nie dają podstaw do stwierdzenia, iż w zakresie leczenia kończyny dolnej personel pozwanego szpitala dopuścił się błędu medycznego, jasnym jest, iż ewentualne skutki ww. urazu – w tym w sferze psychicznej powoda – nie mogą stanowić podstawy do odpowiedzialności pozwanego. W tym ujęciu, wnioskowany przez powoda dowód z opinii biegłych psychiatrów uznać należało za nieistotny dla rozstrzygnięcia spraw, co uzasadniało pominięcie ww. wniosków dowodowych przez Sąd I instancji. Z tych samych przyczyn nie było potrzeby uzupełniania postępowania dowodowego na etapie postępowania apelacyjnego.

Przechodząc do zarzutów dotyczących ustaleń faktycznych poczynionych przez Sąd Okręgowy, wskazać należy, iż zdaniem Sądu Apelacyjnego ww. ustalenia faktyczne należało uznać za prawidłowe, dlatego też Sąd Apelacyjny w całości je podziela i uznaje je za własne. Sąd Okręgowy odniósł się bowiem do wszystkich zgłoszonych w toku postępowania przez strony dowodów i ocenił ich wiarygodność. Sąd Okręgowy nie przekroczył również granic swobodnej oceny dowodów określonych przepisem art. 233 § 1 k.p.c. Odwołując się do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r. (sygn. akt II UKN 685/98), wskazać należy, ramy swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Błąd w ustaleniach faktycznych następuje, gdy zachodzi dysharmonia pomiędzy materiałem zgromadzonym w sprawie a konkluzją, do której dochodzi sąd na skutek przeinaczenia dowodu oraz wszelkich wypadków wadliwości wynikających z naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Przepis ten byłby naruszony, gdy ocena materiału dowodowego koliduje z zasadami doświadczenia życiowego lub regułami logicznego wnioskowania. Z orzeczeń Sądu Najwyższego wynika, że własne przekonanie sądu nie może naruszać zasady logicznego powiązania wniosków z zebrany w sprawie materiałem (tak T. Ereciński [w:] P. Grzegorzczuk, J. Gudowski, K. Markiewicz, M. Walasik, K. Weitz, T. Ereciński, Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom II. Postępowanie rozpoznawcze, LEX/el. 2022, art. 233.). Sąd może dawać wiarę tym lub innym świadkom, czyli swobodnie oceniać ich zeznania, nie może jednak na tle tych zeznań budować wniosków, które z nich nie wynikają

(np. orzeczenie SN z 26.11.1949 r., WaC 154/49, DPP 1950/3; wyrok SN z 29.08.1974 r., I CR 338/74.; wyrok SN z 20.03.1980 r., II URN 175/79.). Tak rozumianego zarzutu sprzeczności ustaleń Sądu z treścią materiału dowodowego Sądowi pierwszej instancji w niniejszej sprawie skutecznie zarzucić nie można.

Szczegółowo odnosząc się do zarzutu bezkrytycznego oparcia się przez Sąd I instancji na sporządzonych w toku postępowania opiniach biegłych z zakresu chirurgii naczyń, wskazać przy tym należy, że zarzut ten musi zostać uznany jedynie za niczym nie popartą polemikę z kategorycznymi i jednoznacznymi ustaleniami lekarzy specjalistów. Co więcej, apelacja w istocie powiela zarzuty podniesione już przez powoda w toku postępowania przed Sądem I instancji, na które to biegli udzielili spójnych i logicznych wyjaśnień w opiniach uzupełniających, odpowiadając na wszystkie pytania stron i Sądu. Wobec wyjaśnienia przez Sąd przyczyn, które legły u podstaw oceny sporządzonych w toku spraw opinii lekarzy specjalistów, również i zarzut bezkrytycznego przyjęcia opinii biegłego jawi się jako chybiony. Sporządzone na zlecenie Sądu opinie były bowiem przedmiotem krytyki stron – w tym Powoda – które miały możliwość zwalczania ich wszystkimi dostępnymi środkami dowodowymi. Brak przedstawienia przez Powoda argumentacji, mogącej skutecznie zakwestionować ustalenia biegłych skutkowało trafnym uznaniem ww. dowodów za zupełne, komunikatywne i wnikliwie uzasadnione. Powyższe wnioski są przy tym prawidłowe i w pełni mieszczą się w ramach swobodnej oceny dowodów, a Sąd Apelacyjny ww. ocenę podziela i uznaje za własną. Co więcej, w orzecznictwie przyjmuje się, że dowód z opinii biegłych (biegłego) podlega szczególnej ocenie, bowiem sąd, nie mając wiadomości specjalnych, może oceniać jedynie logiczność wypowiedzi biegłego. Ocena dowodu z opinii biegłego nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można "nie dać wiary biegłemu", odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego, czy też zasad doświadczenia życiowego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 28.09.2022 r., III AUa 1145/20). O ile zatem opinia biegłego podlega, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., to tym co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Powód nie zdołał przy tym wykazać, na czym miały polegać rzekome uchybienia biegłych, z czego wynika, iż w niniejszej sprawie brak jest podstaw do kwestionowania trafności ww. dowodu. W tym ujęciu jasnym jest zatem, że analizowany zarzut nie może skutkować zmianą zaskarżonego wyroku.

Także dalsze zarzuty wymierzone w poczynione przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne nie mogą zostać uznane za trafne. Przypomnieć bowiem należy, iż dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarczy twierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości (tak Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 5.12.2022 r., I AGa 377/21). Konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając.

Mając na uwadze powyższe, przyjąć należy, że Powód nie zdołał zakwestionować prawidłowych, spójnych i logicznych ustaleń, które doprowadziły Sąd I instancji do stanowiska, iż postępowanie personelu pozwanego szpitala odnośnie zaistniałego u Powoda niedokrwienia kończyny było prawidłowe, a tym samym nie stanowiło błędu lekarskiego. W orzecznictwie słusznie wskazuje się, że dochodzenie odpowiedzialności szpitala w oparciu o błąd w sztuce lekarskiej wymaga wykazania odpowiedzialności lekarza na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, podczas gdy dla spełnienia się drugiej z przesłanek niezbędne jest wykazanie uchybień w postaci braku zachowania przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12). Dla przypisania lekarzowi winy za powstanie szkody niezbędne jest zatem ustalenie, że nie zastosował on właściwych środków w należyty sposób, przy czym pod ww. pojęciem rozumieć należy fachowe, adekwatne z medycznego punktu widzenia do danej sytuacji postępowanie. Dopiero zatem wykazanie, że w sprawie doszło do zaistnienia odmiennego postępowania równoznaczne jest z ustaleniem, że przy leczeniu doszło do

wystąpienia błędu w sztuce lekarskiej, przy czym z uwagi na stopień skomplikowania stosowanych obecnie procedur medycznych, stwierdzenie błędu lekarza wymaga zasięgnięcia opinii biegłych mających specjalistyczną wiedzę pozwalającą na dokonanie oceny postępowania lekarza z naukowego punktu widzenia. Dopiero bowiem ustalenie, że ww. działanie wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia i skonfrontowanie zastosowanych procedur z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie pozwala na postawienie konkretnego zarzutu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych lekarza, a tym samym przesądzenie, że w danym wypadku personel medyczny uchybił aprobowanemu wzorcowi należytej staranności (por wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 31 marca 2015 r. sygn. V ACa 713/14). Stosowny wzorzec postępowania ustala się przy tym poprzez odwołanie do obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie z uwzględnieniem wysokiego poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12).

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, wskazać należy iż podstawowym jej zagadnieniem było wyjaśnienie, czy personel pozwanego w sposób prawidłowy przeprowadził leczenie urazu naczyniowego, ze szczególnym uwzględnieniem, czy zastosowane leczenie zostało wdrożone w odpowiednim czasie. Pomimo tego, iż powyższa kwestia została jednoznacznie rozstrzygnięta w opiniach biegłych, których Powód nie zdołał skutecznie zakwestionować, w apelacji ponownie podniesiono zarzuty, jakoby działanie personelu pozwanego szpitala nie odpowiadało aprobowanemu wzorcowi należytej staranności. Jednocześnie, skarżący nie wykazał, co miałoby stanowić ewentualną przeciwwagę dla ustaleń poczynionych przez biegłych oraz z czego wywodzi ewentualne twierdzenia o rzekomych błędach w zastosowanej przez pozwanego procedurze. Powyższe sprawia zatem, że zarzuty naruszenia przepisów postępowania w zakresie oceny dowodów uznać należy za niczym nieopartą polemikę, która jako gołosłowna nie zasługuje na uwzględnienie.

Wobec faktu, iż kwestie związane z wpływem miażdżycy tętnic na rozwój niedokrwienia dolnej kończyny powoda nie miały wpływu na zapadłe w sprawie orzeczenie, również zarzut odnoszący się do rzekomo błędnego ustalenia przez Sąd, że na uraz tętnicy podkolanowej i jej następstwa nałożyła się miażdżyca tętnic nie mógł zostać uznany za trafny.

Także zarzut obrazy przez Sąd prawa materialnego, tj. art. 445 § 1 k.c. nie mógł zostać uwzględniony. W pierwszej kolejności, podnieść bowiem należy, iż Sąd I instancji w należyty sposób uzasadnił, co legło u podstaw zasądzenia wskazanej kwoty, w szczególności odnosząc się do cierpień jakich powód doznał w związku z błędami personelu medycznego pozwanego. Biorąc przy tym pod uwagę, szczególną sytuację, jaką był fakt, iż główną przyczyną ponownego zwichnięcia stawu łokciowego była morfologia urazu, Sąd Apelacyjny wskazuje zatem, iż zasądzona na rzecz Powoda kwota 10.000 zł mieści się w granicach odpowiedniej sumy w stosunku do cierpień jakie A. M. poniósł w związku z nieodpowiednim unieruchomieniem kończyny górnej. Przypomnieć bowiem należy, iż zasadniczą przesłanką określającą rozmiar należnego zadośćuczynienia jest stopień natężenia krzywdy, w tym doznanych cierpień fizycznych i psychicznych, czas ich trwania, nieodwracalność następstw wypadku i inne podobne okoliczności (tak Sąd Najwyższy w wyroku z 28.02.2023 r., II CSKP 677/22). Zadośćuczynienie przyznawane na podstawie art. 445 § 1 k.c. ma zatem charakter kompensacyjny i stanowi sposób naprawienia szkody niemajątkowej wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych lecz nie powinno prowadzić do wzbogacenia pokrzywdzonego (por wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 17.08.2022 r., I ACa 369/21, LEX nr 3406236.). Przyznana kwota musi przy tym przedstawiać odczuwalną ekonomicznie wartość, a jej wysokość nie może sprowadzać się do kwoty symbolicznej (tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z 12.10.2018 r., V CSK 179/18).

W orzecnictwie przyjmuje się także, iż niewymierny w pełni charakter tych okoliczności, które Sąd winny jest badać przy ustalaniu rozmiaru krzywdy, sprawia, że określenie wysokości zadośćuczynienia objęte jest do pewnego stopnia swobodą sędziowską. Tym samym, zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. przez zaniżenie wysokości należnego zadośćuczynienia pieniężnego może być uwzględniony tylko w razie wykazania przez skarżącego oczywistego naruszenia przez Sąd tych kryteriów (por. wyrok Sądu Najwyższego z 8 września 2017 r., sygn. II CSK 842/16). Wobec

faktu, iż apelacja nie zawiera w tym zakresie argumentacji, która mogłaby przemawiać za koniecznością podwyższenia zasądzonego zadośćuczynienia, analizowany zarzut nie mógł zatem podlegać uwzględnieniu.

Niezależnie od powyższego, wskazać należy, iż przyczyn mających w jego ocenie przemawiać za podwyższeniem zadośćuczynienia Powód upatruje w rzekomym pominięciu przez Sąd I instancji przy ustalaniu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę kwestii związanych z nieprawidłowym leczeniem złamania stawu łokciowego lewej ręki, stopniem dolegliwości bólowych, ograniczeń w wykonywaniu czynności dnia codziennego, a także konieczności z korzystania ze wsparcia osób trzecich, jak i skutków w postaci istotnego trwałego uszczerbku na zdrowiu i ograniczenia prawidłowego zakresu ruchomości łokcia lewej ręki. Powyższe zarzuty pomijają przy tym, iż jak to wynika z kategorycznej, spójnej i logicznie uzasadnionej opinii biegłego P. R., wskazane okoliczności nie są następstwem błędu lekarskiego, polegającego na nieprawidłowym unieruchomieniu kończyny Powoda, lecz wynikają z faktu przebytego przez A. M. wypadku. Jak to bowiem wskazał biegły chybienia personelu medycznego nie wpłynęły ani na wydłużenie leczenia ani też na inne następstwa wypadku, takie jak niedogodności związane z ograniczeniami w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Analogicznie jak to miało miejsce w wypadku kwestionowania innych ustaleń faktycznych, także i w tym wypadku Powód nie wykazał przy tym z czego wynikać miałyby iż przyznana na jego rzecz kwota nie stanowi ekwiwalentnego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Także zatem i te twierdzenia powoda uznać należało za gołosłowne.

Brak podstaw do uwzględnienia podniesionych w apelacji zarzutów przesądzał o braku możliwości uwzględnienia wniosków apelacji zarówno w części, w jakiej Powód domagał się podwyższenia zasądzonego na swoją rzecz odszkodowania i zadośćuczynienia, jak i poprzez ustalenie odpowiedzialności pozwanego za mogący nastąpić w przyszłości po stronie Powoda uszczerbek związany z niedokrwieniem lewej kończyny dolnej.

Wobec powyższego, apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania obciążając ww. kosztami powoda i zasadzając od niego na rzecz strony pozwanej kwotę odpowiadającą wynagrodzeniu pełnomocnika, obliczonemu na podstawie §2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych.