

Sygn. akt V ACa 518/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 marca 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia SA Alicja Fronczyk

Sędziowie: SA Ewa Klimowicz-Przygódzka (spr.)

SA Joanna Piwowarun-Kołąkowska

Protokolant: Katarzyna Iwanicka

po rozpoznaniu w dniu 19 marca 2021 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa P. P.

przeciwko(...)

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 27 lutego 2019 r., sygn. akt II C 262/15

1. oddala apelację;

2. zasądza od (...) na rzecz P. P. kwotę 4050 (cztery tysiące pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Joanna Piwowarun-Kołąkowska Alicja Fronczyk Ewa Klimowicz-Przygódzka

V ACa 518/19 UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od (...) na rzecz P. P. kwotę 180 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 25 II 2015 r. tytułem zadośćuczynienia pieniężnego, kwotę 5 328,88 zł z odsetkami jak wyżej tytułem odszkodowania oraz kwotę po 148,08 zł miesięcznie począwszy od 1 IV 2015 r. i na przyszłość, płatną do 5 dnia każdego kolejnego miesiąca, z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego tytułem renty za zwiększenie potrzeb w związku z uszkodzeniem ciała. Dalej idące roszczenie o zadośćuczynienie oddalił, oddalił również żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za szkody wywołane nieprawidłowym leczeniem powoda i obciążył obie strony kosztami procesu w proporcji 40 % powód i 60 % pozwany.

Rozstrzygnięcie to wynikało z następujących ustaleń faktycznych i rozważań prawnych:

W dniu 30 V 2013 r. przed godziną 5.00 powód uległ wypadkowi komunikacyjnemu. Prowadząc samochód najprawdopodobniej usnął za kierownicą, zjechał do rowu i uderzył w drzewo. Sam wydostał się z pojazdu, wezwał pomoc po czym stracił przytomność.

W wyniku wypadku powód doznał rozległej rany szarpanej lewej kończyny górnej. Rana ta została zaopatrzona przez ratowników medycznych, którzy przybyli na miejsce zdarzenia. Powód został przewieziony karetką pogotowia do(...). Przyjęcie nastąpiło o godzinie 5:33 z rozpoznaniem mnogich ran otwartych przedramienia lewego, stłuczenia kolana prawego i podejrzeniem wstrząśnienia mózgu. Wykonano toaletę rany, podano anatoksynę tężcową, D., K., P. i NaCl. Zrobiono zdjęcie RTG, które nie wykazało zmian pourazowych w obrębie głowy i kręgosłupa szyjnego .

Po konsultacji z ortopedą zdecydowano o przewiezieniu powoda do (...) ze skierowaniem z rozpoznaniem rozległej rany łokcia lewego z uszkodzeniem mięśni, ścięgien i podejrzeniem uszkodzenia nerwu łokciowego.

O godzinie 6:00 zostało wydane zlecenie na transport sanitarny w trybie pilnym. Karetka pogotowia przybyła po chorego o godzinie 6:15, a o godzinie 6:35 wyruszyła do W.. Dotarła do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (...)o godzinie 7:18. Powód został przyjęty na ten Oddział o godzinie 7:30. Został wpisany do Księgi – Ruch Chorych SOR CZERWONY . Nie było wówczas innych pacjentów podlegających segregacji medycznej .

Po segregacji w systemie TRIAGE ratownicy medyczni zakwalifikowali powoda do koloru żółtego jako pacjenta w stanie pilnym, który może czekać na udzielenie pomocy.

Po przeprowadzonym badaniu przedmiotowym zakwalifikowano P. P. do postępowania w Obszarze Obserwacyjnym SOR z zaleceniem konsultacji neurologicznej i ortopedycznej. Podano lek za pomocą pompy infuzyjnej.

Rana wyglądała brzydko, stwarzała obraz nadzianki krwawej i dużego zanieczyszczenia.

W wyniku przeprowadzonej konsultacji stwierdzono u powoda rozległą ranę szarpaną okolicy stawu łokciowego, ograniczony zakres ruchomości palców ręki i nadgarstka, zaburzenia czucia, podejrzenie uszkodzenia nerwu łokciowego oraz tętnicy ramiennej na wysokości stawu łokciowego. Lekarz ortopeda zlecił badanie kontrolne RTG stawu łokciowego i poprosił o konsultację neurochirurga, chirurga naczyniowego oraz chirurga plastycznego. O godzinie 9:10 przeprowadzono konsultację neurochirurgiczną, po której zalecono dalszą diagnostykę urazową.

Następnie o godzinie 10:18 i 10:23 pobrano krew na badanie morfologii i koagulologii.

Około godziny 11:00 przeprowadzono badanie tomografii komputerowej głowy i kręgosłupa szyjnego, które nie wykazały zmian chorobowych. Wykonano badanie Angio CT lewej kończyny górnej, które wykazało amputowaną tętnicę ramienną nieco powyżej zgięcia łokciowego oraz liczne drobne cieniujące ciała obce na wysokości ubytków skóry.

Po badaniach zdecydowano o przekazaniu powoda do Kliniki (...). Przyjęcie do Kliniki nastąpiło o 11:40. Tam zdecydowano o konieczności natychmiastowej operacji. Skierowano także pacjenta na badanie grupy krwi.

Z uwagi na brak wcześniejszego wykonania tego badania operacja odbyła się dopiero około godziny 13:00 . Po zdjęciu opatrunku stwierdzono znaczny obrzęk kończyny, kończynę zimną od 1/3 dolnej ramienia, na ramieniu i przedramieniu rozległą ranę z porozrywanymi mięśniami, z wypływem krwi tętniczo-żylną z licznych porozrywanych naczyń, liczne ciała obce – szkło, lakier samochodowy, klej, ziemię. Przeprowadzono rewizję rany, odtworzenie ciągłości tętnicy ramiennej, dokonano usunięcia ciał obcych, urwanych fragmentów mięśni i tkanek oraz krwiaków. Ranę zamknięto częściowo. Na część odkrytą położono siatkę i opatrunek.

Lekarz poinformował matkę powoda o obrażeniach syna, przebiegu operacji i kazał się modlić, bo było duże zanieczyszczenie rany, zniszczenie tkanki i przerwanie tętnicy. Istniało ryzyko zakażenia. Rokowania dotyczące stanu kończyny górnej P. P. były określane jako złe .

W badaniu przedmiotowym wykonanym 31 V 2013 r. o godzinie 6:04 przez A. O. (1) stwierdzono siność kończyny w zakresie ramienia i przedramienia, obrzęk, wychłodzenie, brak wyczuwalnego tętna, zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego, ruchy palców i ręki częściowo zachowane.

Z powodu narastającego zespołu ciasnoty powięziowej powoda zakwalifikowano 31 V 2013 r. do reoperacji w postaci rewizji rany, ewakuacji krwiaków i fasciotomii dwuprzędziałowej. W czasie operacji stwierdzono bardzo dobrze wyczuwalne tętnienie w tętnicy ramiennej. Śródoperacyjnie konsultowano ortopedycznie pacjenta z powodu startego bocznego wyrostka kości łokciowej z oderwanymi przyczepami mięśniowymi. Postanowiono zespolić je z użyciem kotwicy podczas ponownej operacji .

Podczas obserwacji lekarskiej w dniu 31 V 2013 r. o godz. 16:09 pacjent był przytomny, w pełnym kontakcie, nie gorączkujący, z dobrym uciepleniem kończyny górnej lewej, niewyczuwalnym tętnem (znaczny obrzęk przedramienia) i brakiem czucia powierzchniowego głębokiego .

1 VI 2013 r. u powoda wykonano kolejną operację polegającą na rewizji i płukaniu rany oraz ewakuacji krwiaków. Nastąpiło zmniejszenie bólu kończyny, tętno na tętnicy promieniowej było wyczuwalne, ucieplenie operowanej kończyny było dobre.

W trzeciej dobie po pierwszej operacji tj. 2 VI 2013 r. zaobserwowano przekrwienie i nieprzyjemny zapach z opatrunków. Powód został zakwalifikowany do rewizji rany w warunkach bloku operacyjnego. Pobrano posiew z rany i usunięto nieliczne krwiaki z zachołków rany. Wyplukano ją octaniseptem i założono opatrunki nasączone roztworem B. .

Ciepłota ciała powoda wzrosła do 37 st. C. Odczuwał silny ból operowanej kończyny. Z opatrunków wydobywał się nieprzyjemny zapach.

Od 3 VI 2013 r. zaobserwowano narastające zmiany martwicze oraz całkowity brak ruchu i czucia.

Z wymazu rany wyhodowano liczne kolonie bakterii: (...), (...),(...) oraz (...).

P. P. był informowany w trakcie obchodów, że istnieje groźba odjęcia ręki.

Z uwagi na bezpośrednie zagrożenie posocznicą oraz niewydolnością wielonarządową powoda zakwalifikowano do doraźnego odjęcia kończyny. Należało też przygotować chorego psychicznie do amputacji .

W dniu 3 VI 2013 r. wykonano u pacjenta operację odjęcia kończyny w górnej części ramiennej z wytworzeniem kikuta niemieloplastycznego. Zmieniono również antybiotyk.

Po operacji powód był w kiepskim stanie psychicznym. Zaczął odczuwać bóle fantomowe. Podawano mu leki, prowadzono intensywny nadzór, przetaczano osocze. Wykonywane były czynności pielęgnacyjne i wdrożono postępowanie przeciwbólowe. Uzyskano poprawę stanu ogólnego. Powód został wypisany do domu 11 VI 2013 r. z zaleceniem kontroli w poradni naczyniowej, przyjmowania doraźnie leków przeciwbólowych oraz konsultacji w poradni rehabilitacyjnej po całkowitym wygojeniu kikuta.

Orzeczeniem z 10 VII 2013 r. powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy do 31 VII 2015 r..

W orzeczeniu Powiatowego (...)z 19 VII 2013 r. stwierdzono u niego znaczny stopień niepełnosprawności.

Po wizycie kontrolnej 2 VIII 2013 r. w poradni chirurgii ogólnej w SPZOZ w G. powód otrzymał wniosek na protezę.

W oparciu o opinię biegłego chirurga naczyniowego sąd I instancji ustalił ponadto, że czas pobytu powoda na SOR (...) wynoszący 4 godziny był na tyle długi, że po dodaniu 2,5 godzin od czasu wypadku pomimo utrzymującego się, ale niedostatecznego ukrwienia przez czynną tętnicę poboczną łokciową dolną, przekroczył istotną granicę 6 godzin potrzebną do zaopatrzenia nagłego niedokrwienia i rozległej rany lewej kończyny górnej. Tak długi okres pobytu w (...) świadczy o niezachowaniu należytej ostrożności diagnostycznej i decyzyjnej. Rozległość i różnotkankowość powstałych uszkodzeń, zakażenie pierwotne, rozległość ran szarpano-tłuczonych wstępnie determinowały poważne zagrożenie co do skutecznego utrzymania żywotności kończyny. Powód powinien

zostać w trybie pilnym zdiagnozowany czy nie ma uszkodzenia kręgosłupa szyjnego. Badanie A. C. powinno być wykonane jak najszybciej. Bezpośredni wpływ na powstanie wskazań i wykonanie amputacji miało zadziałanie wysokiej energii zniszczeniowej skutkującej rozległym i poważnym uszkodzeniem wielotkankowym kończyny górnej. Operacje zostały przeprowadzone prawidłowo, uzyskano odtworzenie ciągłości tętnicy ramiennej lewej. Wskutek rozległości zniszczeń tkankowych odzyskanie przez powoda całkowitej sprawności funkcji lewej kończyny górnej było nieprawdopodobne. Narastanie zmian martwiczych wynikała z niedokrwienia tkanek, obrzęku o typie ciasnoty powięziowej, mechanicznego zniszczenia tkanek niemożliwego do całkowitego usunięcia operacyjnego, zakażenia rany i uszkodzenia drobniejszych naczyń żylnych i tętniczych. Bezpośrednią przyczyną amputacji były masywne, nieodwracalne i narastające zmiany martwicze w zakresie uszkodzonej kończyny oraz istotnie zagrażające powikłania ogólne (sepsa). P. P., biorąc pod uwagę jego leworęczność, doznał 70 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Pełne niedokrwienie kończyny górnej poza okres 6 godzin nie rokuje powrotu ukrwienia ratującego kończynę z powodu rozpoczętej degeneracji zakończeń nerwowych i cylindrycznej degeneracji włókien nerwowych, ziarnistego rozpadu włókien w tkance mięśniowej i rozpadu śródbłonna w naczyniach tętniczych i żylnych.

Konsultacja neurochirurgiczna nie wykluczyła możliwości uszkodzenia w zakresie cun (mózgowia) jak również uszkodzenia kręgosłupa szyjnego. Te podejrzenia powinny być wyjaśnione przed podjęciem leczenia operacyjnego uszkodzonej kończyny.

Z kolei w oparciu o opinię biegłych z zakresu mikrobiologii Sąd Okręgowy ustalił, że ranę odniesioną przez P. P. należało zakwalifikować jako brudną, w przypadku której podstawowe znaczenie ma właściwe postępowanie chirurgiczne. U powoda wykonano profilaktykę tężca w szpitalu w G., zaopatrzone chirurgicznie z opóźnieniem. Leki przeciwdrobnoustrojowe podano nie w pełni właściwie ze względu na wykonane z opóźnieniem badanie mikrobiologiczne i zignorowano jego wynik, dalej stosując leki, które nie były w pełni aktywne wobec wszystkich wyizolowanych patogenów. Rany brudne wiążą się z wysokim ryzykiem rozwoju zakażenia, szczególnie jeśli są miażdżone, szarpane. Zabieg u powoda powinien być wykonany jak najwcześniej, także z przyczyn związanych z możliwością rozwoju zakażenia. Jediną przyczyną pozwalającą na opóźnienie zabiegu są uzasadnione względy medyczne, nie zaś organizacyjne. Opóźnienie w wykonaniu zaopatrzenia chirurgicznego rany zwiększyło ryzyko rozwoju zakażenia w obrębie miejsca urazu. Rozwój zakażenia przyspieszył rozwój zmian martwiczych, które z kolei sprzyjały rozwojowi zakażenia. Z punktu widzenia mikrobiologii uchybienie w leczeniu powoda polegało na wykonaniu zabiegu operacyjnego w dniu 30 V 2013 r. z opóźnieniem, co zwiększyło ryzyko rozwoju zakażenia. Ponadto zostały dobrane niekoniecznie optymalnie antybiotyki. Amputacja usunęła źródło zakażenia, a obecność martwicy przed amputacją nie mogła zagwarantować skuteczności nawet właściwie dobranych antybiotyków.

P. P. otrzymywał z leków przeciwdrobnoustrojowych (...), (...) oraz (...) z (...), a wyizolowano u niego bakterie (...) (...), (...), (...). Ostatnia z tych bakterii jest naturalnie odporna na wszystkie trzy antybiotyki, a pozostałe co najwyżej mogą być wrażliwe (o ile nie wystąpi odporność nabyta) tylko na (...). Należało pobrać od powoda w pierwszym rzędzie materiał do badania mikrobiologicznego i podać empirycznie leki przeciwdrobnoustrojowe jak najszybciej po pobraniu materiału. Nie dobrano w pełni właściwie antybiotyków i opóźniono leczenie przeciwdrobnoustrojowe.

Posiłkując się opinią biegłego z zakresu ratownictwa medycznego Sąd Okręgowy przyjął, że przekwalifikowanie powoda do grupy żółtej wydłużyło proces diagnostyki i podjęcie leczenia. Pacjent powinien mieć nadany kolor czerwony. Osiem godzin, które upłynęły od momentu zaistnienia wypadku do rozpoczęcia operacji to zdecydowanie za dużo czasu i zły prognostyk przy nieukrwionej kończynie. Tak dużo czasu zmarnowano z powodu braku kompetentnej osoby kierującej akcją, braku przewidywania dalszego postępowania terapeutycznego, może złej organizacji pracy. Początkowo należało wyeliminować pourazowe zmiany w kręgosłupie szyjnym, a następnie uszkodzenie pęczka naczyniowo-nerwowego. Badanie grupy krwi i krzyżówka powinny być przeprowadzone na wstępie. Decyzja o przekazaniu P. P. do Kliniki (...) po upływie 4 godzin 20 minut od przyjęcia na (...) była słuszna, lecz podjęta zbyt późno. Przyspieszenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego mogłoby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia rany lewej kończyny górnej.

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynikało ponadto, że powód urodził się (...). W dniu wypadku był uczniem (...). Uczył się przeciętnie.

Przed wypadkiem powód był osobą leworęczną. Przynależał do klubu sportowego (...). Zaangażowany był ponadto w działalność (...).

W dniu 30 VIII 2013 r. uzyskał dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe. Nie podjął jednak pracy w wyuczonym zawodzie kucharza z powodu braku możliwości wykonywania prostych czynności tj. krojenia.

Obecnie powód jest zatrudniony jako pracownik ochrony.

Powód rozważał poddanie się zabiegowi przeszczepienia kończyny górnej. Chciałby mieć lepszą protezę, która pomogłaby mu w funkcjonowaniu, jednakże takie protezy są dużo droższe.

Od października 2017 r. P. P. pozostaje w związku małżeńskim, spodziewa się dziecka. Miewa bóle fantomowe przy zmianie pogody. Używa protezy kosmetycznej, w której jeździ do pracy, jednakże wiąże się to z dyskomfortem. Otrzymuje rentę socjalną w wysokości około 800 zł. Powód ma orzeczoną dożywotnio niepełnosprawność drugiego stopnia. Ma trudności z wieloma czynnościami, takimi jak przygotowywanie posiłków, kąpiel, ubieranie się, wkładanie butów. Denerwuje go ograniczenie samodzielności. Nie podejmuje już takiej aktywności fizycznej jak poprzednio. Jeździ samochodem z automatyczną skrzynią biegów, jednak boi się wyruszać w dalsze trasy.

Pismem z dnia 8 II 2014 r. pełnomocnik powoda wezwał (...) do zapłaty odszkodowania, zadośćuczynienia i renty, w dniu 2 III 2015 r. wystosował ponaglenie.

Pozwany nie znalazł podstaw do uwzględnienia żądań powoda.

Wskazując podstawy swoich ustaleń Sąd Okręgowy stwierdził, że kluczowymi dowodami w tym zakresie były opinie biegłych z zakresu chirurgii naczyniowej, mikrobiologii i medycyny ratunkowej. Opinie te w jego ocenie uzupełniały się wzajemnie i były ze sobą spójne. Biegli podkreślali zasadnicze znaczenie opóźnienia w rozpoczęciu leczenia operacyjnego powoda.

Za zbyt ogólną natomiast sąd I instancji uznał opinię biegłego z zakresu zdrowia publicznego określającą model organizacyjny w pozwanym (...). Tym samym stwierdził, że była ona bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. W szczególności nie odpowiadała na pytanie czy w badanym przypadku sposób wewnętrznej organizacji pozwanego pozostawał w związku przyczynowym z czasem w którym wdrożono zabiegowe leczenie powoda.

Jeżeli chodzi o zeznania świadków, lekarzy i ratowników medycznych to sąd I instancji podnosił, iż większość z nich nie pamiętała przypadku powoda, bazowała na dokumentacji medycznej. Spośród nich istotne okazały się zeznania A. O. (1), lekarza który operował powoda i pamiętał jego uraz. Świadek wskazał, że w przypadku ostrego niedokrwienia jak u P. P. ważny jest wpływ czasu do podjęcia działań, jednakże do przeprowadzenia operacji niezbędne jest oznaczenie grupy krwi. Zwrócił uwagę, że nawet gdyby nie doszło do amputacji, sprawność kończyny byłaby i tak mocno ograniczona.

Lekarz A. N. również pamiętał powoda, przeprowadzał u niego zabieg rewizji rany i (...). Potwierdził przyczynę konieczności przeprowadzenia amputacji, wskazując, że już od początku zachodziła groźba odcięcia ręki.

Świadkowie M. M., T. O., M. P., M. D. zgodnie wskazali na ciężki stan powoda i złe rokowania dla kończyny z powodu rozległego urazu zmiążdżeniowego. Podobne rokowania wyraziła także świadek M. K., lekarz przyjmujący P. P. w (...) w G., zwracając uwagę na duże zabrudzenie rany i podjętą doraźną pomoc w celu jej oczyszczenia i zaopatrzenia.

Uzasadniając częściowe uwzględnienie powództwa w tak ustalonym stanie faktycznym, sąd I instancji wskazywał na art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny

za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność podmiotu leczniczego opiera się na zasadzie ryzyka za skutki zawinionego zachowania podwładnego tj. lekarzy i innych osób personelu medycznego.

Zgodnie z art. 8 ustawy z 6 XI 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Z prawem tym skorelowany jest wynikający z art. 4 ustawy z dnia 5 XII 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry obowiązek lekarza polegający na wykonywaniu zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Błąd lekarski staje się zawiniony, jeżeli wynika z niedbalstwa albo z braku ostrożności lekarza, ponieważ działając z wymaganą przezornością mógłby błędu tego uniknąć.

Jeżeli zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorec taki jest zaś budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) (wyrok SN z 18 I 2013 r., IV CSK 431/12, SA w Poznaniu z 4 III 2014 r. I ACa 1274/13).

Przepisy prawa nie regulują postępowania w przypadku masywnego urazu kończyny, co oznacza, że ustalenie powinności przy wykonywaniu czynności leczniczych wobec powoda należało oprzeć o wskazania wiedzy i sztuki medycznej, wynikające z opinii biegłych oraz posiłkowo o zasady doświadczenia życiowego przeciętnej człowieka.

Wydane w niniejszej sprawie opinie biegłego chirurga naczyniowego, biegłego z zakresu medycyny ratunkowej oraz biegłych z zakresu mikrobiologii lekarskiej wprost wskazywały na znaczenie czynnika czasu w postępowaniu z chorym takim jakim był powód. Z opinii tych ale również z innych dowodów, w tym zeznań świadków lekarzy zarówno szpitala w G. jak i pozwanego oraz z literatury przedstawionej przez powoda w ocenie Sądu Okręgowego wynikało, że kluczowa dla szansy uratowania kończyny po masywnym urazie jest granica 6 godzin na podjęcie czynności leczniczych prowadzących do uzyskania krążenia krwi.

Powód został skierowany do pozwanego(...) jako podmiotu leczniczego o wyższym stopniu referencyjności w zakresie leczenia urazów niż szpital w G., gdzie został on przewieziony bezpośrednio po wypadku. Skierowanie obejmowało rozpoznanie rozległej rany łokcia lewego z uszkodzeniem mięśni, ścięgien i podejrzenie uszkodzenia nerwu łokciowego. Zasadniczy problem medyczny tj. poważny uraz kończyny górnej został już zatem wstępnie rozpoznany w pierwszym szpitalu, choć jego opis pomijał przerwanie naczyń krwionośnych.

Z opinii biegłych wynikało, że z uwagi na przyczynę urazu tj. udział w wypadku komunikacyjnym, przed rozpoczęciem leczenia ręki powód wymagał diagnostyki neurologicznej w zakresie centralnego układu nerwowego i stanu kręgosłupa na odcinku szyjnym. Uszkodzenie ręki uzasadniało także przeprowadzenie konsultacji ortopedycznej oraz było wskazaniem do wykonania badania nagiografii tomografii komputerowej (angio CT) w celu zobrazowania naczyń krwionośnych, choć wedle chirurga naczyniowego, który przeprowadził pierwszy zabieg u powoda, nie było to wskazanie bezwzględne. Stan powoda i konieczność przeprowadzenia zabiegu z zakresu chirurgii naczyniowej wymagały także oznaczenia grupy krwi i próby krzyżowej krwi.

Oznacza to, iż po przyjęciu powoda do pozwanej placówki potrzebny był czas na wykonanie wskazanych czynności diagnostycznych, a zatem uzasadnione względami medycznymi było opóźnienie w rozpoczęciu zabiegu jakiemu został on ostatecznie poddany.

Tym niemniej nie usprawiedliwia to okresu jaki upłynął od momentu przyjęcia pacjenta do (...) (godz. 7.30) do rozpoczęcia adekwatnego do stanu klinicznego zabiegu operacyjnego przez doktora A. O. (1) (około g. 13.00).

Sąd Okręgowy stwierdził, że biorąc pod uwagę faktyczny czas w jakim wykonano i opisano badanie tomograficzne głowy, kręgosłupa i naczyń krwionośnych (około 40 minut) i wynikający z zeznań świadka – analityka medycznego czas potrzebny na oznaczenie grupy krwi (40 minut) - już o godzinie 9.00 możliwie było przeprowadzenie konsultacji neurologa oraz ortopedy i ostatecznie najpóźniej o godzinie 9.30 rozpoczęcie zabiegu rewaskularyzacji, tj. po upływie dwóch godzin od formalnego przyjęcia. W ten sposób doszłoby do zaopatrzenia uszkodzonej kończyny w czasie poniżej 6 godzin od urazu.

Ponadto zwrócił uwagę, że powód na wiele godzin został pozostawiony z przesiąkniętym krwią opatrunkiem, który usunięto dopiero w trakcie zabiegu operacyjnego, co świadczy również o tym, że rozległa rana nie była przez ten czas przedmiotem oceny żadnego lekarza.

W konsekwencji powyższego Sąd Okręgowy opierającej się na opinii biegłego doszedł do wniosku, że tak długi okres pobytu powoda w szpitalnym oddziale ratunkowym należy uznać za niezachowanie należytej ostrożności diagnostycznej i decyzyjnej.

Pełne niedokrwienie kończyny górnej ponad 6 godzin nie rokuje bowiem powrotu ukrwienia ratującego tę kończynę z powodu rozpoczętej degeneracji zakończeń nerwowych i cylindrycznej degeneracji włókien nerwowych, ziarnistego rozpadu włókien w tkance mięśniowej i rozpadu śródbłonna w naczyniach tętniczych i żylnych.

Zabieg u powoda powinien być wykonany jak najwcześniej, także z przyczyn związanych z możliwością rozwoju zakażenia. Opóźnienie w wykonaniu zaopatrzenia chirurgicznego rany zwiększyło ryzyko rozwoju zakażenia w obrębie miejsca urazu. Rozwój zakażenia przyspieszył rozwój zmian martwiczych, które z kolei sprzyjały rozwojowi zakażenia.

Przekwalifikowanie powoda z grupy czerwonej do żółtej wydłużyło proces diagnostyki i podjęcie leczenia. Osiem godzin, które upłynęły od momentu zaistnienia wypadku do rozpoczęcia operacji to był zdecydowanie za długi okres i zły prognostyk przy nieukrwionej kończynie. Przyspieszenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego mogłoby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia rany lewej kończyny górnej.

Zwłoka w rozpoczęciu czynności ratujących uszkodzoną rękę była zatem bezprawna, gdyż sprzeczna z wytycznymi wynikającymi z wiedzy medycznej. Wynikała ona z wadliwego zakwalifikowania stanu powoda jako niewymagającego niezwłocznej interwencji medycznej (rezygnacja z oznaczenia kolorem czerwonym) i oznaczenie go jako pacjenta w stanie pilnym lecz zdolnym do oczekiwania na pomoc (kolor żółty). Ponadto zaniechano odpowiednio wcześniejszego przeprowadzenia badania grupy krwi i próby krzyżowej krwi, badań w zakresie potencjalnych urazów neurologicznych oraz jak najszybszej konsultacji chirurga naczyniowego.

Za nieistotne sąd I instancji uznał natomiast wynikające z opinii biegłych mikrobiologów błędy jakie zostały popełnione w zakresie antybiotykoterapii.

Przyjmując odpowiedzialność pozwanego za szkodę jakiej doznał powód Sąd Okręgowy miał na uwadze, że (...) nie przedstawił przekonujących przesłanek ekskulpacyjnych zatrudnionych w nim lekarzy ani przesłanek egzoneracyjnych wyłączających swoją odpowiedzialność. W szczególności nie wykazał aby w dniu 30 V 2013 r. zaistniały nadzwyczajne okoliczności zakłócające lub uniemożliwiające podjęcie czynności leczniczych wobec powoda w czasie krótszym, niż rzeczywiście to miało miejsce. Za tego rodzaju okoliczność nie sposób było uznać dnia ustawowo wolnego od pracy czy też przekazanie obowiązków nowej zmianie personelu oddziału ratunkowego. Z

materiału dowodowego sprawy nie wynikało również aby w chwili przyjęcia powoda do pozwanego szpitala na oddziale ratunkowym przebywali inni pacjenci w liczbie i stanie uzasadniającym opóźnienie wdrożenia leczenia powoda.

W konsekwencji powyższych rozważań sąd I instancji uznał, że opóźnienie w podjęciu czynności leczniczych wobec powoda miało charakter nie tylko bezprawny ale i zawiniony ze strony osób wykonujących czynności lecznicze w szpitalnym oddziale ratunkowym .

Badając istnienie związku przyczynowo skutkowego pomiędzy opóźnieniem w czynnościach pozwanego (...) a okolicznością utraty ręki przez powoda Sąd Okręgowy uznał, iż należy dokonać tego w dwóch ujęciach. Po pierwsze w odniesieniu do faktu deformacji i pozbawienia w znacznym zakresie sprawności lewej ręki, a po drugie w odniesieniu do utraty części ciała w postaci tejże kończyny.

Stwierdził, że już w wyniku samego wypadku powód doznał tak rozległych obrażeń, że groziły one znaczną niepełnosprawnością jego ręki, brakiem możliwości korzystania z wszystkich jej funkcji. Za ten rodzaj szkody pozwany nie ponosi zatem odpowiedzialności odszkodowawczej.

Jeżeli chodzi z kolei o szkodę w postaci fizycznej utraty kończyny to opinie biegłych, nie dawały jednoznacznej i kategorycznej odpowiedzi czy ręka powoda jako taka zostałaby uratowana, gdyby w pozwanym szpitalu w odpowiednim czasie wdrożono diagnostykę i leczenie.

Sąd Okręgowy opierając się jednak na art. 231 k.p.c. z poczynionych przez siebie ustaleń na zasadzie domniemań faktycznych wyprowadził wnioski, że taki związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zawinionym opóźnieniem personelu medycznego a utratą przez powoda ręki istnieje. Miał na uwadze, że w tzw. sprawach medycznych wykazywanie przez powoda wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze a szkodą jest nader utrudnione, a nawet niemożliwe. Dlatego też orzecznictwo dopuszcza tzw. dowód prima facie oparty właśnie na konstrukcji domniemań faktycznych , które wymagają wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Oznacza to, że związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn (wyroki SN z 5 VII 1967 r., I PR 74/67, z 7 VI 1969 r, z 13 VI 2000 r., V CKN 34/00, z 17 V 2007 r., III CSK 429/06; z 2 VI 2010 r., III CSK 245/09).

W sprawach tego rodzaju nie wymaga się ustalenia związku przyczynowego w sposób absolutnie pewny, ponieważ jeżeli chodzi o zdrowie i życie ludzkie to nie sposób jest mówić o całkowitej pewności, lecz co najwyżej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa faktu, iż szkoda wynikała z określonego zdarzenia. Aktualny stan wiedzy medycznej, nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji Sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa.

Odnosząc powyższe rozważania do okoliczności niniejszej sprawy sąd I instancji wskazał, iż biegli, w szczególności chirurg naczyniowy, nie wykluczyli możliwości uratowania ręki powoda, choć o tym wypowiadali się ostrożnie. Szansę taką widzieli także lekarze pozwanego (...) skoro podjęli się leczenia zachowawczego i zabiegowego trwającego kilka dni. Zasady logiki przeczą temu , aby zespół lekarski pod kierownictwem profesora nauk medycznych w renomowanej klinice prowadził bez dostrzegalnych możliwości sukcesu, uporczywą terapię, która z góry skazana była na niepowodzenie w postaci amputacji kończyny. Lekarze pozwanego obserwując rękę powoda stwierdzili jej ciepłość a zatem przywrócenie krążenia i minimalne ruchy palców. Pierwsza operacja doktora A. O. (1) została prawidłowo przeprowadzona i skutkowała powodzeniem w postaci przywrócenia krążenia krwi. Sukces ten nie wyeliminował potencjalnie negatywnych następstw opóźnienia tj. zwiększenia w czasie niedokrwienia ryzyka rozwoju zakażenia, które ostatecznie wystąpiło i było bezwzględny wskazaniem do odjęcia kończyny.

Dodatkowo młody i silny organizm powoda w połączeniu z możliwie szybkim zabiegiem rewaskularyzacji, dawał w ocenie Sądu Okręgowego realną szansę na co najmniej zachowanie ręki. Powód został zaś pozbawiony tej szansy i

jednocześnie obarczony świadomością, że wobec niego nie podjęto w odpowiednim czasie wszystkich działań, które mogłoby, choć w części, skutkować lepszym efektem leczenia.

W takich okolicznościach należało przyjąć, iż pomiędzy opóźnieniem personelu medycznego pozwanego, a utratą kończyny górnej przez powoda istnieje adekwatny związek przyczynowy, pomimo, że doznał on poważnego urazu tej kończyny wskutek wypadku komunikacyjnego.

Zdaniem Sądu Okręgowego w niniejszym przypadku zaktualizowała się także alternatywna podstawa roszczenia powoda o zapłatę kwoty zadośćuczynienia, wynikająca z art. 8 ustawy z dnia 6 XI 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. i dotycząca prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością. Opóźnienie w chirurgicznym zaopatrzeniu ręki powoda było aktem zawinionej niestaranności. Z tego tytułu powodowi na podstawie art. 4 ust 1 w/w ustawy oraz art. 448 k.c należy się zadośćuczynienie. Odpowiedzialność jednostki medycznej wynikająca z przywołanych przepisów nie jest przy tym związana ze skutkiem naruszenia prawa pacjenta.

W niniejszej jednak sprawie odpowiedzialność ta z uwagi na konstrukcję żądania nie stanowiła samodzielnej podstawy wyrokowania i pochłonięta została przez deliktowy – wynikający z kodeksu cywilnego, obowiązek zapłaty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Oceniając wysokość należnego powodowi na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. zadośćuczynienia Sąd Okręgowy miał na uwadze, że powinno ono stanowić formę rekompensaty pieniężnej z tytułu doznanej krzywdy i służyć złagodzeniu doznanych i odczuwanych cierpień psychicznych i fizycznych. Przy ustalaniu tej wysokości zgodnie z linią orzecniczą należy mieć na uwadze wiek pokrzywdzonego, rodzaj naruszonego dobra, rozmiar doznanych cierpień, ich intensywność i trwałość następstw uszkodzenia ciała i wywołania rozstroju zdrowia, a także rokowania na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej i bezradność życiowa powstałe na skutek zdarzenia wywołującego obrażenia ciała, konieczność korzystania ze wsparcia innych, w tym najbliższych, przy prostych czynnościach życia codziennego, rodzaj i stopień winy sprawcy (wyroki SN z 9 VII 2007 r., V CSK 245/07; 8 X 2008 r., IV CSK 243/08; 4 II 2008 r., III KK 349/07, 12 IV 1972 r., II CR 57/72, 17 IX 2010 r., II CSK 94/10, 29 IX 2004 r., II CK 531/03; 18 IV 2002 r., II CKN 605/00). Kwota zadośćuczynienia powinna ponadto mieć odczuwalną wartość ekonomiczną, przynoszącą poszkodowanemu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne. Z drugiej jednak strony nie może być wartością nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, co wynika z kompensacyjnego charakteru zadośćuczynienia (wyroki SN z: 4 II 2008 r., III KK 349/07, z 14 II 2008 r., II CSK 536/07).

Odnosząc powyższe wskazówki do okoliczności niniejszej sprawy sąd I instancji ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia kierował się przede wszystkim rozmiarem doznanych przez niego cierpień fizycznych i psychicznych, czasem ich trwania i trwałością skutków oraz rokowaniami na przyszłość, jak podkreślił biorąc pod uwagę fakt utraty ręki, jako części ciała, a nie fakt utraty funkcji ręki. Skutek, za który odpowiada pozwany nie wyczerpuje bowiem całej negatywnej sytuacji zdrowotnej powoda.

Tym niemniej sam fakt odjęcia ręki ocenił jako bardzo dotkliwy, niezależnie od tego, że powód przy prawidłowym leczeniu tj. w odpowiednim czasie nie mógłby liczyć na odzyskanie pełnej sprawności kończyny. Amputacja ręki stworzyła ponadto stan nieodwracalny. Powód jest osobą z ewidentną znaczną fizyczną ułomnością, którą sam odczuwa i która jest dostrzegalna przez inne osoby. Pozbawiony jest istotnej i dużej części ciała, co wpływa na jego symetrię. Pozbawiony jest ochrony tułowia jaką daje ręka. Nie jest przy tym wykluczone, iż zachowanie kończyny umożliwiałoby wykonywanie nią najprostszyc i minimalnych ruchów, zachowanie nawet szczątkowych jej funkcji w postaci chociażby podparcia. Z innych negatywnych skutków odjęcia kończyny sąd I instancji wymienił bóle fantomowe które powód odczuwa, konieczność korzystania przez niego z protezy ręki, pogorszenie stanu psychicznego na skutek świadomości własnej ułomności i świadomości, iż ułomność ta dostrzegana jest przez innych. Do następstw zawinonego zachowania pracowników pozwanego sąd I instancji nie zaliczył natomiast niemożności wykonywania przez powoda zawodu kucharza, podejmowania aktywności sportowej i czynnego, fizycznego udziału w działalności Ochotniczej Straży Pożarnej, co nie zmieniało oceny, iż doznana przez niego krzywda jest znaczna.

Mając powyższe na uwadze uznał, iż odpowiednią kwotą należnego powodowi zadośćuczynienia powinna być kwota 180 000 zł, która dla przeciętnego, zdrowego człowieka jest kwotą znaczną, jednakże w odniesieniu do powoda nie może być uznana za nadmierną. Jest ona adekwatna do zakresu doznaney przez powoda krzywdy i daje możliwość osiągnięcia pewnego stopnia satysfakcji. Kwota powyższa nie rekompensuje jednak krzywdy ujmowanej jako niepełnosprawność z uwagi na utratę funkcji ręki, gdyż w takim razie powinna być zdecydowanie wyższa.

Na podstawie art. 444 § 1 k.c. Sąd Okręgowy uwzględnił ponadto w całości żądanie powoda zasądzenia na jego rzecz odszkodowania w wysokości 5.328,88 zł podnosząc, iż nie budzi wątpliwości, iż powód na skutek amputacji ręki poniósł koszty związane z nabyciem protezy oraz jej dopasowania i kontroli lekarskich z tym związanych. Podana w pozwie suma tych kosztów nie wydawała się sądowi wygórowana, odpowiadała doświadczeniu życiowemu i mogła być przyjęta na podstawie art. 322 k.p.c., tym bardziej, iż pozwany nie zakwestionował zasadności i wysokości tego roszczenia.

W oparciu o art. 444 § 2 k.c. na rzecz powoda zasądzona została także renta za zwiększenie potrzeb wywołane koniecznością zakupu w przyszłości kolejnej protezy i koniecznością dojazdów do podmiotów leczniczych w związku z jej obsługą. Proteza ręki podlega bowiem refundacji ze środków publicznych jedynie częściowo.

Sąd Okręgowy wyjaśnił ponadto, iż od przyznanych powodowi świadczeń zasądził odsetki na podstawie art. 481 § 1 k.c. od dnia sporządzenia pisma, w którym pozwany odmówił spełnienia tychże świadczeń.

Oddalone zostało natomiast przez sąd I instancji żądanie powoda zasądzenia na jego rzecz wyższej kwoty zadośćuczynienia (powód domagał się 250 000 zł) oraz żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki wadliwego leczenia na przyszłość oparte na art. 189 k.p.c.. Sąd Okręgowy uznał, iż brak jest podstaw do przyjęcia, iż u powoda mogą wystąpić w przyszłości negatywne, nieznane dotąd następstwa odjęcia kończyny. Podniósł ponadto, że zgodnie z art. 442¹ k.c. nie jest możliwe przedawnienie roszczeń przed ujawnieniem się przyszłych szkód.

Mając na względzie wynik niniejszego postępowania Sąd Okręgowy uznał, iż powód wygrał je w 60 % i powinien ponieść koszty procesu i koszty sądowe w wysokości 40%, pozwany zaś wygrał w 40% i winien ponieść 60% tych kosztów.

Wyrok powyższy w części uwzględniającej powództwo i rozstrzygającej o kosztach zaskarżył pozwany. W swojej apelacji podniósł zarzuty:

1. naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- wyprowadzenie z materiału dowodowego wniosków z niego nie wynikających, iż z opinii biegłych z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej oraz medycyny ratunkowej wynika, że u powoda należało rozpocząć zabieg rewaskularyzacji niezwłocznie najpóźniej o godz. 9.30, podczas gdy z opinii tych wynikało, że optymalnym czasem do przeprowadzenia zabiegu byłby czas 6 godzin od urazu i w tym czasie należało wcześniej przeprowadzić konieczną diagnostykę,

- poprzez dowolne uznanie, że przekroczenie granicy 6 godzin od urazu o prawie 2 godziny jednoznacznie przesądziło o niemożliwości uratowania kończyny powoda, a tym samym stanowiło podstawę odpowiedzialności pozwanego,

- uznanie wbrew treści materiału dowodowego, że w przypadku powoda został popełniony błąd diagnostyczny,

- nieuzasadnione uznanie opinii biegłego z zakresu zdrowia publicznego za nieprzydatną dla rozstrzygnięcia sprawy, a z której to opinii wynika, że przebieg leczenia powoda na SOR był prawidłowy,

- dowolną ocenę zeznań świadka M. M. i A. N. i przyjęcie na ich podstawie rozumowania, że gdyby pomoc medyczna została udzielona wcześniej to nie doszłoby do amputacji kończyny, podczas gdy z zeznań wymienionych świadków wynika, że kończyna zagrożona była amputacją od samego początku ze względu na charakter urazu,

- poprzez uchybienie zasadzie wszechstronności nakazującej poddać ocenie całość zebranego materiału dowodowego i przyjęcie, że kwota zadośćuczynienia jest zadośćuczynieniem adekwatnym podczas gdy treść opinii biegłych wskazywała, że nawet w przypadku gdyby operacja została wykonana przed upływem 6 godzin od urazu to brak jest pewności, że nie doszłoby do amputacji kończyny ze względu na charakter urazu,

2. naruszenia art. 322 k.p.c. poprzez ustalenie i zasądzenie rażąco wygórowanej kwoty w pkt 1 wyroku,

3. naruszenia art. 231 k.p.c. poprzez ustalenie na podstawie innych faktów ustalonych w sprawie i na zasadach dowodu prima facie, że amputacja kończyny powoda stanowi normalne następstwo opóźnienia w przebiegu leczenia chirurgicznego, podczas gdy brak było podstaw do przyjęcia takiego domniemania i tym samym przeprowadzenia dowodu prima facie, w szczególności żaden z faktów ustalonych w sprawie nie wskazywał na wysokie prawdopodobieństwo amputacji kończyny ze względu na opóźnienie w wykonaniu operacji chirurgicznej i dokonanie w/w oceny wbrew ustaleniom opinii biegłego z zakresu zdrowia publicznego, który ocenił, iż zastosowane wobec pacjenta urazowego procedury były prawidłowe,

4. naruszenia art. 361 § 1 k.c. poprzez jego nieprawidłową wykładnię polegającą na przyjęciu, iż w okolicznościach niniejszej sprawy doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu w postaci amputacji kończyny stanowi normalne następstwo opóźnienia w zakresie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego oraz poprzez uznanie, iż w celu przyjęcia odpowiedzialności za szkodę, wystarczające jest wykazanie hipotetycznego związku przyczynowego polegającego jedynie na zwiększeniu prawdopodobieństwa zdarzenia, pomimo, że powoływany przepis ustanawia wymóg wykazania rzeczywistego związku, dodatkowo mającego adekwatny charakter,

5. naruszenia art. 415 w zw. z art. 430 k.c. poprzez ich zastosowanie mimo, że w sprawie nie występują przesłanki odpowiedzialności cywilnej pozwanego z powodu braku istnienia adekwatnego związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy doznany przez powoda uszczerbkiem na zdrowiu a zachowaniem lekarzy pozwanego jak również przez ustalenie i zasądzenie rażąco wygórowanej wysokości zadośćuczynienia.

Mając powyższe na uwadze apelujący wnosił o zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz od powoda kosztów procesu ewentualnie o uchylenie wyroku w tej części i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja strony pozwanej nie zasługiwała na uwzględnienie.

Rozstrzygnięcie sporu powstałego w niniejszej sprawie sprowadzało się do ustalenia czy proces diagnostyczny i leczniczy powoda w pozwanej placówce medycznej przebiegał prawidłowo czy też doszło do zawinionych uchybień po stronie personelu medycznego oraz czy pomiędzy tymi ewentualnymi uchybieniami a szkodą polegającą na utracie przez powoda lewej górnej kończyny istniał normalny związek przyczynowo skutkowy.

Poczynienie tego rodzaju ustaleń i ocen wymagało posiadania wiedzy medycznej z zakresu kilku specjalności. Dlatego też Sąd Okręgowy słusznie dopuścił dowody z opinii biegłych lekarzy z zakresu chirurgii naczyniowej, mikrobiologii, ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego. W oparciu o trzy pierwsze opinie ustalił, że podczas procesu diagnostycznego powoda w oddziale ratunkowym pozwanego Instytutu doszło do nieuzasadnionego, nieusprawiedliwionego opóźnienia, które nie pozwoliło na rozpoczęcie leczenia operacyjnego chorego (zaopatrzenia rany) w możliwie optymalnym terminie 6 godzin, pozwalającym na zapobieżenie negatywnym i nieodwracalnym skutkom ostrego niedokrwienia tkanek.

Ustalenia powyższe były prawidłowe.

Jak bowiem wyjaśnił to biegły chirurg naczyniowy podstawowym standardem leczenia zanieczyszczonych ran szarpanych i zmiażdżonych jest możliwie szybkie zaopatrzenie tych uszkodzeń do 6 godzin od momentu ich

powstania. Po upływie tego czasu przy utrzymującym się niedokrwieniu tkanek powstają bowiem nieodwracalne zmiany w mięśniach szkieletowych. Niedokrwione komórki mięśniowe uwalniają toksyczne metabolity. Na skutek równoczesnego gromadzenia się kwasu mlekowego występują objawy kwaśnicy. Zaczyna się degeneracja zakończeń nerwowych i cylindryczna degradacja włókien nerwowych. W tkance mięśniowej rozpoczyna się ziarnisty rozpad włókien, a w naczyniach tętniczych i żylnych rozpad śródbłonna (k 665 i 722).

U powoda objawy takiego ostrego niedokrwienia kończyny górnej lewej, spowodowanego urwaniem tętnicy ramiennej były niewątpliwe i nakazywały jak najszybsze postępowanie w celu przywrócenia krążenia w niedokrwionej ręce (k 721). Lekarz dyżurny SOR powinien był w trybie pilnym powiadomić lekarza chirurga naczyniowego o zaistniałym przypadku i dalej postępować zgodnie z otrzymanymi wskazówkami. Powód powinien zostać poddany zabiegowi operacyjnemu tak szybko jak było to możliwe.

Możliwość taka uzależniona jednak była od uprzedniego przeprowadzenia diagnozy objawów sugerujących uszkodzenie kręgosłupa szyjnego, co wymagało konsultacji z neurochirurgiem i wykonania badania CT głowy oraz kręgosłupa szyjnego.

Nawet jednak uwzględniając czas niezbędny na przeprowadzenie takiej interdyscyplinarnej diagnostyki biegły w sposób jednoznaczny stwierdził, że okres pobytu powoda na SOR wynoszący 4 godziny był na tyle długi, że przekroczona została granica 6 godzin liczonych od wypadku, niezbędnych do zaopatrzenia nagłego niedokrwienia i rozległej rany kończyny, co świadczy o niezachowaniu należytej ostrożności diagnostycznej i związanej z tym należytej ostrożności decyzyjnej (k 660).

Także biegły z zakresu mikrobiologii w sposób stanowczy wskazali, iż po stronie pozwanej doszło do uchybienia polegającego na opóźnieniu w wykonaniu zabiegu operacyjnego, którego nie można usprawiedliwiać względami organizacyjnymi (k 697).

Podobnie biegły z zakresu chirurgii i medycyny ratunkowej ocenił, iż proces diagnozowania powoda w SOR był zbyt długi. Zmarnowano dużo czasu ponieważ nie było kompetentnej osoby kierującej akcją, w przypadku ostrego niedokrwienia kończyny doszło do spóźnionej diagnostyki, wystąpił brak przewidywania dalszego postępowania terapeutycznego (brak oznaczonej grupy krwi). Organizacja pracy po części też jest odpowiedzialna za efekt końcowy jaki wystąpił u powoda (k 810). Wadliwe przekwalifikowanie powoda w SOR z grupy czerwonej na żółtą wydłużyło proces diagnostyczny i tym samym podjęcie leczenia operacyjnego (k 735, 737, 808). Opierając się na własnym doświadczeniu biegły stwierdził, że pełen proces diagnostyczny powoda w SOR można było przeprowadzić szybciej i sprawniej (k 811).

Powyższe wysunięte przez biegłych wnioski na temat nieusprawiedliwionego opóźnienia jakiego dopuszczono się w pozwanym (...) podczas diagnozowania i w konsekwencji leczenia powoda korespondowały z zeznaniami niektórych świadków lekarzy pozwanego oraz dokumentacją medyczną chorego. Z zeznań lekarza dyżurnego SOR R. G. wynikało bowiem, że do godziny 9.30 pacjenta prowadził lekarz ortopeda, a nie lekarz oddziału ratunkowego, który zlecił konsultacje neurochirurga, chirurga naczyniowego i chirurga plastyka (k 287). Dopiero o godz. 9.10 odbyła się konsultacja neurochirurga, który skierował powoda na badania CT głowy i kręgosłupa szyjnego (k 286). O godzinie 9.30, a więc po upływie 2 godzin od przyjęcia pacjenta na SOR zlecono wykonanie badań z krwi, a następnie w/w badania obrazowe. Chirurg naczyniowy A. O. (1) konsultował powoda dopiero około godziny 11.00. Po obejrzeniu chorej ręki od razu podjął decyzję o przyjęciu chorego do Kliniki (...), aczkolwiek zalecił przeprowadzenie jeszcze badania A. C. uszkodzonej kończyny (zeznania A. O.) w konsekwencji czego powód trafił do Kliniki dopiero o godz. 11.40. Sam doktor O. zeznając przed sądem przyznał, iż zleconych przez niego badań komputerowych można było nie robić (3.01- 3.05 min nagrania k 533), a konsultacja z chirurgiem naczyniowym w SOR powinna była zapaść wcześniej. Jak stwierdził „mówimy o podstawowych rzeczach – jeżeli ten, kto dotyka ręki widzi, że jest zimna, nie ma czucia tętna, to wiadomym jest, że jest to sprawa naczyniowa” (3 h i 17 min nagrania k 533).

Przeprowadzenie u powoda operacji rozpoczęto w dniu 30 V 2013 r. dopiero o godz. 13.00, jak zeznał świadek O. z uwagi na brak badania grupy krwi pacjenta, które jak wynikało z opinii biegłego z zakresu medycyny ratunkowej

powinno być zostało przeprowadzone jeszcze w SOR, a dodatkowo zauważyć należy, że powód miał oznaczoną grupę krwi w szpitalu w G. (k 737, 23). Pobranie próbki krwi w Klinice (...) nastąpiło o godz. 12.00 jednak materiał został dostarczony do Zakładu (...) o 12.44 (k 52). Dodatkowo podnieść należy, iż jak wynikało z zeznań innego lekarza w/w Kliniki doktora J. W. brak rozpoznania grupy krwi nie był przeszkodą do pilnej operacji jak u powoda, można bowiem było podać krew uniwersalną (2 h 50 min nagrania k 533).

Znamienne dla dokonania oceny terminowości podejmowanych w procesie diagnostycznym i leczniczym powoda czynności zdaniem Sądu Apelacyjnego były także zeznania lekarza A. N., z których wynikało, że w pozwanym (...)zdarzają się również takie sytuacje, „że pacjent wjeżdża na SOR i zanim zdążymy założyć dokumentację jest już na bloku operacyjnym. Tu nie było tak. Myślę, że to było podyktowane zakresem badań na SOR” (3 h 25 min k 533) . Niestety przypuszczenia tego lekarza jak wynika z opinii biegłych i zresztą zakresu przeprowadzonych badań diagnostycznych u powoda oraz liczby odbytych konsultacji , były niezasadne.

Reasumując Sąd Apelacyjny podobnie jak sąd I instancji po analizie materiału dowodowego sprawy nie miał wątpliwości, iż po stronie personelu pozwanego (...) podczas diagnozowania powoda na SOR jak i przygotowania go do zabiegu operacyjnego w Klinice (...) (okres zbadania grupy krwi) doszło do niezachowania należytej staranności i ostrożności wymaganej ze względu na stan zdrowia chorego i podyktowanej aktualnym poziomem wiedzy medycznej, co skutkowało opóźnieniem w podjęciu leczenia operacyjnego w możliwie optymalnym terminie 6 godzin liczonych od powstania urazu, dającym szansę na skuteczne przywrócenie krążenia , a tym samym zahamowanie procesu obumierania tkanek mięśniowych i nerwów.

W świetle przywołanych powyżej dowodów z opinii biegłych, dokumentów, zeznań świadków jako mało przekonujący jawił się dowód z opinii biegłego z zakresu zdrowia publicznego, który nie dopatrywał się żadnych uchybień w organizacji pracy pozwanego Instytutu i stwierdził, że zakwalifikowanie powoda w systemie Triage na kolor czerwony zostało zmienione w sposób uprawniony na żółty w oparciu o badania lekarskie, dodatkowe konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne (k 1050 v) oraz, że zebrany materiał dowodowy wskazywał, iż współpraca pomiędzy pionami i komórkami organizacyjnymi Instytutu była dostępna i kompleksowa, zapewniająca jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym wykonywanie konsultacji specjalistycznych w trybie pilnym , dyżurowym bez zbędnej zwłoki (k 1051). Zdaniem Sądu Apelacyjnego materiał dowodowy zgromadzony w sprawie uprawniał do wyciągnięcia wniosków odmiennych z przyczyn powyżej wskazanych. Poza tym jak słusznie zwracał uwagę sąd I instancji biegły ten pomimo stwierdzenia w swojej opinii, iż nie ma przepisów prawnych regulujących czas pobytu chorego na SOR , że czas ten jest określony indywidualnie do stanu zdrowia pacjenta, w żaden sposób nie odniósł się do najistotniejszej podawanej w opiniach pozostałych biegłych kwestii , że z uwagi właśnie na stan zdrowia powoda, a konkretnie na charakter i zakres doznanego przez niego urazu górnej kończyny należało zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i sztuki lekarskiej w celu ratowania jego zdrowia , zapobieżenia nieodwracalnym skutkom ostrego niedokrwienia ręki przeprowadzić zabieg rewaskularyzacji niezwłocznie, w trybie pilnym, najpóźniej przed upływem 6 godzin od powstania urazu.

Z powyższych względów opinia biegłego z zakresu zdrowia publicznego może nie tyle była nieprzydatna dla rozstrzygnięcia sprawy jak stwierdził to Sąd Okręgowy , co budziła wątpliwości odnośnie zasadności przedstawionych w niej wniosków, a tym samym nie mogła stanowić podstawy ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie.

Ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego co do nieprawidłowości postępowania z chorym powodem w pozwanym (...) nie mógł zmienić również podniesiony w apelacji zarzut obrazy art. 233 § 1 k.p.c. poprzez uznanie przez ten sąd, iż z opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej i biegłego z zakresu medycyny ratunkowej wynika, że u powoda należało rozpocząć zabieg rewaskularyzacji niezwłocznie najpóźniej o godz. 9.30.

Ustosunkowując się do powyższego zarzutu stwierdzić po pierwsze należy, iż z uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie wynika, aby Sąd Okręgowy wyprowadził taki wniosek z wymienionych opinii. W istocie stwierdził, że przy prawidłowym, adekwatnym do zaistniałej sytuacji, a w szczególności stanu zdrowia pacjenta postępowaniu personelu medycznego, zabieg zaopatrzenia rany można byłoby rozpocząć o godz. 9.30, ale wniosek taki został wyprowadzony na

podstawie dowodów z dokumentów i zeznań analityka medycznego mówiących o czasie trwania poszczególnych badań i konsultacji jakie u powoda przeprowadzono. Po drugie takie przeświadczenie sądu I instancji w żaden sposób nie zmienia wniosków wynikających z przywołanych opinii biegłych, że optymalnym czasem na przeprowadzenie zabiegu zaopatrzenia powstałej u powoda rany był okres 6 godzin liczonych od momentu powstania urazu, który pozwany Instytut powinien był i mógł zachować, nawet przy konieczności przeprowadzenia diagnostyki innych ewentualnych powypadkowych uszkodzeń ciała i urazów. Były to bowiem godziny decydujące o zajściu nieodwracalnych skutków w komórkach organizmu powoda spowodowanych ich ostrym niedokrwieniem wywołanym zerwaniem tętnicy ramiennej.

Dlatego też jeszcze raz należy podkreślić, iż proces diagnozowania powoda i zresztą przygotowania go do leczenia operacyjnego w pozwanym (...) przebiegał zbyt wolno, niezgodnie z wynikającymi ze stanu wiedzy medycznej i sztuki lekarskiej standardami postępowania w stosunku do pacjenta o takich urazach powypadkowych, co świadczyło o niedochowaniu należytej ostrożności diagnostycznej i decyzyjnej, a tym samym o zachowaniu bezprawnym jak i zawinionym personelu medycznego, oczywiście w stopniu nieumyślnym. Dodać w tym miejscu ponadto należy, iż przyjęcie odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego (...) w oparciu o art. 430 k.c. nie było uzależnione od przypisania winy poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczyło wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co też nastąpiło.

Oczywiście samo zawinione zachowanie personelu medycznego pozwanego, czy też zła organizacja pracy w zakładzie opieki zdrowotnej nie uzasadniała jeszcze odpowiedzialności deliktowej odszkodowawczej (...) za szkodę polegającą na utracie przez powoda kończyny górnej lewej w wyniku jej amputacji.

Zgodnie bowiem z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła, co oznacza, iż pomiędzy określaną przez powoda szkodą a przypisanymi pozwanemu (jego pracownikowi) zawinionymi zachowaniami musiał istnieć adekwatny związek przyczynowo skutkowy. Dla stwierdzenia w określonym stanie faktycznym adekwatnego związku przyczynowego należy natomiast ustalić, czy zdarzenie stanowi warunek konieczny wystąpienia szkody (test *conditio sine qua non*), oraz czy szkoda jest normalnym następstwem tego zdarzenia (selekcja następstw). Przy czym w przypadku badania istnienia adekwatnego związku przyczynowego między stanem identyfikowanym jako szkoda, a zdarzeniem, które ją miało spowodować przybierającym postać zaniechania (a z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w niniejszej sprawie), test *conditio sine qua non* ulega modyfikacji, w ten sposób, że nie polega on na badaniu czy szkoda wystąpiłaby, gdyby zaniechanie nie miało miejsca, ale czy jeśliby podjęto wymagane w danych okolicznościach działanie, to szansa wystąpienia szkody uległaby istotnemu zmniejszeniu (wyrok SN z 11 II 2004 r. I CK 222/03, z 4 XI 2016 I CSK 739/15).

Ponadto w orzecznictwie przyjmuje się, na co zwrócił również uwagę sąd I instancji, że w tzw. procesach medycznych związek przyczynowo skutkowy nie musi być wykazany w sposób całkowicie pewny i wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa jego zaistnienia. Innymi słowy stosowana jest złagodzona formuła związku przyczynowego, gdyż istnienia tego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie nie zawsze da się ustalić z pewnością wykluczającą wszelkie wątpliwości. Dlatego do przyjęcia go wystarcza gdy jest ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. W sytuacji gdy nie jest możliwe przyjęcie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy uszczerbkiem na zdrowiu poszkodowanego poddanego leczeniu w placówce medycznej, a zachowaniem personelu medycznego, sąd dokonuje oceny, czy w świetle ustalonych w sprawie faktów zachodzi odpowiednio wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku. Podstawą dla jego konstruowania jest oparte na doświadczeniu życiowym uznanie, iż istnieją okoliczności, w świetle których tego rodzaju wnioskowanie jest uzasadnione (wyrok SN z 17 VI 1969 r., II CR 165/69, z 12 I 1977 r., II CR 571/76, z 21 X 1998 r., III CKN 589/97 i z 5 IV 2012 r., II CSK 402/11). SN z 29 XI 2019 I CSK 479/18, SA w Warszawie z 4 VI 2020 r. I ACa 395/20, z 5 VI 2020 V ACa 722/18). Nawet okoliczność, że jakież inne przyczyny - oprócz zarzucanych zachowań lekarzy - mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwalnia zakładu opieki zdrowotnej z odpowiedzialności (wyrok SA w Warszawie z 5 VI 2019 V ACa 457/18).

Przechodząc tym samym do zarzutów apelacji kwestionujących istnienie takiego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy opieszałością w trakcie diagnozowania i leczenia przedoperacyjnego powoda a szkodą w postaci amputacji lewej ręki podnieść należy, iż niezasadnie skarżący przypisywał sądowi I instancji naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolne uznanie, że przekroczenie granicy 6 godzin od urazu o prawie 2 godziny jednoznacznie przesądziło o niemożliwości uratowania kończyny. Takich jednoznacznych ustaleń Sąd Okręgowy bowiem nie poczynił. Zgodnie z przywołanym orzecznictwem uznał, iż istnienie tego rodzaju związku przyczynowego zostało uprawdopodobnione w sposób wystarczający, gdyż biegli wydający opinię w niniejszej sprawie nie wykluczyli możliwości uratowania ręki powoda, chociaż w kwestii tej wypowiedali się ostrożnie, ponadto szansę taką widzieli również lekarze pozwanego (...) skoro podjęli się leczenia mającego na celu zachowanie uszkodzonej kończyny, przemawiał za tym także młody wiek i silny organizm powoda. Wszystkie te okoliczności w powiązaniu z możliwie szybkim zabiegiem rewaskularyzacji zdaniem Sądu Okręgowego dawały realną, a nie iluzoryczną szansę, na co najmniej zachowanie uszkodzonej na skutek wypadku kończyny.

Apelujący podważał powyższe ustalenie sądu I instancji zarzucając niewłaściwie zastosowanie przez niego art. 231 k.p.c. i podnosząc, iż brak było w sprawie niniejszej podstaw do przyjęcia tego rodzaju domniemania faktycznego i tym samym przeprowadzenia dowodu prima facie, w szczególności, że żaden z faktów ustalonych w sprawie nie wskazywał na wysokie prawdopodobieństwo amputacji kończyny ze względu na opóźnienie w wykonaniu operacji chirurgicznej, a z opinii biegłego z zakresu zdrowia publicznego wynikało, że zastosowanie procedury wobec pacjenta urazowego było prawidłowe.

Odnosząc się do tych twierdzeń jeszcze raz podnieść należy, że zawinienie po stronie personelu medycznego polegało na zbyt późnym przystąpieniu do zaopatrzenia objętej urazem kończyny czyli de facto zaniechaniu, a zatem nie tego rodzaju jak przedstawiał pozwany wnioskowanie decydowało o istnieniu związku przyczynowo skutkowego pomiędzy zdarzeniem sprawczym a szkodą. W celu ustalenia istnienia takiego związku przyczynowo skutkowego należało ustalić czy gdyby podjęto w odpowiednim czasie wymagane w danych okolicznościach działanie, to szansa wystąpienia szkody tj. amputacji kończyny uległaby istotnemu zmniejszeniu.

Jak wynika z materiału dowodowego sprawy decyzja o odjęciu kończyny, pomimo przywrócenia jej ukrwienia wskutek pierwszej operacji, została spowodowana narastającymi zmianami martwiczymi zagrażającymi posoczną i niewydolnością wielonarządową (kwalifikacja do operacji k 305).

Narastające zmiany martwicze były zaś spowodowane kilkoma przyczynami, w tym także, wbrew zarzutom apelacji, opóźnieniem w przeprowadzeniu u powoda w dniu 30 V 2013 r. zabiegu rewaskularyzacji.

Wynika to w sposób jednoznaczny z opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej, w której wyjaśnione zostało, że narastanie zmian martwiczych tkanek miękkich było wieloprzyczynowe i zostało spowodowane:

- niedokrwieniem tkanek, które po upływie 6 godzin wywołało nieodwracalne zmiany w mięśniach szkieletowych,
- obrzękiem o typie ciasnoty powięziowej, który powoduje przy wzroście ciśnienia istotne ograniczenie przepływu żylnego,
- mechanicznym zniszczeniem tkanek, niemożliwym do całkowitego usunięcia operacyjnego,
- uszkodzeniem mechanicznym włókien nerwowych,
- zakażeniem rany,
- uszkodzeniem drobniejszych naczyń żylnych i tętniczych (k 665).

Podobny wniosek co do wpływu opóźnienia w procesie leczenia operacyjnego powoda na powstanie zmian martwiczych w obrębie uszkodzonej ręki wynikał z zeznań lekarza pozwanego(...)J. W.. Świadek tłumaczył, że ponieważ u powoda doszło do niedokrwienia kończyny przez okres trwający powyżej 6 h, doszło do zespołu

reperfuzyjnego, w konsekwencji którego narastał obrzęk kończyny i wymagana była kolejna interwencja polegająca na przecięciu powięzi powięziowych (2 h i 36-37 min k 533).

Pozostali biegli tj. z zakresu chirurgii i ratownictwa medycznego jak i mikrobiologii w swoich wnioskach nie byli już tak jednoznaczni jak biegłych chirurg naczyń czy w/w świadek tym niemniej uznali, że opóźnienie w wykonaniu zaopatrzenia chirurgicznego rany z pewnością zwiększyło ryzyko rozwoju zakażenia (opinia mikrobiologów k 697), że przyspieszenie procesu diagnostyczno – terapeutycznego powoda mogłoby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia, a tym samym zmian martwiczych w obrębie kończyny (biegły z zakresu ratownictwa medycznego).

Z uwagi na pierwotny uraz spowodowany wypadkiem, polegający na powstaniu dużej, brudnej, szarpanej rany ręki, niosącej za sobą także wysokie ryzyko zakażenia i w konsekwencji amputacji kończyny biegli nie byli w stanie w sposób jednoznaczny odpowiedzieć na pytanie czy brak opóźnienia pozwoliłby na uniknięcie amputacji jak również zapobiegłby rozwojowi zakażenia (k 697 biegli mikrobiolodzy, k 785 biegły chirurg naczyń). Z ich opinii wynikało jednak, że pomimo pierwotnego wysokiego, bo ocenionego na 8 stopni w 10 stopniowej skali MESS uszkodzenia kończyny nie można było negować wpływu czynnika czasu na powstanie rozwoju powikłań (zakażenie, martwica), jednakże określenie stopnia tego wpływu było niemożliwe do precyzyjnej oceny (biegły chirurg naczyń k 664). Co jest jednak istotne dla przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego Instytutu, z opinii biegłych z zakresu chirurgii naczyń, mikrobiologii jak i ratownictwa medycznego wynikało w sposób niewątpliwy, że długi okres oczekiwania przez powoda na udzielenie specjalistycznej pomocy chirurgicznej pozbawił go szansy na uratowanie kończyny (k 785, 697, 810).

Wcześniejsze zaopatrzenie powstałej u powoda rany, przywrócenie prawidłowego krążenia krwi w kończynie w terminie do 6 godzin od wypadku zwiększałyby niewątpliwie szansę uratowania uszkodzonej ręki. Jeszcze raz podnieść należy, że z wszystkich w/w opinii wynikało, że czynnikiem bardzo istotnym z punktu widzenia możliwości udzielenia skutecznej pomocy powodowi. Opinie powyższe jak i dodatkowo zeznania świadka J. W. podważały tym samym wiarygodność twierdzeń Kierownika Kliniki (...) pozwanego (...) doktora M. M. mówiących o tym, że wobec tak wielkich pierwotnych zmian w obrębie kończyny wskutek mechanicznego uszkodzenia tkanek cezurą czasową nie miała znaczenia i że występujące już wtedy zmiany miejscowe usprawiedliwiały nawet pierwotne odjęcie ręki (5-6 min k 616). W podobnym ale nieco łagodniejszym tonie co do wskazań odnośnie pierwotnej amputacji kończyny z powodu jej rozległego urazu powypadkowego wypowiadał się także świadek A. N. i doktor A. O. (1).

Słusznie jednak sąd I instancji wskazywał, że gdyby nie było szansy powodzenia operacji mającej na celu zachowanie kończyny logicznie rzecz ujmując operacja taka nie zostałaby przeprowadzona, nie dokonywano by w kolejnych dniach ponownego zaopatrzenia rany, nie prowadzono by uporczywej terapii (3 zabiegi operacyjne), nie planowano by podczas zabiegu 31 V 2013 r. zespolenia startego bocznego wyrostka kości łokciowej z przyczepami mięśniowymi. Również żaden z wypowiadających się w niniejszej sprawie biegłych nie przekreślił możliwości uratowania kończyny z powodu charakteru jej pierwotnego urazu.

Sąd Apelacyjny nie neguje, że stopień uszkodzenia kończyny powoda podczas wypadku stwarzał wysokie ryzyko wystąpienia zakażenia, a tym samym zmian martwiczych. Czynnikiem wystąpienia wysokich zagrożeń septycznych, a tym samym koniecznego u powoda zabiegu amputacyjnego był jednak nie tylko mechanizm urazu ze zmiażdżeniem oraz duże pierwotne skażenia rany urazowej ale również zbyt późne podjęcie w pozwanej placówce medycznej właściwego leczenia, w szczególności z przekroczeniem dopuszczalnych 6 godzin, dających szansę zapobieżeniu nieodwracalnym skutkom niedokrwienia kończyny w postaci degeneracji zakończeń i włókien nerwowych, rozpadu włókien w tkankach mięśniowych, rozpadu w naczyniach tętniczych i żylnych, niosących za sobą ryzyko powikłań w postaci zakażenia i zmian martwiczych.

W świetle powyższego uznać należy, że trafnie Sąd Okręgowy stwierdził występowanie w rozpoznawanej sprawie związku przyczynowego pomiędzy opóźnieniem w zaopatrzeniu rany w pozwanym Instytucie a szkodą powoda w

postaci utraty kończyny. Nie jest wprawdzie możliwe do rozstrzygnięcia jak podnosili biegli czy gdyby wynikające z braku zachowania należytej ostrożności diagnostycznej i decyzyjnej zaniechania po stronie personelu medycznego nie miały miejsca, to nie wystąpiłby skutek w postaci odjęcia kończyny (k 697, 785, 811), ale oznacza to, że nie jest również możliwe, tak jak starała się przekonać strona pozwana, rozstrzygnięcie, czy skutek taki wystąpiłby nawet bez uchybień popełnionych w procesie diagnozowania powoda. Można natomiast z dostateczną dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że gdyby właściwe działania diagnostyczne i lecznicze podjęte zostały wcześniej (wcześniej wezwano na konsultację chirurga naczyniowego, przeprowadzono badania krwi, przystąpiono do zabiegu operacyjnego) prawdopodobieństwo wystąpienia u powoda szkody w postaci odjęcia ręki uległoby istotnemu zmniejszeniu. Jak wyjaśniał to bowiem biegły z zakresu chirurgii naczyniowej okres 6 godzin od całkowitego zamknięcia ukrwienia kończyny jest bowiem czasem optymalnym do właściwego leczenia, przywrócenia krążenia i uratowania kończyny.

Stwierdzić tym samym należy, iż zaistniały wszystkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego (...) określone w art. 430 k.c., wobec czego powód mógł domagać się od niego zapłaty odszkodowania, renty z tytułu zwiększonych potrzeb oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 444 i 445 § 1 k.c..

Sąd Okręgowy uznał, iż kwotą zadośćuczynienia adekwatną do doznanych przez powoda cierpień fizycznych i psychicznych będzie kwota 180 000 zł, której wysokość została zakwestionowana w apelacji jako rażąco wygórowana. Przedstawione w tym względzie przez apelującego zarzuty sprowadzały się do stwierdzenia, iż wysokość ta została zawyżona biorąc pod uwagę charakter doznanego przez powoda urazu oraz przeprowadzenie operacji w przedziale czasowym 8 godzin od urazu, co ze względu na obłożenie Kliniki (...) i konieczność wykonywania innych operacji nie było czasem bardzo odległym. Odnośnie tego drugiego argumentu stwierdzić należy, iż był on całkowicie gołosłowny. Sąd Okręgowy zwracał już bowiem uwagę, iż pozwany nie wykazał aby w dniu 30 V 2013 r. zaistniały nadzwyczajne okoliczności zakłócające lub uniemożliwiające podjęcie czynności leczniczych wobec powoda w czasie krótszym, niż rzeczywiście to miało miejsce. W szczególności z materiału dowodowego sprawy nie wynikały jakiegokolwiek informacje o konieczności wykonywania w tym czasie operacji u innych pacjentów czy też dotyczące obłożenia SOR lub Kliniki (...). Ponadto jak wynikało z opinii biegłych charakter doznanego przez powoda urazu nakazywał objęcie go leczeniem operacyjnym w trybie pilnym. Charakter urazu nie przesądzał o braku szansy na uratowanie kończyny.

Apelujący podniósł także w ramach zarzutu obraży art. 233 § 1 k.p.c. błędne przyjęcie, że kwota zadośćuczynienia jest zadośćuczynieniem adekwatnym podczas gdy z treści opinii biegłych wynikało, że nawet w przypadku gdyby operacja została wykonana przed upływem 6 godzin od urazu to brak jest pewności, że nie doszłoby do amputacji kończyny ze względu na charakter urazu. Zdaniem Sądu Apelacyjnego kwestia powyższa nie dotyczyła zakresu doznanej przez powoda krzywdy, decydującej o wysokości zadośćuczynienia, tylko odnosiła się do zagadnienia istnienia związku przyczynowo skutkowego, które zostało omówione powyżej.

Pozwany powoływał się ponadto na zarzut naruszenia art. 322 k.p.c. poprzez ustalenie i zasądzenie rażąco wygórowanej w pkt 1 wyroku kwoty. Zarzut ten nie został jednak w żaden sposób uzasadniony. Tym niemniej jednak jeżeli chodzi o kwotę zadośćuczynienia przyznaną z tytułu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, to przepis powyższy w ogóle nie znajdował zastosowania, co wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 XI 2019 r. wydanym w sprawie I CSK 479/18: „Naprawienie szkody niemajątkowej, tzw. krzywdy, może polegać na przyznaniu poszkodowanemu odpowiedniej sumy pieniężnej. Wyrażenie "odpowiednia suma" pozostaje w związku z tym, że ze względu na istotę krzywdy nie da się jej wyliczyć w sposób ścisły, w przeciwieństwie do szkody rzeczowej. Nie zachodzi zatem w takich przypadkach (stosowania art. 445 § 1 k.c.) niemożliwość albo nadmierne utrudnienie ustalenia wysokości szkody, o czym mowa w art. 322 k.p.c. Wyłączone jest zatem w takich przypadkach stosowanie tego przepisu.”

Z powyższych względów Sąd Apelacyjny oddalił apelację pozwanego jako niezasadną na podstawie art. 385 k.p.c. i zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c. obciążył go obowiązkiem zwrotu na rzecz powoda poniesionych przez niego kosztów postępowania apelacyjnego, które sprowadzały się do kosztów wynagrodzenia pełnomocnika procesowego.

E. Klimowicz-Przygódzka A.Fronczyk J. Piwowarun-Kołąkowska