

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 marca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

| | |
|-----------------|--|
| Przewodniczący: | SSA Sławomir Jamróg (spr.) |
| Sędziowie: | SSA Grzegorz Krężolek SSA Andrzej Struzik |
| Protokolant: | st. sekr. sądowy Beata Zaczyk |

po rozpoznaniu w dniu 15 marca 2018 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa B. S.

przeciwko Województwu (...)

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 21 lutego 2017 r. sygn. akt I C 1508/12

1. zmienia zaskarżony wyrok:

- w pkt I w ten sposób, że nadaje mu treść: „zasądza od Województwa (...) na rzecz B. S. kwotę 120.000 zł (sto dwadzieścia tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 27 września 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015r. i z ustawowymi odsetkami opóźnienia od dnia 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałej części;”,

- w pkt III w ten sposób, że nakazuje ściągnąć od Województwa (...) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Krakowie kwotę 11.346,30 zł (jedenaście tysięcy trzysta czterdzieści sześć złotych 30/100) tytułem kosztów sądowych;

2. oddala apelację w pozostałej części;

3. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania apelacyjnego;

4. nakazuje ściągnąć od Województwa (...) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Krakowie kwotę 6.000 zł (sześć tysięcy złotych) tytułem opłaty sądowej od uwzględnionej części roszczenia, od której powódka była zwolniona;

5. przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Krakowie na rzecz adwokata M. K. kwotę 6.642 zł (sześć tysięcy sześćset czterdzieści dwa złote) w tym 1.242 zł podatku od towarów i usług, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Andrzej Struzik SSA Sławomir Jamróg SSA Grzegorz Krężolek

Sygn. akt I ACa 1174/17

UZASADNIENIE

Powódka B. S. wniosła (po doprecyzowaniu oznaczenia strony pozwanej) o zasądzenie od Województwa (...) na jej rzecz kwoty 300.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną podczas pobytu w Szpitalu (...) w K.. Nadto powódka domagała się ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za poniesioną szkodę i zasądzenia kosztów postępowania.

Na uzasadnienie swojego roszczenia powódka podała, iż w okresie od 6 października do 26 października 2009 r. poddana była, z powodu kamicy nerkowej, leczeniu w Szpitalu im. (...) w K.. Na skutek nienależytego wykonania świadczenia usług medycznych utraciła prawą nerkę bowiem w trakcie zabiegu usuwania kamienia nerki prawej (...) doszło do jatrogennego uszkodzenia układu moczowego po stronie prawej, co w konsekwencji spowodowało konieczność usunięcia nerki.

Powódka wskazała, iż na skutek zaniechania dokładnej kontroli powódki w okresie pooperacyjnym doszło do nagromadzenia się w układzie moczowym powódki skrzepów krwi, które stanowiąc zaporę, uniemożliwiały odpływ moczu z prawej miedniczki nerkowej, w wyniku czego doszło do powstania w tym obrębie procesu zapalnego ropnego, miejscowej urosepsy z ropnym zapaleniem nerki prawej. W związku z tym wtórnym powikłaniem, aby ewakuować ognisko ropne grożące rozprzestrzenieniem się procesu septycznego na cały organizm powódki, należało usunąć jej nerkę.

Powódka zarzuciła, iż gdyby personel Szpitala odpowiednio wcześniej zareagował, czyli gdyby ustalono obecność krwawienia śródmiąższowego i domiedniczkowego po zabiegu (...), to zlikwidowano by tą przeszkodę zaporową, chroniąc powódkę tym samym od wtórnych powikłań ropnych i konieczności usunięcia narządu. Powódka zarzuciła, iż z tych przyczyn utratę nerki należy traktować jako powikłanie, które nie stanowi normalnego następstwa leczenia kamicy nerkowej.

Powódka wyjaśniła, iż na dochodzoną pozwem kwotę zadośćuczynienia składa się kwota 200.000 zł z tytułu utraty organu, oraz 100.000 zł za zakażenie zakładowe, które stało się przyczyną usunięcia nerki. Zdaniem powódki uszkodzenie jatrogenne należy traktować jako wynikające z niezachowania należytej staranności i ostrożności przez leczących lekarzy urologów, a zawleczenie choroby zakaźnej bakteryjnej (...) (...), należy traktować jako wynikające z wady organizacyjnej Szpitala.

Województwo (...) w odpowiedzi na pozew, wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Strona pozwana podniosła, iż postępowanie, jakie zastosowano wobec powódki w trakcie jej hospitalizacji w Szpitalu im. (...) w K., w tym zakres zleconych powódce badań, jest postępowaniem standardowym w przypadku dolegliwości, na które cierpiała powódka, odpowiadającym ówczesnym standardom medycznym. Krwawienie w odległej dobie po zabiegu z operowanego narządu miąższowego, jakim jest nerka, jest powikłaniem zdarzającym się wielokrotnie i opisywanym jako jedna z możliwości nieprawidłowego przebiegu pooperacyjnego przez wszystkich operatorów zajmujących się

takim sposobem leczenia. Powódka była poinformowana o istniejącym ryzyku poprzez szczegółową informację o rodzaju zabiegu, sposobie znieczulenia, możliwych następstwach i powikłaniach. W ocenie pozwanej brak jest podstaw do twierdzenia, iż w czasie pobytu powódki w WSS im. (...)w K.doszło do jej zakażenia bakteryjnego (...). Pozwany zarzucił nadto, iż każdorazowo przy schorzeniu tego typu jaki stwierdzono u powódki obecność patogenów, jak również stanu zapalnego jest naturalną konsekwencją wynikającą z rodzaju i typu przypadłości, a pozytywny wynik badań bakteriologicznych w żadnym zakresie nie może być postrzegany pod kątem zakażenia, lecz jako jeden z elementów składowych określonego typu choroby. Pozwane Województwo (...) zarzuciło również, iż wysokość sumy żądanej przez powódkę tytułem zadośćuczynienia jest nadmiernie wygórowana i w żadnym stopniu nie znajduje usprawiedliwienia w okolicznościach podanego przez powódkę stanu faktycznego.

Wyrokiem z dnia 21 lutego 2017r. sygn. akt I C 1508/12 Sąd Okręgowy oddalił powództwo. Nie obciążył przy tym powódki kosztami procesu, a kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa.

Sąd Okręgowy ustalił, że:

Powódka B. S. była hospitalizowana na Oddziale Urologii w Wojewódzkim Szpitalu (...) w K. w okresie od 6 do 26 października 2009 r. z rozpoznaniem kamicy nerki prawej. W dacie przyjęcia do Szpitala powódka liczyła 76 lat i cierpiała na przewlekłe zapalenie trzustki, cukrzycę typu II, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, oraz niedoczynność tarczycy. Następnie pacjentkę zakwalifikowano do planowego zabiegu operacyjnego metodą przezskórnej nefrostomii z kruszeniem kamienia metodą ultradźwiękową i endoskopowym usunięciem jego fragmentów (...). Po wyrażeniu zgody na zabieg w dniu 7 października 2009r. powódkę poddano operacji przezskórnego kruszenia kamienia miedniczki nerki prawej. Podczas zabiegu, bez profilaktyki antybiotykowej pod kontrolą (...)nakłuto układ kielichowo – miedniczki nerki prawej, nabłonek dróg moczowych łatwo krwawił w kontakcie z instrumentem, kamień został skruszony za pomocą litoklastu i częściowo ewakuowany, z pozostawieniem licznych drobnych kamieni we wszystkich grupach kielichów widocznych w skopii. Podczas zabiegu przetoczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych. Okres zabiegu i po zabiegu w obserwacjach lekarskich określono jako bez powikłań. W następnych dniach występowały wielokrotnie zwwyżki temperatury ciała w związku z czym podawano leki przeciwgorączkowe oraz antybiotyki. Od zabiegu mocz spływający cewnikiem i sondą opisywano jako brudny – krwisty, od 9 października spływał on tylko sondą i nefrostomią jedynie w niewielkiej ilości mimo, iż były one drożne.

W dniu 17 października 2009r. zauważono u powódki krwawienie z pęcherza moczowego oraz obecność krwistego moczu w sondzie połączone ze znacznym spadkiem morfologii, które stwarzając stan zagrażający życiu pacjentki, spowodowało decyzję o niezwłocznym usunięciu nerki. Zabieg całkowitego jednostronnego usunięcia nerki prawej u powódki wykonano dnia 17 października 2009r. bez profilaktyki antybiotykowej w trybie pilnym. Zgodę na zabieg wyraziła powódka.

Badanie histopatologiczne usuniętej nerki wykazało wylewy krwawe w tkance tłuszczowej okołomiedniczkowej i torebce tłuszczowej nerki, w nerce na przekrojach rozległe ogniska martwicy otoczone przez obszar przekrwienia mięszu, wylewy krwawe oraz obfite nacieki leukocytarne z tworzeniem ropni, w błonie śluzowej miedniczki nerkowej obecne rozległe, głębokie owrzodzenia z obfitymi naciekami zapalnymi w jej podścielisku oraz obecnością w świetle miedniczki nerkowej niewielkiej ilości treści krwisto – ropnej, w mięszu nerki poza zmianami martwiczymi także przewlekłe nacieki zapalne. W okresie 18 października -19 października podawano pacjentce antybiotyki. Dnia 19 października po usunięciu cewnika powódka oddawała mocz brudnawy, natomiast w dniu 21 października w godzinach nocnych wystąpiło u niej zatrzymanie moczu i wzrost temperatury ciała do 38 st. C. po czym przez założenie ponownie cewnika uzyskano odpływ moczu i spadek temperatury. W dziewiątej dobie po powtórny zabiegu w stanie ogólnym dobrym pacjentkę wypisano do domu z zaleceniem przyjmowania antybiotyku.

Wybór rodzaju postępowania medycznego wobec B. S. w dniach 6-26 października 2009 r. dokonany przez personel medyczny Oddziału Urologicznego Szpitala im. (...) w K. poprzez leczenie kamicy nerki prawej zabiegiem (...) był zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Sam zabieg został przeprowadzony w sposób typowy. Krwotoki po zabiegach (...) stanowią powikłanie wynikające z konieczności nakłucia nerki w ich trakcie i nie można ich przewidzieć

ani im skutecznie zapobiegać – zabieg (...) wymaga nakłucia nerki i nie można go przeprowadzić w sposób skutecznie omijający miąższ nerkowy. Z uwagi na powyższe nie ma metody wykonywania tego zabiegu gwarantującej uniknięcie możliwości uszkodzenia naczyń krwionośnych nerki. Krwawienia późne jak w przypadku powódki wynikają zwykle z powstania w miejscu nakłucia nieprawidłowego połączenia naczyń krwionośnych w postaci przetoki tętniczo – żyłnej, uzyskującej następnie po pewnym czasie łączność z układem zbiorczym nerki, którym odpływa moczu. Ostatecznie usunięcie krwawiącej w następstwie zabiegu (...) nerki prawej okazało się zabiegiem ratującym życie B. S. i zostało przeprowadzone prawidłowo – niezwłocznie po wykryciu krwotoku.

Sąd Okręgowy ustalił jednak nieprawidłowe działania lekarzy WSS im (...) w K. wobec powódki. Nieprawidłowym bowiem było: nieprzeprowadzenie badania posiewu moczu przed zabiegiem (...) i brak wdrożenia okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej, nieusunięcie sondy moczowodowej w okresie po zabiegu (...) oraz niewykonanie posiewów moczu i krwi w okresie po zabiegu (...) mimo klinicznych objawów wskazujących na możliwość zakażenia dróg moczowych. Działania powyższe lekarze Szpitala mogli i powinni byli podjąć w celu odpowiednio: dokonania adekwatnej oceny ryzyka zabiegu i umożliwienia prawidłowych działań służących jego zmniejszeniu, a także zwalczania zakażenia dróg moczowych oraz zmniejszenia ryzyka jego ewentualnego uogólnienia się, czyli wystąpienia urosepsy, która gdy już wystąpi jest stanem trudnym w leczeniu i obciążonym znacznym ryzykiem zgonu. Nie było też wystarczającego uzasadnienia dla utrzymywania u B. S. sondy moczowodowej w okresie po zabiegu (...). Sonda ta wina była zostać usunięta najpóźniej kilka dni po zabiegu, natomiast była ona u powódki utrzymywana aż do operacji usunięcia nerki prawej, stanowiąc jako ciało obce utrzymywane w moczowodzie – czynnik ryzyka rozwoju występującego zakażenia dróg moczowych, a jako element utrudniający fizjologiczny odpływ moczu z miedniczki nerkowej – także czynnik ułatwiający utrzymywanie się i rozwój ewentualnie już istniejącego zakażenia nerki. W okresie po zabiegu (...) od dnia 10 października 2009 r., kiedy u B. S. nawracały zwyżki temperatury ciała, nieprawidłowo przez cały okres leczenia zaniechano konsekwentnie wykonania u niej badań posiewu krwi oraz moczu z nefrostomii, z sondy moczowodowej i z cewnika moczowego, które były konieczne dla wykluczenia występowania, utrzymywania się i ewentualnie uogólnienia się zakażenia dróg moczowych oraz ustalenia czynnika etiologicznego zakażenia w celu umożliwienia wczesnego zastosowania skutecznej antybiotykoterapii celowanej. Brak jest jednak podstaw do przyjęcia, by u B. S. ryzyko wystąpienia urosepsy po zabiegu (...) ostatecznie zrealizowało się.

Usunięcie nerki u B. S. wynikało z następstwa zabiegu (...) w postaci krwotoku. Krwotok z nakłutej nerki jest typową, choć rzadko występującą komplikacją zabiegu (...), do której dochodzi także mimo zachowania najwyższej staranności i przestrzegania wszelkich reguł postępowania medycznego.

Przewlekła niewydolność nerek występowała u powódki już w okresie przed zabiegiem (...), a w okresie po usunięciu nerki prawej wystąpiła dodatkowo jej progresja od stadium II (utajonego wczesnego) do stadium III (jawnej wyrównanej, umiarkowanej niewydolności nerek). W związku z powyższym, stały uszczerbek na zdrowiu wynikający z utraty nerki prawej w wyniku krwotoku po zabiegu (...) wynosi u powódki 50 %.

Okres pobytu powódki w Szpitalu (...) był przedłużony o ok. 2 tygodnie w porównaniu do typowego pobytu szpitalnego związanego z niepowikłanym zabiegiem (...). W tym okresie powódka miała utrzymywany cewnik w drogach moczowych oraz dokonywano na nich wielokrotnie interwencji zabiegowych – co wiąże się zwykle z istotnym dyskomfortem dla pacjenta. Występowały także nawracające dolegliwości bólowe brzucha i okresowo zwyżki temperatury ciała, wymagające podawania leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych. Przedłużająca się niepewność dotycząca swego stanu zdrowia i dolegliwości fizyczne powodują często u pacjentów obniżenie nastroju. Masywny krwotok z nerki poprzedzający jej usunięcie spowodował u powódki istotną utratę krwi, z czym wiąże się typowo ogólne osłabienie i stres związany ze świadomością stanu zagrożenia życia oraz koniecznością podjęcia decyzji o poddaniu się w trybie pilnym interwencji chirurgicznej. Po zabiegu chirurgicznym pewne dolegliwości bólowe typowo sprawia rana pooperacyjna, także drenaż chirurgiczny jest zwykle uciążliwy dla pacjenta.

Sąd pierwszej instancji przyjął, że brak jest wystarczających podstaw do uznania, by nawracające zakażenia dróg moczowych stanowiły u powódki powikłanie zabiegu (...), podobnie jak ewentualnie występujące u niej nietrzymanie moczu.

Brak jest podstawy do przyjęcia, by u powódki miał w przyszłości ulec zmianie stan okolicy objętej pierwotnie zabiegiem (...) oraz łoży po usuniętej prawej nerce. Z uwagi na przewlekłe choroby współistniejące, w szczególności cukrzycę, zwłaszcza w przypadku utrzymywania się u powódki przewlekłego zakażenia układu moczowego, istnieje istotne ryzyko dalszego pogłębiania się niewydolności jedynej nerki. U B. S. nie występowały przed zabiegiem (...) objawy zakażenia dróg moczowych, a brak wykonania posiewu moczu uniemożliwił weryfikację istnienia zakażenia dróg moczowych przed zabiegiem (...) mimo to jednak istniały u niej wskazania do zastosowania przynajmniej antybiotykowej profilaktyki okołozabiegowej, z uwagi na wiek i cukrzycę. Brak jest podstaw do przyjęcia związku pomiędzy brakiem wykonania przed zabiegiem (...) badania posiewu moczu i podania antybiotyków, a koniecznością późniejszego usunięcia nerki prawej – które było spowodowane komplikacjami zabiegu (...) w postaci krwotoku.

Ustalenia Sądu Okręgowego co do prawidłowości przebiegu leczenia i kwestii braku związku przyczynowo skutkowego pomiędzy działaniem /zaniechaniem / personelu szpitala a usunięciem nerki zostały oparte na opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) we W..

Przy tym stanie faktycznym Sąd pierwszej instancji, odwołując się do art. 430 k.c. i art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. wskazał, że ciężar wykazania istnienia okoliczności mających wpływ na przyjęcie odpowiedzialności odszkodowawczej spoczywa na podstawie art. 6 k.c. na poszkodowanym tj na powódce. Wskazał, że wina w zakresie dotyczącym procesu leczenia może wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Przepisanie takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce. Błąd lekarski może być błędem diagnostycznym lub błędem w leczeniu. W ocenie Sądu, powódka nie wykazała, aby w Wojewódzkim (...) w K. popełniony został przez zespół lekarzy wykonujących powódce zabieg przezskórnej nefrostomii (...) błąd w sztuce lekarskiej. Nie można również stwierdzić, aby personel tego Szpitala dopuścił się zaniechań, czy jakichkolwiek innych zaniedbań w procesie rekonwalescencji powódki, które w konsekwencji mogły doprowadzić do usunięcia powódce nerki prawej. Przeprowadzone postępowanie dowodowe, a w szczególności dowód z opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) we W. wykazało, że jeżeli chodzi o sam zabieg (...), postępowanie lekarskie podjęte wobec B. S. nie było wadliwe. Powstanie zaś silnego krwotoku kilka dni po zabiegu stanowiło powikłanie wynikające z konieczności nakłucia nerki i stanowiło ryzyko wliczone w ten zabieg, o czym powódka została poinformowana. To właśnie to krwawienie a nie zakażenie organizmu było przyczyną usunięcia powódce nerki. Co prawda biegli wskazali, na pewne nieprawidłowości w postępowaniu w stosunku do powódki zarówno przed jak i po zabiegu, ale nie miały one wpływu na konieczność usunięcia nerki powódce. Krwotok z nakłutej nerki jest typową, choć rzadko występującą, komplikacją zabiegu (...), do której dochodzi także mimo zachowania najwyższej staranności i przestrzegania wszelkich reguł postępowania medycznego.

Mimo więc, że powódka w związku z przeprowadzoną operacją (...) poniosła uszczerbek na zdrowiu o charakterze trwałym oraz że istnieje związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem, a krzywdą doznaną przez powódkę choćby w postaci cierpień fizycznych i psychicznych, to jednak warunkiem odpowiedzialności Szpitala za szkodę doznaną przez powódkę jest dodatkowo stwierdzenie bezprawności działania i przypisanie mu winy za powstanie szkody (art. 415 k.c.), których to okoliczności Sąd nie stwierdził w niniejszym postępowaniu. Brak jest bowiem związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem wykonania przed zabiegiem (...) badania posiewu moczu i podania antybiotyków powódce a koniecznością późniejszego usunięcia jej nerki, które było spowodowane wystąpieniem komplikacji zabiegu (...) w postaci krwotoku. W prawie polskim przyjęta została teoria adekwatnego związku przyczynowego, co oznacza, że obowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). Taki związek nie został wykazany.

Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd Okręgowy powołał

art. 102 k.p.c..

Apelację od tego wyroku wniosła powódka zaskarżając wyrok w całości, zarzucając sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału polegającą na błędnym uznaniu, iż brak jest związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem wykonania przed zabiegiem (...), badaniem posiewu moczu i podaniem antybiotyków z koniecznością późniejszego usunięcia nerki, a nadto, że zachowanie strony pozwanej nie było bezprawne i zawinione.

Powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powódki kosztów postępowania. Pełnomocnik powódki wniósł także o zasądzenie zasądzenie kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu, które ani w całości, ani w części nie zostały uiszczone.

W uzasadnieniu apelacji powódka zarzuciła, że zaniechanie dokładnej kontroli powódki w okresie pooperacyjnym po usunięciu kamicy nerkowej nerki prawej doprowadziło do powstania zakażenia organizmu (urosepsy), a w konsekwencji usunięcia nerki. Niedbalstwo diagnostyczne w okresie pooperacyjnym, skutkowało doznaniem przez powódkę trwałego uszczerbku na zdrowiu w postaci uszczerbku narządu, co więcej powyższe stanowiło istotny czynnik rzutujący na jatrogenne uszkodzenie układu moczowego podczas wykonywania likwidacji kamienia. Powódka poniosła, że Sąd pierwszej instancji wskazał, iż nieprawidłowymi działaniami lekarzy szpitala wobec powódki były: nieprzeprowadzenie badania posiewu moczu przed zabiegiem (...) i brak wdrożenia okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej, nieusunięcie sondy moczowodowej w okresie po zabiegu (...) oraz niewykonanie posiewów moczu i krwi, mimo klinicznych objawów wskazujących na możliwość zakażenia dróg moczowych zatem należy uznać, iż w przedmiotowej sprawie zachodzi przynajmniej błąd w zapobieganiu definiowany jako błąd w sztuce lekarskiej. Brak podstaw do utrzymywania u powódki sondy moczowej po zabiegu (...) wskazuje, iż sonda ta winna była zostać usunięta najpóźniej kilka dni po zabiegu, natomiast była ona u powódki utrzymywana aż do operacji usunięcia nerki prawej, stanowiąc jako ciało obce czynnik ryzyka rozwoju występującego zakażenia dróg moczowych, a jako element utrudniający fizjologiczny odpływ moczu z miedniczki nerkowej także czynnik ułatwiający utrzymywanie się i rozwój ewentualnie już istniejącego zakażenia nerki. Wbrew twierdzeniu Sądu, zachodzi adekwatny związek przyczynowo skutkowy. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się bowiem takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Wykluczenie zakażenia organizmu jako pośredniej przyczyny krwawienia z uwagi na osłabienie ściany nerki), a w konsekwencji usunięcia nerki, jest zbyt daleko idące i błędne. Zdaniem powódki Sąd ograniczył się wyłącznie do stwierdzenia, iż w niniejszej sprawie nie zaistniał adekwatny związek przyczynowo skutkowy, brak jest rozważań na temat pośredniości bądź bezpośredniości infekcji bakteryjnej na krwawienie z nerki, a w rezultacie konieczność usunięcia organu. Stan faktyczny ustalony przez Sąd Okręgowy nie prowadzi zatem do konstatacji, iż brak jest podstaw do przyjęcia związku przyczynowo skutkowego między brakiem wykonania przed zabiegiem (...) badania posiewu moczu i podaniem antybiotyków, których efektem, jak wskazali biegli sądowi, było znaczne zwiększenie ryzyka krwawienia poprzez osłabienie ścianki nerki. Powódka zakwestionowała także pogląd Sądu I instancji, iż brak jest podstaw do uznania winy Szpitala w rozumieniu art.415 k.c. Zachowanie szpitala było niewłaściwe i to zarówno z obiektywnego jak też subiektywnego punktu widzenia. Obiektywny element winy został spełniony przez postępowanie personelu szpitala niezgodne z regułami wynikającymi z zasad wiedzy medycznej i doświadczenia. Jeżeli zabieg usunięcia kamieni nerkowych metodą (...) spowodował poważne, nietypowe obrażenia, to konieczne było objęcie pacjentki specjalnym nadzorem pooperacyjnym. Zaniechanie potrzebnych badań USG, badań urograficznych i opóźnienie leczenia zachowawczego, co doprowadziło do usunięcia nerki stanowi winę szpitala.

Strona pozwana wniosła o oddalenie apelacji i o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Strona pozwana wskazała, że stan faktyczny został prawidłowo ustalony. Odwołując się do treści opinii wydanej przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej UM we W. podniosła, że nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy brakiem badań posiewu moczu przed zabiegiem (...) i niewdrożeniem okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej, nieusunięciem sondy moczowodowej w okresie po zabiegu (...) oraz niekonaniem posiewu moczu i krwi po zabiegu (...) a usunięciem nerki. Konieczność zaś usunięcia nerki była wynikiem powstania silnego krwotoku kilka dni po

prawidłowo przeprowadzonym zabiegu, które stanowiło powikłanie wynikające z nakłucia nerki . Zdaniem strony pozwanej wnioski Sądu Okręgowego były logiczne i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego.

Rozpoznając apelację Sąd Apelacyjny nie kwestionuje ustalenia, że usunięcie krwawiącej nerki prawej okazało się zabiegiem ratującym życie B. S. i zostało przeprowadzone prawidłowo – niezwłocznie po wykryciu krwotoku. Uznaje też za własne ustalenia co do przebiegu zabiegu i konsekwencji związanych z usunięciem nerki. Odmienne jednak Sąd drugiej instancji ocenił kwestię związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy ustalonymi w sprawie błędami lekarskimi a wystąpieniem krwawienia późnego , które spowodowało konieczność usunięcia nerki. Sąd drugiej instancji zwraca uwagę, że wbrew stwierdzeniu Sądu Okręgowego zarzut powódki dotyczył nie tylko niedbalstwa diagnostycznego i terapeutycznego w okresie pooperacyjnym lecz także przedoperacyjnym i bezpośrednio po zabiegu.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Opinia biegłych nie jest na tyle jednoznaczna by wykluczyć że ustalone w sprawie zaniechania badań posiewu moczu przed zabiegiem (...) i niewdrożenia okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej, nieusunięcia sondy moczowodowej w okresie po zabiegu (...) oraz niekonanie posiewu moczu i krwi po zabiegu (...) pozostawały w związku przyczynowym z wystąpieniem krwotoku a w konsekwencji z koniecznością usunięcia narządu powódki.

Niewątpliwie biegli wskazali, że nie doszło do urosepsy a jedynie zachodziło wysokie ryzyko jej wystąpienia. Opinie wskazywały też, że nie miało miejsca w dniu 7 października 2009 zagrożenie życia pacjenta lub niebezpieczeństwo utraty zakażonego narządu, (k.193). Jednocześnie już opinia Katedry Zakładu Medycyny Sądowej AM we W. z dnia 6 lipca 2012r sporządzona na zlecenie Prokuratury wskazywała, że ryzyko powikłań zakaźnych należałoby określić jako znacznie podwyższone zwłaszcza w sytuacji zaniechania wdrożenia antybiotykoterapii (k. 53 , k.143). Biegli w opiniach używali z jednej strony pojęcia zwrotu „uogólnionego zakażenia” jako tożsamego z wykluczoną urosepsą, z drugiej zaś wskazywali, że nie są w stanie określić stopnia wystąpienia uogólnionego zakażenia w drogach moczowych, gdyż takie stwierdzenie musiałoby się wiązać z wynikiem badań posiewu moczu, którego w tym przypadku nie przeprowadzono. Nie da się pogodzić stwierdzenia o braku związku przyczynowego pomiędzy zaniechaniem badań i ewentualnie wdrożeniem leczenia z jednoczesnym uznaniem, że w przypadku powódki nie można adekwatnie określić wystąpienia ryzyka wystąpienia u powódki powikłań ponieważ ryzyko to ustalane na podstawie znajomości wyników badania posiewu moczu przed zabiegiem, którego u niej nie wykonano a tym samym niemożliwe było ustalenie prawidłowego sposobu postępowania antybakteryjnego profilaktyki lub leczenia antybiotykowego (k-194). Zdaniem Sądu Apelacyjnego takie sprzeczne stwierdzenia zawarte w opiniach przeprowadzonych na zlecenie Prokuratury oraz na zlecenie Sądu (odpowiednio k.143 i k.194) musi powodować rozdzielenie pojęcia zakażenia w postaci urosepsy, którą powódka była tylko zagrożona, od istnienia zakażenia bakteriami narządu, które u powódki występowało. U. bowiem zdefiniowała ostatecznie opinia z dnia 3 sierpnia 2016r. (k.331) jako ostrą reakcję (manifestację) organizmu na zakażenie dróg moczowych nasilonych zmian parametrów ogólnych w postaci gorączki, hipotermii, tachykardii, zaburzeń oddechu, zaburzeń psychicznych, obrzęków , zmiany wartości leukocytów i ogólnej niewydolności organizmu. To, że nie było ostrej reakcji organizmu nie oznacza jednak, że bakterie w moczu nie były obecne, bo to jak wynika z opinii mogło stwierdzić jednoznacznie tylko badanie, którego szpital nie przeprowadził, mimo wskazań medycznych. Z opinii sporządzonej na zlecenie Prokuratury z dnia 11 marca 2013r. (k.137-137/2) wynika, że jeszcze przed zabiegiem musiały istnieć zmiany zapalne nerki skoro wskazywano, że zabieg (...) miał zaostrzyć stan zapalny. Zaostrzenie wskazuje więc , że stan zapalny istniał już wcześniej. Zwrócić też należy uwagę okresie po zabiegu (...) u powódki nawracały zwyżki temperatury ciała co również potwierdza istnienie stanu zapalnego. Stany zapalne są zaś w przeważającej części wynikiem zakażenia bakteryjnego. Ponadto opinie powoływały się na praktykę kliniczną wskazującą, że złogi istniejące w układzie miedniczkowym nerki są w znacznej części przypadków skolonizowane przez bakterie. U powódki zaś takie złogi występowały. W opinii z dnia 27 stycznia 2012r. wskazano wprawdzie, że objawów klinicznych urosepsy nie było, jednak złogi stanowiły czynnik ryzyka zakażenia moczowego. Biegli wskazywali też na zwiększenie ryzyka zakażenia w wypadku zastoju moczu a ten był stwierdzany u powódki. Wyniki badania histopatologicznego wprost wskazuje na zaostrzony przewlekły proces zapalny, co pośrednio wskazuje na istnienie utajnionego zakażenia w drogach moczowych. Badanie histopatologiczne usuniętej nerki wykazało także przewlekłe naciek zapalny. Badanie posiewu nie gwarantowało wprawdzie gwarancji wykrycia a zapobiegawcze

podanie antybiotyków nie zapewniło wyleczenia powódki, gdyż do tego konieczne było usunięcie złoju (k.240-241), jednak nie oznacza to, że przystąpienie do zabiegu bez wskazanych przez biegłych prawidłowych czynności nie miało wpływu na skutki zabiegu. Z opinii bowiem jednocześnie wynikało, że przeprowadzenie zabiegu (...) w takim przypadku powoduje ryzyko reaktywacji zakażenia. Ryzyko to prewencyjnie ogranicza terapia antybiotykowa a przede wszystkim terapia antybiotykowa kierunkowa po wykonaniu posiewu, tej jednak nie przeprowadzono. Badania posiewu moczu przed zabiegiem (...) i okołozabiegowa profilaktyka antybiotykowa winna zostać wdrożona albowiem wszystkie dane wskazują na wysokie prawdopodobieństwo zainfekowania bakteriami dróg moczowych powódki. Ze wszystkich opinii wynika, że operowanie instrumentami na zmienionych zapalnie tkankach nerki związane jest z podwyższonym ryzykiem wystąpienia komplikacji, w tym krwotoku, a wzrost ciśnienia w drogach moczowych, do którego dochodzi podczas zabiegu (...), prowadzić może do wtłoczenia bakterii do naczyń krwionośnych i ich rozsiewu w organizmie (k-143). Zakażenie zaś może wpływać na kruchość mięszu i zwiększać ryzyko przetoki (k-331). W takiej sytuacji niezrozumiałe są wnioski biegłych o braku związku przyczynowo skutkowego pomiędzy zaniechaniem czynności, które były wymagane a wystąpieniem krwawienia. Opinia biegłych tak jak każdy dowód podlega ocenie. Ocena zaś tego dowodu wskazuje, że nieprzeprowadzenie badania posiewu i wdrożenia leczenia antybiotykowego stanowiły istotny czynnik, który miał wpływ na powstanie krwawienia późnego o dużej intensywności.

Trzeba podkreślić, że w procesach medycznych związek przyczynowy między zachowaniem personelu medycznego 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 maja 2017 r. III CSK 167/16 LEX nr 2329438). Jeżeli więc można taki związek wyprowadzić na podstawie domniemań faktycznych to ciężar dowodu obalenia takiego domniemania przerzucony jest na stronę pozwaną.

Z opinii biegłych wynika, że wykonanie w okresie przed zabiegiem (...) badań posiewu moczu i zastosowanie okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej są zalecane przez światowe i polskie medyczne towarzystwa naukowe jak i podyktowane doświadczeniem klinicznym. Biegli powoływali się na wytyczne (...) of U. (k 137-138, k. 334). Powyższe według biegłych potwierdza zróżnicowanie ryzyka wystąpienia powikłań towarzyszących, wykonywaniu zabiegów (...) u pacjentów, u których powyższe zastosowano bądź nie. Oznacza to, że niewykonanie wskazanych badań i niezastosowanie odpowiedniej antybiotykoterapii musi powodować zwiększenie ryzyka powikłań. Z treści opinii wynika, że niezależnie od tego, komu z racji uzgodnień organizacyjnych w ramach szpitala przydzielono zadanie zagwarantowania uzyskania wyników badania posiewu moczu i zlecenia profilaktyki antybiotykowej przed zabiegiem (...), to ostatecznie główny lekarz operator jest odpowiedzialny za upewnienie się przed zabiegiem, czy w przypadku konkretnego pacjenta wykonano wszystkie czynności niezbędne do dopuszczenia pacjenta do zabiegu. W sytuacji stwierdzenia braku ich wykonania u B. S. główny lekarz operator powinien był odmówić przeprowadzenia zabiegu (...) w trybie planowym i przed jego wykonaniem zlecić badanie i wdrożyć leczenie antybiotykowe.

Opinia Katedry Medycyny Sądowej Zakład Medycyny Sądowej we W. UM we W. z dnia 3 sierpnia 2016r stwierdza, że ryzyko intensywnego krwotoku może zwiększać szereg czynników (k. 328). Biegli uznawali za czynniki decydujące nietypową budowę narządu, zakażenie dróg moczowych i zaburzenia krzepnięcia (k. 329). Skoro więc biegli nie stwierdzili u powódki takich czynników jak nietypowy układ unaczynienia nerki czy też zaburzeń krzepliwości krwi to należy domniemywać, że wystąpienie późnego intensywnego krwawienia z wysokim prawdopodobieństwem jest wynikiem istnienia stanu zakażenia bakteryjnego narządów. Za czynnik zwiększający ryzyko krwawienia biegli uznawali operowanie instrumentem na zmienionych zapalnie tkankach nerki. Krwawienie późne po zabiegu występują w skutek wytworzenia się nieprawidłowych połączeń krwionośnych i powstania przetoki tętniczo żyłnej uzyskującej łączność z układem zbiorczym nerki. Utrudnione gojenie się tkanek spowodowane współistniejącym miejscowym zakażeniem według opiniujących jest trudna do oceny w przypadku powódki (k.328). Co do zasady jednak biegli wskazywali, że zakażenie może być czynnikiem utrudniającym gojenie się uszkodzonych podczas zabiegu (...) naczyń krwionośnych i może zwiększać ryzyko krwawienia odroczonego także o dużym nasileniu jednak w trudnym do określenia stopniu. Nie może jednak powódki obciążać sytuacja, w której trudności w ustaleniu stopnia tego prawdopodobieństwa wynikają z nieprzeprowadzenia przez szpital koniecznych badań. Jakkolwiek

nie potwierdzono bezpośrednio urosepsy jako uogólnionej reakcji organizmu na zakażenie opisywanej jako zespół o ostrej manifestacji o wskazanych objawach, to jednak- zdaniem Sądu Apelacyjnego- nie uchyla to istnienia samego zakażenia (rozumianego jako stan zapalny wywołany obecnością bakterii). W opiniach zwracano uwagę na praktykę kliniczną, z której wynika, że część złogów jest zakażona. Na obecność bakterii wskazuje stan zapalny. Histopatologiczny wynik badania nerki (k. 330) wskazuje na odczyn zapalny. Odczyn ten nie zawsze jest wprawdzie wynikiem zakażenia ale tego nie da się stwierdzić jednoznacznie bo nie wykonano posiewu. Innych możliwych źródeł stanu zapalnego jednak nie wskazywano. Ponadto w opiniach powoływano wcześniejsze występujące jeszcze przed zabiegiem (...) u powódki nawracające przewlekłe zakażenia (m.in.k.330). Zakażenie zaś wpływa na kruchość mięszu i zwiększa ryzyko przetoki. Biegli nie mogli tego jednoznacznie ustalić u powódki (k-331) ale wiązali to właśnie z nieprzeprowadzeniem badań posiewu. Wskazywali też, że o ile zakażenie występowałoby to wiązało się z podwyższonym ryzykiem krwawienia, w tym intensywnego w związku z wpływem stanu zapalnego na tkanki nerki.

Technika prawidłowego przeprowadzania nakłucia nerki podczas zabiegu (...) nie gwarantuje w każdym przypadku uniknięcia uszkodzenia naczyń krwionośnych mięszu. Krwotoki z dróg moczowych po zabiegach (...) występują dość często jednak zwykle mają one niewielki nasilenie i samoograniczający charakter. Biegli uznawali zaś późne intensywne krwawienie za nietypowe przy prawidłowo przeprowadzonym zabiegu (...). Przeprowadzenie zabiegu (...) samo w sobie nie tworzy szczególnego zagrożenia dla zdrowia i nie powinno więc wywołać późnego krwawienia o dużej intensywności. Biegli podawali wręcz, że taki krwotok jest zjawiskiem rzadkim. Tylko krwawienie wynikające z przekłucia było typowe jednak ono powinno ustąpić bezpośrednio po zabiegu. Z opisywanych przez biegłych czynników zwiększających ryzyko krwawienia późnego tylko zakażenie dróg moczowych mogło wchodzić w grę w odniesieniu do powódki. Dodatkowo nieprawidłowe utrzymanie sondy zwiększyło ryzyko rozwoju zakażenia dróg moczowych. Utrudnienia fizjologicznego odpływu moczu z miedniczki stanowiły istotny czynnik ułatwiający rozwój już istniejącego zakażenia. Badania posiewu krwi oraz moczu z nefrostomii było konieczne dla wykluczenia zakażenia lub ustalenia czynnika etiologicznego zakażenia w celu skutecznej antybiotykoterapii (opinie k-51-5, k142-145). Jeżeli więc istnieje wysokie prawdopodobieństwo istnienia zakażenia, którego nie próbowano ani ustalić ani zwalczyć, to prima facie takie zaniedbanie miało z wysokim prawdopodobieństwem wpływ na powstanie intensywnego późnego krwawienia. To zaś krwawienie wywołało takie powikłania, które skutkowało usunięciem nerki. Nawet więc jeżeli biegli uznawali samo przeprowadzenie zabiegu (...) za typowe i za niesprzeczne z aktualnym stanem wiedzy medycznej i nawet jeżeli powikłań wynikających z konieczności nakłucia nerki nie można przewidzieć, to zupełnie nieracjonalne było stwierdzenie zawarte w opinii, że takim powikłaniom nie można skutecznie zapobiegać skoro z opinii wynika, że badanie posiewu i wdrożenie kierunkowej terapii antybiotykowej ma właśnie znaczny wpływ na ograniczenie powikłań. Z opinii wynika, że u powódki występowały kliniczne objawy wskazujące na możliwość zakażenia dróg moczowych. Działania zmierzające do potwierdzenia tego stanu i do skutecznej antybiotykoterapii lekarze Szpitala mogli i powinni byli podjąć w celu odpowiednio: dokonania adekwatnej oceny ryzyka zabiegu i umożliwienia prawidłowych działań służących jego zmniejszeniu, a także zwalczania zakażenia dróg moczowych. Jeżeli więc ogólnie przyjętą regułą jest, iż należy unikać manipulacji zabiegowych na zakażonym układzie moczowym (jeżeli nie istnieją ku temu szczególne wskazania, w szczególności zagrożenie życia pacjenta lub niebezpieczeństwo utraty zakażonego narządu -co nie miało miejsca w przypadku powódki w dniu 7 października 2009 r.), to należy przyjąć w aspekcie wysokiego prawdopodobieństwa istnienia zakażenia bakteryjnego, że przeprowadzenie zabiegu (...) wiązało się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia komplikacji, w tym późnego krwotoku. Skoro zaś taki krwotok wystąpił (a nie powinien wystąpić przy tego typu zabiegu) to należy wiązać to z zaniedbaniem personelu szpitala.

Kontrola stanu bakteriologicznego dróg moczowych jest niezbędna przed każdym planowym zabiegiem (...) jest to możliwe jedynie w oparciu o wynik padania posiewu moczu. Niewystarczające w tym względzie było oparcie się jedynie na uzyskanych przed zabiegiem (...) danych z wywiadu i badania lekarskiego. Wszystkie opinie wskazywały, że gdyby badanie posiewu moczu dało u B. S. wynik dodatni, ryzyko powikłań zakaźnych należałoby określić jako znacznie podwyższone w stosunku do ryzyka typowo towarzyszącego zabiegom (...). W razie dodatniego wyniku posiewu moczu wymagane było poprzedzenie zabiegu (...) B. S. leczeniem antybiotykowym zgodnie z oznaczoną lekoopornością bakterii. Co więcej biegli wskazywali, że nawet w razie braku wykrycia drobnoustrojów przeprowadzonym badaniem moczu, antybiotykowym winny były zostać podane B. S. prewencyjnie jako osobie w wieku starszym i z cukrzycą, u

której utrzymujący zastój moczu wykazany badaniem urograficznym, stanowił dodatkowy czynnik ryzyka rozwoju i utrzymywania się zakażenia układu moczowego (k.194). Biegli nie znaleźli też wystarczającego uzasadnienia dla utrzymywania się u B. S. sondy moczowodowej w okresie zabiegu (...). Sonda ta stanowiła czynnik ryzyka rozwoju wstępującego zakażenia dróg moczowych a jako element utrudniający fizjologiczny odpływ moczu z miedniczki nerkowej także czynnik ułatwiający utrzymywanie się i rozwój ewentualnie już istniejącego zakażenia nerki. Dane zaś wyżej podane wskazują, że taki stan zakażenia z wysokim stopniem prawdopodobieństwa istniał, choć nie stwierdzono ostrej reakcji organizmu w postaci urosepsy. Usunięcie nerki u B. S. wynikało z następstwa zabiegu (...) w postaci krwotoku. Mimo, że sam krwotok może występować po zabiegu to już jednak późny intensywny krwotok jest rzadko występującą, komplikacją zabiegu (...). Nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego spowodowały, iż ryzyko późnego krwawienia zostało znacznie zwiększone a to ma wpływ na zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań (k. 278). Powyższe wskazuje, że do zakażenia dróg moczowych doszło wcześniej i nie miało ono charakteru jatrogennego, co nie zmienia jednak z przyczyn wyżej podanych podstaw do przyjęcia błędu personelu szpitalnego i jego wpływu na powikłania, które doprowadziły do usunięcia nerki. Sam zabieg usunięcia nerki był koniecznym sposobem ratowania życia powódki. Logiczna ocena treści opinii pozwala jednak na wyciągnięcie wniosku, że brak przeprowadzenia badań na posiew i wdrożenie kierunkowego leczenia antybiotykowego miał decydujący wpływ na możliwość wystąpienia powikłań bo innego czynnika mającego istotne znaczenie na możliwość wystąpienia późnego masowego krwawienia strona pozwana nie wykazała.

Powyższe rodzi odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 430 k.c. Zgodnie z art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz.U.2007.14.89 j.t ze zm. obowiązującej w dacie likwidacji Szpitala im. (...) w K. zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami m.in. lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Województwo (...) odpowiada więc za szkody związane z działalnością leczniczą zlikwidowanego szpitala, w tym wskazane zaniedbania.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny uznał zasadność żądania zadośćuczynienia w oparciu o art. 445§1 k.c. w zw. z art. 444§1 k.c. Odpowiednią sumę zadośćuczynienia w rozumieniu art. 445§1 k.c. stanowi w tym przypadku kwota 120.000zł.

Przy ustalaniu zadośćuczynienia uwzględnia się wiek poszkodowanego, stopień cierpień psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw tego rodzaju skutków zdarzenia, szanse i rokowania na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej i bezradności życiowej oraz inne czynniki podobnej natury (zob. wyrok SN z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 245/07, Lex nr 3696691).

W tym przypadku Sąd Apelacyjny uwzględnił krzywdę powódki wynikającą z nieodwracalnej utraty istotnego narządu a więc stały uszczerbek na zdrowiu (określony przez biegłych na 50% k.196). Wprawdzie druga nerka może spełniać funkcję jednak trzeba uwzględnić, że nerka ta jest już upośledzona, co zmniejsza efektywność układu moczowego. Do tego trzeba uwzględnić stwierdzony przez Sąd Okręgowy stres, obniżenie nastoju i dyskomfort powódki związany z kolejnym zabiegiem i przedłużającym się pobytem w szpitalu (dwa tygodnie). Uwzględniono także ból fizyczny (nawracające dolegliwości bólowe brzucha, bóle rany pooperacyjnej) i okresowe wyżki temperatury ciała wymagające podawanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych. Zdaniem Sądu drugiej instancji kwota ta jest odczuwalna i pełni ona kompensacyjną funkcję. Podkreślić także trzeba, że nie można przyjąć by wskazana wysokość zadośćuczynienia w tej sprawie prowadziła do rażącej dysproporcji w stosunku do orientacyjnego poziomu zasądzanych kwot z tytułu zadośćuczynienia w innych podobnych sprawach. Ta okoliczność nie jest zupełnie pozbawiona znaczenia, albowiem pozwala ocenić, czy na tle tych innych przypadków żądane zadośćuczynienie nie jest nadmiernie wygórowane lub zaniżone (por. wyroki Sądu Najwyższego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2003 r., IV CK 151/02 LEX nr 157306 i z dnia 15 września 1999r. III CKN 339/98 OSNC 2000/3/58). z dnia 16 grudnia 2014 r., I PK 124/14, OSNP 2016, nr 6, poz. 70 i z dnia 1 czerwca 2017 r. I CSK 595/16 Legalis Numer 1629970). Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że w sprawie poddanej pod osąd Sądu Najwyższego w wyroku z dnia 10 marca 2006 r. IV CSK 80/05 uznano za adekwatną sumę zadośćuczynienia 150000zł za krzywdę wynikającą z usunięcia nerki na skutek błędu w sztuce lekarskiej. W sprawie tamtej stwierdzono jednak, że skutki dotyczyły powódki, która

dopiero rozpoczynała życie z jedną nerką i utrata tego organu wpłynęła znacząco na sposób funkcjonowania w życiu i doprowadziła do załamania nerwowego strony. Tak daleko idące skutki w tej sprawie nie wystąpiły.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny zmienił na podstawie art. 386§1 k.p.c. zaskarżony wyrok i zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki wskazaną kwotę. Odsetki zasądzono w oparciu o art. 481 § 1 i 2 k.c. i art. 455 k.c. od dnia doręczenia odpisu pozwu. Sąd w niniejszym składzie podziela pogląd wyrażony w wyroku SN z dnia 8 marca 2013r. III CSK 192/12 Lex nr 1331306, że: „jeżeli powód żąda od pozwanego zapłaty określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od określonego dnia, poprzedzającego dzień wyrokowania, odsetki te powinny być zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu, o ile tylko w toku postępowania zostanie wykazane, że dochodzona suma rzeczywiście się powodowi należała tytułem zadośćuczynienia od wskazanego przez niego dnia”. Trzeba zauważyć, że w ramach ustalenia wysokości zadośćuczynienia nie uwzględniano uszczerbku wynikającego z przedłużającego się postępowania a strona pozwana jako podmiot prowadzący szpitala miała możliwość profesjonalnej oceny uszczerbku powódki we własnym zakresie. Powódka nie może ponosić negatywnych skutków odmowy uwzględnienia żądania przez stronę pozwaną w toku procesu.

Wskazana zmiana wyroku nie dawała podstaw do zmiany zawartego w zaskarżonym wyroku korzystnego dla powódki rozstrzygnięcia o kosztach procesu. Obciążono natomiast na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c w zw. z art. 100 k.p.c. stronę pozwaną kosztami sądowymi proporcjonalnie do wyniku sprawy (40% z kwoty wydatków na biegłego 13365,75 zł + 6000zł opłaty sądowej o zasądzonej kwoty). Na analogicznej podstawie ściągnięto część opłaty sądowej od apelacji od uwzględnionej części roszczenia (pkt 4 wyroku).

Dalej idącą apelację powódki oddalono na podstawie art. 385 k.p.c.

Dochodzone roszczenie było wygórowane. Brak jest podstaw do przyjęcia, że nawracające zakażenia dróg moczowych są wynikiem wskazanych wyżej zaniedbań skoro przewlekłe stany zapalne występowały już u powódki wcześniej, występowało u niej też wcześniej nietrzymanie moczu (k-196). Ponadto stan zdrowia powódki związany z innymi chorobami współistniejącymi nie był dobry jeszcze przed zabiegiem i stan ten oraz zaawansowany wiek powódki nie pozwala na przyjęcie, że utrata nerki miała wpływ na stopień aktywności życiowej czy zawodowej powódki. Powódka już wcześniej musiała odczuwać ograniczenia życiowe wynikające z zaawansowanego wieku i ze swego stanu zdrowia (zapalenie trzustki, cukrzyca typu II, przewlekła obturacyjną chorobę płuc, oraz niedoczynność tarczycy. W tych okolicznościach adekwatna jest kwota zadośćuczynienia 120000zł, szczególnie że jatrogenne zakażenie w szpitalu prowadzonym przez pozwaną nie zostało wykazane. W świetle zaś niebudzących wątpliwości ustaleń co do popełnionych błędów lekarskich, będących źródłem szkody oraz co do ich skutków należy uznać brak podstaw do przyjęcia trudności dowodowych na przyszłość uzasadniających powództwo o ustalenie na podstawie art. 189 k.p.c.

O kosztach za postępowanie apelacyjne orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. w zw. z art. 391§1 k.p.c. Wynagrodzenie pełnomocnika z urzędu określono przy zastosowaniu §2, §4, §8 pkt 7, §16 ust. 1 pkt 2 oraz §22 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U.2016r. poz.1714 ze zm.).

SSA Andrzej Struzik SSA Sławomir Jamróg SSA Grzegorz Krężolek