

Sygn. akt I ACa 715/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 grudnia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący SSA Małgorzata Dzięciołowska

Sędziowie SA Anna Cesarz (spr.)

del. SO Bożena Rządzińska

Protokolant sekretarz sądowy Lidia Milczarek

po rozpoznaniu w dniu 8 grudnia 2016 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **D. K.**

przeciwko **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 22 marca 2016 r. sygn. akt II C 1308/14

1. **oddala apelację;**

2. **nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 715/16

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 22 marca 2016 r. Sąd Okręgowy w Łodzi, w sprawie z powództwa D. K. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) numer 1 im. N. U. Medycznego w Ł. o zapłatę, zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 20.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie naliczanymi od 8 października 2014 r. do dnia zapłaty (pkt 1), oddalił powództwo w pozostałej części (pkt 2), nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi od powódki kwotę 600 zł tytułem części nieuiszczonych wydatków od oddalonego powództwa, natomiast od pozwanego kwotę 800,85 zł tytułem nieuiszczonych kosztów procesu od uwzględnionej części powództwa (pkt 3), a także nie obciążył powódki kosztami procesu w pozostałej części, w tym kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej od oddalonej części powództwa (pkt 4).

Powyższe rozstrzygnięcie zostało wydane na podstawie ustaleń, które Sąd Apelacyjny w całości podzielił i przyjął za własne. Z ustaleń tych wynikało, że powódka cierpi na samoistną chorobę – tętniakowość mózgu.

Z tej przyczyny w lutym 2010 r. w Szpitalu im. (...) w Ł. została poddana zabiegowi operacyjnemu zaklipsowania tętniaka lewej tętnicy środkowej mózgu, a w październiku 2010 r. w tym samym szpitalu – zabiegowi zaklipsowania tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej.

W dniu 8 września 2012 r. z powodu krwotoku podpajeczynówkowego z pękniętego tętniaka tętnicy środkowej mózgu po stronie prawej, powódka w stanie ciężkim przyjęta została do Kliniki (...) w Ł., gdzie w trybie pilnym, ratującym życie, został u niej przeprowadzony zabieg operacyjny kraniektomii czołowo – skroniowej po stronie prawej i zaklipsowania tętniaka. Przy przyjęciu wykonano badanie neurologiczne, w wyniku którego powódka została zakwalifikowana do grupy III w skali H. i H., wystąpił u niej niedowład lewostronny kończyny górnej oraz dolnej, a także zaburzenia świadomości. W ramach zabiegu planowo usunięto powódce płat kostny w okolicy czołowo – skroniowej, zaklipsowano tętniaka okolicy środkowej mózgu i opróżniono ognisko krwotoczne śródmózgowe.

Usunięcie płata kostnego było związane z obecnością ogniska krwotocznego, deficytem neurologicznym i spodziewanym obrzękiem mózgu. Płat kostny usuwa się obligatoryjnie w przypadku pacjentów w III grupie H. i H. w celu poprawy perfuzji tkanki mózgowej, aby zostawić miejsce dla obrzękniętego mózgu. Dodatkowo, u pacjentki wystąpiło ognisko krwotoczne, które pogorszyło warunki operacyjne w tym rejonie. W takich sytuacjach dla zdrowia i bezpieczeństwa chorego nie przywraca się płata kostnego. Odtwórczą plastykę wykonuje się, jeżeli stan pacjenta ulegnie poprawie.

Zdarza się wszczepiać kość pod skórę celem ponownego wykorzystania, ale jest to uzależnione od rodzaju i rozległości uszkodzeń mózgu, wieku pacjenta. U powódki nie wszczepiono kości pod skórę z uwagi na duże ognisko krwotoczne śródmózgowe, a w tym okresie i przy stwierdzonym deficycie neurologicznym należało spodziewać się dalekiego okresu protezowania, a wtedy mogłoby dojść do zresorbowania płata kostnego.

Pacjentce zachowawczo podano antybiotyk - wankomycynę. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Rana pooperacyjna początkowo goiła się prawidłowo, pacjentka była przytomna, w kontakcie słowno – logicznym. Powódka została uruchomiona i 17 września ze śladowym niedowładem w kończynach lewych wypisana do domu w stanie dobrym.

Dwa dni później powódka zaobserwowała wyciekającą z rany treść ropną. D. K. ponownie trafiła do Kliniki (...) w Ł., gdzie rozpoznano infekcję płata skórniego. Z pobranych wysiewów wyhodowano gronkowca złocistego wrażliwego na większość antybiotyków. Mimo podania antybiotyku rana nie goiła się, wobec czego lekarze zdecydowali się poddać powódkę zabiegowi rewizji płata skórniego, podczas którego oczyszczono płat, opracowano przetokę, łożę przepłukano środkiem odkażającym i założono dren. Nie zaobserwowano przejścia zakażenia ze skóry na struktury poniżej płata ani cech rozsiania zakażenia. Dren został usunięty po dwóch dniach, rana goiła się już prawidłowo. Szwy zostały zdjęte z w dniu

5 października 2012 r., następnego dnia powódka została wypisana do domu w stanie dobrym. W późniejszych obserwacjach ambulatoryjnych nie stwierdzano zmian w miejscu operowanym.

Powódka po opuszczeniu szpitala, ale także w czasie hospitalizacji, doświadczała problemów z układem trawiennym, ciśnieniem i z koncentracją, miała zawroty i bóle głowy, bywała antypatyczna dla rodziny. Nie chciała wychodzić, ubrać się ani jeść, w związku z czym zasięgnęła nawet rady znajomego psychiatry.

W maju 2013 r. w szpitalu im. M. K. w Ł. powódka przeszła operację plastyki ubytku kości czaszki, przeszła także kolejne operacje usunięcia tętniaków.

W chwili obecnej w organizmie powódki nie ma bakterii gronkowca złocistego.

Zakażenie rany pooperacyjnej u powódki było zakażeniem szpitalnym. Bakterie gronkowca złocistego przedostały się do rany operacyjnej

i spowodowały infekcję płata skórniego, najprawdopodobniej florą własną powódki. Źródłem zakażenia szpitalnego może być bowiem nie tylko środowisko zewnętrzne, ale także własna flora bakteryjna chorego, co nie ma znaczenia dla kwalifikacji zakażenia powódki jako szpitalnego.

Zabieg operacyjny był wykonany z powodu stanu zagrożenia życia, jako pilny, a więc bez przygotowania powódki do zabiegu, tak jakby to miało miejsce przy zabiegu planowym. To, jak i wyjątkowa długotrwałość zabiegu neurochirurgicznego (zabiegi tego rodzaju trwają kilkanaście godzin) sprzyjają wystąpieniu zakażenia miejsca operowanego. Zakażenie powódki było zdarzeniem medycznym wiążącym się właśnie z leczeniem szpitalnym i poważnym zabiegiem operacyjnym wykonanym w trybie pilnym. Na stan zdrowia powódki wpływała jednak przede wszystkim ciężka choroba podstawowa – mnogie tętniaki naczyń mózgowych, powodujące krwawienia do mózgu i trzecia z kolei poważna operacja neurochirurgiczna. Objawy zgłaszane przez powódkę należy wiązać z niewielką niedokrwistością pooperacyjną i wahaniami ciśnienia tętniczego po poważnym zagrożeniu życia. Infekcja płata skórniego niewątpliwie przedłużyła leczenie i spowodowała konieczność zabiegowego czyszczenia rany, to jest wykonania kolejnego zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym; brak jednak u powódki jakichkolwiek trwałych następstw zakażenia.

Nie istnieje związek między zakażeniem gronkowcem a zgłaszanymi przez powódkę schorzeniami gastrycznymi. Powódka po stwierdzeniu zakażenia gronkowcem była w pozwanym szpitalu leczona prawidłowo. W. działa tylko na bakterię gronkowca, a nie na flotę bakteryjną jelit. Antybiotyk był zresztą powódce podawany nie doustnie, a dożylnie.

Działanie zespołu lekarskiego pozwanego szpitala w zakresie usunięcia płatu kostnego czołowo – skroniowego prawidłowe. Ze względu na charakter patologii krwotocznej mózgu powódki, obecność krwiaka śródmózgowego i spodziewany obrzęk mózgu wykonano zabieg kraniektomii, czyli otwarcia czaszki z usunięciem płata kostnego. W każdej sytuacji, gdy patologia mózgową może skutkować następczą ciasnotą wewnątrzczaszkową stosuje się czasowe usunięcie płata kostnego, który przywraca się w terminie późniejszym, po ustąpieniu objawów ciasnoty. Dzięki temu działaniu mózg ma większe szanse samonaprawcze, bo zmniejszone jest ryzyko gorszej perfuzji krwi w naczyniach mózgowych zaciskanych przez ciśnienie wytwarzane w zamkniętej puszcze, jaką jest czaszka. Nie było możliwe ani zasadne uzupełnienie ubytku kości czaszki bezpośrednio po przeprowadzonym zabiegu. Właśnie dlatego, że warunki śródoperacyjne wskazywały na narastający obrzęk mózgu, odroczono ten zabieg. Było to zaplanowane i zgodne ze sztuką lekarską i wiedzą współczesnej neurochirurgii. Okoliczność, że w czasie operacji tętniaka w szpitalu im. M. K. w Ł. w 2010 r. płat kostny został przywrócony od razu po zabiegu w żaden sposób nie podważa prawidłowości postępowania w szpitalu im. N. B. w 2012 r. Decyzję podejmuje operator adekwatnie do sytuacji śródoperacyjnej. W pierwszych kilku a nawet kilkunastu dniach ubytek kostny jest skutecznie maskowany przez obrzęk mózgu. Stąd prawdopodobnie powódka wiąże zauważony brak kości dopiero z drugim zabiegiem wykonanym w celu oczyszczenia rany. W związku z infekcją bakteryjną w pozwanym szpitalu zastosowano prawidłowe leczenie. D. K. przyjęto natychmiast do szpitala po zaobserwowaniu wycieku ropnego z rany i zastosowano antybiotykoterapię zgodną z posiewem. Wobec przedłużającego się gojenia podjęto decyzję o operacyjnym oczyszczeniu rany, co przyspieszyło proces gojenia. Pacjentka została wypisana do domu z wygojoną raną i bez cech procesu zapalnego.

U D. K. nie wystąpiły żadne neurologiczne konsekwencje przebytej infekcji. Dotyczyła ona płata skórniego, nie penetrowała mózgowia. Rana pooperacyjna została oczyszczona chirurgicznie oraz ponownie zszyta i wygoiła się pod osłoną antybiotykoterapii. Zgłaszane przez powódkę dolegliwości i zaburzenia neurologiczno - psychiczne związane są z zasadniczą chorobą, jaką jest tętniakowość mózgu i przebyte krwotoki mózgowie. Każdy nawet najmniejszy epizod krwotoczny prowadzić może do uszkodzenia tkanki mózgowej i w konsekwencji zaburzeń neurologicznych. Żadne ze stwierdzanych odchyżeń w badaniu neurologicznym nie ma związku z zakażeniem rany. Należy podkreślić, że już sama wiedza powódki o posiadaniu aż 7 tętniaków przekładać się może na wycofanie pacjentki z normalnego funkcjonowania. W najmniejszym jednak stopniu nie ma to związku z infekcją płata skórniego w miejscu otwarcia czaszki do operacji tętniaka.

W dniu 8 grudnia 2013 r. powódka złożyła do Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego w postaci zakażenia bakterią gronkowca złocistego w Szpitalu im. (...) w Ł. w trybie art. 67 a i nast. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 186).

Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w dniu 25 kwietnia 2013 r. w sprawie KW/13/2013 orzekła, że zdarzenie polegające na zakażeniu rany pooperacyjnej D. K. gronkowcem złocistym w trakcie jej pobytu w (...) Szpitalu (...) w Ł. w okresie od 8 września 2012 r. do 17 września 2012 r. jest zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67 a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy na wniosek Szpitala, w dniu 9 lipca 2013 r. w Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych ustaliła, że zdarzenie polegające na zakażeniu rany pooperacyjnej D. K. gronkowcem złocistym w trakcie jej pobytu w (...) Szpitalu (...) w Ł. w okresie od 8 września 2012 r. do 17 września 2012 r. jest zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67 a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

D. K. ma 48 lat, prowadzi gospodarstwo domowe z mężem i synem uczącym się w szkole średniej. Powódka otrzymuje rentę inwalidzką w wysokości 1.243,88 zł miesięcznie. A. K. z tytułu wynagrodzenia za pracę uzyskuje 2.540,65 zł miesięcznie.

Sąd Okręgowy uwzględnił powództwo w części. Zważywszy na to, że dochodzone roszczenie miało związek z zakażeniem bakterią gronkowca oraz usunięciem kości czaszki podczas drugiej hospitalizacji powódki w pozwanym szpitalu, Sąd Okręgowy rozważył zasadność roszczenia na podstawie art. 416 k.c. oraz art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. W ocenie Sądu Okręgowego ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności pozyskanych wiadomości specjalnych wynika, że do bakteryjnego zakażenia u powódki doszło na skutek działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia w pozwanym Szpitalu. Sąd miał w tym względzie na uwadze okoliczność, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między zaniechaniami personelu medycznego a szkodą pacjenta wystarcza ustalenie wysokiego czy też przeważającego prawdopodobieństwa tegoż związku, nie zaś pewności, natomiast strona pozwana nie wykazała, by istniało wyższe prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w wyniku innych przyczyn.

Sąd Okręgowy nie miał wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 947), jak również z podstawowych zasad etycznych. W związku z powyższym Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że pozwana placówka medyczna winna podjąć działania uniemożliwiające powódce zakażenie bakterią gronkowca. Tymczasem u powódki doszło do zakażenia podczas pobytu w pozwanym szpitalu, co stanowiło wystarczającą podstawę do przyjęcia, że doszło do zarzucanego, chociażby niezamierzonego, działania lub zaniechania personelu Szpitala, względnie niewłaściwej organizacji placówki, które pozostawały w związku przyczynowym z zakażeniem powódki. Był to rodzaj winy organizacyjnej, którą należało przypisać pozwanemu Szpitalowi.

Zważywszy na to, że w konsekwencji zakażenia powódka doznała szkody niemajątkowej, Sąd Okręgowy opowiedział się za przysługiwaniem jej dochodzonego w sprawie zadośćuczynienia. Ustalając jego wysokość Sąd Okręgowy kierował się ustalonymi przejawami krzywdy powódki. Wziął nadto pod uwagę okoliczność, że do zakażenia doszło w związku podjęciem operacji ratującej powódce życie, a powstaniu zakażenia sprzyjały takie czynniki ryzyka jak ponowny (trzeci) zabieg operacyjny polegający na zakłipsowaniu tętniaka

i kraniotomii, konieczność nagłego podjęcia interwencji neurochirurgicznej oraz długi czas trwania operacji – czyli okoliczności niezależnie od pozwanego. Sąd Okręgowy uwzględnił także okoliczność, że zakażenia miało charakter powierzchniowy, nie dotknęło tkanki kostnej ani mózgu, a po stwierdzeniu zakażenia, szybko i prawidłowo wdrożono leczenie, które zakończono sukcesem doprowadzając do wygojenia rany, wobec czego powódka nie doświadcza w chwili obecnej żadnych skutków zakażenia. Sąd Okręgowy zaznaczył, że istnienie związku między zakażeniem gronkowcem złocistym rany pooperacyjnej a doznawanymi obecnie przez powódkę dolegliwościami zostało wykluczone przez opiniujących w sprawie biegłych. Subiektywne odczucie powódki, że odczuwany dyskomfort jest bezpośrednim skutkiem zakażenia rany pooperacyjnej nie mogło stanowić podstawy do przyznania zadośćuczynienia w żądanej wysokości.

Zdaniem Sądu Okręgowego przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie potwierdziło zarzutu powódki odnośnie nieprawidłowego leczenia podczas drugiej hospitalizacji, w wyniku której usunięto powódce kości czaszki. Biegły z zakresu neurochirurgii w sposób kategoriyczny odniósł się do tej okoliczności, podnosząc, że zabieg kraniotomii został wykonany zgodnie ze sztuką podczas pierwszego pobytu powódki w pozwanym szpitalu, wyłuszczył także dlaczego ubytek kości został zauważony przez powódkę później, po ustąpieniu obrzęku.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy – uwzględniając z jednej strony umiarkowany zakres cierpień doznanych przez powódkę, z drugiej zaś pozytywny wynik dotychczasowego leczenia i staranne postępowanie strony pozwanej wobec zaistniałego zakażenia – doszedł do przekonania, że odpowiednim w rozumieniu przepisu art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynieniem będzie kwota 20.000 zł, którą zasądził. Sąd Okręgowy oddalił powództwo o zadośćuczynienie w zakresie dalszej kwoty 20.000 zł, uznając je za wygórowane. Oddaleniu podlegało również żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość – a to wobec całkowitego wyleczenia zakażenia i braku jakichkolwiek jego następstw dla zdrowia powódki.

Należne odsetki Sąd Okręgowy zasądził zgodnie z żądaniem pozwu, opierając się na art. 481 § 1 k.c. oraz mając na względzie, że powódka przed wytoczeniem powództwa nie zgłaszała szkody pozwanemu szpitalowi, a zatem stan opóźnienia zaistniał od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, czyli od dnia 8 października 2014 r.

Sąd Okręgowy orzekł również o kosztach procesu w sposób szczegółowo zaprezentowany w motywach wydanego orzeczenia.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wywiódła powódka, zaskarżając go w części oddalającej powództwo co do 80.000 zł oraz w części zasądzającej od powódki koszty sądowe w kwocie 600 zł.

Powódka zawarła w apelacji następujące zarzuty:

1. naruszenia przepisów postępowania, tj. art. 233 k.p.c. przez dowolną ocenę dowodów skutkującą stwierdzeniem, że rozmiar cierpień powódki jest umiarkowany i tym samym kwota 20.000 zł jest wystarczającym zadośćuczynieniem za cierpienia psychiczne i fizyczne powódki,
2. naruszenia przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i sformułowanie na podstawie karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 6 października 2012 r. wniosków z tej karty nie wynikających, a mianowicie, że powódka została poddana w dniu 28 września 2012 r. rewizji płata skórniego, a nie rewizji kraniotomii, oraz że antybiotykoterapia została zastosowana przed operacją, a nie po operacji w dniu 28 września 2012 r.,
3. naruszenia przepisów postępowania, tj. art. 217 § 2 k.p.c. w zw.

z art. 227 k.p.c. polegającego na oddaleniu wniosków dowodowych zgłoszonych przez pełnomocnika powódki o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłego neurochirurga oraz o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego internisty na okoliczność aktualnego stanu zdrowia powódki, które zmierzały do wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy, co miało wpływ na jej rozstrzygnięcie, gdyż sąd orzekał na podstawie niepełnego materiału dowodowego sprawy,

4. naruszenia prawa materialnego, tj. art. 445 § 1 k.c. polegającego na przyjęciu, że kwota 20.000 zł stanowi odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną przez powódkę krzywdę,

5. naruszenia przepisów postępowania, tj. art. 98 k.p.c. wskutek jego niezastosowania w sytuacji, gdy należy uznać, że powódka wygrała proces w całości,

6. naruszenia przepisów postępowania, tj. art. 102 k.p.c. wskutek jego niewłaściwego zastosowania w sytuacji, gdy zgodnie z zasadą słuszności powódka nie powinna być w ogóle obciążona kosztami.

W konkluzji skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie na jej rzecz kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 8 października 2014 r. do dnia zapłaty, a także kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie ostatecznie zasada odpowiedzialności pozwanego Szpitala (...) im. N. B. w Ł. za zakażenie powódki D. K. gronkowcem złocistym nie była kwestionowana.

Wobec zarzutów apelacji złożonej przez powódkę, rozważeniu podlegała kwestia czy Sąd Okręgowy właściwie dokonał oceny dowodów i stosownie do niej prawidłowo określił wysokość należnego powódce zadośćuczynienia za doznaną przez nią krzywdę.

Nie można podzielić zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., iż Sąd wyciągnął błędne wnioski z dokumentacji medycznej, co do tego, jakiemu zabiegowi została poddana powódka w dniu 28 września 2012 r. i kiedy zastosowano wobec niej antybiotykoterapię.

Zagadnienia te wyjaśniał szczegółowo biegły lekarz neurochirurg, który stwierdził, że u powódki w dniu przyjęcia do pozwanego Szpitala z powodu krwotoku podpajęczynówkowego z pękniętego tętniaka tętnicy środkowej mózgowej, wykonano zabieg kraniektomii, czyli nie tylko otwarcia czaszki, ale usunięcia płata kostnego, gdyż w każdej sytuacji gdy patologia mózgowia może skutkować następczą ciasnotą wewnątrzczaszkową stosuje się czasowe usunięcie owego płata kostnego. Nie ma racji powódka twierdząc, że dokonano tego dopiero podczas drugiego zabiegu, gdyż nie wynika to z dokumentacji lekarskiej, a ponadto wystąpił u niej obrzęk mózgu, co spowodowało konieczność czasowego usunięcia płata kostnego i jednocześnie obrzęk ten skutecznie maskował powstały ubytek. Niewątpliwie u powódki doszło do zakażenia gronkowcem rany pooperacyjnej, ale zastosowano u niej antybiotykoterapię zgodną z posiewem, a następnie ranę operacyjnie oczyszczono, co przyspieszyło proces gojenia.

Podjęcie tego rodzaju leczenia wynikała z dokumentacji lekarskiej i z opinii biegłego lekarza neurochirurga.

Powódka skutecznie nie zakwestionowała opinii tego biegłego. Wnioski

z tej opinii w zakresie skutków zakażenia powódki gronkowcem złocistym były zresztą zbieżne z wnioskami biegłej specjalisty chorób zakaźnych. Wątpliwości zgłoszone w piśmie pełnomocnika powódki z dnia 11 stycznia 2016 r. co do tego czy w momencie wypisu powódki ze szpitala nie występował już u niej gronkowiec złocisty oraz czy odchylenia w badaniu neurologicznym mają związek z przebyłym zakażeniem zostały wyjaśnione zarówno w pisemnych opiniach obu biegłych, jak i w ustnych wyjaśnieniach biegłej specjalisty do spraw chorób zakaźnych, słusznie więc Sąd Okręgowy oddalił wnioski powódki o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego neurochirurga. W tym zakresie nie zostało zgłoszone zastrzeżenie w trybie art. 162 k.p.c.

Podobna sytuacja odnosi się do oddalenia wniosku powódki o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego internisty. Biegła specjalista do spraw chorób zakaźnych jednoznacznie stwierdziła, że u powódki brak trwałych następstw zakażenia, że podanie jej antybiotyku w związku z zakażeniem nie miało skutków ubocznych, oraz, że gronkowiec nie miał wpływu na wystąpienie u powódki zapalenia dwunastnicy, poza tym antybiotyk V. powódka otrzymywała dożylnie, nie doustnie - do przewodu pokarmowego i lek ten działa na gronkowca, a nie na florę bakteryjną, zatem nie ma związku między dolegliwościami powódki ze strony przewodu pokarmowego, a podawaną jej w 2012 r. V.. Powódka nie wskazała żadnych zarzutów w tym zakresie do opinii biegłej, nie zgłosiła też zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c. w związku z oddaleniem jej wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii lekarza internisty.

Dlatego zarzut naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. nie mógł być uwzględniony.

Dodatkowo należy wskazać, że w apelacji nie powołano art. 380 k.p.c., który pozwala na rozpoznanie postanowień sądu pierwszej instancji, które nie podlegały zaskarżeniu w drodze zażalenia, a miały wpływ na wynik sprawy.

Już na marginesie można dodać, że w apelacji zarzucono oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego internisty na okoliczność aktualnego stanu zdrowia powódki, a teza ta nie dotyczy przedmiotu sprawy i w ogóle nie nawiązuje do związku z przebyłym zakażeniem gronkowcem złocistym.

Z kolei waloru i przydatności opinii biegłego lekarza neurochirurga nie może podważać zarzut stronnictwa.

Po pierwsze powódka, jeśli powzięła wątpliwości co do bezstronności biegłego, mogła w toku sprawy wnieść o jego wyłączenie na podstawie art. 49 k.p.c. w zw. z art. 54 k.p.c., czego nie uczyniła.

Po drugie, co prawda biegły neurolog na końcu swojej opinii użył pewnych niezręcznych sformułowań oceniających decyzję powódki o wystąpieniu z pozwem przeciwko Szpitalowi, w którym uratowano jej życie, ale uwagi te nie miały wpływu na rzetelność jego opinii, która zresztą w zasadniczej części co do braku trwałych następstw zakażenia, znalazła potwierdzenie w opinii biegłej specjalisty do spraw chorób zakaźnych.

Nie można również podzielić zarzutów naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. co do przeprowadzenia przez Sąd I instancji dowolnej oceny dowodów w zakresie określenia stopnia cierpienia powódki w związku z zakażeniem i w konsekwencji zarzutu naruszenia art. 445 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że zasądzona kwota 20.000 zł zadośćuczynienia pieniężnego za doznana przez powódkę krzywdę stanowi odpowiednią kwotę.

Artykuł 445 § 1 k.c. jest jednym z przykładów tzw. prawa sędziowskiego, którego istotą jest pozostawienie sądowi pewnego marginesu swobody. Powyższe wynika z faktu, że ustawodawca uznał, iż ostatecznie nie jest w stanie w prawie pozytywnym sformułować ścisłych reguł określania wysokości roszczeń, które poszkodowanemu przysługują. Dlatego przekazuje określenie wysokości tychże roszczeń w ręce sędziego, który bada dany przypadek indywidualnie. Oczywiście pozostawiony sądowi margines swobody nie oznacza dowolności, gdyż ustalenie wysokości roszczeń winno nastąpić przy uwzględnieniu i wnikliwym rozważeniu wskazówek zawartych w przepisie (wyrok s.apel. w Łodzi z dnia 2014-09-18 sygn. akt I ACa 398/14).

Określenie "sumy odpowiedniej" powinno być dokonane przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności konkretnej sprawy, a zwłaszcza rodzaju

i rozmiaru doznanych obrażeń, czasokresu, uciążliwości procesu leczenia

i dostosowawczej rehabilitacji, długotrwałości nasilenia dolegliwości bólowych, konieczności korzystania z opieki i wsparcia innych osób oraz jej zakresu, trwałych następstw tych obrażeń w sferze fizycznej i psychicznej oraz ograniczeń, jakie wywołują w dotychczasowym życiu, w tym potrzeby stałej rehabilitacji, zażywania środków farmakologicznych, zmiany charakteru zatrudnienia, trybu życia, przyzwyczajzeń, czy też sposobu spędzania wolnego czasu. Wysokość zadośćuczynienia odpowiadająca doznanej krzywdzie powinna być odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne i fizyczne. Należy nadto podkreślić, że zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. (tak wyrok s.apel. w Łodzi z dnia 2014-06-11, sygn. akt I ACa 1593/13, LEX nr 1480479).

Doznanie przez poszkodowanego szkody niemajątkowej w postaci uszkodzenia ciała lub doznania rozstroju zdrowia prowadzi z reguły do krzywdy przejawiającej się w cierpieniach fizycznych (ból oraz inne dolegliwości) lub psychicznych w postaci ujemnych przeżyć związanych z cierpieniami fizycznymi lub też innymi następstwami uszkodzenia ciała bądź rozstroju zdrowia. W grę mogą wchodzić mniej lub więcej trwałe cierpienia psychiczne. Przykładowo wymienia się tu wypadki, w których dana osoba stała się inwalidą, została oszpecona, została wyłączona z normalnego życia i pozbawiona jego radości, utraciła możliwość wykonywania zawodu. Najczęściej cierpienia fizyczne i psychiczne występują łącznie i nie jest możliwe ich rozdzielenie. Należy przy tym zawsze pamiętać, że chodzi tutaj zarówno o cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, jak i te, które wystąpią w przyszłości. Zadośćuczynienie ma bowiem charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego, mowa jest bowiem

o "odpowiedniej sumie pieniężnej tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę", przyznawanej jednorazowo. Zadośćuczynienie ma na celu dostarczenie osobie poszkodowanej realnej wartości ekonomicznej, równoważąc - w przybliżony sposób - poniesioną przez nią krzywdę (tak wyrok s.apel.

w S. z dnia 2014-03-06, sygn. akt I ACa 878/13, LEX nr 1459067).

Ustalenie, jaka kwota zadośćuczynienia w konkretnych okolicznościach jest "odpowiednia", należy zatem do sfery swobodnego uznania sędziowskiego.

O jej wysokości decyduje przede wszystkim sąd pierwszej instancji. Korygowanie przez sąd drugiej instancji zasądzonego zadośćuczynienia może nastąpić tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego wysokość, jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (tak SA w Lublinie w wyroku z 11.06.2015 r.,

I ACa 60/15, LEX nr1754006).

Odnosząc się do przypadku powódki, należy stwierdzić, że zadośćuczynienie określone przez Sąd Okręgowy nie jest nadmiernie zaniżone.

Sąd I instancji wskazał na te wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar krzywdy doznanej przez powódkę, które podniesiono w apelacji.

W szczególności Sąd zwrócił uwagę, że z zakażeniem powódki wiązała się konieczność ponownej hospitalizacji i przeprowadzenia dodatkowego zabiegu polegającego na oczyszczeniu rany pooperacyjnej w znieczuleniu ogólnym i zastosowania antybiotykoterapii. Sąd podkreślił, że wzmogło to dyskomfort powódki i spowodowało dodatkowy stres.

Ale niewątpliwie zakażenie nie spowodowało u powódki żadnych trwałych następstw. Rana po oczyszczeniu wygoiła się pod osłoną antybiotykoterapii. Zakażenie nie wpłynęło ani na stan neurologiczny powódki, ani na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Powódka nie doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Nie bez znaczenia dla określenia wysokości zadośćuczynienia dla powódki ma też nieznaczny stopień winy pozwanego Szpitala i okoliczności, w jakich doszło do zakażenia. Nastąpiło ono bowiem w związku z natychmiastowym podjęciem operacji ratującej powódce życie, a powstaniu zakażenia sprzyjały takie czynniki ryzyka jak ponowny zabieg operacyjny, polegający na zaklipsowaniu tętniaka w mózgu i kraniektomii, konieczność nagłego podjęcia interwencji neurochirurgicznej i długotrwałość zabiegu. Sąd Okręgowy trafnie też zwrócił uwagę na fakt, że zakażenie miało charakter powierzchowny i nie dotknęło tkanki kostnej, ani mózgu.

Z powyższych względów należało uznać, że zasądzona przez Sąd Okręgowy kwota 20.000 zł stanowi odpowiednią sumę zadośćuczynienia.

Nie doszło do naruszenia art. 98 k.p.c., gdyż powódka wygrała proces jedynie w niewielkim zakresie w stosunku do żądanej kwoty.

Sąd prawidłowo zastosował też art. 102 k.p.c. nie obciążając powódki w przeważającej części kosztami procesu.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w oparciu o art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.

Powódka ma niski dochód – pobiera jedynie rentę w wysokości 1.243,88 zł. Jest osobą bardzo schorowaną, cierpi na poważną chorobę – tętniakowatość mózgu, często przebywa w szpitalu. Miała subiektywne przekonanie o wysokim zakresie krzywdy i wobec tego trudno było jej ocenić jakie zadośćuczynienie jest dla niej odpowiednie. Są to szczególne okoliczności, które uzasadniały nieobciążanie powódki kosztami postępowania apelacyjnego.