

Sygn. akt *IACa 523/18*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 lipca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Piotr Górecki /spr./

Sędziowie: SA Małgorzata Goldbeck-Malesińska

SA Małgorzata Mazurkiewicz-Talaga

Protokolant: st. sekr. sądowy Ewa Gadomska

po rozpoznaniu w dniu 18 czerwca 2019 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa **I. B.**

przeciwko **"Centrum (...) sp z o.o. w P.**

przy interwencji ubocznej Towarzystwa (...) SA

w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 28 grudnia 2017 r. sygn. akt XVIII C 13/15

I. zmienia zaskarżony wyrok:

a) w pkt. 2 w ten sposób, że zasądzoną tam kwotę 67.200 zł obniża do kwoty 50.400 zł (pięćdziesiąt tysięcy czterysta złotych);

b) w pkt. 3 w ten sposób, że zasądzoną od pozwanej na rzecz powódki rentę w kwocie 800 zł obniża do kwoty 600 zł miesięcznie;

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanej na rzecz powódki 10.800 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Małgorzata Goldbeck-Malesińska Piotr Górecki Małgorzata Mazurkiewicz-Talaga

Sygn. akt IACa 523/18

UZASADNIENIE

Powódka I. B. wniosła o zasądzenie od pozwanego Niepublicznego (...) (...) w P.:

- kwoty 600.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia,
- kwoty 1.500 zł miesięcznie płatnej do dnia 15. każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki w płatności tytułem renty w związku z całkowitą utratą zdolności do pracy, zwiększonymi potrzebami i utratą widoków na przyszłość, nadto wniosła o
- ustalenie odpowiedzialności pozwanego za mogące powstać w przyszłości u powódki następstwa dokonanego w maju 2009 r. zakażenia gronkowcem,
- zasądzenie do pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Pozwana spółka wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Do sprawy po stronie pozwanej przystąpił w charakterze interwenienta ubocznego Towarzystwo (...) SA w W..

Wyrokiem z dnia 28 grudnia 2017 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu:

- 1) zasądził od pozwanej na rzecz powódki tytułem zadośćuczynienia kwotę 250.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w terminie płatności od dnia 18 stycznia 2011 r. do dnia zapłaty,
- 2) zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 67.200 zł tytułem skapitalizowanej renty wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 28 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty,
- 3) zasądził od pozwanej na rzecz powódki rentę w wysokości 800 zł miesięcznie, płatną do dnia 15. każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w terminie płatności którejkolwiek z kwot, począwszy od stycznia 2018 r.
- 4) ustalił, że pozwana ponosi odpowiedzialność za szkodę mogącą powstać po stronie powódki w przyszłości w związku ze skutkami zabiegu przeprowadzonego w dniu 6 maja 2009 r.,
- 5) w pozostałej części powództwo oddalił oraz
- 6) orzekł o kosztach procesu (sygn. akt XVIIIIC 13/15).

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

W dniu 4 maja 2009 r. powódka została przyjęta do placówki pozwanej spółki – na Oddział (...) Zakładu(...) (...) przy ul. (...) r. w P. – w celu wykonania zabiegu operacyjnego endoprotezy. Powódka przebywała w pozwanym szpitalu w okresie od 4 maja 2009 r. do 21 maja 2009 r. W momencie przyjęcia powódka miała 75 lat i cierpiała na bóle w lewym biodrze, co chciała wyleczyć. W ramach rozpoznania wstępnego odnotowano u powódki takie schorzenia jak: zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego lewego, skutkujące ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego, zespół chorego węzła zatokowego po wszczępieniu stymulatora, napadowe migotanie przedsionków, dusznicę bolesną i chorobę wrzodową żołądka.

W dniu 6 maja 2009 r. przeprowadzono zaplanowany zabieg operacyjny – endoprotezoplastykę całkowitą cementową stawu biodrowego lewego. Zabieg został wykonany prawidłowo, zgodnie z sztuką medyczną. Powódka w dniu 4.05.2009 r. wyraziła pisemną zgodę na zabieg operacyjny oraz na przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych. Nie została na piśmie pouczona o możliwych powikłaniach, jak i metodach leczniczych.

Przed operacją przeprowadzono badania krwi powódki, lecz nie wykonano posiewów. W trakcie zabiegu powódka utraciła łącznie 1200 ml krwi przez dren R. co oznacza, że faktyczna utrata krwi była znacznie większa (około dwukrotnie). W trakcie zabiegu podano powódce krew oraz osocze, co było postępowaniem prawidłowym. Powódka przed operacją zażywała lek przeciwzakrzepowy W.. Kardiolog zalecił na 5 dni przed operacją odstawienie leku W. i włączenie leku C. 0,6 ml. Pięciodniowy okres wykonania zalecenia kardiologa przypadł na okres pobytu powódki w miejscu zamieszkania. Powódka w okresie pobytu w domu nie odstawiła preparatu W. i pierwszym momentem, kiedy go nie przyjmowała były dni: 4, 5 i 6 maja 2009 r., a zatem pewna ilość tego preparatu w czasie operacji i po niej znajdowała się we krwi powódki co spowodowało zmiany w układzie krzepnięcia.

(...) to wartość wskaźnika protrombiny u osoby, która jest zdrowa i u takiej osoby waha się ona w zakresie od 0,8 do 1,2. W przedłożonej dokumentacji medycznej brak jest wyniku (...) z 4, 5 i 6 maja 2009 r. Wskaźnik (...), w dniu 7 maja 2009 r., a więc po zabiegu, wyniósł 2,71, a w dniu 8 maja 2009 r. - 2,76, był więc nieprawidłowy. W karcie leczenia szpitalnego powódki za okres od 4 maja 2009 r. do 21 maja 2009 r. wskazano, że wskaźnik badań (...) określono na poziomie 1,33, co było wartością zbliżoną do normy.

Powódka w przygotowaniu do zabiegu otrzymywała C. i O. (środek blokujący wydzielanie kwasu w żołądku), a oba te leki znacznie przedłużają działanie warfaryny. Wynik badania wskaźnika (...) po operacji wskazywał, że działanie leku W. jeszcze trwało, a wartości (...) przedoperacyjne były wyższe niż fizjologiczne.

Postępowaniem rekomendowanym jest skontrolowanie parametru (...) w sytuacji zmiany leczenia przeciwzakrzepowego preparatem W. na E.. W przypadku zbyt wysokiej wartości (...) rekomenduje się podanie odpowiedniej dawki witaminy K. Niewykonanie badania poziomu wskaźnika (...) przed zabiegiem było postępowaniem nieprawidłowym.

Stosowanej u powódki E. (C.), w interakcjach, nie zaleca się łączyć jej z innymi lekami na układ krzepnięcia, a w razie ich równoległego stosowania należy stale monitorować parametry układu krzepnięcia. Okres półtrwania leki W. wynosi około 36 godzin, a brak ekskrecji z moczem powoduje, że trudno ją odwrócić nawet masywnymi dawkami witaminy K. Dla szybkiego odwrócenia działania warfaryny stosuje się preparaty zawierające czynniki krzepnięcia II, VII, IX i X (np. w postaci dostępnych w 2009 r. beriplex, octaplex, prthromplex), a sama witamina K nie wystarcza. Ta terapia nie likwiduje wysokiego stężenia warfaryny w osoczu, ale przywraca normalną aktywność czynników krzepnięcia. Z tego względu do planowych zabiegów należy odczekać okres 3-5 dni i monitorować wskaźnik (...)

Utrata krwi u powódki w czasie operacji była bardzo duża. Właściwe postępowanie, w tej sytuacji, wymagało zrobienia badania nie tylko morfologii krwi, ale również badania krzepnięcia krwi, żeby wiedzieć jak leczyć utratę krwi nie tylko uzupełnianiem traconych elementów krwi. Z tego względu, w okresie okołooperacyjnym, monitorowanie utraty krwi, jak i monitorowanie zachowania się układu krzepnięcia musi mieć charakter ciągły.

U powódki nie stosowano leków odwracających działanie warfaryny, co było postępowaniem nieprawidłowym, skutkiem czego z wysokim stopniem prawdopodobieństwa duży krwotok pooperacyjny u powódki był związany z działaniem preparatu W., który ciągle jeszcze był obecny w jej organizmie. Nadto monitorowanie u powódki krwawienia po zabiegu było opóźnione, co również było postępowaniem nieprawidłowym. W dniu 7 maja 2009r. powódce kilkakrotnie zmieniano opatrunki z powodu przekrwienia, wymieniono dreny ssące z rany i z powodu słabej morfologii przetoczono krew. Pacjentka nie była pionizowana, była znacznie osłabiona, odbyła się konsultacja internistyczna. Wieczorem nastąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego – ponownie przetaczano krew, nawadniano i podawano leki zalecone przez internistę. Odstawiono lek przeciwzakrzepowy C..

W dniu 8 maja 2009 r. odnotowano stan ogólny powódki bez zmian, miała miejsce kolejna konsultacja internistyczna. Rozpoznano u powódki zespół wykrzepienia naczyniowego, usunięto dren z rany pooperacyjnej. Opatrunek był znacznie przekrwiony; zlecono okład z lodu, bo był duży obrzęk całego uda lewego. Wieczorem nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego – odbyły się konsultacje anestezjologa i chirurga.

Od dnia 9 maja 2009 r. odnotowywano, że stan ogólny powódki poprawiał się. Od 12 maja 2009 r. zaczęła się pionizacja i nauka chodzenia o balkoniku. W dokumentacji odnotowano, że rana goi się dobrze, prawidłowo, bez odczynu. Powódka po około 1,5 tygodnia od zabiegu zaczęła się skarżyć na złe samopoczucie, utratę apetytu, bóle brzucha i zdęcia po jedzeniu, w związku z tym udzielono jej konsultacji psychologicznej. Psychologowi powiedziała, że boi się iść do domu, bo nie wie czy poradzi sobie po powrocie do domu.

W dniu 17 maja 2009 r. odnotowano, że dolegliwości bólowe nadbrzusza ustąpiły po wskazanych lekach. W dniu 18 maja 2009 r. odnotowano stan powódki ogólny dobry, rana goi się dobrze. Wskazano, że pacjentka nie chce iść do domu. W dniu następnym odnotowano stan ogólny dobry, prawidłowe gojenie rany, bez odczynu, kontrolne wyniki laboratoryjne dość dobre oraz że pacjentka nadal nie chce iść do domu. W dniu 20 maja 2009 r. nadal stwierdzono, że stan ogólny pacjentki jest dobry, rana goi się dobrze, planowany na dzień 21 maja wypis do domu. Odnotowano, że pacjentka potrafi samodzielnie chodzić o dwóch kulach łokciowych. W dniu 21 maja 2009 r. odnotowano, że stan ogólny pacjentki jest dobry, rana sucha i wygojona – usunięto szwy, wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami.

Powódka otrzymała przy wypisie zalecenia chodzenia o dwóch kulach łokciowych z odciążaniem kończyny dolnej lewej, zażywania leków internistycznych, dalszego leczenia i kontroli u lekarza rodzinnego oraz kontroli za 6 tygodni lub wcześniej w (...). Przed wyjściem do domu usunięto powódce cewnik. W dniu 21 maja 2009 r. powódka została przewieziona do domku na terenie ogródków działkowych, gdzie przebywała wówczas niepełnosprawna, poruszająca się na wózku inwalidzkim jej córka - G. S.. Stan powódki w tym dniu faktycznie był zły. Została przywieziona do domu karetką, na noszach, nie miała siły samodzielnie siedzieć, jeść i załatwiać potrzeb fizjologicznych. Po jednym dniu przebywania u córki, powódka poczuła się już bardzo źle i wezwano pogotowie, które przewiozło ją na ostry dyżur do Szpitala Wojewódzkiego w P. przy ul. (...).

W okresie od 23 maja 2009 r. do 28 maja 2009 r. powódka przebywała na Oddziale (...)z Pododdziałem (...)ww. placówki z rozpoznaniem: bakteriami gronkowcową, zwyrodnienie mięśnia serca w okresie względnej wydolności, nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa żołądka w wywiadzie, stan po endoprotezoplastyce całkowitej stawu biodrowego lewego, odoskrzelowe obustronne zapalenie płuc. W trakcie pobytu wykonano posiewy z krwi oraz z wycieku z rany pooperacyjnej, z których wyhodowano gronkowca złocistego. Wyciek z rany pooperacyjnej, zakażony gronkowcem złocistym, świadczy o tym, że w dniu 21 maja 2009 r. rana ta nie była jeszcze wygojona. Ponadto stwierdzono płyn w jamach opłucnowych i zapalenie płuc. W karcie gorączkowej odnotowano tor gorączki septyczny – występowały naprzemiennie zwwyżki temperatury do około 38 stopni i spadki do około 36 stopni. Powyższe objawy składają się na obraz sepsy pooperacyjnej u powódki. Sepsa to ogólnoustrojowa odpowiedź zapalna na zakażenie. Objawy sepsy mogły być przeoczone przez personel pozwanego szpitala z powodu braku odporności powódki, m.in. na skutek znacznej i długotrwałej utraty krwi, licznych przetoczeń masy krwinkowej, a co za tym idzie – braku wykładników zakażenia w postaci podwyższonej temperatury. W zdrowym organizmie człowieka we krwi nie powinno być żadnych bakterii i aby w posiewach bakteriologicznych z krwi można było wyhodować bakterie, to ich ilość musi być duża. Musi być zatem długi czas, aby bakterie mogły się w takiej ilości namnożyć – w przybliżeniu jest to czas powyżej kilkunastu dni. Takie stężenie bakterii w organizmie powódki nie mogło powstać w trakcie krótkiego pobytu powódki u córki. Przyczyną rozwoju sepsy u powódki było wczesne pooperacyjne zakażenie wewnątrzszpitalne w czasie jej pobytu w pozwanym szpitalu w okresie od 4 – 21 maja 2009 r.

Następnie przewieziono powódkę ze Szpitala Wojewódzkiego na Oddział (...) N. (...) w P., gdzie przebywała ona od 28 maja 2009 r. do 5 czerwca 2009 r. z rozpoznaniem: pooperacyjna niewydolność oddechowa, zakażenie miejsca operacyjnego po endoprotezoplastyce biodra, stan po rewizji rany operacyjnej, kardiomiopatia niedokrwienna i nadciśnieniowa z niewydolnością krążenia, stan po wszczepieniu stymulatora, zapalenie płuc, ostra niewydolność nerek. W trakcie pobytu, w dniu 30 maja 2009 r., wykonano rewizję pooperacyjną po endoprotezie stwierdzając krwiaka około 20 - 35 cm⁽³⁾, brak cech zapalenia w ranie, pobrano posiewy z krwiaka z treścią ropną w okolicy rany pooperacyjnej. Stwierdzenie podczas ww. rewizji rany pooperacyjnej krwiaka, jest objawem niewłaściwym i stanowi miejsce powstania infekcji.

Z posiewu rany wyhodowano bakterie saprofityczne – paciorkowiec zieleniejący – *Streptococcus viridians*. Tego typu bakterie mogą być przyczyną zakażenia wokół implantów. Z posiewu zaś z drzewa oskrzelowego wyhodowano gronkowca złocistego. Wyniki te wskazywały na istniejące zakażenie.

Powódkę, w stanie ogólnym dość dobrym, wydolnym krążeniowo przekazano w dniu 5 czerwca 2009 r. na Oddział (...) z Pododdziałem (...) (...) w P., gdzie przebywała do dnia 7 lipca 2009 r. We wskazanym okresie u powódki rozpoznano: miażdżycowe i nadciśnieniowe uszkodzenie miejsca mięśnia sercowego w stadium niewydolności serca ((...)/III) utrwalone migotaniem przedsionków, stan po wszczępieniu stymulatora serca, stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego, infekcję dróg moczowych, niedomykalność mitralną i trójdzielną, a także niedokrwistość wtórną. Powódka była leczona internistycznie. Nie była tam praktycznie – poza ćwiczeniami oddechowymi i sadzaniem w ostatnich dniach pobytu na oddziale – rehabilitowana z powodu ciężkiego stanu. W dokumentacji odnotowano również wzmiankę o obrzęku okolicy biodra lewego. Z rany chirurgicznej wyhodowano szczepy wrażliwe na tetracyklinę, bez wskazania nazwy szczepu.

W dalszej kolejności, od dnia 7 lipca 2009 r. do dnia 20 sierpnia 2009 r., powódka przebywała na Oddziale (...) Szpitala Miejskiego w P. przy ul. (...), z rozpoznaniem: miażdżycowe i nadciśnieniowe uszkodzenie mięśnia sercowego z utrwalonym migotaniem przedsionków, stymulator, niedomykalność mitralna i trójdzielną, niedokrwistość wtórna, stan po endoprotezo plastyce całkowitej stawu biodrowego lewego. Podczas przyjęcia do ww. szpitala u powódki stwierdzono stan średnio ciężki, kontakt logiczny, gronkowca w ranie pooperacyjnej, zakażenie układu moczowego. Z uwagi na niekontrolowanie przez powódkę potrzeb fizjologicznych założono jej cewnik i stosowano pampersy. Powódka wymagała pomocy w karmieniu. Podczas pobytu na tym oddziale stan powódki był stabilny, ale była ona apatyczna, wymagała opieki pielęgnacyjnej w zakresie karmienia, załatwienia potrzeb fizjologicznych, higieny osobistej. Nie była pionizowana, wykonywano u niej bierne ćwiczenia rehabilitacyjne i oddechowe.

Z powyższego oddziału szpitalnego powódka w dniu 20 sierpnia 2009 r. przewieziona na pobyt stały do Domu Pomocy Społecznej przy ul. (...) w P., gdzie przebywa do dnia dzisiejszego.

W okresie wypisania ze Szpitala Miejskiego powódka była w stanie ogólnym dość dobrym. Występowały u niej bóle biodra lewego, nie była pionizowana, nie chodziła, były prowadzone rehabilitacje przyłóżkowe. Powódka musiała korzystać z pomocy w jedzeniu, higienie osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych.

W grudniu 2009 r. u powódki wystąpiło nasilenie dolegliwości bólowych biodra lewego oraz występowały obrzęki, nadmierne ucieplenie tego biodra. Została więc skierowana do pozwanego szpitala celem leczenia specjalistycznego.

W dniu 29 stycznia 2010 r. powódka została ponownie przyjęta na Oddział (...) w P. – gdzie przebywała do 5 marca 2010 r. – z rozpoznaniem: stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego, septyczne obluzowanie protezy stawu biodrowego lewego, miażdżycowe i nadciśnieniowe uszkodzenie mięśnia sercowego, niewydolność serca (...)/III z utrwalonym migotaniem przedsionków, stan po wszczępieniu stymulatora, niedomykalność mitralna i trójdzielną, niedokrwistość wtórna, stan po zespole wykrzepiania naczyniowego. W dniu przyjęcia stwierdzono zacerwienie wokół blizny oraz istnienie wyczuwalnego i bolesnego guza zapalnego. W dniu przyjęcia zostało wykonane nacięcie ropnia biodrowego z usunięciem treści i pobrano materiał na posiew.

W trakcie tego pobytu w dniu 9 lutego 2010 r. usunięto endoprotezę stawu biodrowego i przetoczono 6 jednostek koncentratu krwinek czerwonych. Następnie było prowadzone leczenie opatrunkowe (wyciek z rany pooperacyjnej utrzymywał się do 1 marca 2010r.), farmakologiczne (antybiotykoterapia, internistyczne), przetaczano krew, prowadzono leczenie rehabilitacyjne z próbą pionizacji o balkoniku. Zalecono leczenie zachowawcze: rehabilitację, chodzenie o balkoniku, „fotelowy” tryb życia, konsultacje internistyczne i chirurgiczne, kontynuację profilaktyki przeciwzakrzepowej (W.) pod kontrolą wskaźnika (...) w Poradni Lekarza Rodzinnego, profilaktykę przeciwoleżynową i ćwiczenia oddechowe.

Wobec powyższego, od dnia 10 kwietnia 2010 r. powódka pozostawała pod opieką Poradni (...) (...) w P., gdzie korzystała z leczenia ambulatoryjnego. Z domu pomocy społecznej była dowożona karetką pogotowia. Powódka zaprzestała uczęszczania do (...) w kwietniu 2015 r., gdyż wizyty te nie były dla niej satysfakcjonujące, czuła się zbywana. Prowadzący - w ramach (...) - leczenie powódki lekarz ortopeda K. S., skierował powódkę do kliniki ortopedii celem ewentualnej reoperacji, która miała polegać na osadzeniu tzw. endoprotezy rewizyjnej.

Powódka podjęła rehabilitację w Domu Pomocy Społecznej, w której zatrudniony jest rehabilitant. W Domu Pomocy Społecznej przy ul. (...) w P. rehabilitacja odbywała się zasadniczo codziennie – poza dniami świątecznymi. Ćwiczenia odbywają się na sali gimnastycznej. U powódki wykonywane są ćwiczenia ogólnorozwojowe oraz wzmacniające kończyny i ćwiczenia redresyjne (bierne rozciąganie stawów) kończyny dolnej lewej. Powódka początkowo na niewielkich odległościach poruszała się o kulach oraz przy pomocy balkoniku. Obecnie, od kilku lat porusza się praktycznie tylko na wózku inwalidzkim.

Obecnie ma ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowo – lędźwiowym, bez objawów bólowych i korzeniowych. W obrębie kończyn dolnych: prawej – ma pełną ruchomość i dobrą siłę. Lewa kończyna dolna jest skrócona o 8 centymetrów, z wygojoną blizną pooperacyjną i śladami po przetocze. Powódka ma w lewej kończynie zaniki mięśni – zwłaszcza podudzia i stopy. Staw skokowy i stopa są usztywnione w ustawieniu końskim, a przodostopie w ustawieniu szpotawym. Ścięgno A. jest przykurczone, w mięsień brzuchaty łydki w dużym zaniku. Czynnie śladowe ruchy tą kończyną występują w podudziu i stopie. Powódka może zgiąć lewe kolano do ok. 70 stopni i ma niewielką ruchomość w stawie biodrowym. Powoduje to niemożność wykorzystania tej kończyny nawet jako podpory w chodzeniu o kulach czy balkoniku. Powódka może się poruszać tylko o wózku inwalidzkim. Nie może również stać samodzielnie. Możliwe jest stanie o kulach łokciowych i przy balkoniku. Powstanie u powódki tak dużych zmian destrukcyjnych kończyny dolnej lewej nie jest możliwe poprzez źle prowadzoną rehabilitację czy też niechęć operowanej osoby do jej wykonywania. Tak duże zmiany mogły zostać spowodowane zakażeniem implantu, kilkakrotnym otwieraniem zakażonej rany pooperacyjnej, zaburzeniami krążeniowymi i neurowegetatywnymi, które najbardziej mogły być zlokalizowane w tej kończynie. W okresie złej kondycji fizycznej powódki (tj. wówczas gdy była osobą leżącą, załatwiającą swoje potrzeby fizjologiczne w łóżku, miała założony cewnik do pęcherza moczowego) rehabilitacja nie mogła być prowadzona.

Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w P. przeprowadził w pozwanej placówce kontrolę interwencyjną w dniu 23 września 2009 r. w związku ze zgłoszeniem podejrzenia zakażenia bakteriami staphylococcus aureus (...) (gronkowiec złocisty) i morganella morgani pacjenta hospitalizowanego w oddziale ortopedycznym i poradni ortopedycznej. W protokole z kontroli (...) w odniesieniu do stanu sanitarnego oddziału ortopedycznego odnotowano: „bez zastrzeżeń”. Kontrolę wewnątrzszpitalowych procedur epidemiologicznych i higienicznych w zakresie przeciwdziałania zakażeniom przeprowadzono w dniu 9 listopada 2009 r. wskazując – w protokole kontroli Nr (...) w ramach zaleceń, uwagi i wniosków: „1) Zobowiązać pielęgniarkę oddziałową Oddziału (...) do zapoznania podległego personelu z obowiązującymi procedurami w udokumentowaniu powyższego. 2) Opracować procedurę w ognisku epidemicznym”.

Wskazane procedury dotyczą profilaktyki zakażeń szpitalnych i mają na celu monitorowanie zakażeń. Zbiór procedur profilaktyki zakażeń dotyczy informacji w zakresie bezpiecznego prowadzenia zabiegu operacyjnego, a sam proces monitorowania polega na identyfikacji i rejestracji faktu zakażenia przez Zespół ds. kontroli zakażeń przy współpracy z pracownikami oddziału szpitalnego. W 2009 r. odnotowano zakażenia szpitalne – jest to okoliczność dość powszechna i występuje w przypadku około 5% pacjentów. Fakt wystąpienia zakażenia u powódki nie został jednak odnotowany w rejestrach w związku z uznaniem – przez pozwanego – że przedmiotowe zakażenie nie miało związku z procedurami występującymi w szpitalu. O kwalifikacji danego zakażenia jako związanego z procedurami szpitalnymi decyduje zespół złożony z pracowników szpitala, przy czym zasadniczo nie rejestruje się tylko niektórych zakażeń szpitalnych o szczególnym charakterze. Wdrażane są procedury wyjaśniające jakie mogły być w danym przypadku przyczyny zakażenia. Kontrole sanitarno-epidemiologiczne w pozwanej placówce mają miejsce kilka razy w roku i wynikają z obowiązków kontrolnych Sanepidu. Nadto przeprowadzane są kontrole zainicjowane wnioskami pacjentów oraz

faktem wystąpienia szczególnego problemu w szpitalu o charakterze epidemiologicznym. (...) kontroli zakażeń szpitalnych funkcjonuje w placówce od wielu lat z uwagi na przepisy Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz. U. Nr 234, poz. 1570). Przy każdym podejrzeniu istotnego zakażenia szpitalnego – jak w przypadku zakażenia protezy – zespół kontroli zakażeń szpitalnych stara się określić, czy dane zakażenie ma rzeczywiście charakter zakażenia szpitalnego i jakie mogą być potencjalne przyczyny zakażenia. W przypadku zakażeń, do których dochodzi w ciągu roku od wszczęcia protezy pracownicy szpitala starają się ustalić, czy fakt wystąpienia zakażenia mógł mieć związek z wykonaniem procedury w pozwanej placówce, czy też zakażenie mogło powstać w wyniku procedur przeprowadzonych w innych szpitalach i przychodniach. Jeżeli pracownicy pozwanego ustalą, że zakażenie wykazuje związek z wykonywaniem procedury w pozwanej placówce, to wówczas zakażenia tego typu są rejestrowane. W przypadku powzięcia odmiennych wniosków, tj. że zakażenie mogło wystąpić w wyniku czynności wykonywanych w innych jednostkach służby zdrowia, czy na skutek działań pacjenta – wówczas nie uznaje się takiej sytuacji za zakażenie szpitalnego mające miejsce w pozwanej placówce. Zadaniem zespołu kontrolnego w szpitalu nie jest przy tym identyfikacja wszystkich zakażeń do jakich doszło na terenie szpitala – jest to zbyt czasochłonne. Wobec powyższego zespół ds. kontroli zakażeń sam określa jakie zakażenia chce monitorować, zakładając że nie jest w stanie zidentyfikować wszystkich zakażeń, do których dochodzi na terenie szpitala. Okresowo u pozwanego wprowadzany jest obowiązek wykonywania badań mikrobiologicznych przy przyjęciu pacjenta – w zależności od sytuacji epidemiologicznej w P. i czynników ryzyka pacjenta do wprowadzenia do szpitala niebezpiecznego drobnoustroju. Nie jest to rutynowe badanie w przypadku wszczęcia endoprotez. W pozwanej placówce uznawano, że fakt nosicielstwa bakterii nie może skutkować niewykonaniem procedury medycznej i nie jest to bezwzględne przeciwwskazanie do przeprowadzania zabiegu. Uznawano, że stwierdzenie tylko niektórych drobnoustrojów może skutkować przykładowo zmianą antybiotyku stosowanego przed zabiegiem. Wszczepione powódce implanty były sterylne.

E. jest zabiegiem połączonym z obfitym krwawieniem. Przygotowując powódkę do zabiegu operacyjnego i znieczulenia nie uwzględniono w wykonanych badaniach konsultacyjnych oceny następstw utrzymywania implantu, jakim jest elektroda stymulatora, w dużym naczyniu krwionośnym, bowiem na jej powierzchni mogą gromadzić się bakterie, prowadząc do następnych możliwych procesów w obrębie zastawek, powodując okresowe uwalniania bakterii do krwi. W przygotowaniu do zabiegu operacyjnego osoby w podeszłym wieku – jak powódki, z dodatkowo występującą u niej niewydolnością krążenia - nie uwzględniono możliwości kolonizacji zastawek i elektrody najczęściej występującymi patogenami jakimi są gronkowce.

Niewzięcie pod uwagę faktu wszczęcia stymulatora jest postępowaniem nieprawidłowym. U pacjenta, w tym u powódki, jeżeli stwierdzono by kolonizację bakteriami elektrody stymulatora, powinna być wdrożona długotrwała antybiotykoterapia, nawet do 2. tygodni przed zabiegiem – mając na uwadze, że zabieg był planowy, a nie nagły. Należało mieć na uwadze, że jedną z możliwości przedostania się bakterii do organizmu powódki było przecięcie skóry i wtargnięcie bakterii z zewnątrz do miejsca operowanego. Drugą możliwością jest przedostanie się bakterii, które znajdowały się wewnątrz organizmu pacjentki (np. na elektrodach albo zastawkach stymulatora) i w chwili obniżonej odporności, czy wykrwawienia, bakterie te przedostały się do operowanego miejsca drogą krążącej krwi. Najbardziej prawdopodobne – w przypadku powódki – jest przedostanie się bakterii drogą wewnętrzną.

Proces septyczny u powódki – z dużym prawdopodobieństwem - mógł zostać zatem wywołany produktami rozpadu bakterii, obecnymi w elektrodzie czy zastawkach stymulatora. Proces septyczny mógł spowodować z kolei proces wykrzepienia wewnątrznacyniowego (tj. zespół rozsianego wykrzepienia wewnątrznacyniowego). Najczęściej, przyczyną zespołu wykrzepienia wewnątrznacyniowego są czynniki bakteryjne (rozpad bakterii). Dopóki nie usunie się źródła wysiewu bakterii, leczenie zespołu wykrzepienia będzie nieskuteczne lub ograniczone.

Zakażenia miejsca operowanego ((...)) nadal są głównym powikłaniem we współczesnej chirurgii. (...) to zakażenie występujące do 30. dni po operacji lub do 12. miesięcy po wszczęciu protezy lub innych implantów. (...) rozpoznaje się na podstawie obecności co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych: gorączka, dreszcze, złe samopoczucie, bolesność rany, obrzęk i zaczerwienienie skóry, zwiększone ucieplenie, płynna zawartość surowicza lub ropna wydobywająca się po rozchyleniu brzegów rany. Do potwierdzenia zakażenia powierzchownego i głębokiego

nie jest konieczne badanie mikrobiologiczne. Zakażenia w ortopedii i traumatologii narządu ruchu – w porównaniu z innymi dyscyplinami medycznymi – występują rzadko (częstotliwość występowania waha się, według różnych źródeł, od 1-4%). O tym, czy w konkretnym przypadku dojdzie do rozwoju (...), decyduje wiele czynników: czynniki ryzyka związane z pacjentem – wiek pacjenta i stan ogólny chorego, choroba podstawowa, choroby towarzyszące (niewydolność krążeniowo-oddechowa), niedokrwistość, niedobór albumin we krwi, przetoczenie krwi, ciała obce w polu operacyjnym (np. dreny), martwe przestrzenie i martwe tkanki w ranie. Ze stanem zdrowia powódki wiązały się czynniki ryzyka rozwoju (...) (wiek powódki, choroba zwyrodnieniowa układu kostno-stawowego, ogólny stan zdrowia, nieprawidłowy iloraz granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów), Czynniki te znacznie zwiększają odsetek ryzyka (...) związany z zabiegami w czystym polu operacyjnym. Obfite krwawienie z rany operacyjnej powódki spowodowało: ciężką niedokrwistość pokrwotoczną, utratę białek krwi (w tym albumin), konieczność masywnego przetaczania krwi i osocza, stałe utrzymywanie przemoczonego krwią opatrunku (w ciągu kilku dni po zabiegu operacyjnym), konieczność wymiany drenów R. w pierwszej dobie pooperacyjnej, konieczność kontynuowania antybiotykoterapii. Wymienione powikłania pooperacyjne oraz bezwzględna konieczność ich leczenia stanowiły kolejne czynniki ryzyka (...). Usunięcie endoprotezy u powódki z uwagi było konieczne i było skutkiem wystąpienia u niej wczesnego zakażenia miejsca operowanego – po operacji wszczepienia endoprotezy w dniu 6 maja 2009 r. Jeśli u powódki nie doszłoby do powikłań w postaci zakażenia i w konsekwencji do usunięcia protezy, to mogłaby ona normalnie chodzić.

Okoliczności związane z procesem leczenia powódki i jej następstwa wywołały znacznie cierpienia u powódki, niezależnie od zastosowania leczenia przeciwbólowego, ponieważ ból nie w każdym przypadku daje się opanować.

Przed zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego lewego z dnia 6 maja 2009 r. powódka mieszkała razem z niepełnosprawną córką G. S. w mieszkaniu komunalnym w P.. Przed zabiegiem powódka poruszała się samodzielnie i w zakresie zaspokajania swoich potrzeb życiowych była samodzielna. Opłata za zajmowanie lokalu wynosiła w 2010 r. - 405,61 zł, w tym czynsz regulowany - 268,21 zł. W 2011 r. opłata ta wynosiła 440 zł, media: 30 zł za energię elektryczną, 25 zł za gaz. Powódka była na emeryturze. W 2009 r. do dnia 18 marca 2009 r. pracowała w portierni Domu Pomocy Społecznej w P., a zatrudnienie chciała również kontynuować po operacji. Już po zabiegu – na skutek powikłań – powódka decyzją Prezydenta Miasta P. z dnia 30 lipca 2009 r. została skierowana do ww. Domu Pomocy Społecznej, ale już tam nie podjęła pracy pracuje.

W 2010 powódka była na emeryturze, która wynosiła ok. 1.188 zł, z czego 772,42 zł potrącano jej z tytułu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. Od 1 kwietnia 2010r. opłata na rzecz (...) wynosiła 831,25 zł miesięcznie. W dacie wniesienia pozwu powódka wydawała ok. 250 zł na leki, 50 zł na zakup środków higieny osobistej, 65 zł na zakup żywności, 50 zł na zakup rzeczy osobistych.

Po wykonaniu zabiegu powódka cierpiała dotkliwy ból fizyczny, aktualnie również zażywa leki przeciwbólowe. Aktualnie powódka ma dobre samopoczucie psychiczne. Nie korzysta z pomocy psychologa, ani psychiatry. Ma przekonanie, że może wykonać „przy sobie” wszystkie niezbędne czynności. Jest w dużej mierze samodzielna: sama się ubiera, myje, samodzielnie zjada posiłki. Nie korzysta z kąpieli, gdyż nie widzi takiej potrzeby. Wychodzi sama z (...) u, poruszając się na wózku, ale wtedy, gdy jest dobra pogoda (brak deszczu, śniegu i mrozu). Wówczas robi sobie niezbędne zakupy w sklepie (...), gdzie może wjechać wózkiem inwalidzkim. Jeździ też sama do lekarza, jeśli musi udać się do specjalisty. Używa obuwia ortopedycznego. Ma jednak poczucie, że „siedzi we więzieniu” i jest to dla niej największą dolegliwością. W domu pomocy społecznej nadal ma rehabilitację w postaci masażu nóg i biernych ćwiczeń lewej nogi. Nie ponosi w związku z tym żadnych dodatkowych kosztów. Wózek inwalidzki, z którego korzysta obecnie powódka został jej zakupiony przez córkę. Raz na 5 lat powódce przysługuje refundacja zakupu takiego wózka.

Powódka pobiera świadczenie emerytalne w wysokości 1.700 zł, z czego 70 %, tj. ok. kwotę ok. 1.190 zł potrąca jest na rzecz (...)u tytułem opłaty za pobyt w tej placówce. Powódce pozostaje do dyspozycji miesięcznie kwota ok. 500 zł. Z tej kwoty dopłaca 29 zł na rzecz (...)u z tytułu posiadania pokoju jednoosobowego. Kupuje sobie leki przeciwbólowe, gdyż nadal odczuwa ból w nogach. Jest pod bieżącą opieką lekarza zatrudnionego przez (...).

Obecnie zgłaszane przez powódkę dolegliwości i jej stan zdrowia są skutkiem zabiegu z dnia 6 maja 2009 r.

Związek przyczynowy pomiędzy zabiegiem z dnia 6 maja 2009r. a obecnym stanem zdrowia powódki jest bezpośredni. Powoduje on całkowitą utratę zdolności do pracy, zwiększenie się potrzeb powódki w zakresie zapewnienia lokalu o specjalnym standardzie przystosowanym dla osób niepełnosprawnych, zapewnienia środków ortopedycznych do poruszania się (kule, balkoniki, wózki inwalidzkie, obuwie ortopedyczne). Powoduje też konieczność zapewnienia środków transportu do poruszania się po mieście w celu dojazdów do lekarzy, sklepu, ośrodków kultury, spacerów, wyjazdów np. do sanatorium i innych ośrodków leczniczych. Dodatkowo powódka wymaga zwiększonych nakładów na leki związane z możliwością wystąpienia nawrotów zakażenia (leki poprawiające krążenie, uwapnienie kości itp.) oraz leków przeciwbólowych. Potrzebna powódce też jest pomoc innych osób celem zapewnienia podstawowych potrzeb bytowych w zakresie codziennych zakupów, prania, sprzątania, pomocy przy kąpielach. Opieka osoby trzeciej jest potrzebna kilka godzin na dobę. Powyższe zwiększone zapotrzebowania i pomoc osoby trzeciej była niezbędna od dnia opuszczenia szpitala tj. 20 sierpnia 2009 r. i potrzebna jest nadal – prawdopodobnie do końca życia.

Rokowania co do stanu zdrowia powódki na przyszłość są złe. Zaawansowanie niekorzystnych zmian w układzie kostnym i mięśniowo – ścięgnistym z jej zniekształceniem i skróceniem o 8 cm nie rokuje uzyskania poprawy wydolności tej kończyny. Inwalidztwo powódki należy uznać za trwałe. Trwały uszczerbek na zdrowiu powódki mieści się w granicach 40 – 60% z tytułu utraty stawu biodrowego. Poprawy komfortu życia powódki można upatrywać w zapewnieniu jej odpowiednich warunków bytowych i wyżej wskazanych

Pismem z dnia 2 kwietnia 2010 r. powódka reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika wezwwała pozwaną do niezwłocznej zapłaty (jednakże w terminie nie późniejszym, niż 14 dni od otrzymania wezwania) kwoty 360.000 zł tytułem naprawienia szkody spowodowanej trwałym uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia. Powyższe nie doprowadziło jednak do polubownego zakończenia sporu.

Pozwaną w 2009 r. łączyła umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczenia usług medycznych z Towarzystwem (...) S.A. w K. – Oddział w P..

W ocenie Sądu Okręgowego w Poznaniu zaistniały przesłanki odpowiedzialności pozwanej za opisane wyżej zaniechania w trakcie zabiegu operacyjnego powódki (art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c.). Były więc podstawy do zasądzenia na podstawie art. 445 k.c. zadośćuczynienia w kwocie 250.000 zł. Sąd szczegółowo opisał okoliczności, które - w jego ocenie – miały wpływ na wysokość zasądzonej kwoty zadośćuczynienia. Roszczenie to w pozostałej części jako wygórowane podlegało oddaleniu.

Również żądanie zasądzenia renty na podstawie art. 444 § 2 k.c. okazało się częściowo uzasadnione. Sąd Okręgowy dokonał – za okres od 1 stycznia 2011 r. do końca grudnia 2017 r. – kapitalizacji ww. renty do kwoty 67.200 zł (800 zł x 12 m-cy x 7 lat). Przy uwzględnieniu nadto, iż wysokość renty została ustalona dopiero w wyroku, wymagalność tego świadczenia nastąpiła z dniem wydania wyroku. Odsetki ustawowe za opóźnienie (art. 481 k.c.) od kwoty 67.200 zł sąd I instancji zasądził od dnia wyrokowania, tj. od dnia 28 grudnia 2017 r. Ponadto sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki bieżącą rentę w wysokości 800 zł miesięcznie, począwszy od stycznia 2018 r. W pozostałej części sąd I instancji oddalił roszczenie rentowe powódki z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy oraz zwiększonych potrzeb jako nieuzasadnione.

Apelację od powyższego wyroku wniosła pozwana spółka zaskarżając go częściowo, a mianowicie:

- 1) w punkcie I - w części dotyczącej 175.000 zł, tj. w zakresie zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia ponad kwotę 75.000 zł,
- 2) w punkcie II - w części dotyczącej 42.000 zł, tj. w zakresie zasądzenia na rzecz powódki kwoty ponad 25.200 zł tytułem skapitalizowanej renty za okres od 1.01.2011 r do 31.12.2017 r.,

3) w punkcie III - w części dotyczącej kwoty 300 zł miesięcznie, tj. w zakresie zasądzenia na rzecz powódki renty miesięcznej ponad kwotę ponad 500 zł począwszy od stycznia 2018 r.

Pozwana podniosła następujące zarzuty odwoławcze:

1) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. „poprzez dokonanie przez Sąd ustaleń i oceny w sposób dowolny, sprzeczny z treścią dowodów oraz wszechstronnego rozważenia całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego w części obejmującej okoliczności związane z przygotowaniem powódki do zabiegu operacyjnego w dniu 6.05.2009 r i pominięcie faktu, iż powódka nie zastosowała się do zaleceń kardiologa i nie zaprzestała zażywania leku W. do dnia 4.05.2009 r, co miało wpływ na przebieg leczenia operacyjnego oraz pooperacyjnego. Nadto poprzez pominięcie zeznań świadka dr T. W., z których wynikało, że właśnie z uwagi na stan zdrowia powódki i jej obciążenia chorobowe, decyzja o zabiegu operacyjnym była wszechstronnie analizowana pod kątem ryzyka związanego w jego przeprowadzeniu, a sama powódka była informowana, iż planowany zabieg jest zabiegiem o podwyższonym ryzyku”,

2) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 271 k.p.c. „poprzez dowolną i wybiórczą ocenę zebranego w sprawie materiału i przede wszystkim poprzez przyznanie tylko za częściowo wiarygodne zeznania świadka dr K. S. i uznanie za nieistotne dla sprawy zeznania w/w świadka w części dotyczącej nalegania przez powódkę na wykonanie zabiegu, jej roszczeniowej postawy pomimo poinformowania jej o ryzykach związanych z planowanym zabiegiem”,

3) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z 271 k.p.c. i w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. „poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz pominięcie dla sprawy okoliczności wynikających z zeznań świadka dr T. W. (...) co w konsekwencji legło u podstaw uznania przez Sąd orzekający , iż lekarz prowadzący leczenie nie informował powódki o ryzyku związanym z planowanym zabiegiem (...)”,

4) naruszenie art. 233 § 1 i § 2 k.p.c. „poprzez dokonanie ustaleń i oceny dowodów w sposób sprzeczny z treścią dowodów i wyciągnięcie wniosków niewynikających z tych dowodów, w konsekwencji przyjęcie, że obecny stan zdrowia powódki jest tylko i wyłącznie skutkiem zabiegu wykonanego w dniu 6.05.2009 r., powikłań z nim związanych, a nie obciążeń chorobowych jakie występowały u powódki przed tym dniem 6.05.2009 r.”,

5) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c. „poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz pominięcie istotnych dla sprawy okoliczności faktycznych wynikających z dowodów, w szczególności w kontekście zeznań samej powódki i przyjęcie, że tylko na skutek przebytej operacji w dniu 6.05.2009 r i dalszego leczenia będącego wynikiem tego zabiegu , na koszt zwiększonych potrzeb powódki ma jej zamieszkanie w Domu Pomocy Społecznej. Nadto, że Jej stan wymaga korzystania z opieki drugiej osoby, co wiąże się z koniecznością ponoszenia przez nią dodatkowych kosztów wyższych, niż przed sierpniem 2009 r , co w konsekwencji skutkowało ustaleniem przez Sąd I instancji renty miesięcznej w kwocie nieadekwatnej do zwiększonych i uzasadnionych potrzeb powódki (...)”,

6) naruszenie art. 362 k.c. „poprzez nie przyjęcie, iż powódka niestosując się do zaleceń kardiologa do dnia 4.05.2009 r. zażywała lek W., nie informowała o tym lekarzy w (...) przez co przyczyniła się do wystąpienia negatywnych następstw zabiegu wykonanego w dniu 6.05.2009 r.”,

7) naruszenie art. 445 § 1 k.c. „poprzez ustalenie kwoty zadośćuczynienia w wysokość niewspółmiernej do krzywdy doznanej przez powódkę w związku z powikłaniami po zabiegu z dnia 6.05.2006 r., rozmiaru odczuwanych przez nią cierpień oraz ich długości, nie uwzględnienia faktu, że krzywda nie była wyłącznie skutkiem niewłaściwych działań lekarzy (...), gdyż powódka swoim postępowaniem - dalszym zażywaniem leku W. - również przyczyniła się do wstąpienia powikłań. Nadto pominięcia przez Sąd faktu, że przy wysokości otrzymywanej przez Powódkę w roku 2009 r. emerytury w wysokości 1.188,-zł a obecnie w kwocie 1.700,-zł zadośćuczynienie w kwocie 250.000 zł cechują znamiona nieuzasadnionego wzbogacenia”,

8) naruszenie art. 444 § 2 k.c. „poprzez zasądzenie na rzecz powódki począwszy od 1.1.2011 r. renty w wysokości nie znajdującej podstaw w faktycznym zakresie zwiększonych i uzasadnionych potrzeb Powódki.”

W oparciu o powyższe zarzuty autorka apelacji wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez :

- a) zasądzenie od pozwanej rzecz powódki tytułem zadośćuczynienia kwotę 75.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w terminie płatności od dnia 18.01.2011 r. do dnia zapłaty,
- b) zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kwoty 25.200 zł tytułem skapitalizowanej renty wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 28 grudnia 2017 r.,
- c) zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki renty w wysokości 500 zł miesięcznie, płatną do dnia 15. każdego miesiąca wraz ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w terminie płatności którejkolwiek z kwot, począwszy od stycznia 2018 r.,
- d) oddalenie powództwa w pozostałej części,
- e) zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego za I i II instancję wg. norm przepisanych, a ewentualnie
- f) uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania z uwagi na nierozpoznanie przez sąd istoty sprawy i zasadność przeprowadzenia postępowania dowodowego przede wszystkim w części związanej z ustaleniem zwiększonych potrzeb powódki od stycznia 2011 r do chwili obecnej, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Powódka wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanej kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu zważył, co następuje.

Apelacja tylko w niewielkim zakresie okazała się trafna, a mianowicie w części rozstrzygnięcia o rencie. Sąd odwoławczy podziela ustalenia faktyczne sądu I instancji i tym samym przyjmuje za własne za wyjątkiem tych ustaleń, które dotyczyły konieczności pomocy powódce przez osobę drugą. Wypada w tym miejscu odnieść się do zarzutów apelacyjnych.

Zarzuty dotyczące naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów (art. 233 § k.p.c.) nie były trafne. Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w przepisie art. 233 § 1 k.p.c., sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie „wszechstronnego rozważenia zebranego materiału”, a zatem, jak podkreśla się w orzecznictwie, z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Ocena postępowania dowodowego przeprowadzonego przed sądem I instancji dokonana poprzez pryzmat zarzutów odwoławczych, nie potwierdzała zasadności tego zarzutu. Sąd I instancji przeprowadził bowiem w sposób prawidłowy postępowania dowodowe, po czym zebrane dowody ocenił zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyciągając trafne wnioski.

Nie sposób podzielić zarzutu jakoby Sąd I instancji poczynił „ustalenia i oceny w sposób dowolny, sprzeczny z treścią dowodów oraz wszechstronnego rozważenia całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego w części obejmującej okoliczności związane z przygotowaniem powódki do zabiegu operacyjnego w dniu 6.05.2009 r i pominięcie faktu, iż powódka nie zastosowała się do zaleceń kardiologa i nie zaprzestała zażywania leku W. do dnia 4.05.2009 r., co miało wpływ na przebieg leczenia operacyjnego oraz pooperacyjnego”. Jak można przyjąć, skarżąca upatrywała w tym przyczynienie się powódki do powstania szkody. Poglądu tego nie można podzielić. Przypomnieć wypada, że powódka w związku z wszczepionym stymulatorem serca, przed zabiegiem przyjmowała lek przeciwwzakrzepowy W.. Powódka otrzymała zalecenie od kardiologa, aby odstawić ten lek co najmniej 5 przed zabiegiem, z kolei biegły A. R. wskazywał, że winien być on odstawiony co najmniej 14 dni przed zabiegiem. W pozwanym szpitalu nie ustalono jednak czy powódka faktycznie odstawiła lek W. w zaleconym czasie. Dodatkowo

powódka w przygotowaniu do operacji otrzymywała takie leki jak: C. i O., które znacznie przedłużają działanie warfaryny. Wyniki badań, w tym poziomu (...) po operacji, wskazują, że w czasie operacji działanie leku W. jeszcze trwało. Jak ustalił Sąd Okręgowy, u powódki nie stosowano właściwych leków odwracających działanie warfaryny, co było postępowaniem nieprawidłowym, a skutkiem czego - z wysokim stopniem prawdopodobieństwa - duży krwotok pooperacyjny u powódki był związany z działaniem preparatu W., który ciągle jeszcze był obecny w jej organizmie. Niewykonanie badania poziomu wskaźnika (...) (co ma znaczenie dla oceny procesu krzepnięcia krwi) przed zabiegiem było zatem postępowaniem nieprawidłowym. Już tylko powyższe ustalenia, nie pozwalają na przyjęcie, że do szkody przyczyniła się sama powódka. Wbrew zarzutowi sąd I instancji prawidłowo ocenił zeznania świadka T. W.. Z ustaleń faktycznych wynikało, że powódka wyraziła zgodę na operację, ale nie była pouczona przed zabiegiem operacyjnym z 6 maja 2009 r. o jakichkolwiek przeciwwskazaniach, jak i możliwych powikłaniach oraz metodach leczniczych. Brak było w tym zakresie stosownej dokumentacji. Sąd I instancji nie dał wiary zeznaniom świadka T. W., a mianowicie jakoby została ona poinformowana, że operacja, jakiej zostanie poddana jest operacją podwyższonego ryzyka, jak i o możliwych powikłaniach. Jak już wspomniano twierdzenia świadka nie znajdowały potwierdzenia w przedłożonej dokumentacji medycznej. Prawo pacjenta do informacji na temat stanu zdrowia, rozpoznania, rokowania itp. jest jednym z jego najistotniejszych uprawnień. Dodać można, że to na pozwanej spoczywał ciężar udowodnienia, iż pacjent został należycie poinformowany. W interesie więc samego szpitala leży udokumentowanie faktu uzyskania zgody po udzieleniu pacjentowi odpowiednich informacji. Zagadnienie to precyzuje wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., sygn. akt II CK 303/04.

Nie był zasadny zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 271 k.p.c. co do oceny wiarygodności zeznania świadka K. S.. Zeznaniom tym sąd I instancji dał wiarę częściowo. Podzielić należało pogląd Sądu I instancji, że nie miały znaczenia dla sprawy zeznania świadka K. S., z których wynikało, jakoby powódka w czasie pobytu w szpitalu była roszczeniowa i nalegała na wykonanie operacji, pomimo obciążeń zdrowotnych. Powódka bowiem - jak słusznie zauważył sąd I instancji - została przyjęta w trybie planowym i ostatecznie została zoperowana. Nie zachodziły więc u powódki żadne bezwzględne przeciwwskazania do operacji, a sama postawa powódki nie wpływała na sposób przeprowadzenia zabiegu i jej dalszego leczenia.

Chybiony okazał się też zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 271 k.p.c. i w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. odnoszący się do oceny zeznań świadka dr T. W. i to z tych samych względów, które były omówione wcześniej. Dodać można, że sąd odwoławczy nie dostrzega takich uchybień w konstrukcji sporządzonego przez Sąd Okręgowy uzasadnienia, które mogłyby być oceniane jako naruszające wymieniony przepis. W szczególności Sąd I instancji wskazał okoliczności faktyczne i dowody, na jakich oparł wydane rozstrzygnięcie, dokonał również oceny dowodów z podaniem przyczyn, dla których określonym dowodom odmówił wiarygodności. Niezależnie od powyższego należy przypomnieć, że zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w tych wyjątkowych przypadkach, w których treść uzasadnienia orzeczenia sądu całkowicie uniemożliwia dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia.

Nie był zasadny zarzut naruszenia art. 233 § 1 i § 2 k.p.c. „poprzez dokonanie ustaleń i oceny dowodów w sposób sprzeczny z treścią dowodów i wyciągnięcie wniosków niewynikających z tych dowodów, w konsekwencji przyjęcie, że obecny stan zdrowia powódki jest tylko i wyłącznie skutkiem zabiegu wykonanego w dniu 6.05.2009 r., powikłań z nim związanych, a nie obciążeń chorobowych jakie występowały u powódki przed tym dniem 6.05.2009 r.”. Przede wszystkim trzeba zasygnalizować, że wiek jak i stan zdrowia powódki był znany już przed zabiegiem, a jednak została ona zakwalifikowana do operacji. Z opinii biegłych wynikało, że do zakażenia miejsca operowanego mogło zasadniczo dojść w dwóch momentach: w czasie operacji, na skutek zakażenia rany albo już po samym zabiegu. Brak było dowodów wskazujących na to, że wcześniejsze obciążenia chorobowe powódki jak i jej wiek były przyczyną nieudanej w efekcie końcowym operacji.

Częściowo zasadny okazał się natomiast ostatni z zarzutów procesowych, a mianowicie zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz pominięcie istotnych dla sprawy okoliczności faktycznych wynikających z dowodów, w szczególności w kontekście zeznań samej powódki i przyjęcie, że tylko na skutek przebytej operacji w dniu 6.05.2009 r. i dalszego leczenia będącego wynikiem tego

zabiegu, na koszt zwiększonych potrzeb powódki ma jej zamieszkanie w Domu Pomocy Społecznej oraz, że Jej stan wymaga korzystania z opieki drugiej osoby, co wiąże się z koniecznością ponoszenia przez nią dodatkowych kosztów wyższych, niż przed sierpniem 2009 r., co w konsekwencji skutkowało ustaleniem przez Sąd I instancji renty miesięcznej w kwocie nieadekwatnej do zwiększonych i uzasadnionych potrzeb powódki.

Sąd Okręgowy częściowo uznał za uzasadnione żądanie zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki renty z tytułu zwiększonych potrzeb. W ocenie tegoż sądu obecnie powódka ponosi opłatę za (...) w wysokości ok. 1.190 zł miesięcznie. Gdyby jednak mieszkała sama (z uwagi na śmierć córki) w dotychczasowym mieszkaniu przy ul. (...), to musiałaby ponosić opłaty za mieszkanie w wysokości ok. 650 - 700 zł (szacunkowo ok. 500 zł za czynsz i 150 - 200 zł za media). Zwiększony zatem koszt powódki z tego tytułu to kwota ok. 500 zł miesięcznie. Nadto powódka ponosiła koszty dojazdów do lekarzy (np. ortopedy, łącznie ze środkami ortopedycznymi ok. 50 zł miesięcznie) i koszty zakupu leków (ok. 50 zł miesięcznie). Zdaniem sądu I instancji powódka wymagała i wymaga przez kilka godzin dziennie pomocy osoby drugiej (ok. 200 zł miesięcznie) z uwag na to, że „część czynności wykonuje przy sobie samodzielnie, ale nadal nie robi sobie zasadniczych zakupów.” Łącznie więc sąd I instancji zasądził rentę w kwocie 800 zł miesięcznie (500 zł + 200 zł + 100 zł). Podniesiony zarzut okazał się uzasadniony jedynie w zakresie uwzględnienia przez Sąd I instancji kosztów związanych z korzystaniem przez powódkę z opieki drugiej osoby (200 zł). Zauważyć trzeba, że uzasadnienie rozstrzygnięcia co do kosztów związanych z pomocą osoby drugiej było wyjątkowo lakoniczne, a przy tym nie uwzględniało zeznania samej powódki. Ta ostatnia zeznała jednoznacznie, że „wszystko co potrzebuje” to sama sobie robi, a więc ubierze się i zje. Myje się też sama. Pozwana wyjeżdża sama wózkami „jak jest ładna pogoda”, bo – jak przyznała – była sportowcem i ręce ma silne. Zakupy częściowo robi sobie sama jadąc do Biedronki. Inne zakupy robią jej panie „socjalne”. Już tylko z powyższych zeznań wynikało, że powódka pomimo kalectwa, daje sobie radę sama bez pomocy innych osób. Poza tym pozwana mieszka w (...), gdzie ma opiekę i tam też jest rehabilitowana. Podniesiony zarzut był uzasadniony więc jedynie w zakresie uwzględnienia przez Sąd I instancji kosztów związanych z korzystaniem przez powódkę z opieki drugiej osoby (200 zł). Powódka nie wykazała bowiem, aby musiała korzystać z pomocy osoby drugiej, co miało generować koszt rzędu 200 zł miesięcznie. Z tego też względu należało obniżyć zasądzoną rentę o kwotę 200 zł, tj. do kwoty 600 zł miesięcznie. Jednocześnie za okres od 1 stycznia 2011 r. do końca grudnia 2017 r. – zmniejszeniu podlegała renta skapitalizowana z kwoty 67.200 zł do kwoty 50.400 zł.

Co do zarzutów naruszenia prawa materialnego. Nie był zasadny zarzut naruszenia art. 362 k.c. „poprzez nie przyjęcie, iż powódka niestosując się do zaleceń kardiologa do dnia 4.05.2009 r. zażywała lek W., nie informowała o tym lekarzy w (...) przez co przyczyniła się do wystąpienia negatywnych następstw zabiegu wykonanego w dniu 6.05.2009 r.”. Jak już wspomniano wcześniej, w pozwanym szpitalu nie ustalono czy powódka faktycznie odstawiła lek W. w zaleconym czasie. Było to istotne także z uwagi na sam wiek powódki. Ponadto powódka w przygotowaniu do operacji otrzymywała takie leki jak: C. i O., które znacznie przedłużają działanie warfaryny. Wyniki badań, w tym poziomu (...) po operacji, wskazują, że w czasie operacji działanie leku W. jeszcze trwało. Jak zasadnie ustalił to Sąd Okręgowy, u powódki nie stosowano właściwych leków odwracających działanie warfaryny, co było postępowaniem nieprawidłowym. Działania te (zaniechania) stanowiły przyczynę ostatecznego nie powodzenia operacji w postaci endoprotezoplastyki całkowitej cementowej stawu biodrowego lewego.

Nie mógł odnieść zamierzonego skutku prawnego zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. „poprzez ustalenie kwoty zadośćuczynienia w wysokości niewspółmiernej do krzywdy doznanej przez powódkę w związku z powikłaniami po zabiegu z dnia 6.05.2006 r. (...)”. Nadto pominięcie przez Sąd Okręgowy – jak wskazano w zarzucie - faktu, że przy wysokości otrzymywanej przez powódkę w roku 2009 r. emerytury w wysokości 1.188 zł, a obecnie w kwocie 1.700 zł, zadośćuczynienie w kwocie 250.000 zł „cechują znamiona nieuzasadnionego wzbogacenia”.

Wstępnie trzeba przypomnieć, że wysokość odpowiedniej sumy przyznanej tytułem kompensacji krzywdy, musi być osadzona w stanie faktycznym konkretnej sprawy. Rozstrzygnięcie w tym zakresie należy opierać na kryteriach zobiektywizowanych, a nie na subiektywnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2010 r., sygn. akt III CSK 279/10). W piśmiennictwie wskazuje się, że kryterium mającym istotne znaczenie przy ustalaniu wysokości należnego zadośćuczynienia jest przede wszystkim rozmiar doznanej przez pokrzywdzonego krzywdy. Dodać wypada, że ustalenie wysokości zadośćuczynienia ma charakter ocenny i należy do sfery swobodnego uznania sędziowskiego.

Ingerencja Sądu drugiej instancji w ustaloną wyrokiem wysokość zadośćuczynienia jest możliwa jedynie wtedy, gdy po uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, mających wpływ na jego rozmiary, okazało się ono niewspółmiernie nieodpowiednie, tj. albo rażąco wygórowane, albo rażąco niskie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2004 roku, sygnatura akt I CK 219/04 i z dnia 9 lipca 1970 r., sygn. akt III PRN 39/70, OSNC rok 1971, nr 3, poz. 53). Niewątpliwie sytuacja taka w przedmiotowej sprawie nie zaistniała. Przyznana kwota zadośćuczynienia jest adekwatna do ogromu cierpień jakie doznała powódka. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku sąd I instancji szczegółowo wskazał okoliczności, którymi się kierował przy ustaleniu kwoty zadośćuczynienia. W szczególności sąd ten miał na uwadze stopień nasilenia dolegliwości bólowych powódki, ich charakter, wielość zabiegów operacyjnych, znaczny uszczerbek na zdrowiu sięgający 60% i to, że utraciła ona w sposób bezpowrotny możliwość samodzielnego poruszania się. W wyniku inwalidztwa powódka została ostatecznie wyłączona z normalnego życia (trudności w poruszaniu). Wbrew sugestiom pozwanej, nie można było przyjąć jakiegokolwiek stopnia przyczynienia się powódki do zaistniałej szkody.

Sam fakt otrzymywania przez powódkę emerytury nie wpływał bezpośrednio na wysokość zadośćuczynienia. Niewątpliwie warunki życia i przeciętna stopa życiowa społeczeństwa ma pewien wpływ na wysokość zadośćuczynienia, ale nie może eliminować innych istotnych okoliczności decydujących o wysokości zadośćuczynienia. Jak trafnie ujął to Sąd Najwyższy w swoim wyroku z 27 listopada 2014 r. stwierdzając, że „Rozmiar zadośćuczynienia może być odnoszony do stopy życiowej społeczeństwa, która pośrednio może rzutować na umiarkowany jego wymiar i to w zasadzie bez względu na status społeczny oraz materialny poszkodowanego. Jednak przesłanka przeciętnej stopy życiowej nie może pozbawić omawianego roszczenia funkcji kompensacyjnej i eliminować innych istotniejszych czynników kształtujących jego rozmiar i ma charakter tylko uzupełniający (IV CSK 112/14, LEX nr 1604651). Biorąc pod uwagę wszystkie istotne okoliczności wpływające na wysokość zadośćuczynienia oraz kompensacyjny jego charakter, nie sposób podzielić zarzutu jakoby zadośćuczynienie w kwocie 250.000 zł spowodowało „nieuzasadnione wzbogacenie” powódki.

Częściowo zasadny okazał się natomiast zarzut naruszenia art. 444 § 2 k.c. „poprzez zasądzenie na rzecz powódki począwszy renty w wysokości nie znajdującej podstaw w faktycznym zakresie zwiększonych i uzasadnionych potrzeb”. Kwestia ta była już przedstawiona wcześniej przy okazji omawiania zarzutów formalnych. Podniesiony zarzut był uzasadniony jedynie w zakresie uwzględnienia przez Sąd I instancji kosztów związanych z korzystaniem przez powódkę z opieki drugiej osoby (200 zł). Powódka nie wykazała bowiem, aby musiała korzystać z pomocy osoby drugiej, co miało generować koszt rzędu 200 zł miesięcznie. Z tego też względu należało obniżyć zasądzoną rentę o kwotę 200 zł, tj. do kwoty 600 zł miesięcznie. Jednocześnie za okres od 1 stycznia 2011 r. do końca grudnia 2017 r. – zmniejszeniu podlegała renta skapitalizowana z kwoty 67.200 zł do kwoty 50.400 zł.

Innych zarzutów pozwana nie podnosiła. Mając zatem na uwadze powyższe ustalenia faktyczne i wyłożoną argumentację, sąd odwoławczy zmienił zaskarżony wyrok sądu I instancji w pkt 2 przez obniżenie zasądzonej kwoty 67.200 zł skapitalizowanej renty do kwoty 50.400 zł oraz w pkt 3 wyroku przez obniżenie renty należnej powódce do kwoty 600 zł miesięcznie (art. 386 § 1 k.p.c.).

W pozostałym zakresie apelacja podlegała oddaleniu (art. 385 k.p.c.).

W pkt 2 wyroku Sąd Apelacyjny zasądził od pozwanej na rzecz powódki koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym (art. 98 k.p.c. i § 2 pkt 7 oraz § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych).

Małgorzata Goldbeck-Malesińska Piotr Górecki Małgorzata Mazurkiewicz-Talaga

--	--	--