

Sygn. akt I ACa 727/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 czerwca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Lublinie, I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący - Sędzia	SA Danuta Mietlicka
Sędzia:	SA Elżbieta Patrykiewicz
Sędzia:	SA Walentyna Łukomska-Drzymala (spr.)
Protokolant	sekr.sądowy Magdalena Szymaniak

po rozpoznaniu w dniu 6 czerwca 2013 r. w Lublinie na rozprawie

sprawy z powództwa D. P.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w L.

o odszkodowanie

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie

z dnia 20 lipca 2012 r., sygn. akt I C 925/09

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I częściowo w ten sposób, że zasądza od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...)

w L. na rzecz powoda D. P. kwotę 50.000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 20 lipca 2012r. do dnia zapłaty, a powództwo ponad tę kwotę oddala;

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I ACa 727/12

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 20 lipca 2012 r. Sąd Okręgowy w Lublinie oddalił powództwo powoda D. P. skierowane przeciwko pozwanemu (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w L.

o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość (pkt I), nie obciążył powoda kosztami procesu (pkt II) oraz przejął na rachunek Skarbu Państwa nieuiszczone koszty sądowe, od których powód był zwolniony (pkt III).

W uzasadnieniu wyroku Sąd Okręgowy wskazał na następujące ustalenia i motywy swego rozstrzygnięcia:

W dniu 17 grudnia 2006 roku powód D. P. był uczestnikiem wypadku samochodowego. Bezpośrednio po wypadku został przewieziony karetką pogotowia ratunkowego, w stanie ogólnym krytycznie ciężkim, nieprzytomny do (...) Publicznego Zespołu (...)

w T. na Oddział (...), gdzie stwierdzono u niego porażenie kończyn dolnych.

Po odzyskaniu przytomności, wykonaniu szeregu badań, w wyniku których stwierdzono u powoda m.in. wieloodłamowe (wybuchowe) złamanie trzonu kręgu oraz łuku kręgu Th 9-złamanie niestabilne, w dniu 18 grudnia 2006 roku przewieziono powoda do Kliniki (...)

w L.. Podczas pobytu w (...) Publicznym Szpitalu (...) w L. w Klinice (...) w okresie od 18 grudnia 2006 roku do 2 stycznia 2007 roku rozpoznano u powoda zwichnięcie Th8-Th9 ze złamaniem trzonu kręgu Th 9 i złamaniem łuków kręgow Th6-Th9, paraplegię, stłuczenie obu płuc oraz stłuczenie mózgu. W dniu 18 grudnia 2006 roku przeprowadzono zabieg laminektomii, stabilizacji transpedikularnej Th8-Th10, podczas którego po usunięciu łuku po stronie lewej i przesunięciu worka oponowego wydobyto lewostronnie położony odłamek trzonu napinający oponę. Z powodu zaś narastającego krwawienia i trudności z odszukaniem szczeliny stawowej, a także złego uwidocznienia trzonów na monitorze rtg zaniechano artrodezy międzytrzonowej.

W okresie od 2 stycznia 2007 roku do dnia 10 sierpnia 2007 roku powód hospitalizowany był w pozwanym Szpitalu, w Klinice (...), gdzie zastosowano u niego kinezyterapię, naukę jazdy na wózku inwalidzkim oraz leczenie farmakologiczne. W dniu 26 czerwca 2007 roku przeprowadzono u niego operację rewizyjną odcinka piersiowego kręgosłupa, częściową wertebrektomię i pedikulotomię, zmianę położenia i długości wkrętów oraz stabilizację transpediklarną Th8-Th11. Po operacji wykryto szczep MRSA,

w związku z czym wdrożono skuteczne leczenie. Podczas pobytu w pozwanym Szpitalu w dniu 17 kwietnia 2007 roku i 2 sierpnia 2007 roku powodowi udzielona była pomoc psychologiczna. Ostatecznie powód odmówił jednak udziału w badaniu psychologicznym i poinformował, że nie oczekuje pomocy psychologa. W szpitalu D. P. regularnie odwiedzany był przez swoją matkę-I. P..

W dniu 12 sierpnia 2008 roku powód został przyjęty do (...) im. dra (...)do Oddziału (...)

w W., gdzie w dniu 13 sierpnia 2008 roku był operowany, z dostępu przedniego wykonano korporektomię Th9 i instrumentację klatką międzytrzonową. Po operacji wystąpiło utrudnione gojenie rany pooperacyjnej. W dniu 26 września 2008 roku został przekazany do Oddziału (...) w stanie ogólnym dobrym. W okresie od 30 lipca 2009 roku do dnia 6 sierpnia 2009 roku D. P. był hospitalizowany w (...) Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. (...) (...)w Z., w związku z rozpoznaniem u niego zapalenia jądra lewego. W dniu 13 maja 2010 roku D. P. znalazł się ponownie w Szpitalu w Z. na Oddziale (...) w związku z krwawieniem z cewki moczowej, obok tkwiącego w cewce cewnika. W związku z powyższym następnie był on hospitalizowany do dnia 15 maja 2010 roku w (...) Publicznym Zespole (...) w T..

Decyzją Prezesa (...)

w B. z dnia 20 kwietnia 2009 roku przyznano powodowi rentę rolniczą

w wysokości 220,36 zł. Na mocy zaś orzeczenia (...) do Spraw Orzekania o niepełnosprawności w T. zaliczono go do znacznego stopnia niepełnosprawności. Obecnie powód D. P. nie uczy się, nie jest nigdzie zatrudniony. Korzysta z pomocy najbliższych przy czynnościach dnia codziennego takich jak mycie, ubieranie się i przesadzanie na wózek.

Z przeprowadzonego przez Sąd Okręgowy dowodu z opinii sądowo - lekarskiej Uniwersytetu(...)w T. (...)im. (...)w B. Zakładu(...)wynika, że powód, w wyniku wypadku z dnia 17 grudnia 2006 roku, doznał złamania kręgosłupa w odcinku piersiowym, które dwukrotnie było leczone operacyjnie. Z przedmiotowej opinii jednoznacznie wynika, iż wskazywane przez powoda zdarzenie z dnia 18 grudnia 2006 roku, związane z upadkiem z łóżka szpitalnego, w przypadku gdyby faktycznie miało miejsce to pozostawałoby bez wpływu na stan złamania w sensie jego wcześniejszych skutków dla rdzenia kręgowego, a co za tym idzie ostatecznych skutków neurologicznych. Wynikający więc z wywiadu incydent nie wpłynął niekorzystnie na stan kręgosłupa i rdzenia kręgowego.

W opinii wskazano też, że w przypadku zmian pourazowych kręgosłupa, jakie stwierdzono u powoda, celem zabiegu operacyjnego jest przede wszystkim odbarczenie struktur kanału kręgowego czyli worka oponowego, rdzenia kręgowego, korzeni i naczyń oraz stabilizacja złamanego odcinka przy pomocy różnych metod stabilizacji wewnętrznej. Dopuszczalna jest również,

w wyjątkowych sytuacjach, stabilizacja zewnętrzna. Z dostępnej zaś dokumentacji lekarskiej wynika, iż w trakcie pierwszego zabiegu operacyjnego dokonano częściowego odbarczenia przerywając zabieg z uwagi na krwawienie i problemy techniczne. Odstąpienie od dalszych czynności przez lekarza prowadzącego zabieg biegli ocenili jako w pełni prawidłowe, bowiem w takiej sytuacji krwawienie skutkowało stopniowym pogarszaniem się stanu zdrowia pacjenta a niesprawność urządzeń technicznych mogła wpłynąć na nieprawidłową ocenę struktur anatomicznych, które akurat w tej okolicy anatomicznej są niezwykle delikatne i wymagają precyzyjnych czynności manualnych.

Biegli jako nieprawidłowe ocenili dalsze postępowanie wobec powoda. Wskazali bowiem, że pierwszy zabieg operacyjny przeprowadzono w dniu

18 grudnia 2006 roku, opisując pozbawioną tętnienia oponę twardą. Zapis ten dowodzi istnienia ucisku na worek oponowy i jest materialnym dowodem na ten ucisk, którego odbarczenie winno być celem pierwszego zabiegu operacyjnego. W ocenie biegłych działania odbarczające należało podjąć natychmiast po ustabilizowaniu stanu ogólnego powoda oraz uzyskaniu dostępu do sprawnego sprzętu. Biegli podnieśli również, iż brakowało badań kontrolnych pozwalających ocenić stan kręgosłupa, kanału kręgowego i stabilizatorów

w okresie bezpośrednio po przerwaniu zabiegu. Uznali za nieprawidłowe postępowanie polegające na nie podjęciu jakichkolwiek działań mających na celu korektę istniejącego stanu, wskazującego na nieprawidłowe posadowienie implantów jak również obecność odłamów kostnych w obrębie kanału kręgowego. Wskazali również, iż drugi zabieg miał na celu jedynie lepszą stabilizację, co miało ułatwić proces rehabilitacji i z góry zakładano, iż nie wpłynie on na stan neurologiczny pacjenta, bowiem wpłynąć nie mógł, z uwagi na czas jaki minął od urazu oraz rozwój pełnoobjawowego porażenia. Zabieg ten również mógł wpłynąć korzystnie na subiektywne odczuwanie przez powoda dolegliwości bólowe. Reasumując, biegli wskazali, iż przed pierwszym zabiegiem operacyjnym z dnia 18 grudnia 2006 roku wykonano wszystkie niezbędne badania diagnostyczne. Podali jednak jednocześnie, iż skoro po operacji pacjent zgłaszał silne dolegliwości bólowe to może wskazywać na to, że leczenie przeciwbólowe było nieadekwatne do sytuacji. Fakt wykonania rezonansu magnetycznego w kwietniu 2007 roku, w ocenie biegłych, nie miał istotnego znaczenia, bowiem wcześniej wykonano badania tomograficzne operowanego odcinka kręgosłupa. Wskazano również, iż drugi zabieg miał określony cel i został on osiągnięty, nie należało natomiast oczekiwać poprawy stanu neurologicznego. Nadto podano, iż zakażenia powoda gronkowcem złocistym należy wiązać z leczeniem go w pozwanym szpitalu. Postępowanie dotyczące leczenia w tym zakresie uznać należy za prawidłowe. Biegli dodali, iż rokowania w sensie poprawy stanu neurologicznego są niepomyślne.

W opinii pisemnej uzupełniającej biegli ustosunkowując się do zarzutów stron dodali, iż nie mają możliwości, aby w sposób jednoznaczny rozstrzygnąć jaki byłby stan neurologiczny powoda, gdyby drugi zabieg operacyjny przeprowadzono niezwłocznie po ustabilizowaniu stanu ogólnego. Pewnym jest jedynie, iż ucisk rdzenia kręgowego sam w sobie stanowi wskazanie do jego usunięcia. Biegli dodali, iż nie są w stanie ustalić czy i w jakim zakresie niezwłoczne wdrożenie dalszego leczenia wpłynęłoby na ostateczny stan neurologiczny powoda, przy czym dodali, iż nie wdrożenie takiego postępowania zabierało jednak powodowi szansę na poprawę stanu. Podali również, iż decyzja o ewentualnym ponownym zabiegu w marcu następnego roku nie miała już wpływu na możliwość jakiegokolwiek poprawy stanu neurologicznego. Podali, iż niejednoznaczna jest również kwestia dolegliwości bólowych. Gdyby bowiem przyjąć, że dolegliwości te są skutkiem urazu strefy wejścia korzeni rdzeniowych do rogów tylnych rdzenia, bądź wynikają

z powstania blizny to wówczas czas i sposób leczenia, w tym zakresie, nie miałyby znaczenia. Gdyby natomiast dolegliwości bólowe były skutkiem ucisku na rdzeń to wówczas odbarczenie ucisku winno skutkować ich zmniejszeniem bądź eliminacją. Dodali, że obecnie rozstrzygnięcie tych wątpliwości nie jest możliwe.

W dopuszczonej w sprawie opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii wskazano, iż porażenie kończyn dolnych u D. P. wystąpiło w chwili wypadku (lub w ciągu kilku godzin od wypadku) i było spowodowane urazem, czyli odłamy kostne kręgu Th9 uszkodziły rdzeń

i spowodowały paraplegię poprzeczną czyli całkowite porażenie kończyn dolnych. Opis tomografii komputerowej z dnia urazu świadczy o znacznym ucisku rdzenia kręgowego, co było powodem niedokrwienia, a następnie doprowadziło do całkowitego uszkodzenia rdzenia kręgowego, co potwierdza wpis w karcie informacyjnej ze Szpitala w T. z dnia

17 grudnia 2006 roku. Biegły podał, iż porażenie kończyn dolnych świadczy o całkowitym uszkodzeniu rdzenia kręgowego, spowodowanym złamaniem kręgu Th19. O całkowitym uszkodzeniu rdzenia świadczy również konsultacja neurologiczna w Szpitalu w T., gdzie stwierdzono „brak reakcji na bodziec bólowy z kończyn dolnych”. Gdyby uszkodzenie rdzenia kręgowego było częściowe, wpisano by niedowład kończyn dolnych, zachowane czucie w okolicy krocza i opisano obszar zaburzenia czucia. Biegły jednoznacznie stwierdził, iż uszkodzenie rdzenia było całkowite w chwili urazu (lub w ciągu kilku godzin po wypadku) i dlatego czas podjęcia odbarczenia

w tym przypadku nie był istotny klinicznie. Podał nadto, iż przyjmuje się, że

u osób które przy przyjęciu do szpitala są w stanie neurologicznym ASIA A (całkowite uszkodzenie rdzenia kręgowego) szansa na powrót funkcji (ustąpienie niedowładu) jest bliska zeru. Z przedmiotowej opinii wynika, że

z uwagi na całkowite uszkodzenie rdzenia, nie miał znaczenia fakt przeprowadzenia operacji w Klinice (...) w L. po upływie 35 godzin od urazu. Niniejsza operacja miała na celu usunięcie klinowanych odłamów kostnych i ustabilizowanie złamania za pomocą zespolenia transpedikularnego. Nie miała natomiast znaczenia dla przywrócenia funkcji rdzenia kręgowego, który był już wtedy całkowicie i trwale uszkodzony. Biegły wskazał nadto, iż przeprowadzenie drugiej operacji w dniu 26 czerwca 2007 roku było konieczne, gdyż miało na celu poprawę stabilizacji układu kostnego kręgosłupa i rewizję rdzenia kręgowego, ale nie miało na celu poprawy stanu neurologicznego. Przedmiotowa operacja była przeprowadzona w 6 miesięcy od poprzedniej,

a więc nie można było liczyć na jakkolwiek poprawę stanu neurologicznego. W jej wyniku można było jedynie poprawić stabilizację kręgosłupa przez wydłużenie długości belek stabilizatora transpedikularnego i miejsca ich osadzenia w sąsiednich trzonach, co ma znaczenie dla sprawniejszego poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego. Biegły uznał, iż postępowanie medyczne względem powoda po przeniesieniu na Oddział (...) było prawidłowe i zgodne z zasadami sztuki lekarskiej. Nadto podał, iż dolegliwości bólowe są zawsze subiektywne.

W przedmiotowym wypadku mogą być spowodowane obecnością wszczepów metalowych zlokalizowanych powyżej miejsca uszkodzenia rdzenia - na poziomie Th8 (podczas gdy złamanie jest Th 9).

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o wskazane

w uzasadnieniu wyroku dowody. W ocenie tego Sądu autentyczność dowodów

z dokumentów nie budzi wątpliwości i brak było podstaw, by odmówić im przymiotu wiarygodności. Sąd uznał też za wiarygodne zeznania powoda D. P. w zakresie, w którym były one zgodne z ustalonym przez Sąd stanem faktycznym.

Natomiast zarówno zeznania D. P. jak i jego najbliższych w tym matki I. P. , bratowej M. P. , brata R. P. oraz kolegów L. P. , K. B. oraz pacjenta szpitala (...) w zakresie w którym podali oni, iż przed pierwszym zabiegiem doszło do złożenia łóżka szpitalnego, na które przekładany był D. P., w wyniku czego spadł on z łóżka, zsiniał i stracił przytomność, nie zostały obdarzone przez Sąd walorem wiarygodności. Sąd uznał za wiarygodne zeznania pozostałych świadków, a także matki powoda w pozostałym zakresie.

W niniejszej sprawie zasięgnięto opinii (...) (...)w T. (...)im. (...) w B. Zakładu (...). W ramach kontroli merytorycznej i formalnej opinii biegłych, nie dopatrzył się Sąd Okręgowy nieprawidłowości pozwalających na odebranie złożonym opiniom przymiotu pełnowartościowego źródła dowodowego. Biegli wskazali bowiem wszelkie przesłanki przyjętego rozumowania, przedstawili także jego tok. Wnioski płynące z opinii przedstawione są klarownie i logicznie wynikają z przyjętych podstaw. Sąd nie dopatrzył się błędów logicznych, niezgodności z życiowym doświadczeniem bądź też niespójności z pozostałym materiałem dowodowym. W tych warunkach opinie biegłych posłużyły za pełnowartościową podstawę dokonanych ustaleń faktycznych.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, iż powództwo jako bezzasadne podlega oddaleniu.

Po przywołaniu treści art. 430 kpc oraz jego wykładni, a także przedstawieniu przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej Sąd Okręgowy wskazał, iż z uwagi na fakt, iż odpowiedzialność publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma reżim szczególny, gdyż odpowiada on nie tylko za „winę organizacyjną”, ale i działania lub zaniechania lekarzy i personelu medycznego, istotę w rozstrzygnięciu niniejszej sprawy – biorąc pod uwagę okoliczności, na które powoływał się powód – stanowiło ustalenie, czy w procesie leczenia powoda lekarzom pozwanego szpitala można przypisać błąd w sztuce lekarskiej czy niedołożenie należytej staranności w zakresie sposobu przeprowadzenia tego leczenia.

Sąd Okręgowy opowiedział się za koncepcją wąskiego ujmowania błędu w sztuce lekarskiej, którą ocenił jako utrwaloną i nie budzącą żadnych zastrzeżeń. Literatura i orzecznictwo pozostają bowiem zgodne, że błąd jest kategorią wyłącznie obiektywną, całkowicie niezależną od indywidualnych cech, bądź zdolności konkretnego lekarza oraz od okoliczności, w jakich dokonuje on czynności leczniczych. Z zakresu błędu wyłącza się zarówno kwestię podmiotowego zawinienia, jak i przypadki niedociągnięć i zaniedbań o charakterze stricte organizacyjnym (tj. niezwiązanych ze stosowaniem wiedzy medycznej). Zasadą jest, że błąd lekarski jako postępowanie nieprawidłowe, naruszające zasady wiedzy medycznej nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Dla powstania obowiązku naprawienia szkody konieczne jest jeszcze stwierdzenie winy w znaczeniu subiektywnym, tj. podmiotowej zarzucalności działania (czynu) lekarza. Zgodnie ze stanowiskiem przyjętym w judykaturze i doktrynie, tylko błąd zawiniony subiektywnie, stanowiący następstwo niedołożenia przez lekarza należytej staranności pociąga za sobą odpowiedzialność cywilną, jeżeli jednocześnie spełnione zostaną pozostałe przesłanki odpowiedzialności.

W przedmiotowej sprawie powód dążył do wykazania, iż aktualny stan jego zdrowia jest następstwem nieprawidłowości w procesie leczenia czyli jest skutkiem błędu leczniczego. Oceniając te zarzuty Sąd Okręgowy wskazał, iż powód nie udowodnił, aby powoływane przez niego zdarzenie z dnia 18 grudnia 2006 roku, związane ze złożeniem się łóżka szpitalnego, na które został przełożony przez personel medyczny, miało faktycznie miejsce. Okoliczność tę potwierdzili bowiem jedynie świadkowie związani z D. P., a więc zainteresowani pomyślnym dla niego rozstrzygnięciem sprawy. Pozostali świadkowie zaś, zeznający na tę okoliczność, zakwestionowali zaistnienie przedmiotowego incydentu i wskazali, że podczas czynności tego typu, rodzina pacjenta wypraszana jest z sali, na której z pewnością w obecności personelu medycznego nie zmieściliby się członkowie rodziny oraz znajomi powoda. Poza tym z opinii biegłych wynika, iż nawet w przypadku, gdyby przedmiotowe zdarzenie faktycznie miało miejsce to pozostawałoby ono bez wpływu na stan złamania w sensie jego wcześniejszych skutków dla rdzenia kręgowego, a co za tym idzie ostatecznych skutków neurologicznych.

Sąd Okręgowy wskazał też, iż opiniujący w przedmiotowej sprawie biegły ortopeda traumatolog stanowczo stwierdził, iż uszkodzenie rdzenia

u D. P. było całkowite w chwili urazu (lub w ciągu kilku godzin od wypadku) i dlatego czas podjęcia obarczenia w tym przypadku nie był istotny klinicznie. Podał również, że prawidłowo przeprowadzono czynności ratujące życie, a ciężki stan powoda był przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu obarczenia rdzenia kręgowego bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Z uwagi zaś na całkowite uszkodzenie rdzenia nie miał znaczenia fakt przeprowadzenia operacji w Klinice (...) w L. po upływie 35 godzin od urazu. Fakt całkowitego uszkodzenia rdzenia w chwili urazu potwierdzili również w swoich zeznaniach lekarze uczestniczący w procesie leczenia powoda w tym: J. K., T. M., J. J. oraz W. J..

Biegli Uniwersytetu (...)w T. (...) im. (...) w B. Zakładu (...)nie mieli również zastrzeżeń co do czasu rozpoczęcia i samego przebiegu wykonanego

u powoda w dniu 18 grudnia 2006 roku zabiegu operacyjnego. Przeprowadzona w dniu 18 grudnia 2006 roku operacja nie miała znaczenia dla przywrócenia funkcji rdzenia kręgowego, który był już wówczas całkowicie i trwale uszkodzony. Miała ona za zadanie usunięcie klinowanych odłamów kostnych

i ustabilizowanie złamania za pomocą zespolenia transpedikularnego.

Z treści opinii biegłych dopuszczonych w niniejszej sprawie jednoznacznie wynika, że przeprowadzenie drugiej operacji w dniu 26 czerwca 2007 roku było konieczne, gdyż miało na celu poprawę stabilizacji układu kostnego kręgosłupa i rewizję rdzenia kręgowego. Wbrew zarzutom powoda przedmiotowa operacja nie miała już na celu poprawy stanu neurologicznego. Wprawdzie biegli wskazali, iż podczas leczenia D. P. doszło do zbyt późnego wdrożenia leczenia po pierwszym zabiegu operacyjnym, bowiem w ich ocenie należało przeprowadzić stosowne badania i ponownie niezwłocznie wdrożyć leczenie operacyjne, aby nie odbierać powodowi szans na poprawę jego stanu zdrowia, to jednocześnie dodali, że po drugim zabiegu nie należało oczekiwać poprawy stanu neurologicznego, a przeprowadzony drugi zabieg miał określony cel, który został on osiągnięty. Nadto biegli uznali za prawidłowe postępowanie w zakresie leczenia wykrytego u D. P. zakażenia gronkowcem złocistym. Biegli powiązali wprawdzie występujące u powoda zakażenie z leczeniem w pozwanym szpitalu, które było jednak konieczne w związku ze stanem podstawowym. Podali jednocześnie, iż w świetle stwierdzonego powikłania przeprowadzono badanie mikrobiologiczne i wdrożono stosowne, zgodne z antybiogramem, leczenie uzyskując oczekiwany efekt.

Reasumując Sąd Okręgowy uznał, iż proces leczenia D. P. w pozwanym szpitalu przebiegał prawidłowo. Przyznał za biegłymi iż występowały nieprawidłowości w zakresie czasu podjęcia drugiego zabiegu operacyjnego, ale należy jednocześnie wskazać, iż nie miały one związku z powstałą u powoda szkodą i nie miały wpływu na stan jego zdrowia. Biegli bowiem nie potwierdzili zarzutów D. P., zmierzających do wykazania, iż całościowo wykonana operacja w dniu 18 grudnia 2006 roku, albo ewentualne czynności podjęte niezwłocznie później, dałyby mu szansę na odzyskanie pełnej albo choćby częściowej sprawności kończyn dolnych, albo uzyskania lepszego komfortu życia. Za zaistnienie powstałej u powoda szkody nie może ponosić więc odpowiedzialności pozwany Szpital. Przeprowadzone w przedmiotowej sprawie dowody, nie tylko nie uprawdopodobniły, co wykluczyły możliwość zawinienia pozwanego przy zaistnieniu schorzeń wykrytych u D. P..

W związku z niewykazaniem zasady odpowiedzialności pozwanego za szkodę, analiza pozostałych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, a w szczególności zadośćuczynienia i renty stała się bezprzedmiotowa.

Z przedstawionych względów Sąd Okręgowy oddalił powództwo jako bezzasadne. O kosztach procesu Sąd orzekł na mocy art. 102 kpc.

Apelację od powyższego wyroku złożył powód D. P. zarzucając:

I. naruszenie przepisów procedury cywilnej, a to sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału przez przyjęcie, że proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu przebiegał prawidłowo, a także że powód nie wykazał „zasady odpowiedzialności pozwanego za szkodę”, co stanowi naruszenie art. 230 kpc;

II. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to:

1. art. 430 kc poprzez przyjęcie, że pozwany nie ponosi odpowiedzialności za zawinione działanie (także zaniechanie) zatrudnionego u niego personelu medycznego przy wykonywaniu powierzonych mu czynności skutkujące powstaniem szkody na osobie powoda;

2. art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 § 1 kc poprzez przyjęcie, że nie zachodzą przesłanki odpowiedzialności pozwanego za szkodę na osobie powoda w postaci rozstroju zdrowia i co za tym idzie, nie zasądzenie na rzecz powoda wnioskowanego zadośćuczynienia;

3. art. 444 § 2 kc poprzez przyjęcie, że nie zachodzą przesłanki odpowiedzialności pozwanego za zwiększone potrzeby powoda

w czasie pobytu w pozwanym szpitalu spowodowane przedłużającym się nieprawidłowym leczeniem i co za tym idzie, nie zasądzenie na rzecz powoda skapitalizowanej renty;

III. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, polegający na błędnym założeniu, że w dniu

18 grudnia 2006 r. nie miało miejsce zdarzenie polegające na złożeniu się łóżka szpitalnego, na którym leżał powód, skutkujące usunięciem się powoda na podłogę; leczenie powoda w pozwanym szpitalu było prawidłowe i pozwany wyleczył powoda z zakażenia gronkowcem złocistym.

Wskazując na przedstawione zarzuty skarżący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt I poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwot:

- a) 220.000 zł tytułem zadośćuczynienia za szkodę na osobie;
- b) 13.110,40 zł tytułem skapitalizowanej renty z powodu zwiększenia potrzeb powoda w czasie pobytu w pozwanym szpitalu;
- c) kosztów postępowania, w tym zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przypisanych;
- d) ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość;

ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w pkt I i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Lublinie do ponownego rozpoznania przy uwzględnieniu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

W toku postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny z urzędu dopuścił dowód z uzupełniającej opinii biegłych z Uniwersytetu (...) Zakładu (...)w B. w celu wyjaśnienia co oznacza stwierdzenie biegłych z opinii o utracie przez powoda szansy na „lepszy stan neurologiczny” w związku z terminem drugiego zabiegu operacyjnego i co oznacza to stwierdzenie w sytuacji powoda oraz wyjaśnienia prawidłowości procesu leczenia powoda w zakresie stosowania leków przeciwbólowych

i znaczenia pojęcia „nieadekwatności” tego leczenia w sytuacji zdrowotnej powoda /k. 758-759/.

Biegli w swojej opinii uzupełniającej stwierdzili, iż nie mają żadnej możliwości, aby określić zakres ewentualnej poprawy stanu zdrowia

w przypadku wcześniejszego wdrożenia ponownego leczenia operacyjnego. Wnioski w tym zakresie mogłyby być bowiem tylko teoretyczne i niemożliwe do oceny nawet w kategoriach prawdopodobieństwa. Nie mogą też ocenić czy mogło nastąpić polepszenie stanu neurologicznego powoda. Biegli wskazali też, że obowiązującym standardem jest podawanie leków, w taki sposób i w takiej ilości aby pacjent nie odczuwał bólu pooperacyjnego. W przypadku bólu neuropatycznego wymagane jest przyjmowanie leków w formie przewlekłej

i skuteczność leczenia jest ograniczona. Skoro dotychczasowe leczenie nie było w pełni skuteczne należało zastosować leki z kolejnego szczebla drabiny terapeutycznej. Leczenie w tym zakresie było nieadekwatne. Jakkolwiek biegli nie dopatrzyli się błędu w tym leczeniu, to stwierdzili brak podejścia do pacjenta w sensie współodczuwania i rozumienia dolegliwości /k.773-774v/. Opinia uzupełniająca biegłych z uwagi na swoją fachowość i logiczność wniosków, brak sprzeczności, została uznana przez Sąd Apelacyjny za wiarygodną

i stanowiącą podstawę ustaleń i wniosków sądu odwoławczego. Jednocześnie Sąd Apelacyjny oddalił wniosek dowodowy pełnomocnika powoda

o dopuszczenie dowodu z opinii innego instytutu naukowego spoza L. /k.796-799/ - na mocy art. 217 § 2 i § 3 kpc. Nie zachodziły żadne wadliwości złożonej opinii uzupełniającej jak również uchybienia wskazywane przez pełnomocnika powoda we wniosku o dopuszczenie takiego dowodu /k.798/, dlatego dowód z kolejnej opinii był zbędny i nie prowadziłby do wyjaśnienia kwestii wskazywanych przez powoda. Ponadto zbędny był także z punktu widzenia stanowiska zawartego w apelacji co do źródła powstania trwałego inwalidztwa powoda. Ponadto podnieść też należy, iż wnioski opinii uzupełniającej jedynie precyzują stanowisko z opinii złożonej w toku postępowania przed sądem

pierwszej instancji, co do której to opinii pełnomocnik powoda nie zgłaszał zastrzeżeń przed Sądem Okręgowym / k.606/.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja powoda zasługuje jedynie częściowo na uwzględnienie.

Przed przystąpieniem do oceny zarzutów apelacji wskazać należy, iż sam skarżący w uzasadnieniu apelacji zaakceptował ustalenia i ocenę Sądu Okręgowego, iż pozwany Szpital nie ponosi odpowiedzialności za trwałe kalectwo powoda i niedowład kończyn dolnych powoda. Po uwzględnieniu powództwa skierowanego przeciwko ubezpieczycielowi sprawcy wypadku

w sprawie I C 151/09 Sądu Okręgowego w Zamościu, powód ograniczył roszczenie /k.687v/, wskazując jako jego podstawę faktyczną zarzuty nieprawidłowego leczenia i cierpienia fizyczne i psychiczne z tym związane. Zarówno z treści oświadczeń powoda w toku sporu jak i z treści uzasadnienia apelacji wynika, że dotyczą one kwestii spóźnionego przeprowadzenia drugiej operacji, nieprawidłowości związanych z przerwaniem pierwszej operacji, upadku z łóżka, zakażenia gronkowcem oraz braku skutecznej walki z bólem. Dlatego tylko tych kwestii dotyczą w istocie zarzuty apelacji w zakresie wadliwych ustaleń faktycznych sądu. W pozostałym zakresie ustalenia sądu,

a zwłaszcza uznanie, że trwałe inwalidztwo powoda jest skutkiem wypadku samochodowego, nie są kwestionowane i tym samym brak jest podstaw do podważania ich przez Sąd Apelacyjny. Prowadzi to do wniosku, iż ustalone okoliczności nie dają podstaw do przypisania pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności za istniejące skutki wypadku w postaci trwałego kalectwa i poruszania się przez powoda na wózku inwalidzkim.

Odnosząc się do zarzutów apelacji dotyczących stanu faktycznego sprawy za bezzasadny należy uznać zarzut apelacji dotyczący zdarzenia w postaci złożenia łóżka szpitalnego. Ocena, iż zdarzenie takie nie miało miejsca jest wynikiem dokonanej przez Sąd Okręgowy oceny materiału dowodowego,

a zwłaszcza zeznań świadków oraz powoda. Zgłaszając w uzasadnieniu apelacji zarzut naruszenia w związku z tym art. 233 § 1 kpc, skarżący jednocześnie nie wskazał na czym polegać ma naruszenie tego przepisu przez sąd pierwszej instancji. Aby zarzucić skutecznie naruszenie przepisu art. 233 § 1 kpc skarżący powinien wskazać, jaki konkretnie dowód mający istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy sąd uznał za wiarygodny i mający moc dowodową albo za niewiarygodny i niemający mocy dowodowej, i w czym przy tej ocenie przejawia się naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów (por. wyrok SN

z 18.01.2002 r. sygn. I CKN 132/01, Lex nr 53144). Kwestionowanie dokonanej przez sąd oceny dowodów nie może polegać jedynie na zaprezentowaniu własnych, korzystnych dla skarżącego ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej, korzystnej dla skarżącego oceny materiału dowodowego (por. postan. SN z 10.01.2002 r. sygn. II CKN 572/99, Lex nr 53136). Stwierdzić także należy, iż jeżeli z materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby

w równym stopniu, na podstawie tego materiału dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków

z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok SN z 27.09.2002 r. sygn. II CKN 817/00, Lex nr 56906). Apelacja tak wymaganych zarzutów nie przedstawia i nie wykazuje, aby ocena dowodów oraz oparte na niej wnioski były dotknięte powyższymi uchybieniami. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do zakwestionowania dokonanej przez sąd pierwszej instancji oceny dowodów. Oceniając dwie grupy zeznań świadków składających sprzeczne ze sobą zeznania, sąd ma prawo dać wiarę jednej lub drugiej grupie świadków, czyli ocenić je swobodnie. Nie może jedynie budować na ich podstawie wniosków, które z nich nie wynikają. Takiego uchybienia sąd pierwszej instancji nie dopuścił się. Z zeznań świadków – pracowników pozwanego Szpitala wynika, iż istnieją podstawy do stwierdzenia, że nie doszło do złożenia łóżka przy przenoszeniu powoda. Fakt, iż część świadków nie

pamiętało, aby taki fakt miał miejsce, ale jednocześnie wskazywali, że gdyby tak było to pamiętaliby /T. W. – k. 279/. Ponadto, co istotne, gdyby taki fakt, połączony z utratą przytomności miał miejsce musiałyby zaistnieć w dokumentacji medycznej /M. P. – k. 278v, T. W. – k. 279/. Niektórzy świadkowie wskazywali, że nie pamiętają takiego zdarzenia, ale dlatego, że takiego zdarzenia nie było /B. S. – k. 286v, Z. P. – k. 279, G. S. – k. 287/. W tej sytuacji wniosku sądu o wiarygodności ich zeznań oraz o tym, że zdarzenie takie nie miało miejsca nie można uznać za nielogiczny i sprzeczny z doświadczeniem życiowym. Istnienia takiej sprzeczności apelacja nie wykazała. Ostatecznym argumentem prowadzącym do wniosku, iż okoliczność ta nie ma wpływu na ocenę trafności rozstrzygnięcia mają wnioski z opinii biegłych, że zdarzenie to nie miało wpływu na stan zdrowia powoda. Nawet, gdyby takie zdarzenie miało miejsce, co niewątpliwie byłoby zdarzeniem niedopuszczalnym, to skoro nie przekładało się to na stan zdrowia powoda nie można byłoby uznać, że istnieją podstawy, aby rekompensować to zdarzenie przez przyznanie powodowi zadośćuczynienia z tego tytułu. Podkreślić przy tym jednak należy, że Sąd Apelacyjny akceptuje zarówno ocenę dowodów jak i ustalenia sądu pierwszej instancji w tym zakresie, uznając, iż apelacja nie wykazała w tym przedmiocie naruszenia art. 233 § 1 kpc.

Nie można też podzielić zarzutu apelacji zawartego w jej uzasadnieniu, dotyczącego wadliwości sprzętu użytego przy pierwszej operacji. Przerwanie tej operacji było wynikiem nadmiernego krwawienia i niewyraźnego obrazu na monitorze. Nie świadczy to jednak o wadliwości sprzętu. Skarżący, którego obciążał w tym przypadku ciężar dowodu, nie przeprowadził na taką okoliczność żadnego dowodu. Jakkolwiek biegli z Zakładu Medycyny Sądowej w swej opinii użyli stwierdzenia o problemach technicznych w trakcie pierwszego zabiegu operacyjnego /k.569v/ oraz o niesprawności urządzeń technicznych /k.570/ to nie jest to podstawa do stwierdzeniem wadliwości tego sprzętu. Biegli nie byli specjalistami w zakresie oceny sprawności sprzętu używanego w trakcie operacji, nie wskazali bliższych przesłanek prowadzących do takiego wniosku. Na okoliczność wadliwości sprzętu i tym samym nie zapewnienia powodowi bezpieczeństwa w trakcie operacji strona powodowa nie zgłaszała i nie przeprowadziła jakichkolwiek dowodów. Dlatego brak jest podstaw do ustalenia takiego faktu.

Prawidłowo ustalił też Sąd Okręgowy, iż proces leczenia powoda związany z przygotowaniem i przeprowadzeniem pierwszego zabiegu operacyjnego jak również dotyczący przeprowadzenia drugiej operacji był prawidłowy. Wątpliwości budziło postępowanie lekarzy pozwanego Szpitala dotyczące postępowania po pierwszym zabiegu i brak badań kontrolnych bezpośrednio po pierwszym zabiegu oraz nie wdrożenie niezwłocznie, w krótszym terminie drugiego zabiegu operacyjnego polegającego na odbarczeniu rdzenia kręgowego, które to nieprawidłowości dały biegłym podstawy do stwierdzenia, że powód utracił szansę na „lepszy stan neurologiczny”, na poprawę tego stanu. Biegli bliżej nie wskazali co oznacza to określenie i na czym miałby polegać ten lepszy stan neurologiczny. W tym celu Sąd Apelacyjny zwrócił się do biegłych o bliższe sprecyzowanie tych wniosków w kategoriach prawdopodobieństwa zmiany stanu neurologicznego. Jest oczywiste, że odpowiedzialność pozwanego mogłaby mieć miejsce przy zaistnieniu wysokiego stopnia prawdopodobieństwa utraty możliwości poprawy i w jakim zakresie stanu neurologicznego. Biegli wskazali, że nie mają żadnej możliwości, aby określić zakres ewentualnej poprawy stanu zdrowia w przypadku wcześniejszego wdrożenia ponownego leczenia operacyjnego. Wnioski w tym zakresie mogłyby być bowiem tylko teoretyczne i niemożliwe do oceny nawet w kategoriach prawdopodobieństwa. Nie mogą też ocenić czy mogło nastąpić polepszenie stanu neurologicznego powoda. Z opinii tej wynika zatem jednoznacznie, iż rozważania co do możliwości zmiany, poprawy sytuacji neurologicznej powoda w przypadku wcześniejszej operacji mają charakter tylko teoretyczny. Nie jest możliwe określenie tego w kategoriach prawdopodobieństwa. Z treści opinii nie wynika, aby biegli nie mogli określić tego prawdopodobieństwa z powodu braku materiału dowodowego, badań czy też ich możliwości zawodowych. Z tych wniosków wynika bezsprzecznie, że możliwość określenia prawdopodobieństwa wpływu szybszej operacji na stan neurologiczny to kwestia tylko szansy, opartej na teoretycznych rozważaniach, braku jakichkolwiek danych statystycznych pozwalających na ocenę takiej szansy. Opinia biegłych w sposób jednoznaczny w świetle jej całości prowadzi do wniosku o nie istnieniu wysokiego stopnia prawdopodobieństwa wpływu szybszej operacji na inny, lepszy stan neurologiczny powoda. Tym samym kwestia terminu drugiej operacji i zarzut braku kontrolnych badań radiologicznych nie mogą skutkować przyjęciem negatywnych skutków dla powoda

i odpowiedzialnością za nie pozwanego Szpitala. Ponieważ wnioski opinii są logiczne, stanowcze i rzeczowe należało uznać je za rozstrzygające

i nie było podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego. Konieczność dopuszczenia dowodu z opinii zespołu innych nie wynikała też

z braku fachowości czy też nie posiadania wiadomości specjalnych przez biegłych. Sam fakt oczekiwania na inne wnioski opinii nie jest uzasadnieniem dla dopuszczenia dowodu z opinii kolejnych biegłych. Ponadto podkreślić należy, iż wobec uznania – także przez skarżącego, – że za trwale kalectwo nie ponosi odpowiedzialności pozwany Szpital nie jest uzasadnione rozumienie lepszego stanu neurologicznego w kategoriach możliwości samodzielnego poruszania się przez powoda, skoro w świetle opinii biegłego ortopedy, zeznań przesłuchanych w sprawie lekarzy, niedowład kończyn jest skutkiem uszkodzenia rdzenia kręgowego na skutek wypadku, a nie leczenia w pozwanym szpitalu.

Reasumując powyższe rozważania uznać należy, iż brak jest podstaw do przypisania pozwanemu Szpitalowi zaniedbań w zakresie prowadzenia leczenia powoda, w związku z planowaniem i terminem przeprowadzenia zabiegów operacyjnych, które miałyby negatywny wpływ na stan zdrowia powoda, co wyklucza możliwość ujęcia tych zdarzeń jako podstawy odpowiedzialności pozwanego Szpitala.

Natomiast nie można odmówić racji skarżącemu w kwestii dotyczącej zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił, iż zakażenie to miało charakter szpitalny. Wbrew twierdzeniom apelacji prawidłowo też ustalił, iż pozwany Szpital podjął właściwe leczenie, które uzyskało efekt. Twierdzenia apelacji, że zakażenie to nie zostało wyleczone nie jest poparte żadnym dowodem. Wymagałoby to dowodu z opinii biegłych jako dotyczące wiadomości specjalnych. Samo twierdzenie o trudności w gojeniu się rany w szpitalu w B. nie daje podstaw do twierdzenia, że jest to konsekwencja nie wyleczenia zakażenia w pozwanym Szpitalu, w świetle stanowczego wniosku opinii, że leczenie zakażenia uzyskało oczekiwany efekt /k.570v/. Nie ma w sprawie dowodu, aby ponownie stwierdzono u powoda takie zakażenie, jak również aby spowodowało ono jakiegokolwiek inne schorzenie

u powoda. Strona powodowa nie kwestionowała opinii biegłych co do skuteczności leczenia zakażenia i nie przedstawiła dowodu, że zakażenie to ujawniło się ponownie i wywołało kolejne negatywne skutki w procesie leczenia powoda. Nie można natomiast odmówić racji skarżącemu, iż niewątpliwie doszło do zakażenia powoda w pozwanym Szpitalu, w momencie gdy powód przebywał w szpitalu już kilka miesięcy. Oznacza to, że pozwany Szpital nie zapewnił powodowi właściwego bezpieczeństwa, które obejmuje także niezarażenie pacjenta inną chorobą. Stwierdzenie zakażenia szpitalnego pozwala na przyjęcie domniemania niedbalstwa ze strony pozwanego Szpitala. Szpital ma obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa także sanitarnego. Normy reżimu deliktowego mają chronić poszkodowanego i rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ta ochrona była najpełniejsza. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że w przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego (por. Mirosław Nestorowicz – Prawo Medyczne, Wyd. V, Toruń 2001, s. 266-269 i orzeczenia tam wskazane). Sąd Najwyższy także uznawał za dopuszczalne korzystanie

z konstrukcji domniemań faktycznych i to nie tylko w odniesieniu do miejsca zakażenia i związku przyczynowego między zakażeniem a pobytem pacjenta

w placówce leczniczej, lecz także w odniesieniu do niedbalstwa personelu tej placówki w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu (wyrok SN z dnia 22 lutego 2012 r., sygn. IV CSK 245/11, Lex nr 1164750 i wskazane w uzasadnieniu wyroki SN). Treść opinii, czas pobytu powoda w szpitalu, czas powstania zakażenia muszą prowadzić do wniosku, że było to zakażenie szpitalne, za które odpowiedzialność ponosi pozwany Szpital. Powyższe oznacza też, że to pozwany Szpital powinien wykazać, że istniało wysokie prawdopodobieństwo innego źródła powstania zakażenia. Podnoszenie przez pełnomocnika pozwanego, że zakażenie było „efektem kolonizacji związanej

z higieną osobistą chorego” /k.553/ nie może prowadzić do podważenia wskazanego domniemania. Powód był pacjentem leczonym od kilku miesięcy

w pozwanym Szpitalu, niesamodzielnym, leżącym, wymagającym obsługi higienicznej, jego stan był znany pozwanemu, co winno skutkować odpowiednim zabezpieczeniem przed ewentualnym zakażeniem. Za niewłaściwy stan higieniczny pacjenta w takich warunkach odpowiedzialność ponosi pozwany Szpital. Sam fakt, prawidłowo ustalony, że podjęto właściwe leczenie po stwierdzeniu zakażenia i zastosowano wtedy właściwy reżim sanitarny,

nie wyłącza przyjęcia co najmniej braku należytej staranności po stronie pracowników pozwanego Szpitala, który doprowadził do zakażenia powoda. Istnienia wysoko prawdopodobnego innego źródła zakażenia w tym, w organizmie powoda, pozwany nie wykazał. Stwierdzone zakażenie powoda w konsekwencji wiązało się z dodatkowym jego leczeniem, a tym samym wzrostem cierpienia powoda, mających szczególny charakter w jego sytuacji. W ocenie Sądu Apelacyjnego prowadzi to zatem do wniosku o istnieniu podstaw odpowiedzialności pozwanego Szpitala za skutki zakażenia szpitalnego, co uzasadnia żądanie zasądzenia zadośćuczynienia stosownie do art. 445 § 1 kc.

Należy zgodzić się ze skarżącym, iż Sąd Okręgowy nie dokonał również właściwej oceny zachowania pozwanego, a tym samym roszczeń powoda

w odniesieniu do zarzutu niewłaściwego leczenia w zakresie stosowania leczenia przeciwbólowego. Biegli w swojej opinii stwierdzili, że leczenie to było nieadekwatne do sytuacji. W opinii uzupełniającej w toku postępowania apelacyjnego wskazali, że leczenie jest nieadekwatne, bowiem nie skutkowało ustąpieniem dolegliwości. Biegli wskazali też, że obowiązującym standardem jest podawanie leków, w taki sposób i w takiej ilości, aby pacjent nie odczuwał bólu pooperacyjnego. W przypadku bólu neuropatycznego wymagane jest przyjmowanie leków w formie przewlekłej i skuteczność leczenia jest ograniczona. Skoro dotychczasowe leczenie nie było w pełni skuteczne należało zastosować leki z kolejnego szczebla drabiny terapeutycznej. Leczenie w tym zakresie było nieadekwatne. Jakkolwiek biegli nie dopatrzyli się błędów w tym leczeniu, to stwierdzili brak podejścia do pacjenta w sensie współodczuwania i rozumienia dolegliwości /k.773-774/. W tej sytuacji uznać należy, iż skoro możliwe było zastosowanie leków przeciwbólowych silniejszych, a standardem jest leczenie w taki sposób, aby pacjent nie odczuwał bólu, a co najmniej aby doszło do jego zmniejszenia, to niewykorzystanie możliwości zmniejszenia tego bólu jest naruszeniem standardów w ramach posiadanej wiedzy medycznej. Naruszenie takich standardów, mimo stwierdzenia przez biegłych, iż nie ma błędów w leczeniu, ale jest brak podejścia do pacjenta, oznacza brak należytej staranności, jako element zawinienia pozwanego Szpitala w procesie leczenia powoda. Brak podejścia do pacjenta w sensie współodczuwania i rozumienia dolegliwości, w sytuacji istnienia możliwości w ramach posiadanej i dostępnej wiedzy medycznej zastosowania silniejszych środków przeciwbólowych

jako elementu procesu leczenia, jest niczym innych jak niedochowaniem należytej staranności po stronie lekarzy w realizacji obowiązku leczenia zgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Pozwany nie wykazał, aby nie było możliwe zastosowanie innych środków przeciwbólowych. Sam fakt nie wykrycia źródła bólu przy w/w wnioskach opinii oraz stwierdzeniu biegłych co do źródła bólu, (który mógł być skutkiem ucisku na rdzeń i odbarczenie rdzenia mogło skutkować jego zmniejszeniem bądź mieć inne źródło, czego obecnie nie można przesądzić – k. 590), nie zwalniał pozwanego od próby ulżenia w bólu powodowi, zwłaszcza mając na uwadze rozmiar jego cierpienia i traumatyczną dla niego sytuację zaistnienia trwałego kalectwa, unieruchomienia. Uwzględnić przy tym należy także zasady etyki zawodowej. Nierozumienie dolegliwości nie zwalnia lekarza od wykorzystania dostępnych mu metod leczenia, skoro jak wskazują biegli, standardem jest leczenie także bólu, w sposób, aby pacjent go nie odczuwał, a gdy nie jest to możliwe, stosowanie silniejszych leków, które w większym stopniu mogą spowodować zmniejszenie skali bólu. Pozwany Szpital nie wykazał, aby wykorzystał wszystkie możliwości w tym zakresie, bądź aby zastosowanie silniejszych leków w sytuacji powoda było z przyczyn medycznych niemożliwe lub niewskazane. Oznacza to uznanie, iż istnieją podstawy odpowiedzialności pozwanego Szpitala z tytułu niedochowania należytej staranności w zakresie prawidłowego prowadzenia procesu leczenia powoda w omawianym aspekcie.

Reasumując powyższe rozważania stwierdzić należy, iż ustalenia faktyczne sądu są w zasadniczej ich części prawidłowe, wymagały one jedynie uzupełnienia i poprawienia w odniesieniu do kwestii zakażenia powoda oraz zachowania pozwanego Szpitala w kwestii leczenia objawów bólowych powoda. Ustalenia te pozwalają na przyjęcie istnienia podstaw odpowiedzialności pozwanego wobec spełnienia przesłanek z art. 430 kc w zw. z art. 415 kc prawidłowo omówionych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

W tych okolicznościach za uzasadniony należy uznać zarzut naruszenia art. 445 § 1 kc w zakresie odmowy przyznania zadośćuczynienia powodowi za jego cierpienia związane z faktem zakażenia oraz brakiem właściwego leczenia przeciwbólowego. Nie ulega wątpliwości, iż w obu tych okolicznościach doszło do rozstroju zdrowia powoda

(utrudnione, z istoty, gojenie rany, istniejący ból utrudniający rehabilitację i funkcjonowanie powoda). Powodowało to też określone cierpienia powoda. Już zasady doświadczenia życiowego pozwalają na stwierdzenie, iż dla osoby leżącej, podejmującej rehabilitację pozwalającą na jeżdżenie na wózku przedłużone gojenie rany operacyjnej wywołuje nowe cierpienia i wzmacnia dotychczasowe. Utrzymujący się ból także wywołuje dodatkowe cierpienia, które mogłyby ulec zmniejszeniu, gdyby pozwany Szpital podjął choćby próbę adekwatnego leczenia przeciwbólowego. W tym stanie uzasadnione jest zatem żądanie powoda zasądzenia z tego tytułu zadośćuczynienia, jednakże nie w wysokości żądanej przez powoda. Ustalając wysokość zadośćuczynienia należnego powodowi Sąd Apelacyjny miał na uwadze powyższe okoliczności, stan powoda w jakim doznawał tych dodatkowych cierpień, fakt iż cierpienia te nie wywołały stałych i trwałych konsekwencji oraz kompensacyjny charakter zadośćuczynienia. Miał też na uwadze, aby zadośćuczynienie to pozostawało w realnej proporcji

z zadośćuczynieniem uzyskanym przez powoda za uszkodzenie ciała skutkujące jego trwałym kalectwem. Uwzględniając te okoliczności Sąd Apelacyjny uznał, iż odpowiednią w rozumieniu art. 445 § 1 kc sumą i sprawiedliwą będzie kwota 50.000 zł i taką też kwotę zasądził na rzecz powoda zmieniając w tej części zaskarżony wyrok. Dalej idące żądania apelacji nie były uzasadnione, jako nadmiernie wygórowane.

Odsetki od tej kwoty sąd zasądził stosownie do art. 455 kc w zw. z art. 481 kc od daty wyrokowania przez sąd pierwszej instancji. W dniu rozprawy poprzedzającej wydanie wyroku pełnomocnik powoda dokonał modyfikacji żądania pozwu w obecności strony powodowej, stanowiącej wezwanie do zapłaty przedmiotowej kwoty. Natomiast okoliczności faktyczne dotyczące popieranego roszczenia były przedstawiane w toku całego procesu i znane stronie zobowiązanej. Pozwala to na uznanie, że w dacie wyroku sądu pierwszej instancji roszczenie było już wymagalne.

Nie można natomiast podzielić zarzutu naruszenia art. 444 § 2 kc. Ani w toku procesu, ani w samej apelacji skarżący nie wykazał, aby wyłącznie z przyczyny zakażenia oraz prowadzenia nieprawidłowo procesu leczenia przeciwbólowego wzrosły jego potrzeby, które nie zostały zaspokojone w toku postępowania w sprawie Sądu Okręgowego w Zamościu sygn. I C 151/09. Z tych też względów apelacja w części domagającej się zmiany wyroku i zasądzenia renty we wskazanej w apelacji kwocie nie zasługiwała na uwzględnienie.

Z przedstawionych względów Sąd Apelacyjny uznał wnioski apelacji za częściowo uzasadnione i na mocy art. 386 § 1 kpc zmienił zaskarżony wyrok w przedstawionym zakresie. Zaś apelację w pozostałej części jako bezzasadną Sąd Apelacyjny oddalił na mocy art. 385 kpc.

Na podstawie art. 102 kpc w zw. z art. 108 § 1 kpc Sąd Apelacyjny nie obciążył powoda kosztami postępowania apelacyjnego, mając na uwadze jego trudną sytuację osobistą oraz jego subiektywne przekonanie o trafności zarzutów wobec pozwanego Szpitala.