

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lipca 2015 roku

Sąd Okręgowy w Łodzi II Wydział Cywilny

w następującym składzie:

Przewodnicząca: Sędzia S.O. Sylwia Łopaczewska

Protokolant: st. sekr. sąd. Sylwia Nowakowska - Birke

po rozpoznaniu w dniu 2 lipca 2015 roku **w Łodzi**

na rozprawie

sprawy z powództwa W. G.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zadośćuczynienie w kwocie 125.000 zł.

- zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz W. G. kwotę 65.000 zł. (sześćdziesiąt pięć tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia, z ustawowymi odsetkami, w stosunku do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. od dnia 20 maja 2012r. do dnia zapłaty i w stosunku do (...) Spółki Akcyjnej w W. od dnia 1 sierpnia 2012r. do dnia zapłaty, w ten sposób, że każdy z pozwanych jest zobowiązany do zapłaty całej zasądzonej należności głównej, wraz z odsetkami od dnia 1 sierpnia 2012r. do dnia zapłaty, z tym, że zapłata dokonana przez jednego z nich zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty;
- oddala powództwo w pozostałej części;
- zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. na rzecz W. G. kwotę 152,84 zł. (sto pięćdziesiąt dwa złote osiemdziesiąt cztery grosze) tytułem zwrotu kosztów procesu;
- nie obciąża W. G. obowiązkiem zwrotu na rzecz (...) Spółki Akcyjnej w W. kosztów procesu;
- nakazuje pobrać od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i (...) Spółki Akcyjnej w W. solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 3.900,80 zł. (trzy tysiące dziewięćset złotych osiemdziesiąt groszy) tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych w zakresie uwzględnionej części powództwa;
- nakazuje ściągnąć od W. G. z zasądzonego w punkcie 1. (pierwszym) roszczenia na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 1.000,00 zł. (jeden tysiąc złotych) tytułem częściowego zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych w zakresie oddalonej części powództwa;
- nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 206,37 zł. (dwieście sześć złotych trzydzieści siedem groszy) tytułem zwrotu niewykorzystanych zaliczek na poczet wydatków uiszczonych : w dniu 24 lipca 2013r., zaksięgowanej pod pozycją 2411 130956, w dniu 17 października

2013r., zaksięgowanej pod pozycją 2411 131319 oraz w dniu 20 czerwca 2014r., zaksięgowanej pod pozycją 2411 140855.

Sygn. akt II C 1726/12

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 26 listopada 2012r., skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) w Ł. oraz (...) S.A. w W., powódka W. G. wniosła o zasądzenie od pozwanych in solidum kwoty 125.000 zł., tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 446 § 4 k.c., w związku ze śmiercią męża Z. G. (1), z ustawowymi odsetkami od dnia 20 maja 2012r. do dnia zapłaty wraz z kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego, według norm przepisanych. Jak wynika z uzasadnienia do pozwu, przyczyn śmierci męża powódka upatruje w złych warunkach sanitarnych pozwanego Szpitala, które doprowadziły do zakażenia miejsca operowanego, a w konsekwencji do wielonarządowej niewydolności w przebiegu posocznicy, skutkującej zgonem Z. G. /pозew – k. 3 – 8/.

Pozwany ad 1., w odpowiedzi na pozew z dnia 30 stycznia 2013r., wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W ocenie pozwanego Szpitala żądanie pozwu nie znajduje uzasadnienia tak co do zasady, jak i co do wysokości. Pozwany nie podzielił stanowiska zawartego w pozwie o złych warunkach sanitarnych panujących w Oddziale, na którym przebywał Z. G., wskazując, iż chorzy po przeszczepach przebywają w wydzielonej dla nich części odcinka pooperacyjnego, bez kontaktu z innymi chorymi. Zdaniem pozwanego ad 1. nie można również uznać, że zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy stwierdzonym u Z. G. zakażeniem u pozwanego a jego śmiercią. Pozwany wywodził, iż bezpośrednią przyczyną śmierci Z. G. była niewydolność wielonarządowa w przebiegu posocznicy gronkowcowej (...). W ocenie pozwanego z dużą dozą prawdopodobieństwa należy przyjąć, że do zakażenia tą bakterią doszło w Wojewódzkim Szpitalu (...) we W. w wyniku nieprawidłowego postępowania medycznego albo powstania szczepu odpornego na metycylinę w następstwie stosowania wielotygodniowej antybiotykoterapii. /odpowieź na pozew – k. 68 – 69/.

Pozwany ad 2. w odpowiedzi na pozew złożonej w dniu 4 lutego 2013r. także wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych. Pozwany ad 2. nie kwestionował zasady swej odpowiedzialności wobec powódki, a jedynie wysokość dochodzonego w pozwie roszczenia, które w ocenie pozwanego, należy uznać za wygórowane. Pozwany wskazał, iż wypłacił na rzecz powódki tytułem zadośćuczynienia kwotę 25.000 zł., mając na uwadze stan zdrowia Z. G. oraz zespół adekwatnych przyczyn prowadzących do jego śmierci. W ocenie pozwanego nie można pomijać faktu, że w związku z wykonanym przeszczepem chory miał farmakologicznie zmniejszoną odporność co implikowało gwałtowny rozwój infekcji. W ocenie pozwanego ad 2. powiązanie kazulane pomiędzy zgonem chorego a ewentualnymi zaniedbaniami ubezpieczonego Szpitala jest jedynie domniemane, a nadto brak jest możliwości jednoznacznego wskazania odpowiedzialnego podmiotu, gdyż chory hospitalizowany był w dwóch placówkach /odpowieź na pozew – k. 77 – 78/.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 19 marca 2011r. mąż powódki Z. G. (1) został przyjęty do Oddziału Klinicznego (...) Ogólnej i Transplantacyjnej pozwanego (...) Szpitala (...) im. N. B. w Ł. celem dokonania przeszczepu nerki z powodu schyłkowej niewydolności nerek. Po transplantacji zastosowano leczenie immunosupresyjne /N., C.-cept, M./.

W dniu 22 marca 2011 r. Z. G. został przeniesiony do Kliniki (...), H. i Transplantologii N.. W dniach od 25 do 27 marca 2011r. chory przebywał w Oddziale Klinicznym (...) Ogólnej i Transplantacyjnej pozwanego szpitala, gdzie w dniu 25 marca 2011r. zastosowano leczenie w postaci ewakuacji krwiaka okolicy nerki przeszczepionej. Po tym zabiegu Z. G. został ponownie przeniesiony w dniu 27 marca 2011r. do Kliniki (...) /karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 19 do 22.03.2011r. oraz za okres od 25. do 27.03.2011r. – k. 25 – 25 odw., k. 24 /.

Według Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego w Oddziale Klinicznym Nefrologii, H. i Transplantologii N. Z. G. przebywał od 27 marca do 16 kwietnia 2011r. Nastąpiła pomyłka w dacie przyjęcia do Oddziału. Przy przyjęciu do w.w. Oddziału u Z. G. rozpoznano: podejrzenie nieszczelności zespolenia pęcherzowo-moczowodowego; Transplantacja nerek; Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek; Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej; Schyłkowa niewydolność nerek; Inne nieokreślone niedokrwistości. W dniu 6 kwietnia 2011r., ze względu na brak czynności nerki przeszczepionej wykonano, biopsję nerki /karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 27 marca do 16.04.2011r. – k. 32 – 41, epikryza – k. 28/.

Z powodu podejrzenia nieszczelności połączenia moczowodowo - pęcherzowego oraz zakażenia układu moczowego Z. G. został przeniesiony do Kliniki (...). W Klinice tej Z. G. przebywał od 16 do 17 kwietnia 2011 r. Postawiono następujące rozpoznania: Niewydolność krążeniowa i oddechowa; Zakażenie okolicy nerki przeszczepionej; Zakażenie układu moczowego; Obustronne zapalenie płuc; Brak czynności graftu; Stan po przeszczepieniu nerki. /karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 16. Do 17.04.2011r. – k. 27/.

Przy przyjęciu do Oddziału Chirurgicznego, w celu wycięcia przeszczepionej nerki, Z. G. był w złym stanie psychicznym. Zakażenie było w tym momencie aktywne.

Przeprowadzono standardowe, rutynowe postępowanie w celu znalezienia przyczyny zakażenia. Przynajmniej dwie wyhodowane bakterie były patogenami i wymagały bezwzględnego leczenia /zeznania świadka J. S. – protokół rozprawy z dnia 26.06.2014r. – k. 885, czas nagrania – 00:18:12/.

Choremu wycięto przeszczepioną nerkę i przeniesiono do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. /karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 16. do 17.04.2011r. – k. 27/.

Na leczeniu w w.w. Oddziale Z. G. przebywał w okresie od 17 do 19 kwietnia 2011 r. Postawiono rozpoznania: Stan po usunięciu nerek przeszczepionej; Niewydolność krążenia; Schyłkowa niewydolność nerek; (...). W czasie leczenia uzyskano spadek wskaźników stanu zapalnego i na prośbę chorego przeniesiono go do K. (...) Ogólnej i Transplantacyjnej. /karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 17. do 19.04.2011r. – k. 29/.

W Oddziale tym Z. G. przebywał od 19 kwietnia do 12 maja 2011 r. Postawiono rozpoznania: Infekcja w ranie pooperacyjnej; Schyłkowa niewydolność nerek; Stan po przeszczepieniu nerki, a następnie graftektomii; Nadciśnienie tętnicze; Zaburzenia adaptacyjne typ depresyjny. W wyniku leczenia w Oddziale uzyskano poprawę ogólnego stanu chorego, normalizację markerów stanu zapalnego i zakwalifikowano go do programu hemodializ. /karta informacyjna z leczenia szpitalnego za okres od 19.04. do 12.05.2011r. – k. 30 – 30 odw./.

Powódka nie była obecna w szpitalu w czasie zabiegu, przyjechała do męża trzy dni później. Z. G. był wtedy po drugiej operacji, był bardzo wystraszony, zdezorientowany. Tłumaczył, że miał drugą operację, ale dokładnie nie wiedział dlaczego. Powódka przyjechała do szpitala w godzinach popołudniowych, około godz. 13.00-14.00 i do wieczora nie udało jej się spotkać żadnego lekarza i uzyskać informacji na temat stanu zdrowia męża. W rozmowach telefonicznych z powódką chory skarżył się, że bardzo źle się czuje, że wszystko go boli. Lekarze twierdzili, że tak ma być. Gdy powódka odwiedziła męża w dwa tygodnie po operacji, nie wstawał już z łóżka. Prof. S. powiedział powódce, że przeszczep nie przyjął się i że jest mu przykro. Rozmowa miała miejsce już po wykonanej biopsji, jeszcze przed usunięciem przeszczepionej nerki. Mąż powódki prosił ją, by zabrała go do szpitala we W.. Prof. S. początkowo nie wyrażał zgody na transport chorego z uwagi na jego zły stan ostatecznie jednak po ustaleniach ze szpitalem we W. w dniu 12 maja 2011 r. przewieziono męża powódki do Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. do Oddziału Nefrologii celem dalszego leczenia. W momencie przewiezienia do W., Z. G. był w bardzo ciężkim stanie, był jednak przytomny, odczuwał duszności, nie był w stanie wstać z łóżka, tracił przytomność, z czasem pojawiły się napady padaczkowe i majaczenia. /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 267 - 269, czas nagrania – 00:06:02 w zw. z k. 953, zeznania świadka K. S. - protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 276, 277, czas nagrania – 02:07:23, 02:12:34 /.

We (...) szpitalu Z. G. był leczony od 12 maja do 30 sierpnia 2011 r. (błąd w dacie). Rozpoznanie ustalono w czasie leczenia to: Schyłkowa niewydolność nerek; H.; Posocznica wywołana przez inne określone gronkowce; Niewydolność oddechowa; Z. 28 sierpnia 2011r.; Rozejście rany pooperacyjnej; Zakażenie rany pooperacyjnej; Zapalenie jelit wywołane przez toksynę C. difficile; Nadciśnienie tętnicze; Niewydolność serca; P.; Plastyka powłok brzucha /30.06.2011 r./; Stan po przeszczepieniu nerki; Ciężkie powikłania infekcyjne /zakażenie rany pooperacyjnej/; Stan po graftektomii. /karta informacyjna – k. 42 – 48 odw., dokumentacja leczenia Z. G. w Wojewódzkim Szpitalu (...) we W. – 302 - 829/.

Problemy zdrowotne Z. G. zaczęły się w 2006 roku, kiedy zdiagnozowano u niego niewydolność jednej nerki, potem obu. Przez 5,5 roku poddawany był co drugi dzień dializie. Od początku diagnozy został zakwalifikowany do przeszczepu, zgodził się na przeszczep, bardzo chciał poprawić sobie komfort życia. Konieczność dializowania bardzo dezorganizowała jego życie ponieważ wiązała się z nieobecnością w domu praktycznie przez trzy dni w tygodniu /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 267 – 269, czas nagrania – 00:06:02 w zw. z k. 953, zeznania świadka K. S. - protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 276, 277, czas nagrania – 02:07:23, 02:12:34 /.

W przypadku Z. G. nie było bezwzględnych przeciwwskazań do przeszczepu, zaś wskazaniem do przeszczepu była krańcowego stopnia niewydolność obu nerek. Gdyby nie przeszczep, chory musiałby być w dalszym ciągu dializowany. Przeszczep wydłuża życie znacznie i poprawia jego komfort. /zeznania świadka J. S. – protokół rozprawy z dnia 26.06.2014r. – k. 885, czas nagrania – 00:11:12/.

Nerka do przeszczepu pochodziła od martwego dawcy, została pobrana w pozwanym Szpitalu. U Z. G. zachodziła zgodność tkankowa z dawcą, po wykonanej próbie krzyżowej dawcy i biorcy nie stwierdzono reakcji immunologicznej. /zeznania świadka J. S. – protokół rozprawy z dnia 26.06.2014r. – k. 885, czas nagrania – 00:11:12/.

Szanse pacjenta na przyjęcie się przeszczepu są trudne do określenia, na pewno muszą być oceniane na wysokie, bowiem potencjalna korzyść przeszczepu musi być większa niż ryzyko. Jeżeli przed zabiegiem przeszczepu u pacjenta występują jakiegokolwiek cechy aktywnej infekcji, taki chory wykluczany jest z przeszczepu /zeznania świadka J. S. – protokół rozprawy z dnia 26.06.2014r. – k. 885, czas nagrania – 00:11:12, zeznania świadka P. H. – protokół rozprawy z dnia 07.10.2014r. – k. 889, czas nagrania – 00:17:46/.

U Z. G. nie doszło do odrzucenia przeszczepu tylko do zakażenia rany pooperacyjnej bakteriami A. baumani i E. faecium. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 123, wynik badania mikrobiologicznego – k. 50/. Wyzolowane szczepy bakterii od chorego są alertpatogenami i można je zakwalifikować jako tzw. szczepy szpitalne ze względu na ich antybiotykooporność. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 124/.

U zmarłego wyhodowano szczep wielolekooporny, bakterie były wrażliwe jedynie na colistin i tigecyclinę. Powyższe świadczy o tym, że nie był to szczep "dziki", tj. taki który kolonizuje błony śluzowe lub skórę człowieka. Ta cecha z kolei przemawia za przyjęciem, że źródłem tych bakterii jest środowisko szpitalne. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – protokół rozprawy z dnia 20.05.2014r. – k. 299, czas nagrania – 00:03:57/.

Miejsce operowane obejmuje: okolicę nacięcia, narząd lub jamę/przestrzeń, które zostały naruszone w trakcie trwania zabiegu operacyjnego. Powierzchnowe zakażenie miejsca nacięcia jest to zakażenie, które rozwinęło się w okresie do 30 dni od zabiegu operacyjnego, a stan zapalny obejmuje tylko skórę lub tkankę podskórną w okolicy nacięcia, oraz powinien być spełniony co najmniej jeden z poniższych warunków: 1/ występuje wyciek ropny w miejscu nacięcia; 2/ wyizolowano drobnoustroj z miejsca nacięcia w posiewie pobranym w warunkach aseptycznych; 3/ występuje co najmniej jeden z objawów klinicznych w okolicy rany: ból, tkliwość uciskowa, obrzęk, zaczerwienienie, zwiększone ucieplenie, a lekarz otworzył ranę podejrzewając zakażenie; 4/ rozpoznanie zostało postawione przez lekarza zgodnie z jego doświadczeniem. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 904/.

Głębokie zakażenie miejsca nacięcia to zakażenie, które rozwinęło się w okresie do 30 dni od zabiegu chirurgicznego, jeśli nie stosowano sztucznych materiałów do implantacji lub w okresie do 1 roku, jeżeli wszczepiono implant i wszczep jest nadal utrzymywany. Stan zapalny dotyczy głębiej położonych tkanek miękkich w okolicy nacięcia - powięzi, mięśni, oraz powinien być spełniony co najmniej jeden z poniższych warunków: 1/ występuje ropny wyciek z głębszych warstw okolicy nacięcia; 2/ doszło do samoistnego otwarcia głębszych warstw rany albo lekarz świadomie otworzył ranę oraz występuje co najmniej jeden z następujących objawów: gorączka >38 °C, ból, tkliwość uciskowa; 3/ stwierdza się obecność ropnia w badaniu przedmiotowym albo podczas reoperacji albo w badaniu histopatologicznym lub badaniu radiologicznym; 4/ rozpoznanie zostało postawione przez lekarza. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. wraz z ustną opinią uzupełniającą – k. 904 – 905, protokół rozprawy z dnia 20.05.2014r. – k. 299, czas nagrania – 00:26:27/.

Zakażenie narządu lub jamy ciała i przestrzeni to zakażenie, które rozwinęło się w okresie do 30 dni od zabiegu chirurgicznego, jeśli nie stosowano sztucznych materiałów do implantacji lub w okresie do 1 roku, jeżeli wszczepiono implant. Stan zapalny może dotyczyć każdego narządu lub jamy/przestrzeni otwieranych lub naruszanych podczas zabiegu operacyjnego z wyjątkiem skóry, tkanki podskórnej, powięzi i mięśni w okolicy nacięcia, oraz powinien być spełniony co najmniej jeden z poniższych warunków: 1/ występuje wyciek ropny z drenu umieszczonego w narządzie lub jamie/przestrzeni lub poprzez niezależny kanał; 2/ wyizolowano drobnoustroj z posiewu pobranego w warunkach aseptycznych bezpośrednio z narządu lub jamy; 3/ stwierdza się obecność ropnia lub innych objawów stanu zapalnego w badaniu przedmiotowym lub podczas reoperacji lub w badaniu histopatologicznym lub w badaniu radiologicznym; 4/ rozpoznanie zostało postawione przez lekarza. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 905/.

Objawy zakażenia u Z. G. rozwinęły się bezpośrednio po operacji przeszczepu, co pozwala na stwierdzenie, że do zakażenia doszło podczas operacji, więc zgodnie z definicją jest to zakażenie szpitalne. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – protokół rozprawy z dnia 20.05.2014r. – k. 299, czas nagrania – 00:47:40/.

Zgodnie z wyżej zacytowaną definicją zakażenia szpitalnego do głębokiego zakażenia doszło w pozwanym Szpitalu, w czasie operacji wszczepienia nerki. Bakterie, które wyhodowano z rany pooperacyjnej można nazwać szczepami szpitalnymi ze względu na antybiotykooporność. Powstałe bakteryjne zakażenie miejsca operowanego wpłynęło na pogorszenia stanu zdrowia Z. G.. Stan zdrowia Z. G. (1) był bardzo poważny – wystąpiła niewydolność krążenia i oddychania oraz uogólniona reakcja zapalna (...). Zakażenie chorego pozostało w związku przyczynowym z jego śmiercią, ponieważ nie udało się go wyleczyć pomimo dołożenia wszelkich możliwych starań. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 124, 905 - 906/.

Do zakażenia chorego doszło w pozwanej placówce opieki zdrowotnej. Rozpoznanie zakażenia miejsca operowanego postawiono w pozwanym Szpitalu. Zakażenie miejsca operowanego ma związek z wykonaną operacją przeszczepienia nerki. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w czasie operacji. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 123/.

Najistotniejszy jest wynik badania pobrany z rany po drenie operacyjnym w dniu przyjęcia do Oddziału Nefrologii Szpitala we W., ponieważ wyhodowane drobnoustroje najprawdopodobniej odpowiadają za zakażenie miejsca operowanego. Wyhodowano z tego wymazu następujące drobnoustroje: P. aeruginosa, który był oporny na P./T., C., C., był średniowrażliwy na M., wrażliwy był na M. i C.. E. faecium wyhodowany szczep był szczepem opornym na wankomycynę ((...)). A. baumani szczep wrażliwy jedynie na C.. W trakcie leczenia, oprócz chirurgicznego oczyszczania rany operacyjnej i leczenia miejscowego, stosowano antybiotykoterapię celowaną. Na uwagę zasługuje fakt stosowania polityki antybiotykowej w Szpitalu we W.. Każdorazowe zastosowanie antybiotyku oprócz standardowych wpisów w karcie zleceń jest dodatkowo uzasadnione wnioskiem o wydanie antybiotyku spoza listy antybiotyków podstawowych wraz z określeniem ilości leku i czasu jego podawania oraz poparte jest wynikiem

badania mikrobiologicznego wraz z antybiogramem. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 902 – 903/.

Zakażenie to miało istotny wpływ na późniejsze powikłania, skutkujące koniecznością usunięcia przeszczepionego narządu. Przeszczepiona nerka była zgodna, dobrana prawidłowo, zatem gdyby nie doszło do zakażenia, byłyby szanse na przyjęcie się przeszczepu. Prawdopodobieństwo przyjęcia się przeszczepu było duże, decydując o przeszczepie nie podejmuje się ryzyka większego od spodziewanych korzyści. Po udanej transplantacji mąż powódki wróciłby do zdrowia, choć wymagałby leczenia immunosupresyjnego do końca życia. Zdarzają się przypadki odrzucenia przeszczepu bez objawów zakażenia, zarówno w okresie wczesnym po transplantacji, jak i w okresie późnym co nie oznacza, że muszą się one kończyć zakażeniem. Przeszczepiona nerka wtedy obumiera i należy ją usunąć. Pacjent w takim wypadku wymaga leczenia nerkozastępczego przez hemodializy. Po przebytej raz immunosupresji, chory jest gorszym kandydatem do ponownego przeszczepu, ale co do zasady nie dyskwalifikuje go to do kolejnej próby leczenia przeszczepem. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – protokół rozprawy z dnia 20.05.2014r. – k. 299, czas nagrania – 00:03:57/.

Leczenie lekami immunosupresyjnymi zwiększa ryzyko zakażenia. Z. G. nie był poddawany przewlekłej immunosupresji. Była to immunosupresja w okresie wstępnym - czyli ostra, mająca uchronić nerkę przed odrzuceniem przeszczepu bezpośrednio po operacji i wtedy jest ona bardziej obciążająca, agresywna dla pacjenta i bardziej obciąża układ odpornościowy, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia infekcji. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – protokół rozprawy z dnia 20.05.2014r. – k. 299, czas nagrania – 00:03:57/.

Piśmiennictwo poświęcone powikłaniom w transplantologii nerek wymienia dwa najczęstsze powody zakażeń: są to zakażenia przeniesione od dawcy lub spowodowane własną florą bakteryjną biorcy. Jednakże ze względu na charakter zakażenia, które rozwinęło się u Z. G. bardziej prawdopodobne jest, że zakażenie to jest spowodowane innymi przyczynami niż wyżej wymienione. Nerka od dawcy jest poddana odpowiedniej preparatyce a dawca przebadany na okoliczność możliwości przeniesienia zakażenia na biorcę narządu. W przypadku zakażenia własną florą jelitową biorcy narządu najczęściej jest to E. coli. W przypadku Z. G. wyhodowanym drobnoustrojem z rany była bakteria A. baumani - badanie z dnia 12.04.2011 r. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 903 - 904/.

Każda operacja jest zabiegiem podwyższonego ryzyka. W przypadku Z. G. ryzyko zakażenia było większe z tego powodu, że nerka nie pochodziła od dawcy rodzinnego ani od dawcy żywego, tylko od zmarłego. Zwiększone ryzyko zakażenia w przypadku tego typu transplantacji wynika też ze specyfiki anatomicznej organu jakim jest nerka, która usytuowana jest zewnątrzotrzewnowo i otrzewna nie chroni narządu. Specyfika tego narządu sprawia, że procent zakażeń po przeszczepie nerki jest częstszy niż po innych przeszczepach np. kardiochirurgicznych. Nerka przeszczepiona znajduje się w miednicy, niedaleko pęcherza moczowego. Moczowód jest krótki, ma 5-6 cm długości, choć normalnie fizjologicznie ma 25 cm. To pięciokrotne skrócenie dystansu między pęcherzem moczowym a nerką zwiększa ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego, na skutek cewnikowania pacjenta po przeszczepie. Zwiększa to ryzyko zainfekowania nerki. Wcześniejsza infekcja układu moczowego, tj. przed przeszczepem jest wykluczona, pacjent kwalifikowany do operacji musi zostać przebadany, ujawnienie infekcji wyklucza pacjenta z przeszczepu /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – protokół rozprawy z dnia 20.05.2014r. – k. 299, czas nagrania – 00:12:08, 00:26:27, 00:47:40 /.

W trakcie kwalifikacji do transplantacji podejmowana jest profilaktyka zapobiegania zakażeniu. Pacjent musi być wolny od zakażenia przed transplantacją. W momencie dokonywania przeszczepu nerki Z. G. był zakwalifikowany prawidłowo do zabiegu, był wolny od zakażenia. Jego wydolność fizyczna pozwalała na umiarkowaną aktywność społeczną i fizyczną. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 934/.

Zakażenie, które wystąpiło u Z. G., zakwalifikowane przez Szpital jako zakładowe, było leczone prawidłowo, ale pozostaje w bezpośrednim, normalnym związku przyczynowym ze śmiercią pacjenta, bo nie został on wyleczony

z tego zakażenia. Dlatego bezpośrednią przyczyną śmierci była sepsa gronkowcowa nieokreślona. Do sepsy doszło w efekcie zakażenia. Sepsa to tzw. uogólnione zakażenie. Na skutek zakażenia miejsca operowanego doszło do zakażenia uogólnionego w przebiegu którego pacjent zmarł. Zakażenie miejsca operowanego zwiększyło ryzyko niepowodzenia leczenia na tyle, że to leczenie zakończyło się śmiercią pacjenta. Zdarza się to w 1% przypadków. Przyczyn niepowodzeń transplantacji jest wiele. W przypadku Z. G. ewidentnie doszło do zakażenia, którego leczenie zakończyło się niepowodzeniem tj. śmiercią chorego. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 934/.

Wprawdzie u pacjentów po przeszczepie infekcje zdarzają się często, jednak po podaniu antybiotyków i dzięki własnej odporności, daje się je zwalczyć. Jedynym wskazaniem do wycięcia przeszczepionej nerki u męża powódki, było usunięcie ciała obcego i zakończenie immunosupresji z powodu zakażenia. Badanie histopatologiczne wyciętej nerki nie wykazało cech martwicy. Nerka pacjenta była żywa. Gdyby nie infekcja, nerka podjęłaby pracę. Podanie antybiotyków u Z. G. nie przyniosło oczekiwanej poprawy stanu ogólnego. /zeznania świadka J. S. – protokół rozprawy z dnia 26.06.2014r. – k. 885, czas nagrania – 00:38:17/.

Przeżywalność pacjentów dializowanych, w związku z postępowaniem dializoterapii, jest coraz większa, sięga kilkunastu lat. Komfort życia takiego pacjenta jest ograniczony, w związku z koniecznością wykonywania dializ. Po transplantacji nerki pacjenci wracają do normalnej aktywności życiowej, choć występują ograniczenia w postaci konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych, najczęściej do końca życia. Według najnowszych badań nerka przeszczepiona „żyje” około 12-15 lat. Po tym okresie pacjenta ponownie się dializuje i „czeka” na kolejnego dawcę. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – k. 934/.

Podstawowym działaniem szpitala jest aseptyka i antyseptyka. W trakcie operacji stosuje się sterylne materiały, obłożenie pola operacyjnego, dezynfekcję pola operacyjnego by zabezpieczyć pacjenta przed wniknięciem drobnoustrojów do pola operacyjnego. Statystycznie w 70 % przypadków odpowiedzialność za zakażenia ponosi personel szpitala. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu epidemiologii M. K. – protokół rozprawy z dnia 20.05.2014r. – k. 299, czas nagrania – 00:12:08, 00:26:27, 00:47:40 /.

Po przeszczepie pacjenci pozwanego Szpitala są umieszczani w Oddziale Pooperacyjnym w wydzielonej sali, z własnym węzłem sanitarnym. Na taką salę co do zasady, wstęp ma tylko personel, ale nie ma zakazu odwiedzin. Pacjenta mogą odwiedzać osoby bliskie, po uprzednim umyciu rąk, włożeniu fartucha ochronnego i obuwia ochronnego. Zdarzało się, że w pozwanym Szpitalu pacjenci leżeli na korytarzu, ale nie na odcinku pooperacyjnym. W Oddziale Pooperacyjnym przebywają też osoby po innych operacjach chirurgicznych, przy czym chorzy po przeszczepach umieszczani są na oddzielnych salach przeszczepowych z oddzielnym węzłem sanitarnym, są to sale dwuosobowe. W Oddziale Chirurgii zwykle pacjent przebywa 4 – 5 dni, następnie przenoszony jest do Oddziału Nefrologii. Standardowo po 2-3 tygodniach chorzy mają usuwany cewnik szynujący, co ma miejsce w Oddziale Chirurgii. Jest to krótki zabieg, po dwóch godzinach obserwacji chory wraca do Oddziału Nefrologii lub jest wypisywany do domu. /zeznania świadka J. S. – protokół rozprawy z dnia 26.06.2014r. – k. 885, czas nagrania – 00:18:12, zeznania świadka P. H. – protokół rozprawy z dnia 07.10.2014r. – k. 889, czas nagrania – 00:20:22/.

W wyniku przeprowadzonej w dniu 26 listopada 2011r. w pozwanym szpitalu kontroli sanitarnej stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku pomieszczenia lub miejsca do przechowywania sprzętu do sprzątnia, pojemników na odpady medyczne i brudną bieliznę, tj. uchybienia naruszające przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej /protokół kontroli (...) z dnia 26.11.2011r. – k. 100 – 103/.

Na podstawie przeprowadzonego badania psychologicznego u powódki można stwierdzić: wzmożone reakcje emocjonalne z objawami lękowo – depresyjnymi powstałe na skutek przeżytej traumy, jaką było cierpienie męża oraz jego śmierć. Reakcje nasilają się w sytuacjach związanych z życiem rodzinnym, w których powinien znaleźć się zmarły mąż. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143/.

Strata męża wpłynęła na stan psychiczny powódki. Wywołała silne reakcje emocjonalne, najczęściej występujące w takiej sytuacji: poczucie bezradności, apatię, dezorganizację zachowania, chwiejność nastroju, lęk przed przyszłością. Zmieniła także dotychczasowe cele życiowe, zdezorganizowała codzienną aktywność (obniżyła jakość życia). /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143 odw./.

Reakcja żałoby u powódki nadal trwa. Utrzymuje się poczucie krzywdy, bólu i cierpienia po śmierci męża. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji w których „powinien być mąż”. Powódka nie jest w stanie kontrolować emocji w sytuacjach wyżej wymienionych, bardzo często płacze. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143 odw./.

Rozmiar cierpień psychicznych po śmierci męża był i nadal jest duży. Powódka była z mężem bardzo związana emocjonalnie, przeżyli ze sobą wiele lat, mieli nadal wspólne cele. Jego śmierć zmieniła jej życie.

Po śmierci męża wystąpiły u powódki (nadal się utrzymują) objawy depresyjne. Strata tak bliskiej osoby w tym wieku jest szczególnie traumatyczna, gdyż traci się większość planów życiowych, których perspektywa czasowa jest ograniczona. Powódka była skoncentrowana na życiu rodzinnym, miała w mężu największe oparcie, mogła na niego liczyć w trudnych sytuacjach. Obecnie boi się przyszłości, ma obawy, że sama nie będzie w stanie utrzymać domu, który wspólnie zbudowali. Po jego śmierci nastąpiło osłabienie jej aktywności życiowej. Powódka unika kontaktów społecznych, nie podejmuje samodzielnych działań, nie planuje swojej przyszłości. Utrzymuje kontakt z osobami najbliższymi a w zasadzie najbliżsi utrzymują kontakt z nią. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143 odw./.

Rokowania na przyszłość są umiarkowanie pozytywne. Procesy adaptacyjne w miarę upływu czasu samoistnie łagodzą reakcje emocjonalne. Jeżeli powódka będzie chętna do współpracy w terapii, będzie systematycznie w niej uczestniczyła, przyjmowała leki, to skróci czas powrotu do lepszego stanu psychicznego. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143 odw./.

Jest oczywistością, że człowiek po tego typu stracie wymaga wsparcia emocjonalnego ze strony osób bliskich i tak było także w przypadku powódki. Trudno jest określić "zakres" wsparcia emocjonalnego gdyż nie ma określonej do tego miary. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143 odw./.

Obecnie powódka nadal wymaga terapii psychologicznej i leczenia farmakologicznego. Dostępność do leczenia psychiatrycznego jest dość dobra w ramach świadczeń z NFZ. Jeżeli powódka będzie potrzebowała tego typu pomocy to ją otrzyma. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143 odw./.

Nagła śmierć brata powódki, w okresie trzech miesięcy od śmierci męża, miała niewątpliwie wpływ na jej stan psychiczny, szczególnie bezpośrednio po jego śmierci. Jednak w miarę upływu czasu reakcje emocjonalne, związane ze śmiercią brata ustąpiły, gdyż brat nie był osobą z którą powódka przebywała na co dzień. Także relacje z bratem są zawsze inne niż relacje z mężem, z którym tworzy się plany na przyszłość i organizuje życie codzienne. Nie można wiązać reakcji żałoby po stracie brata z reakcją żałoby po stracie męża.

Stwierdzone, w trakcie przeprowadzonego badania W. G., wysokie wartości skal neurotycznych są konsekwencją sytuacji, w jakiej powódka znalazła się po stracie męża. Jest to związane z reakcją żałoby /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu psychologii L. S. – k. 143 odw./.

Z punktu widzenia psychiatry u powódki stwierdza się zaburzenia adaptacyjne. Przyczyną zaburzeń depresyjnych powódki jest śmierć męża. Zaburzenia emocjonalne powódki stanowią główną składową jej zaburzeń adaptacyjnych. Zaburzenia adaptacyjne występowały jako reakcja żałoby i utrzymują się w postaci reakcji depresyjnej przedłużonej. Aktywność powódki uległa obniżeniu w związku z występującymi u niej objawami depresyjnymi wywołanymi śmiercią męża. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychiatrii L. G. – k. 162/.

Z punktu widzenia psychiatry długotrwały uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 7,5 %. Istnieje potrzeba kontynuowania przez powódkę leczenia psychiatrycznego – przyjmowania leków przeciwdepresyjnych i

psychoterapii. Rokowanie co do ustąpienia objawów depresyjnych u powódki jest dobre. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychiatrii L. G. – k. 162/.

U powódki utrzymują się objawy zespołu depresyjnego do chwili obecnej. W występującym zespole depresyjnym pojawiają się codzienne reminiscencje dotyczące śmierci męża. Śmierć męża była sytuacją silnie traumatyzującą. Małżeństwo trwało 25 lat. Powódka była związana z mężem uczuciowo i materialnie, a także wspólnym rytmem życia.

Kolejne sytuacje traumatyzujące u pacjentów /w przypadku powódki śmierć brata/ mogą być odczuwane przez krótki czas po ich zaistnieniu a mogą również nie wywierać żadnego wpływu na stan psychiczny wobec współistnienia silniejszych od nich bodźców traumatyzujących. Silniejszym bodźcem traumatyzującym, utrzymującym się do chwili obecnej jest śmierć męża, poczucie osamotnienia i doznanej krzywdy. /pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu psychiatrii L. G. – k. 210/.

Małżeństwo powódki z Z. G. (1) trwało 25 lat i układało się bardzo zgodnie. Z. G. był dobrym i pogodnym człowiekiem. Pobierając się z Z. G. powódka miała dziewięcioletniego syna z pierwszego małżeństwa, z którym zmarły miał bardzo dobre relacje. Z. G. miał córkę z pierwszego małżeństwa, z którą w zasadzie nie utrzymywał kontaktu /mieszkała z matką we W./ . /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 266, czas nagrania – 00:06:02 w zw. z k. 953, zeznania świadka J. S. - protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 270, czas nagrania – 01:17:04/.

Powódka była obecna przy śmierci męża, który praktycznie zmarł jej „na rękach”. Po jego śmierci zemdląła. Do końca nie dopuszczała do siebie myśli że mąż umrze, nie traciła nadziei na jego wyzdrowienie, kiedy odszedł, załamała się. Wiosną 2012r. powódka podjęła leczenie psychiatryczne, lekarz stwierdził u niej zaawansowaną depresję po śmierci męża, przepisał leki uspokajające, które powódka zażywa do chwili obecnej; czuje się po nich osłabiona, chwiejna, śpiąca. /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 267 - 269, czas nagrania – 00:06:02 w zw. z k. 953, zeznania świadka K. S. - protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 276, 277, czas nagrania – 02:07:23, 02:12:34 /.

Po śmierci męża powódkę wspierała najbliższa rodzina, syn, synowa wnuczka i siostra. Powódka obecnie mieszka sama, w domu, który wspólnie z mężem wybudowali, w sąsiedztwie syna, który pomaga jej w codziennym funkcjonowaniu : rąbie drewno na opał, wnosi węgiel do komórki. Utrzymuje się z renty po mężu. W momencie śmierci męża nie pracowała, była bezrobotna, czasami dorabiała dorywczo szyciem i gotowaniem na przyjęciach okolicznościowych. W tej chwili nie jest w stanie nic robić z uwagi na złe samopoczucie. Powódka spotyka się tylko z najbliższą rodziną tj. z synem i jego rodziną oraz siostrą. Poza rodziną nie utrzymuje kontaktów towarzyskich. Przed śmiercią męża była osobą towarzyską, wesołą, komunikatywną, dobrze zorganizowaną. Obecnie straciła chęć do życia, często płacze, codziennie wpatruje się w zdjęcie męża, nie jest w stanie pozbyć się jego rzeczy, wszystkie przedmioty osobiste męża pozostały w domu. Powódka wciąż analizuje dokumentację leczenia męża, nie potrafi zająć się pracą, jest obojętna na życie. /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 270 w zw. z k. 953, czas nagrania – 00:48:19, 00:52:25, zeznania świadka J. S. - protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 270, czas nagrania – 02:03:06, 01:45:08, zeznania świadka K. S. - protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 277, czas nagrania – 02:23:16, 02:27:41/.

W. G. codziennie odwiedza grób męża pokonując każdego dnia 5 km na cmentarz. Czasem chodzi pieszo, czasem jeździ rowerem. Powódka nadal czuje jego zapach na ubraniach. Zmarły mąż był dla powódki najbliższą osobą. Małżonkowie bardzo się kochali. Powódka czuła się przy mężu bezpieczna, gdy została sama utraciła poczucie bezpieczeństwa, które dawał jej mąż. Przed chorobą męża, małżonkowie jeździli latem nad morze, razem jeździli na rowerach. Po udanym przeszczepie małżonkowie planowali wyjechać z wnuczką powódki w góry. /informacyjne wyjaśnienia powódki poparte jej zeznaniami – protokół rozprawy z dnia 01.04.2014r. – k. 270 - 271, czas nagrania – 01:01:02, 01:07:08 w zw. z k. 953/.

Pismem z dnia 16 marca 2012r. powódka zgłosiła swoje roszczenia pozwanemu ad 1. domagając się zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł. Pozwany ad 1. odmówił przyjęcia odpowiedzialności za szkodę w piśmie z dnia 10 kwietnia 2012r., a następnie wskazał zakład ubezpieczeń, w którym posiadał polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Pismem datowanym na dzień 11 kwietnia 2012r. pozwany (...) Nr 1 im. N. B. w Ł. przekazał zgłoszenie szkody dokonane przez powódkę pozwanemu ubezpieczycielowi, powołując się na polisę Nr (...).

W dniu 17 lipca 2012r., na zlecenie (...) S.A., została sporządzona opinia na okoliczność przesłanek odpowiedzialności (...) Nr 1 im. N. B. w Ł. za krzywdę doznaną przez W. G. wskutek śmierci męża, w myśl której, zakażenie rany pooperacyjnej Z. G. (1) spełnia kryteria zakażenia miejsca operowanego; Bakteria oporna na większość antybiotyków, była najpewniej szczepem szpitalnym; Zarzucany, zły stan sanitarny oddziałów w ubezpieczonej placówce, znajduje potwierdzenie w wynikach kontroli sanitarno-epidemiologicznej przeprowadzonej w końcu 2010r.; Nie można jednoznacznie stwierdzić, że infekcja była przyczyną upośledzenia funkcji przeszczepu, możliwe jest jednak, że mogła się do tego przyczynić.

Pozwany ad 2., decyzją z dnia 6 sierpnia 2012r., przyjął odpowiedzialność za śmierć Z. G. i dokonał wypłaty na rzecz powódki kwoty 25.000 zł. tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 446 par.4 k.c. /zgłoszenie szkody z dnia 16.03.2012r. – k. 21 – 21 odw., pismo (...) z dnia 10.04.2012r. – k. 22, pismo pozwanego ad 1 z dnia 11.04.2012r. – k. 23, opinia sporządzona w toku postępowania likwidacyjnego k.18; decyzja (...) SA z dnia 06.08.2012r. – k. 19 – 19 odw., polisa – k. 74/.

Pozwany ad 1. był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej z pozwany ad 2. za okres od 1 lutego 2011r. do 31 stycznia 2012r. /niesporne/

Dokonując przytoczonych ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, z zeznań zgłoszonych świadków, nie budzących wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i przez strony nie kwestionowanych, oraz z przesłuchania powódki, a także z opinii biegłych sądowych, które w pełni wyjaśniły konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Nie ulega wątpliwości, że dowód z opinii biegłych podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c.- na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64). Złożone w rozpoznawanej sprawie opinie biegłych sądowych sporządzone przez lekarzy specjalistów w swoich dziedzinach, odznaczają się pełną przydatnością dowodową w świetle powołanych kryteriów, zaś wszystkie, zgłaszane przez strony wątpliwości i zastrzeżenia do wniosków opinii, zostały wyczerpująco wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Tym samym powołane opinie złożone w sprawie należało uznać za w pełni miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia.

Sąd pominął zeznania świadka M. N., jako nie wnoszące niczego istotnego do rozstrzygnięcia sprawy, wobec oświadczenia świadka, że nie pamięta przypadku pacjenta Z. G..

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo okazało się usprawiedliwione co do zasady, aczkolwiek nie w całości co do wysokości.

Podstawę przypisania odpowiedzialności pozwanemu ad 2. należy wywieść z przepisu art. 822 i nast. k.c. W § 1 przepis ten stanowi, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o których mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia. W myśl zaś § 4

uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Odpowiedzialność pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego będzie zatem wchodziła w grę w razie zaistnienia określonego wypadku ubezpieczeniowego. W tym miejscu konieczne jest zatem przesądzenie odpowiedzialności ubezpieczonej placówki medycznej tj. pozwanego ad 1.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego ad 1 stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować, wskazując na brak winy w nadzorze lub w wyborze. Co do zasady zwierzchnik z podwładnym ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Zasada solidarnej odpowiedzialności doznaje wyjątku w stosunkach pracy. (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściślej biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Zgodnie z treścią art. 231 k.p.c., Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Orzeczenie sądu może być zatem oparte na tego rodzaju domniemaniu faktycznym tylko wówczas, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki (wyrok SN z 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1/99 poz. 24).

Należy podkreślić, że przywołany przepis nie oznacza przeniesienia na stronę pozwaną w procesie, którego przedmiotem są roszczenia odszkodowawcze, ciężaru wykazania, iż szkoda doznana przez powoda wynikała z przyczyn, za które strona pozwana nie odpowiada. Celem przepisu art. 231 k.p.c. jest natomiast umożliwienie stronie postępowania uzasadnienia jej twierdzeń w sytuacji, gdy z przyczyn od tej strony niezależnych, nie są jej dostępne bezpośrednie środki dowodowe, a o prawdziwości twierdzeń strony można wnioskować jedynie na podstawie innych faktów. W związku z powyższym powszechnie przyjmuje się, że w tzw. procesach lekarskich, sąd

może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, w oparciu o art. 231 k.p.c. uznać za wystarczający, wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód często nie jest możliwy do przeprowadzenia (por. m.in. wyrok SN z 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl.). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i poglądami doktryny w sprawach lekarskich (tak SN w wyroku z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 4/75 poz. 94 z głosem Sośniaka, czy też w wyroku z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 9/84 poz. 187) wymaga się stwierdzenia tak wysokiego stopnia prawdopodobieństwa zarażenia podczas pobytu w danej placówce służby zdrowia, aby było to wystarczające dla przyjęcia jego odpowiedzialności z tytułu powstałej szkody.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie pozwoliło na ustalenie, że do zakażenia rany pooperacyjnej u męża powódki Z. G. doszło w pozwanej placówce opieki zdrowotnej. Wniosek taki jednoznacznie wynika z opinii biegłego epidemiologa M. K., który wskazał, iż u Z. G. (1) doszło do zakażenia rany pooperacyjnej bakteriami *A. baumani* i *E. faecium* i są to tzw. szczepy szpitalne. U zmarłego wyhodowano szczep wielolekooporny, bakterie były wrażliwe jedynie na C. i T.. Powyższe świadczy o tym, że nie był to szczep "dziki", tj. taki który kolonizuje błony śluzowe lub skórę człowieka. Ta cecha z kolei przemawia za przyjęciem, że źródłem tych bakterii jest środowisko szpitalne. W wyniku działania bakterii doszło do zakażenia rany pooperacyjnej u chorego. Zakażenie to przyczyniło się do pogorszenia stanu zdrowia, który był bardzo poważny – wystąpiła niewydolność krążenia i oddychania oraz uogólniona reakcja zapalna (...). Zakażenie chorego pozostawało w związku przyczynowym ze śmiercią. Rozpoznanie zakażenia miejsca operowanego postawiono w pozwanym Szpitalu. Zakażenie miejsca operowanego ma związek z wykonaną operacją przeszczepienia nerki. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w czasie operacji. Zakażenie to miało istotny wpływ na upośledzenie funkcji przeszczepu oraz późniejsze powikłania. Przeszczepiona nerka była zgodna, dobrana prawidłowo, zatem, gdyby nie doszło do zakażenia, byłyby szanse na przyjęcie się przeszczepu. Prawdopodobieństwo przyjęcia się przeszczepu musiało być duże skoro podjęto decyzję o celowości przeszczepu. Po udanej transplantacji mąż powódki wróciłby do zdrowia, choć wymagałby leczenia immunosupresyjnego do końca życia. Wprawdzie zdarzają się przypadki odrzucenia przeszczepu, zarówno w okresie wczesnym po transplantacji, jak i w okresie późnym lecz nie muszą się one wiązać z zakażeniem. Wystarczy w takim wypadku usunąć obumarłą nerkę. U Z. G. nie doszło do odrzucenia przeszczepu tylko do zakażenia rany pooperacyjnej bakteriami *A. baumani* i *E. faecium*. Objawy zakażenia u Z. G. rozwinęły się bezpośrednio po operacji przeszczepu, co pozwala na stwierdzenie, że do zakażenia doszło podczas operacji.

Dla rozstrzygnięcia istoty sprawy największe znaczenie ma natomiast określenie przyczyn zakażenia, do którego doszło u męża powódki, w związku z czym konieczne jest ustalenie, czy personel w.w. placówki medycznej naruszył powszechnie obowiązujące normy ochrony ludzkiego życia i zdrowia, dopuszczając się jakiegoś zaniedbania lub błędu w sztuce. Z. G., jako pacjent, pozostawał pod opieką pracowników personelu medycznego w SP ZOZ (...) Szpitalu (...) w Ł., zobowiązanych, w ramach wykonywania powierzonych im czynności, do zachowania należytej staranności. Chory powierzył więc swoje zdrowie i życia, lekarzom i pozostałemu personelowi, ufając ich wiedzy, profesjonalnej staranności i doświadczeniu zawodowemu. Bezspornym jest, iż jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów inwazyjnych połączonych z naruszeniem integralności cielesnej, zwłaszcza transplantacyjnych, obarczonych wysokim ryzykiem infekcji, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Miernikiem właściwego zachowania jest kryterium należytej staranności. W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta bakteriami szpitalnymi, to świadczy to, iż tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego. Brak należytej staranności pozwanego ad. 1 w tym zakresie znajduje jednoznaczne potwierdzenie w wynikach przeprowadzonej w dniu 26 listopada 2011r. w pozwanym szpitalu kontroli sanitarnej, w czasie której stwierdzono uchybienia naruszające przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

W przedmiotowej sprawie nie ma podstaw do przyjęcia, że zakażenie Z. G. podczas jego hospitalizacji w pozwanej placówce medycznej pozostawało w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością niż niedołożenie przez pracowników tej placówki służby zdrowia należytej staranności w zapewnieniu odpowiedniego stanu sanitarnego. Tego zaś rodzaju zaniedbanie uzasadnia odpowiedzialność deliktową obojga pozwanych.

Materialnoprawną podstawę zasądzenia, na rzecz powódki zadośćuczynienia za krzywdę w związku ze śmiercią męża jest art. 446 § 4 k.c.

Nowelą do kodeksu cywilnego z dnia 30 maja 2008 r., która weszła w życie 3 sierpnia 2008 r. (Dz.U. nr 116, poz. 731), ustawodawca dodał § 4 do istniejącego art. 446 k.c. Dodany przepis stanowi podstawę zasądzenia zadośćuczynienia najbliższym za śmierć członka rodziny, jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego. Wprowadzenie nowego § 4 do art. 446 jest m.in. reakcją ustawodawcy na wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 17 października 2006 r., skierowane do Ministra Sprawiedliwości, w którym zawarł on sugestię, ażeby „w celu zwiększenia ochrony ofiar wypadków komunikacyjnych - w kodeksie cywilnym zamieszczony został przepis o zadośćuczynieniu pieniężnym za krzywdę z powodu śmierci osoby najbliższej” (Komentarz do art. 446 kodeksu cywilnego [w:] M. Olczyk Komentarz do ustawy z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw – LEX/el. 2008).

W orzecznictwie (podobnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10, Legalis) wskazuje się, że dokonana z dniem 3 sierpnia 2008 r., zmiana stanu prawnego stanowi realizację zgłaszanego w nauce postulatu przyznania najbliższym członkom rodziny zmarłego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Zakres szkód, których naprawienia mogą domagać się pośrednio poszkodowani jest stosunkowo szeroki. Wprowadzenie do polskiego systemu prawnego regulacji z art. 446 § 4 k.c. wyłącza potrzebę dotychczas przyjmowanej szerokiej interpretacji art. 446 § 3 k.c., polegającej na uwzględnianiu w ramach odszkodowania zasądzonego z tytułu istotnego pogorszenia sytuacji życiowej elementów szkody niemajątkowej. Powinno ono służyć wyłącznie kompensacie szkody majątkowej. Roszczenie najbliższych członków rodziny zmarłego o przyznanie stosownego zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 446 § 4 k.c.), zmierza natomiast do zaspokojenia szkody niemajątkowej i jako takie jest rodzajowo i normatywnie odmienne od roszczenia o przyznanie stosownego odszkodowania określonego w art. 446 § 3 k.c. (podobnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 października 2009 r., I PK 97/09).

Nowelizacja powyższa de facto oznacza powrót do zasady, istniejącej na gruncie art. 166 kodeksu zobowiązań, w myśl której w razie śmierci poszkodowanego wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd mógł przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego lub instytucji przez nich wskazanej, stosowną sumę pieniężną jako zadośćuczynienie za doznaną przez nich krzywdę moralną. Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej kodeks cywilny, powyższa regulacja obowiązująca w kodeksie zobowiązań, umożliwiała zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego z powodu krzywdy polegającej wyłącznie na cierpieniach psychicznych, wywołanych utratą osoby bliskiej (Uzasadnienie projektu..., s. 8). Podniesiono też argument, że skoro zasądzenie zadośćuczynienia istnieje w sytuacji naruszenia dóbr osobistych, o których mowa w art. 23 k.c., „to tym bardziej taka możliwość powinna istnieć w przypadku śmierci osoby bliskiej, co w istotny sposób narusza sferę psychicznych odczuć jednostki” (Uzasadnienie projektu..., s. 8).

Dodanie do art. 446 paragrafu 4 umożliwiło najbliższym członkom rodziny zmarłego żądanie zadośćuczynienia, jednakże jedynie wtedy, gdy śmierć poszkodowanego nastąpiła w wyniku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Zadośćuczynienie na tej podstawie może być przyznane jedynie w takich sytuacjach, gdy wystąpiła szkoda niemajątkowa, krzywda. Dla powstania roszczenia o zadośćuczynienie obojętne jest, czy zdarzenie powodujące szkodę niemajątkową także wyrządziło szkodę majątkową. Zadośćuczynienie za krzywdę ma rekompensować szkodę niemajątkową. Istotą szkody niemajątkowej jest naruszenie czysto subiektywnych przeżyć człowieka. Krzywda moralna zaś to pewnego rodzaju uszczerbek dotyczący subiektywnej sfery osobowości człowieka, którą jednak nie są objęte przeżycia poszkodowanego będące refleksem doznanej szkody majątkowej. (podobnie Z. Radwański, Zadośćuczynienie pieniężne..., s. 166)

Sąd orzekający w niniejszej sprawie stoi na stanowisku, iż dla zasądzenia zadośćuczynienia z art. 446 § 4 k.c. nie wystarczy śmierć osoby najbliższej, ale powinny zachodzić jeszcze dodatkowe okoliczności, wskazujące na to, że śmierć poszkodowanego stała się dla jego najbliższych źródłem udręczeń moralnych (podobnie: J. Korzonek, I. Rosenblüth, Kodeks zobowiązań. Komentarz, Kraków 1934, s. 371). Wysokości zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową nie da się tak skrupulatnie określić jak przy wynagradzaniu szkody majątkowej. Niemniej jednak kwota zadośćuczynienia winna być tak oznaczona, by uwzględniała panujące stosunki społeczno-ekonomiczne w oparciu o kryteria doświadczenia i kolidujących ze sobą w danej sprawie interesów - bez aspiracji zapłaty jakiejś ceny cierpienia. Wszystko to pozwala stwierdzić, iż kwota zadośćuczynienia powinna być odpowiednia i winna rekompensować doznaną krzywdę za naruszenie prawa do życia w rodzinie. Przy zasądzeniu zadośćuczynienia z art. 446 § 4 k.c. należy kierować się kryteriami i zasadami wypracowanymi na gruncie art. 445 § 1 k.c.

Truizmem jest stwierdzenie, że śmierć osoby najbliższej jest jednym z najcięższych doświadczeń i powodować może dużo poważniejsze cierpienia niż szkoda na osobie. Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu takiej szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne związane ze śmiercią osoby bliskiej, zarówno już doznane, jak i te które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwycięzenie ujemnych przeżyć związanych z nagłą stratą najbliższej osoby. Dzięki niemu winna zostać przywrócona równowaga, zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy w tym rozmiar doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną, o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. Nie ma natomiast podstaw do uwzględnienia żądania w takiej wysokości, by przyznana kwota stanowiła ponadto, ze względu na swoją wysokość represję majątkową.

W przedmiotowej sprawie okoliczności faktyczne wskazują w sposób jednoznaczny, iż Z. G. (1) był dla powódki najbliższą osobą i jego śmierć wywołała u niej stan silnego stresu, który ujawnia się nadal nawet po upływie kilku lat od zdarzenia. W wyniku przeprowadzonego badania psychologicznego u powódki stwierdza się wzmożone reakcje emocjonalne z objawami lękowo – depresyjnymi powstałe na skutek przeżytej traumy, jaką było cierpienie męża oraz jego śmierć. Reakcje nasilają się w sytuacjach związanych z życiem rodzinnym, w których powinien znaleźć się zmarły mąż. Jak wynika z opinii biegłego psychologa, strata męża wywołała u powódki silne reakcje emocjonalne, najczęściej występujące w takiej sytuacji: poczucie bezradności, apatię, dezorganizację zachowania, chwiejność nastroju, lęk przed przyszłością. Powódka zmieniła także dotychczasowe cele życiowe, zdeorganizowała codzienną aktywność i obniżyła jakość życia. Reakcja żałoby u powódki nadal trwa. Po upływie trzech lat od śmierci męża u powódki nadal utrzymuje się poczucie krzywdy, bólu i cierpienia. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji w których „powinien być mąż”. Powódka nie jest w stanie kontrolować emocji w sytuacjach wyżej wymienionych, bardzo często płacze. Rozmiar cierpień psychicznych po śmierci męża był i nadal jest duży. Powódka była z mężem bardzo związana emocjonalnie, przeżyli ze sobą wiele lat, mieli nadal wspólne cele. Jego śmierć zmieniła jej życie. Po śmierci męża wystąpiły u powódki (i nadal się utrzymują) objawy depresyjne. Strata tak bliskiej osoby w tym wieku jest szczególnie traumatyczna, gdyż traci się większość planów życiowych, których perspektywa czasowa jest ograniczona. Powódka była skoncentrowana na życiu rodzinnym, miała w mężu największe oparcie, mogła na niego liczyć w trudnych sytuacjach. Obecnie boi się przyszłości, ma obawy, że sama nie będzie w stanie utrzymać domu, który wspólnie zbudowali. Po jego śmierci nastąpiło osłabienie jej aktywności życiowej. Powódka unika kontaktów społecznych, nie podejmuje samodzielnych działań, nie planuje swojej przyszłości. Utrzymuje kontakt z osobami najbliższymi, a w zasadzie najbliżsi utrzymują kontakt z nią. Z punktu widzenia psychologa rokowania na przyszłość są umiarkowanie pozytywne. Obecnie powódka nadal wymaga terapii psychologicznej i leczenia farmakologicznego. Występujące u powódki, stwierdzone w badaniu psychiatrycznym, zaburzenia adaptacyjne skutkują długotrwałym uszczerbkiem na jej zdrowiu w wymiarze 7,5 %.

Strata męża to dla powódki ogromna krzywda, żal i ból, tym bardziej, iż byli oni kochającym się małżeństwem, przeżyli wspólnie 25 lat. Powódka była obecna przy śmierci męża, który praktycznie zmarł jej „na rękach”. Do końca nie dopuszczała do siebie myśli że mąż umrze, nie traciła nadziei na jego wyzdrowienie, kiedy odszedł, załamała się. Śmierć męża była sytuacją silnie traumatyzującą. Powódka była z mężem związana uczuciowo i materialnie, a także wspólnym rytmem życia. Z. G. był dobrym i pogodnym człowiekiem, miał bardzo dobre relacje z synem powódki z pierwszego małżeństwa, którego wspólnie wychowywali. Małżonkowie bardzo się kochali. Powódka czuła się przy mężu bezpieczna, gdy została sama utraciła poczucie bezpieczeństwa, które dawał jej mąż. Przed chorobą męża, małżonkowie jeździli latem nad morze, razem jeździli na rowerach. Po udanym przeszczepie małżonkowie planowali wyjechać z wnuczką powódki w góry. Powódka obecnie spotyka się tylko z najbliższą rodziną - synem i jego rodziną oraz siostrą. Poza rodziną nie utrzymuje kontaktów towarzyskich. Przed śmiercią męża była osobą towarzyską, wesołą, komunikatywną, dobrze zorganizowaną. Obecnie straciła chęć życia, często płacze, codziennie wpatruje się w zdjęcie męża, nie jest w stanie pozbyć się jego rzeczy, mimo zaleceń terapeuty. Powódka wciąż analizuje dokumentację leczenia męża, rozpamiętując przyczyny jego śmierci, nie potrafi zająć się pracą, jest obojętna na życie. Chodzi systematycznie na grób męża. Niewątpliwym jest, że śmierć męża była dla powódki traumatycznym przeżyciem, które spowodowało zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym oraz obniżyło jakość życia.

Mając to wszystko na uwadze Sąd uznał za zasadne zasądzenie na rzecz powódki dalszego zadośćuczynienia /ponad kwotę 25.000 zł., dotychczas wypłaconą z tego tytułu przez pozwanego ad. 2/ w kwocie 65.000 zł, które odpowiada rozmiarowi doznanej przez powódkę, na skutek śmierci męża, krzywdy, a przy tym nie jest wygórowane na tle panujących stosunków majątkowych i społecznych, o czym orzekł w punkcie 1 sentencji wyroku.

Powództwo, w pozostałym zakresie, podlegało oddaleniu, jako nadmiernie wygórowane, a tym samym bezzasadne w świetle powołanych kryteriów, które należy brać pod uwagę przy określaniu wysokości należnego zadośćuczynienia. Przypomnieć w tym miejscu należy, że kryteria te mają charakter ocenny i objęte są sferą swobodnej oceny sędziowskiej. Ustalając wysokość zadośćuczynienia Sąd wziął w szczególności pod uwagę charakter i stopień cierpienia doznanych przez powódkę w związku ze śmiercią męża, przy uwzględnieniu jej wieku i sytuacji życiowej, w tym stopnia bliskości ze zmarłym, jak również stanu zdrowia Z. G. (1) i rokowań na przeżycie, gdyby nie poddał się spornemu zabiegowi. Należy bowiem mieć na uwadze, że mąż powódki od wielu lat chorował na niewydolność obu nerek, wymagał regularnego dializowania (co drugi dzień). Przeżywalność pacjentów dializowanych, w związku z postępowaniem dializoterapii, jest coraz większa, sięga kilkunastu lat. Komfort życia takiego pacjenta i jego rodziny, jest ograniczony, w związku z koniecznością wykonywania dializ. Po transplantacji nerki pacjenci wracają do normalnej aktywności życiowej, choć występują ograniczenia w postaci konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych, najczęściej do końca życia. Według najnowszych badań nerka przeszczepiona „żyje” około 12-15 lat. Po tym okresie pacjenta ponownie się dializuje i „czeka” na kolejnego dawcę.

Jednocześnie w ocenie Sądu, zasądzona kwota zadośćuczynienia, stanowi odczuwalną dla powódki wartość ekonomiczną, która pozwoli na złagodzenie doznanej przez nią krzywdy.

W myśl art. 359 § 1 k.c. odsetki od sumy pieniężnej należą się tylko wtedy, gdy to wynika z czynności prawnej albo z ustawy, z orzeczenia sądu lub decyzji innego właściwego organu. W niniejszej sprawie źródłem roszczenia o odsetki jest przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym dłużnik, który nie spełnia świadczenia w odpowiednim terminie dopuszcza się opóźnienia i wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego. Należy podkreślić, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym staje się wymagalne dopiero po wezwaniu dłużnika do wykonania świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 1973 r. I CR 55/73, niepublikowane).

Dłużnik ma obowiązek spełnić świadczenie pieniężne w chwili, gdy wskazana została jego wysokość i dopiero od tej chwili można mówić o „świadczeniu pieniężnym” w rozumieniu art. 481 k.c. Dla prawidłowego określenia daty początkowej płatności odsetek konieczne jest ustalenie, przy zastosowaniu zasad art. 481 § 1 k.c., jaka część ze

zgłoszonych roszczeń była zasadna, co do wysokości w dacie ich wymagalności. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 września 1995 r., I ACr. 393/95, OSA 1995/9/66)

W rozpoznawanej sprawie, zgłoszenie szkody pozwanemu ad. 1, miało miejsce w piśmie datowanym na dzień 21 marca 2012r. /k. 21/ wraz z żądaniem wypłaty zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł. Pismo (...) Nr 1 im. N. B., informujące o odmowie przyjęcia odpowiedzialności, nosi datę 10 kwietnia 2012r. /k.22/ W tym stanie rzeczy należało uznać, że pozwany ad. 1, pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia dochodzonego pozwem najwcześniej od dnia następnego po dniu 10 kwietnia 2012r., i zasądzić odsetki ustawowe za opóźnienie, zgodnie z żądaniem pozwu, tj. od 20 maja 2011r.

Pozwany ad. 2 dowiedział się o szkodzie i wysokości roszczeń powódki w dacie doręczenia mu pisma datowanego na dzień 21 marca 2012r., adresowanego do pozwanego ad.1 i przesłanemu ubezpieczycielowi w załączeniu do pisma datowanego na dzień 11 kwietnia 2012r. /k.23/

Ubezpieczyciel winien zlikwidować szkodę w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia szkody, jednak, w przypadku, gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia w tym terminie było niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia tych okoliczności. W rozpoznawanej sprawie, opinia sporządzona w toku postępowania likwidacyjnego, na zlecenia pozwanego ubezpieczyciela, potwierdzająca zasadność zgłoszonych przez powódkę roszczeń, nosi datę 17 lipca 2012r., a zatem od dnia następnego po upływie 14 dni, liczonych od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, co nastąpiło w dniu 31 lipca 2012r., tj. od dnia 1 sierpnia 2012r. pozwany ad.2 pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczeń dochodzonych w postępowaniu likwidacyjnym i w toku procesu.

Solidarna (in solidum) odpowiedzialność wszystkich pozwanych względem powódki obejmuje zasądzoną należność główną wraz z odsetkami za opóźnienie w spełnieniu świadczenia za okresy opóźnienia wspólne dla każdego z zobowiązanych, natomiast za okresy opóźnienia w wypłacie odszkodowania, wynikłe z własnych działań (zaniechań) każdego z pozwanych, zobowiązani ponoszą odpowiedzialność samodzielnie.

Odpowiedzialność pozwanego ad. 2 wynika z zawartej z pozwanym ad. 1 umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, potwierdzonej polisą numer (...), zawartej na okres od 1 lutego 2011r. do 31 stycznia 2012r.

W tym stanie rzeczy pozwani : (...) Spółka Akcyjna w W. i Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Nr 1 im. N. B. UM w Ł., ponoszą względem siebie odpowiedzialność w ten sposób, że każdy z nich jest zobowiązany do zapłaty całej zasądzonej w pkt 1. wyroku należności głównej wraz z odsetkami, z tym, że zapłata przez jednego z nich zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., dokonując ich stosunkowego rozliczenia.

Na koszty te, poniesione przez powódkę, złożyły się koszty zastępstwa procesowego (wg norm przepisanych) w kwocie 3.600,00 zł. i 17 zł. opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, łącznie 3.617 zł. Pozwany SP ZOZ (...) nr 1 poniósł koszty zastępstwa procesowego w kwocie 3.600 zł., natomiast pozwany ad. 2 – (...) S.A. poniósł koszty w łącznej kwocie 4.217,54 zł., obejmujące wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3.600 zł. i wydatki na poczet kosztów przeprowadzenia dowodów z opinii biegłych sądowych.

Stawki wynagrodzeń pełnomocników w sprawie niniejszej zostały ustalone stosownie do § 6 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu z dnia 28 września 2002 r. (Dz.U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.). W sprawie nie zachodziły podstawy do przyznania stawek wyższych niż minimalne. Wymagany nakład pracy był typowy dla tego rodzaju postępowań. Wskazać także należy, iż nakład pracy pełnomocników stron był zbliżony.

Ponieważ pozwani przegrali proces w 52 %, w takim też stosunku, odpowiadającym kwocie 1.880,84 zł., z ogółu kosztów wyłożonych przez powódkę, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sporu, powinni ponieść jego koszty,

poniesione przez przeciwnika, natomiast strona powodowa, która przegrała odpowiednio w 48%, powinna zwrócić pozwanemu ad. 1 kwotę 1.728 zł.. Różnica tych dwóch wielkości stanowi kwotę 152,84 zł. na korzyść powódki.

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd nie obciążył powódki kosztami procesu wyłożonymi przez pozwanego ad.2, uznając, iż z uwagi na okoliczności i charakter niniejszej sprawy, w szczególności, usprawiedliwiony co do zasady i ocenny co do wysokości, charakter zgłoszonych roszczeń oraz jej sytuację życiową i majątkową, przemawiają za tym względy słuszności.

W toku procesu, w związku ze zwolnieniem powódki od kosztów sądowych, powstały nieuiszczone koszty sądowe w łącznej wysokości 8.126,61 zł., obejmujące opłatę sądową od pozwu w wysokości 6.250 zł. oraz wynagrodzenie biegłych sądowych. Obowiązkiem ich poniesienia, stosownie do dyspozycji art. 113 ust. 1 i 2 pkt 1 u.k.s.c., należało obciążyć strony, proporcjonalnie do tego w jakiej części każda z nich wygrała i odpowiednio – przegrała proces, co odpowiada kwocie 3.900,80 zł., obciążającej stronę pozwaną. Natomiast, w pozostałej części, stanowiącej kwotę 4.225,83 zł., obowiązek poniesienia kosztów procesu, tymczasowo wyłożonych przez Skarb Państwa spoczywa na powódce, jednak z uwagi na trudną sytuację materialną i osobistą powódki oraz uzasadniony, co do zasady, charakter żądań, których dochodzenie na drodze postępowania sądowego okazało się koniecznością, wobec zdecydowanego stanowiska odpowiedzialnych za szkodę, odmawiającego uznania uzasadnionych (w świetle powyższych rozważań) żądań poszkodowanej w wysokości wykraczającej poza przyznane, jednak bardzo skromne, świadczenie, Sąd w oparciu o przepis art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, obciążył stronę powodową obowiązkiem zwrotu nie uiszczonych kosztów sądowych w zakresie oddalonej części powództwa, tylko częściowo.

Na podstawie art. art. 80 w zw. z art. 84 ust. 2 u.k.s.c. należało orzec o zwrocie na rzecz strony pozwanej kwoty stanowiącej różnicę między kosztami pobranymi, na poczet zaliczek z tytułu wynagrodzenia biegłych sądowych, a kosztami należnymi z tego tytułu.