

Sygn. akt I ACa 1534/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 stycznia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Hanna Nowicka de Poraj
Sędziowie:	SSA Józef Wąsik SSA Sławomir Jamróg (spr.)
Protokolant:	st.sekr.sądowy Katarzyna Wilczura

po rozpoznaniu w dniu 26 stycznia 2016 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa A. B.

przeciwko Powiatowemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S.

i (...) S.A. w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 3 czerwca 2015 r. sygn. akt I C 2597/11

1. oddala apelację;

2. nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA Józef Wąsik SSA Hanna Nowicka de Poraj SSA Sławomir Jamróg

Sygn. akt I ACa 1534/15

UZASADNIENIE

Powódka A. B. żądała zasądzenia na swą rzecz od Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwoty 100000zł z ustawowymi odsetkami od daty doręczenia odpisu pozwu, tytułem zadośćuczynienia w związku z błędem diagnostycznym i nierozpoznanieniem schorzenia L. – C. i w związku z uszkodzeniem na zdrowiu wynikającym z zakażenia bakteriami na skutek zaniedbań stanu sanitarnego w czasie pobytu w szpitalu pozwanego pomiędzy 30 stycznia 2010r.

a 5 lutego 2010r. i podczas kolejnych pobytów w 2010r. Nadto żądała ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

W toku procesu dopozwany został (...) S.A. w W. (k-658).

Pozwany Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w S. a także dopozwany ubezpieczyciel strony pozwanej żądali oddalenia powództwa.

Wyrokiem z dnia 3 czerwca 2015r. sygn. akt I C 2597/11 Sąd Okręgowy w Kielcach oddalił powództwo (pkt I), zasądził od A. B. na rzecz Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwotę 1851zł a na rzecz ubezpieczyciela kwotę 1817zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Sąd nakazał też ściągnąć od A. B. na rzecz Skarbu Państwa kwotę 7974,91zł tytułem nieuiszczonych wydatków.

Sąd Okręgowy ustalił, że :

Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w S. łączyła z (...) S.A. w W. umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zawarta na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2008 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 3 z 2008r., poz. 10). Umowa ubezpieczenia potwierdzona została polisą nr (...) i została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2010 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Dodatkowo między pozwanymi została zawarta umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej na wyżej wskazany okres ubezpieczenia obejmująca odpowiedzialność cywilną deliktową i kontraktową w zakresie nie objętym w/w rozporządzeniem Ministra Finansów, potwierdzona polisą nr (...).

Powódka od 2005 roku była leczona m.in. w Oddziale (...) Ogólnej (...) Szpitala (...) w S. z powodu schorzenia jelita grubego, manifestującego się przewlekłymi biegunkami. W czasie pobytu A. B. w powyższym szpitalu w dniu 4 stycznia 2005 roku wykonano badanie kolonoskopowe, w wyniku którego stwierdzono przekrwienie błony śluzowej całego jelita dostępnego badaniu z obecnością licznych drobnych owrzodzeń. Ponadto z kątnicy pobrano materiał do badania w kierunku H. pylori. Podejrzewano wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Ostatecznie powódkę wypisano do domu z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Powódka w późniejszym czasie była kilkakrotnie hospitalizowana w związku z bólami brzucha i nieprawidłowymi krwawieniami z dróg rodnych w Oddziale G. (...) Szpitala w S.. Po raz pierwszy miało to miejsce w 2006 roku, gdzie w wyniku przeprowadzonych badań usg oraz obserwacji rozpoznano u niej dysfunkcję jajników. Kolejny raz powódkę przyjęto w dniu 14 maja 2009 roku z rozpoznaniem krwawienia z dróg rodnych. W wywiadzie chorobowym nie odnotowano dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Dokonano wyłyżeczkowania kanału i jamy macicy. W czerwcu 2009 roku powódkę ponownie przyjęto na Oddział (...) powyższego szpitala w związku z tymi samymi nieprawidłowościami. Poddano ją wyłyżeczkowaniu kanału i jamy macicy. W trakcie tej hospitalizacji wystąpiły u powódki luźne stolce z domieszką krwi oraz gorączka. W tym zakresie była konsultowana przez specjalistę chorób zakaźnych, który stwierdził ostre zapalenie jelit. W leczeniu zastosowano leki przeciwkrwotoczne oraz przetoczono powódcę krew z powodu rozpoznania anemii.

W dniu 30 stycznia 2010 roku A. B. przyjęto na Oddział (...) z Pododdziałem (...) Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. z wstępnym rozpoznaniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, w celu chirurgicznego leczenia ropnia okołoodbytniczego, który nacięto i zdrenowano. Pobrano materiał (treść ropnia) do badania bakteriologicznego, w którym wyhodowano mieszaną florę bakteryjną: S. group C (wrażliwe na: Penicylinę, C., Erytromycynę, K. i D.) i E. coli – bakterie wrażliwe na większość (8) badanych antybiotyków. Przebieg zabiegu oraz okres pozabiegowy były niepowikłane, w związku z tym chora została wypisana w dniu 5 lutego 2010 roku do domu z zaleceniem kontroli w poradni chirurgicznej, stosowania niasiadówek z nadmanganianu potasu oraz płukania drenu octeniseptem.

W związku z utrzymującymi się i okresowo nasilającymi dolegliwościami bólowymi w okolicy odbytu po nacięciu i drenażu ropnia okołodbytniczego A. B. w dniu 4 czerwca 2010 roku zgłosiła się na Izbę Przyjęć pozwanego szpitala. W wywiadzie powódka wskazała, iż dolegliwości te od kilku dni są nasilone. Negowała występowanie gorączki i dreszczy. Podała, iż ostatnio przyjmowała klindamycynę. Ogólny stan powódki przy przyjęciu do szpitala był dobry, była przytomna, w logicznym i pełnym kontakcie. W badaniu per rectum poza widoczną blizną po nacięciu ropnia i bolesnością nie stwierdzono patologicznych struktur w obszarze zasięgu palca. Zalecono antybiotyk - C. oraz miejscowo leki przeciwbólowe. Powódka została wypisana do domu w tym samym dniu.

Już kilka dni później, bowiem 8 czerwca 2010 roku A. B. została przyjęta na Oddział (...) Ogólnej pozwanego szpitala w związku z bólami okolicy okołodbytniczej i gorączką. W dniu przyjęcia wykonano badanie USG, które wykazało w okolicy pośladkowej lewej przy linii pośrodkowej trzy hypoechogeniczne ogniska o nieregularnych i nieostrych granicach o łącznym wymiarze 52x23mm wskazujące na obecność ropni. Dokonano nacięcia ropnia i pobrano treść na badanie bakteriologiczne (posiew). W jego wyniku wyhodowano dwa szczepy bakteryjne: E. coli (oporne na D. i C. oraz T.) i E. faecalis – bakterie wrażliwe na większość badanych antybiotyków. Podczas hospitalizacji powódka nie gorączkowała. W leczeniu zastosowano M., płyny infuzyjne oraz T. (przeciwbólowo). Do domu wypisana została w stanie stabilnym z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego oraz przyjmowania w/w leków.

Kolejny raz powódkę hospitalizowano na Oddziale (...) Ogólnej (...) Szpitala (...) w S. w okresie od 25 czerwca 2010 roku do 13 sierpnia 2010 roku z powodu nacieku zapalnego tkanek miękkich okolicy krocza, który wystąpił po wcześniejszym leczeniu chirurgicznym ropnia okołodbytniczego. W trakcie pobytu wykonano badanie USG i tomografię komputerową, które potwierdziły masywny proces zapalny w okolicy krocza i pośladka prawego. Na podstawie przeprowadzonej konsultacji ginekologicznej wykluczono ginekologiczną przyczynę ropnia krocza. Ponadto kilkakrotnie zastosowano nacięcie ropni, tj. w dniach: 2 lipca 2010 roku, 15 lipca 2010 roku, 29 lipca 2010 roku oraz 9 sierpnia 2010 roku. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego. Wdrożono antybiotykoterapię celowaną. Ze względu na utrzymujący się nacieki zapalny powódka była dwukrotnie reoperowana. Odnaleziono ujście przetoki okołodbytniczej, którą wycięto. W trakcie leczenia chora anemizowała się, z tego powodu przetoczono jej koncentrat krwinek czerwonych (KKcz). Powódka podczas długiej hospitalizacji gorączkowała tylko kilkakrotnie – w dniach: 27 czerwca 2010 roku, 7 lipca 2010 roku, 11 lipca 2010 roku, od 14 do 15 lipca 2010 roku, od 26 do 27 lipca 2010 roku, 1 sierpnia 2010 roku oraz od 5 do 7 sierpnia 2010 roku.

W posiewach badań bakteriologicznych wykonanych w trakcie tego pobytu z dnia 12, 15 i 30 lipca 2010 roku wyhodowano P. aeruginosa (pałeczkę ropy błękitnej) – szczep wrażliwy na: C., I., M., oporny na: P., A., G., T. i C.. W posiewie z dnia 11 sierpnia 2010 roku wyhodowano dwa szczepy bakteryjne: E. coli i K. pneumoniae – bakterie oporne na: A., P., Gentamycynę, C., T. i D.. W terapii zastosowano: A., P., płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny, F., P., F., F., Z., C. G., V., P., No-S., P., L., R..

W dniu 25 czerwca 2010 roku poddano powódkę badaniu fiberokolonoskopii. Na jego podstawie rozpoznano u niej chorobę zapalną jelita grubego. W trakcie badania pobrano również wycinki tkanek do analizy.

W tym samym dniu powódce przeprowadzono komputerową tomografię brzucha z kontrastem oraz miednicy małej bez i z kontrastem z uwzględnieniem fazy wydzielniczej nerek. W wynikach stwierdzono: „pęcherz moczowy dobrze wypełniony, jego ściana nie jest wyraźnie pogrubiała, moczowody nieposzerzone. Niewielka ilość płynu w jamie D.. Narząd rodny w normie. Rozległy nacieki obejmujący dół kulszowo-odbytniczy prawy, dolną część przestrzeni okołodbytniczej z pogrubieniem blaszki powięzi okołodbytniczej, szerzący się na krocze i wewnętrzną część uda po stronie prawej oraz w obrębie dna miednicy małej po stronie prawej, dochodząc do przedniej ściany jamy brzusznej, pęcherza moczowego, pochwy oraz do mięśnia załonowego wewnętrznego z niewielkim jego pogrubieniem i obniżeniem densyjności. W obrębie zmienionej naciekowo tkanki tłuszczowej dna miednicy małej widoczne są pęcherzyki powietrza. Nacieki dochodzi do dołu pachwinowego po stronie prawej. W obrębie dołu kulszowo-odbytniczego po stronie prawej widoczna naciekowo zmieniona tkanka tłuszczowa, pęcherzyki powietrza oraz końcówka wprowadzonego drenu; nacieki obejmują także mięsień pośladkowy wielki po stronie prawej. W obrębie krocza po stronie prawej uwidoczniono wśród naciekowo zmienionej tkanki tłuszczowej nieostro odgraniczony

zbiornik płynowy o gęstościach ok. 40-50 jH, o grubej, ulegającej wzmocnieniu kontrastowemu torebce o przekroju ok. 35x40mm; zmiana sąsiaduje i przylega do odbytnicy i pochwy, cewki moczowej i mięśnia dźwigacza odbytu – ropień. Liczne, drobne znamienne niepowiększone węzły chłonne miednicy małej. Struktury kostne bez zmian”. W terapii powódki w trakcie tego pobytu zastosowano także: płyny infuzyjne, P., A., F., F., T., P., P., No-S., L., L., S.. Kilkakrotnie nacinano zmiany i je drenowano, pobrano wycinki do badania histopatologicznego, a także założono podwiązki na kanał przetoki.

W dniu 21 lipca 2010 roku wykonano badanie USG jamy brzusznej. W badaniu USG pośladka prawego odnotowano: rozległy obrzęk tkanek miękkich pośladka prawego, hyperechogeniczna tkanka tłuszczowa, zatarcie struktur pośladka – masywny naciek zapalny. W przyśrodkowej części pośladka (w okolicy krocza) obecne dwa niewielkie zbiorniki płynu wielkości 16x11mm i 15x8 mm. Zgodnie z wynikiem badania histopatologicznego z dnia 18 sierpnia 2010 roku całość materiału (wyskrobiny z kanału przetoki) tworzyła ziarnina zapalna i wysięk zapalny. Na podstawie badania wycinków z jelita krętego stwierdzono przewlekłe zapalenie błony śluzowej jelita, zaś z zagięcia śledzionowego – zapalenie błony śluzowej jelita grubego przewlekłe zaostrome. W dniu 20 sierpnia 2010 roku wykonano powódce kolejne badanie USG pośladka, w którym stwierdzono: „rozległy obrzęk tkanki podskórnej dolnej części pośladka. Od poziomu bruzdy międzypośladkowej, od połowy jej wysokości powyżej powięzi powierzchownej nieregularna przestrzeń płynowa z niewielkimi zbiornikami gazu – warstwa o maksymalnej grubości do 7 mm, najprawdopodobniej ropień. Zmiana penetruje w kierunku przestrzeni okołozwieraczowej. Centralnie, w dolnej części pośladka, w tkance podskórnej niewielki zbiornik o wymiarach do 6 mm”. Na podstawie całości uzyskanych danych rozpoznano u powódki rozległą infekcję tkanek miękkich okolicy krocza i pośladka prawego, stan po nacięciu i drenażu ropnia okołoodbytniczego, przetokę okołoodbytniczą, anemię wtórną oraz przewlekłe zapalenie jelita grubego. W wyniku stosowanego leczenia miejscowego i ogólnego uzyskano powolne wycofywanie się stanu zapalnego i poprawę stanu powódki. Wypisano ją do domu w stanie ogólnym dobrym. W trakcie dalszego postępowania poszpitalnego zalecono: kontrolę w Poradni Chirurgicznej za 3 dni, codzienną toaletę rany roztworem (...), stosowanie leków – D., S..

Podczas tego samego pobytu w pozwanym szpitalu w dniu 4 sierpnia 2010 roku, powódka była dodatkowo konsultowana przez prof. S. G., który zalecił wykonanie następujących badań: pobranie głębokich wycinków ze wszystkich miejsc po naciekach w znieczuleniu ogólnym, kolonoskopię z pobraniem wycinków do badania mikroskopowego, kontrolne CT, zgodnie z posiewem leczenie antybiotykiem (M. 3x1), Rtg/CT (alternatywnie) klatki piersiowej, pasaż przewodu pokarmowego, badania (...), Ca 19-9, Co 125. Zlecone badania były, według konsultacji, potrzebne do ustalenia czy zmiany zapalne nie są w przebiegu choroby L.-C. lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, ewentualnie do wykluczenia w/w chorób i podjęcia odpowiedniego leczenia. Z zaleceń konsultacyjnych wykonano w Oddziale: CT brzucha z kontrastem (badanie z dnia 8 lipca 2010 roku), w dniu 5 sierpnia 2010 roku kolonoskopię z pobraniem wycinków (wynik: przewlekłe zapalenie jelita, obraz mikroskopowy jak we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, obraz (...) 0,63 ng/ml, Rtg klatki piersiowej (w opisie m.in. płuca bez zmian ogniskowych). W dniach od 23 września 2010 roku do 1 października 2010 roku A. B. przebywała w Oddziale Chirurgicznym pozwanego szpitala w związku z przetoką okołoodbytniczą. W dniach od 23 do 25 września 2010 roku gorączkowała. W wykonanym posiewie z dnia 24 września 2010 roku wyhodowano E. coli – bakterie odporne na A., P., C., Gentamycynę, T. i D., wrażliwe na I., M., A. i Gentamycynę. Podczas hospitalizacji dokonano wycięcia przetoki odbytu oraz podawano antybiotyki: C. i B.. W obserwacji wypisowej powódki odnotowano: stan dobry, rana na wygojeniu, nie gorączkuje, toaleta, opatrunek, wypisana do leczenia ambulatoryjnego. Zalecono antybiotyk – Gentamycynę. W wyniku przeprowadzanej w listopadzie 2010 roku przez Sanepid w Oddziale (...) Ogólnej kontroli stanu podłóg, ścian, futryn drzwi, zlewów, węzłów sanitarnych, łóżek, szafek przyłóżkowych, materacy, pościeli, bieżącego zaopatrzenia w artykuły higieniczne i preparaty dezynfekcyjne stwierdzono, że stan ten nie budził zastrzeżeń. W okresie luty 2010 roku – wrzesień 2011 roku nie stwierdzono w posiewach materiałów z powierzchni szpitalnych Oddziału (...) i B. Operacyjnego obecności drobnoustrojów w stężeniach upoważniających do podania wyniku posiewu jako „dodatni”. Ponadto kilkanaście kontroli przeprowadzonych w 2010 roku wykazało utrzymywanie prawidłowych parametrów sterylizacji w autoklawach nr 1 i 2. Wcześniejsze kontrole Oddziału (...) i Oddziału (...) Ogólnej przeprowadzone w dniach 15 maja 2009 roku i 18 listopada 2009 roku oraz w dniach 21 listopada 2009 roku i 26 listopada 2009 roku przez Sanepid również nie pozwoliły na odnotowanie uwag odnośnie nieprawidłowości stanu sanitarnohigienicznego.

Po dokonanej kompleksowej kontroli pozwanego szpitala w dniu 26 listopada 2010 roku zawarte w protokole uwagi pokontrolne nie dotyczyły Oddziałów (...). W postępowaniu personelu medycznego pozwanego szpitala nie można dopatrzeć się znamion błędu medycznego, w rozumieniu niewłaściwego działania, braku właściwej diagnostyki czy zaniechania lub opóźnienia w postępowaniu medycznym, terapeutycznym lub diagnostycznym.

A. B. w dniu 12 października 2010 roku trafiła do Kliniki (...) Medycznej – (...) Szpital (...) w Ł. w związku z ropowicą prawego poślądka i obecnością przetoki okołodobytniczej. Rozpoznanie to zostało potwierdzone w wykonanym badaniu USG, w którym ponadto odnotowano podejrzenie choroby L. – C.. W dniu 14 października 2010 roku wykonano powódce operację przetoki okołodobytniczej sposobem H. oraz nacięcie ropowicy poślądka prawego. Okolicę poślądka zdrenowano przy pomocy półdrenów lateksowych i jednego drenu. Podczas zabiegu pobrany materiał przesłano do badania histopatologicznego. W trakcie hospitalizacji wykonywano codzienne płukanie przez dreny. Uzyskano stopniowe zmniejszenie stanu zapalnego tej okolicy. Powódka nie gorączkowała. Stosowano celowaną antybiotykoterapię, usunięto półdreny. W wykonanym badaniu mikrobiologicznym (posiew tlenowy wymazu z rany z dnia 29 października 2010 roku) wyhodowano szczep *A. baumannii complex* oporny na: A., P., C., C., C., C., wrażliwy na: I., M., A., T.. Dnia 2 listopada 2010 roku wypisano powódkę z Kliniki w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami dalszej opieki w poradni chirurgicznej, wykonywania nasiadówek z nadmanganianu potasu, konsultacji chirurgicznej po odbiorze wyniku badania histopatologicznego oraz przyjmowania leków przeciwbólowych. W dniu 18 stycznia 2011 roku A. B. po raz drugi została przyjęta do w/w Kliniki w Ł. z objawami krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W trakcie pobytu wykonano badanie gastroskopii i kolonoskopii, nie stwierdzając cech aktywnego krwawienia. Była leczona zachowawczo. Ze względu na anemizację przetoczono jej krew. Ponadto konsultowano ją gastroenterologicznie. W trakcie pobytu uzyskano poprawę stanu ogólnego. Na podstawie obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych rozpoznano podejrzenie choroby L. – C. oraz stwierdzono przetokę okołodobytniczą i infekcję *H. pylori*. Powódkę wypisano w dniu 1 lutego 2011 roku w stanie ogólnym dobrym bez cech aktywnego krwawienia z przewodu pokarmowego z zaleceniami dalszej opieki ambulatoryjnej w poradni chirurgicznej i gastrologicznej oraz kontynuacji leczenia p/H..

Powódka przebywała w Klinice (...) w Ł. w dniach od 9 maja 2011 roku do 14 maja 2011 roku. Przyjęto ją do szpitala w związku z (...), w celu kwalifikacji do terapii biologicznej. Po całościowej ocenie stanu klinicznego i wykonaniu badań dodatkowych (na podstawie wykonanej w dniu 10 maja 2011 roku kolonoskopii rozpoznano chorobę L.-C.) podjęto decyzję o włączeniu leczenia infliksimabem. W trakcie pobytu w Klinice (...) otrzymała 4 ampułki R. we wlewie dożylnym. Terapia przebiegała bez powikłań. W badaniu (...) stwierdzono zmniejszenie nacieku zapalnego w okolicy około odbytniczej (w porównaniu z badaniem wykonanym w styczniu 2011 roku). Przy wypisie wyznaczono termin kolejnych wlewów infliksamabu.

Kolejne hospitalizacje powódki w Klinice (...) w Ł. w okresie od 27 maja 2011 roku do 19 października 2011 roku były związane z kontynuacją leczenia choroby L.-C. i terapią biologiczną infliksimabem (wlewy dożylnie leku R.). Stosowano również leczenie miejscowe na okolicę zwieracza odbytu. (...) bakteriologicznych w tym okresie nie wykonywano.

W dniu 22 listopada 2011 roku powódka przeszła operację przetok okołodobytniczych w Klinice (...) im. (...) w Ł.. W trakcie tej hospitalizacji mającej miejsce w dniach 21-26 listopada 2011 roku nie wykonywano badań bakteriologicznych. W rozpoznaniu stwierdzono przetoki okołodobytnicze oraz chorobę L.-C.. W okresie od 14 grudnia 2011 roku do 9 lutego 2012 roku powódka kontynuowała leczenie choroby L.-C. poprzez kolejne hospitalizacje w Klinice (...) w Ł.. Dalej stosowano u niej wlewy dożylnie leku R. (terapia biologiczna infliksimabem). Powódka w trakcie pobytu w Klinice nie zgłaszała dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. A. B. w dniu 14 września 2014 roku znowu zgłosiła się do Kliniki (...) Medycznej – (...) Szpital (...) w Ł. z powodu bólu okolicy odbytu i prawego poślądka. Po wykonanym badaniu stwierdzono zmienioną bliznowatą i zapalnie okolicę odbytu z licznymi ujściami zewnętrznymi przetok okołodobytniczych zdrenowanych nitkami. Odnotowano na prawym poślądku około 6 cm od brzegu odbytu bolesne wygórowanie średnicy około 8 cm, ucieplone, niezaczerwienione. Przy ucisku zaobserwowano wypływ treści ropnej przez ujście przetoki. W trakcie hospitalizacji wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy mniejszej oraz konsultowano powódkę psychologicznie. W dniu 19 września 2014 roku została poddana operacji nacięcia i ewakuacji ropnia okołodobytniczego. Okres pozabiegowy upłynął bez powikłań, uzyskano

całkowite ustąpienie dolegliwości i nacieku zapalnego. Powódkę wypisano w dniu 26 września 2014 roku w stanie ogólnym dobrym do domu.

Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu o dowody z dokumentacji medycznej powódki, dokumentów dotyczących stanu sanitarnego szpitala, zeznań świadków a przede wszystkim w oparciu o opinie: biegłego w zakresie chorób zakaźnych W. W. oraz instytutu naukowego – Katedry(...)S.-Lekarskiej (...) w K. Sąd wskazał, że wnioski płynące z opinii są klarowne. Sąd nie dopatrywał się w nich błędów logicznych, niezgodności z życiowym doświadczeniem bądź też niespójności z pozostałym materiałem dowodowym.

Przy tym stanie faktycznym Sąd uznał, że powództwo nie jest zasadne w braku wykazania przesłanek odpowiedzialności pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej z art. 430k.c. w zw. z art. 415 k.c. a w konsekwencji odpowiedzialności ubezpieczyciela na podstawie art. 822 k.c. Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że ciężar wykazania przesłanek spoczywał na stronie powodowej zgodnie z przepisem art. 6 k.c. Zdaniem Sądu materiał dowodowy nie pozwala na przypisanie Powiatowemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w S. za krzywdę (szkodę mogącą powstać w przyszłości) w związku z zakażeniem jej w pozwanym szpitalu szczepem (...) (+) i wynikłymi z tego komplikacjami zdrowotnymi, jak też z niezdiagnozowaniem właściwej jednostki chorobowej (choroby L.-C.). Sąd pierwszej instancji podkreślił, że z opinii biegłego W. W. wynika, że, nacinanie powódce zmian ropnych związane było z naruszeniami ciągłości tkanek. W tego typu zaś zabiegach i przewlekłych procesach zapalnych zmieniająca się flora bakteryjna pobierana podczas zabiegów chirurgicznego „oczyszczania” nacieków ropnych należy do typowych powikłań oddziałów zabiegowych – pomimo pełnego przestrzegania wprowadzonych procedur mających zapobiegać takim zakażeniom. J. to dynamiczny proces, często obserwowany w takich sytuacjach i niezależnie od źródła pochodzenia takich bakterii, czyli niezależnie od tego czy jest to źródło egzo-, czy endogenne ta zmienność jest obserwowana, szczepy te przenikają się i dochodzi do różnych wyników bakteryjnych na przestrzeni czasu obserwacji, czy czasu trwania choroby. Zakażenie *P. aeruginosa* i *K. pneumoniae* mają w sprawie charakter zakażenia wtórego, wikłającego z reguły pierwotne przewlekłe zakażenie toczące się w podatnej na infekcje bakteryjne okolicy – tu w okolicy okołoodbytniczej, wilgotnej, dobrze ucieplonej, i z założenia niejadalnej. Zdaniem Sądu opinia ta wyklucza możliwość zakażenia powódki na skutek ewentualnych nieprawidłowości w pozwanym szpitalu. W tym przypadku bardziej prawdopodobna jest przyczyna zakażenia poza działaniami (zaniechaniami) pozwanego szpitala. Z ustalonych w sprawie okoliczności wynika, że w pozwanym szpitalu w okresie pobytu powódki przestrzegane były normy sanitarne, podjęte względem niej czynności medyczne zgodne były ze sztuką lekarską, a stosowana profilaktyka antybiotykowa była prawidłowa. W podsumowaniu Sąd stwierdził, że powódka nie udowodniła w stopniu wysoce prawdopodobnym, że do zakażenia doszło na skutek działań osób, którym pozwany powierzył wykonywanie czynności leczniczych, tj. lekarzy bądź innych członków personelu medycznego. Z zebranego materiału dowodowego nie wynika niewiedza, nieostrożność lub niedbalstwo personelu strony pozwanej. Wręcz przeciwnie, materiał dowodowy wskazuje, że w pozwanej placówce stosowano właściwe procedury mające na celu zachowanie odpowiednich warunków sanitarnych i higienicznych. Nie stwierdzono by wadliwie zdiagnozowano ropień okołoodbytny a rozpoznanie choroby L. – C. nie zostało w sposób pewny potwierdzone. Według Sądu pierwszej instancji nie doszło do błędu w sztuce lekarskiej rozumianego jako postępowanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Zakres przeprowadzonych wobec powódki czynności medycznych przez personel pozwanego szpitala w okresie leczenia powódki w pozwanym szpitalu był zgodny z uznanymi zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Do przypisania odpowiedzialności deliktowej konieczne jest w tym względzie wykazanie nienależytej staranności podczas czynności podjętych podczas diagnozowania pacjenta. Błąd terapeutyczny zachodzi wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Jak wynika z opinii instytutu, działania pozwanego szpitala w pełni odpowiadały właściwym standardom medycznym i nie można wskazać w tym zakresie jakiegokolwiek uchybienia mogącego skutkować odpowiedzialnością deliktową, nawet pomimo braku powrotu powódki do pełni zdrowia. Tym samym nie można przypisać pozwanemu ZOZ odpowiedzialności deliktowej, co oznacza również bezzasadność roszczeń wobec pozwanego ubezpieczyciela. Skutkowało to oddaleniem powództwa. Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd Okręgowy powołał art. 98 § 1 i 3, art. 99 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 6 rozporządzeń Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz za czynności radców prawnych (tekst jedn. Dz.U. z 2013r., poz. 461 i 490). Sąd

uznał jednak za właściwe częściowe zastosowanie art. 102 kpc i obciążył powódkę tylko połową kosztów zastępstwa procesowego pozwanych.

Podstawą orzeczenia zawartego w pkt III wyroku stanowiły przepisy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn. Dz.U. z 2010r. Nr 90, poz. 594 ze zm.) w zw. z art. 98 kpc.

Apelację od tego wyroku wniosła A. B. zaskarżając orzeczenie w całości .

Powódka zarzuciła :

I. naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, a to:

- art. 231 k.p.c. poprzez nie przyjęcie domniemania faktycznego o odpowiedzialności pozwanych mimo prawidłowego ustalenia że zakażenie miało charakter wewnątrzszpitalny, co skutkowało błędnym obciążeniem powódki ciężarem dowodzenia zawinienia pozwanego oraz obciążenie powódki ujemnymi konsekwencjami procesowymi w kwestii lakonicznej i częściowo nieczytelnej dokumentacji lekarskiej powódki u pozwanego (...) w S. oraz brakiem dokumentacji sanepidu stwierdzającej ilość zakażeń w pozwanym (...) w S. w okresie objętym dowodzeniem, które utrudniły biegłemu W. W. zajęcie jednoznacznego stanowiska w kwestii błędu w sztuce lekarskiej lekarzy pozwanego oraz ustalenia prawdopodobieństwa pierwotnego egzogenego zakażenia wewnątrzszpitalnego powódki.

- art. 233 §1 k.p.c. poprzez nie dokonanie rzetelnego i wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego przez zbyt powierzchowne potraktowanie dowodów przedstawionych w toku postępowania i ograniczenie się w ocenie materiału dowodowego do wniosków końcowych opinii biegłych, oraz przekroczenie zasad swobodnej oceny dowodów w postaci: stwierdzonych przez Sanepid nieprawidłowościach w zakresie higieny na oddziale, gdzie przebywała powódka, stwierdzonego w opinii W. W. braku stosowania szybszej celowanej antybiotykoterapii, podjęcie się leczenia powódki przez pozwanego (...), w sytuacji dużego lub nawet nieuniknionego ryzyka powikłań w postaci zakażenia pierwotnego i wtórnego pomimo braku możliwości zapewnienia jej izolacji oraz zapewnienia możliwości zminimalizowania ryzyka powikłań w tej placówce, zeznań świadków A. J. i W. M., z których wynika że leczenie powódki przekraczało kompetencje pozwanego (...) w S., co skutkowało przyjęciem błędnych ustaleń stanu faktycznego w zakresie braku odpowiedzialności pozwanych.

II błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia poprzez:

- nieuzasadnione przyjęcie że zakażenie wewnątrzszpitalne powódki (...) miało charakter

zakażenia wtórnego na tej podstawie że powódka nie udowodniła (nie uprawdopodobniła na

granicy z pewnością) aby miało mieć charakter egzogeny i że nie wykazały tego także dowody z dokumentacji pozwanego (...) w S. i dokumentacji Sanepidu oraz

że brak jest zawinionych działań lekarzy pozwanego (...) w zakresie diagnostyki i terapii

powódki, co miało wpływ na ustalenie braku odpowiedzialności pozwanego,

- ustalenie stanu faktycznego wyłącznie na podstawie wniosków końcowych opinii biegłych,

bez szerszej analizy zgromadzonego materiału dowodowego, która pozwalała, bez ograniczania się do kwestii strictly medycznych, ustalić odpowiedzialność pozwanych za zawinione działania lekarzy, pozostające w związku przyczynowo-skutkowym ze zwiększeniem prawdopodobieństwa powikłań powódki w postaci zakażeń wewnątrzszpitalnych.

III nie rozpoznanie istoty sprawy w zakresie odpowiedzialności pozwanych za zakażenie wewnątrzszpitalne powódki i bezpodstawne ograniczenie przedmiotu postępowania tylko do

odpowiedzialności pozwanych za zakażenie egzogenne wynikające z niedbalstwa w zakresie

utrzymania higieny, z pominięciem odpowiedzialności pozwanych za zakażenie wtórne powódki wynikające z prowadzenia zabiegów inwazyjnych bez poinformowania jej o wysoko

opornych, nieuniknionych powikłaniach stosowanego leczenia w postaci zakażeń wtórnych

endogennych ,

- nie rozpoznanie sprawy w zakresie ustalenia skali uszczerbku na zdrowiu i krzywdy powódki związanej z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi ,

IV naruszenie przepisów prawa materialnego w postaci:

- art. 6 k.c. poprzez bezzasadne w okolicznościach sprawy obciążenie powódki ciężarem dowodowym w zakresie odpowiedzialności pozwanych, co skutkowało brakiem ustalenia odpowiedzialności pozwanych za brak przeprowadzenia dowodu ekskulpacji w zakresie zakażenia powódki oraz braku ustalenia odpowiedzialności pozwanych w kwestii nie udowodnienia przez nich uzyskania poinformowanej, w wymaganej ustawowo formie, medycznej zgody powódki na zabiegi inwazyjne,

- art. 415,416,430, 445 kc. poprzez ich niezastosowanie, polegające na błędnym uznaniu że

brak jest zawinienia po stronie lekarzy (...), oraz samej placówki mimo że Sąd dysponował

dowodami pozwalającymi na ustalenie winy organizacyjnej pozwanego, winy w zakresie podejmowania się leczenia przekraczającego możliwości (...) w S. w kwestii

optymalnego leczenia, niedbalstwa w kwestii warunków higieny i przestrzegania obowiązków

wynikających z ustaw o Państwowej Inspekcji sanitarnej oraz ustawy o zakażeniach i ustawy

o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, braku podjęcia działań

nakierunkowanych na minimalizowanie ryzyka powikłań powódki, błędu diagnostycznego w

postaci zaniechań w zakresie szybszego zastosowania celowanej antybiotykoterapii minimalizującej ryzyko leczenia i powikłań, końcowo zasądzenia zadośćuczynienia za

doznany uszczerbek na zdrowiu w postaci zakażenia wewnątrzszpitalnego.

- art. 448 k.c. w zw z art. 4 ust 1 w zw. z art. 8, 16,17,18 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz art. 31,32,34 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry poprzez ich niezastosowanie i nie zasądzenie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w postaci

zakażenia (...) + będących powikłaniem po wykonanych zabiegach operacyjnych bez poinformowania powódki o alternatywnych metodach leczenia, możliwości ich przeprowadzenia i skuteczności, rokowaniu i nieuniknionych powikłaniach przeprowadzanych zabiegów operacyjnych w postaci wtórnego zakażenia, bez wymaganej

formy pisemnej zgody.

Powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości solidarnie od obu pozwanych oraz zasądzenie solidarnie od obu pozwanych kosztów procesu za II instancję oraz ponowne rozstrzygnięcie o kosztach procesu za I instancję.

Ewentualnie powódka wniosła uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Pozwani wnieśli o oddalenie apelacji i o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Rozpoznając apelację Sąd drugiej instancji uznał za własne ustalenia Sądu Okręgowego i zważył co następuje:

Nie negując roli domniemań faktycznych w procesach lekarskich, w tym znaczenia wniosku prima facie dla przyjęcia związku przyczynowo skutkowego (na co także zwracał uwagę Sąd pierwszej instancji), wskazać trzeba jednak, że zebrane w sprawie dowody w tym dowody z opinii biegłych nie wskazują na pierwszy rzut oka, że zakażenie wtórne jest powiązane ze stanem sanitarnym pozwanego szpitala, szczególnie, że złego stanu sanitarnego szpitala nie wykazano. Samo wskazanie przez biegłego W. W., że zakażenie *P. aeruginosa* w posiewie z dnia 11 sierpnia 2010r. oraz *K. pneumoniae* oraz lekoopornego szczepu *E.coli* z dnia 11 sierpnia 2010r. mogą mieć związek z zabiegami z dnia 2 lipca 2010 oraz 8 sierpnia 2010 i 9 sierpnia 2010r. i w konsekwencji wskazanie, że zakażenie miało charakter wewnątrzszpitalny, nie jest wystarczające dla przypisania pozwanej odpowiedzialności. Wprawdzie można postawić wniosek, że skoro do zakażenia doszło wewnątrz szpitala to odpowiada za to strona pozwana, jednakże takie domniemanie obala okoliczność, że już przy przyjęciu powódki do szpitala pobrano materiał (treść ropnia) do badania bakteriologicznego, w którym wyhodowano mieszaną florę bakteryjną: *S. group C* i *E. coli*. Zakażenie to miało charakter endogeny i nie wiązało się z wcześniejszym leczeniem ginekologicznym powódki. Powódka już przy przyjęciu do szpitala w styczniu 2010r. zgłosiła się z ropniem wymagającym nacięcia, stąd nie mogło być wówczas mowy o leczeniu zachowawczym o jakim wyjaśniał biegły W. W. w opinii (k-779), które miało zapobiec powstaniu i konieczności nacinania ropni. Biegły W. uznawał też, że wyhodowywanie kolejnych bakterii przy dalszych pobytach było kontynuacją zapalenia związanego z bakteriami lekoopornymi rozpoznanego w styczniu 2010r., którego nie opanowano w leczeniu i wyraźnie wiązało zakażenie pierwotne z zakażeniem wtórnym. W wyjaśnieniach ustnych biegły zwracał uwagę na zmienność etiologiczną ropnych ognisk. Ta zmienność wynikała z długości stosowania antybiotykoterapii, która zmienia odporność bakterii i zaburza równowagę flory bakteryjnej, która stale bytuje u człowieka w przewodzie pokarmowym i na skórze i ulega zmianom w zakresie lekooporności. Uznawał on, że zakażenie wtórne związane jest przede wszystkim z niskim poziomem odporności powódki w związku z przewlekłym procesem zapalnym. Wiązało on też wykrywanie kolejnych szczepów bakteryjnych i w efekcie kolejne zakażenia bakteryjne z wcześniejszym naruszeniem ciągłości tkanek i w efekcie z kolejnymi nadkażeniami. Nawet więc jeżeli kontrole stwierdzały stosunkowo niewielkie uchybienia (brudne kratki wentylacyjne, brudne lampy oświetleniowe, kamień na urządzeniach sanitarnych i niezadowolający stan wózków oraz uszkodzenia ścian a stwierdzony fakt noszenia biżuterii przez personel mógł być przyczyną niedomycia rąk), to jednak trzeba zauważyć, że obie opinie zwracały przede wszystkim uwagę na własną florę bakteryjną powódki na skórze i jej słaby układ odpornościowy a przede wszystkim wskazywały na bogatą we florę bakteryjną około odbytowe miejsce zakażenia. Biegły W. wskazał też, że zmieniająca się flora bakteryjna pobierana podczas zabiegów chirurgicznych należy do typowych powikłań oddziałów zabiegowych mimo przestrzegania procedur mających zapobiegać takim zakażeniom a więc odrywał on ich wystąpienie od poziomu stanu sanitarnego. Uznawał on, że w mających miejsce zabiegach operacyjnych i wysokim zagrożeniu wynikającym z zakażenia pierwotnego takie wtórne nadważenia muszą wystąpić skoro stwierdzał, że wyhodowanie tych bakterii było kwestą czasu (k-785). Był to jego zdaniem proces dynamiczny a kolejne szczepy bakteryjne inne niż na początku musiały się pojawić niezależnie czy jest to źródło egzo czy endogenne. Podobnie opinia (...) wskazywała, że były to niezawinione przez szpital powikłania po drenażu ropnia około odbytowego i miały one przyczynę w zakażonej krypcie kanału odbytu (k-899). Pomiędzy tymi opiniami nie ma sprzeczności a konieczność dopuszczenia (...) wynikała z tego, że biegły W. uznawał brak dostatecznych kompetencji dla oceny diagnozy i leczenia choroby L. –C. (k-780, k-781), stąd konieczne zasięgnięcie wiedzy specjalnej także z dziedziny gastroenterologicznej. Z opinii biegłego W. wynika, że najistotniejszy jest okres w którym pojawiły się pierwsze objawy zapalenia i nacieku (k-774). Z opinii (...) wynika (k-898), że nacieku zapalny pojawił się już na początku 2010r. i miał on charakter samoistny. Przyjęcie więc przez Sąd pierwszej instancji na podstawie oceny stopnia prawdopodobieństwa, że do zakażenia doszło bez związku ze stanem sanitarnym szpitala było jak najbardziej logiczne i zgodne z zasadami doświadczenia życiowego i nie naruszało powołanych w apelacji przepisów procesowych. Wniosek ten jest także logiczny skoro protokoły czystości (k-211-221) i Protokoły kontroli wewnętrznej sanitarno-epidemiologicznej (k-222 -225) ostatecznie jednak stwierdzały wynik co najmniej zadowolający a protokoły kontroli Wojewódzkiego Inspektora (...)nie uznawały potrzeby wydawania do doraźnych zaleceń (k-544, k-547, 549). Stwierdzone w toku tych kontroli brak znajomości zasad higieny, w związku

z noszeniem biżuterii czy wielkości paznokci i wielkości zużycia środków czyszczących nie były uznawane za istotnie wpływające na stan sanitarny, skoro wyniki punktowe były prawie maksymalne lub maksymalne. Przede wszystkim jednak podczas kontroli nie stwierdzano siedliska bakterii u personelu, w szczególności na dłoniach a raport roczny ze stycznia 2011 o zakażeniach zakładowych (k-225), i protokół pokontrolny (k-210) stwierdzały zakażenia szpitalne u strony pozwanej na niskim poziomie i to przy uwzględnieniu przypadku powódki. Potwierdzają to także zeznania świadków dr. A. J. (2) (k-612), dr J. M. (613) i J. K. (k-738/2-739). Także biegły W. oceniając dokumentację nie znalazł potwierdzenia, że na oddziale dochodziło do zakażeń szczepami alarmowymi. Niezależnie od tego powódka w pozwie wiązała zakażenie z przeprowadzonymi operacjami a biegły w opinii uzupełniającej wykluczył powiązanie niedomycia rąk z zakażeniem podczas operacji w związku z używaniem jałowych rękawiczek (opinia uzupełniająca (k-817)). Wyhodowane podczas kontroli epidemiologicznej nieliczne przypadki gronkowca koagulazo ujemnego nie mogą wpływać na tę ocenę, skoro z opinii biegłego wynika (k-785), że paciorkowiec ten występuje powszechnie i większe jest prawdopodobieństwo, że zakażenie nastąpiło poza szpitalem. Natomiast biegły podkreślał, że zakażenie K. pneumoniae które wyhodowano ostatnim okresie są kontynuacją wcześniejszego zakażenia. Obie opinie spójnie podkreślały znaczenie endogennego zarażenia pierwotnego bakteriami, które były trudne do leczenia dla dalszego rozwoju zakażenia. Wbrew zarzutom apelacji obie opinie jednoznacznie wykluczyły zaniedbania personelu szpitala. Biegły W. nie ocenił poprawności zabiegów chirurgicznych i diagnozowania w zakresie choroby L.-C. (k783 i k-781), jednakże w tym zakresie wypowiedzieli się biegli (...) (z udziałem specjalisty chirurga i gastroenterologa). Braku fachowości nie potwierdzają także zeznania świadków powołanych w apelacji. A. J. (2) zeznał, że wykonano wszystkie badania i podkreślał prawidłowość leczenia. Stwierdzał on wprawdzie jako chirurg brak możliwości postawienia diagnozy w kierunku choroby L. -C., jednakże nie świadczy to o braku fachowości skoro również biegły W. nie uznawał swych kompetencji do stwierdzenia tej diagnozy a druga opinia wyraźnie stwierdziła, że po pierwsze ta diagnoza nadal nie jest pewna a po drugie diagnozowanie i leczenie w tym kierunku wówczas nie było jeszcze aktualne. Jedyny błąd jaki został przyznany przez świadków dotyczył błędów przy wprowadzaniu danych do systemu komputerowego, który nie miał żadnego przełożenia na sytuację powódki. Wbrew jej zarzutom nie wykazano fałszowania dokumentacji medycznej. Nie doszło więc do zaniedbań stanu sanitarnego, pozostających w związku z zakażeniem ani też nie doszło do wadliwego sposobu leczenia jak i diagnozowania. Biegły W. wyraźnie stwierdził, że zabieg nacięcia rutynowe postępowanie doraźne (k-781). Uznawał on wprawdzie ex post, że być może celowa antybiotykoterapia i zastosowana w lutym 2010r. mogłaby ograniczyć naciek zapalny i nie doszłoby do zapalenia krocza (k-782 i 783), jednakże wskazywał on też, że pogorszenia systemu odpornościowego nie można było jeszcze przewidzieć a nie podjęcie wdrożonego leczenia doraźnego tj. chirurgicznego nacięcia miałyby dużo gorsze skutki, albowiem mogło dojść do posocznicy. Ponadto wskazywał, że nie jest w stanie jednoznacznie określić czy wdrożenie antybiotykoterapii byłoby bardziej uzasadnione (k-782). Biegły nie potwierdził ostatecznie stanowiska powódki o niecelowości zabiegów (k-819). Także nie uznał za naganne wypisanie powódki po hospitalizacji w dniu 13 sierpnia 2010r. w stanie ogólnym dobrym. Opinia (...) wskazywała, że ex post można rozważać możliwość wdrożenia innego leczenia (k-980), jednakże uznawała wadliwość takiej oceny. Rozważając zaś prawidłowość diagnostyki i leczenia według chwili podejmowania decyzji przez lekarzy strony pozwanej biegli wskazywali, że działania zastosowane w S. na danym etapie choroby były adekwatne do obecnej wiedzy medycznej. Badanie bakteriologiczne i celowa antybiotykoterapia ma zdaniem biegłych znaczenie drugorzędne w porównaniu z drenażem (k-900). Powódka zwraca uwagę na niepełność dokumentacji Sanepidu w zakresie zakażeń P. aeruginosa, K. pneumoniae i E.Coli (...) z czerwca-września 2010r., na co zwracał uwagę biegły W. (k-784), jednakże fakt braku dokumentacji może oznaczać, że takich zakażeń nie stwierdzono. Brak dokumentacji tego typu w Sanepidzie nie powinien obciążać strony pozwanej tym bardziej, że próby czystościowe praktycznie nie stwierdzały szczepów (...) w szpitalu. Powyższe oznacza brak przesłanek do przyjęcia naruszenia staranności przy udzielaniu świadczeń medycznych przez personel szpitala strony pozwanej jak też brak podstaw do przyjęcia winy organów lub winy organizacyjnej, co w konsekwencji powoduje uznanie niezasadności zarzutu naruszenia art. 415 k.c., 416 k.c., 430 k.c. i 445 k.c. Nie są także zasadne pozostałe zarzuty naruszenia prawa materialnego. Powódka wyrażała zgodę na zabiegi. Zgodnie z art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (według brzmienia obowiązującego w dacie zdarzeń Dz.U.2009 r..52poz..417 ze zm. Dz.U.2009r. Nr76 poz. .641) lekarze mieli obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach

leczenia oraz rokowaniu. Biegły W. wskazywał na teoretycznie dostępne metody biologiczne (k-779). Nie można jednak tej metody traktować jako alternatywy, skoro nawet w Ł. nadal stosowano leczenie chirurgiczne. Przede wszystkim zaś z opinii (...) wynika, że w stanie powódki najbardziej właściwy wówczas był drenaż a czynny ropień był przeciwskazaniem do stosowania leków biologicznych (k-899). Trudno więc by przed dokończeniem zabiegów chirurgicznych istniał obowiązek informowania o metodach biologicznych, których wówczas jeszcze nie powinno się stosować. Niezależnie od tego z wysłuchania informacyjnego powódki w 2012r. wynikało, że po leczeniu w Ł. przetoka nadal ropiej mimo stwierdzanego dobrego stanu w listopadzie 2011r., co potwierdza stanowisko obu opinii, że leczenie tego typu schorzeń jest trudne i długotrwałe a metoda leczenia przyjęta w szpitalu pozwanej była adżekwatna. Lekarze nie mieli też obowiązku udzielania informacji o wszystkich możliwych powikłaniach (por. Wyrok SN z dnia 21 maja 2003 r. IV CKN 168/01 LEX nr 371779), tym bardziej, że początkowo powikłań nie mogli przewidzieć. Biegły W. wskazywał, że np. w czerwcu 2010r. lekarz na Izbie przyjęć nie mógł przewidzieć, że układ odpornościowy powódki będzie tak osłabiony, że za kilka dni dojdzie do nasilenia stanu zapalnego. Leczenie doraźne chirurgiczne było koniecznością, natomiast oczywistość wystąpienia zakażeń można stwierdzić dopiero z dzisiejszej perspektywy pozwalającej zweryfikować skutki słabej odporności powódki jak i skutki długiego okresu przyjmowania antybiotyków. Nie doszło więc do naruszenia art. 448 k.c., skoro zgodnie z art. 4 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ewentualne zasądzenie zadośćuczynienia jest warunkowane zawinionym naruszeniem praw pacjenta a tego zawinienia nie wykazano. Na marginesie należy więc tylko trzeba zauważyć, że podstawa powództwa nie wiązała wprost odpowiedzialności pozwanej na podstawie art. 448 k.c. z naruszeniem praw pacjenta. To, że Sąd Okręgowy nie rozważał bliżej tej podstawy odpowiedzialności nie może więc prowadzić do oceny nierozpoznania istoty sprawy. Sąd Okręgowy rozważył natomiast wszystkie istotne elementy dotyczące przesłanek odpowiedzialności deliktowej strony pozwanej i ubezpieczyciela. Środek odwoławczy nie podnosił żadnych zarzutów co do sposobu rozstrzygnięcia o kosztach procesu (w tym także względem dopozwanego). Wobec powyższego Sąd Apelacyjny oddalił apelację jako bezzasadną na podstawie art. 385 k.c. Sąd drugiej instancji uznał, że charakter roszczenia, szczególna sytuacja życiowa, zdrowotna oraz stan majątkowy uzasadniały odstąpienie od zasady odpowiedzialności za wynik sprawy. Powódka na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391§1 k.p.c. nie została więc obciążona obowiązkiem zwrotu przeciwnikowi kosztów postępowania apelacyjnego.

SSA Józef Wąsik SSA Hanna Nowicka de Poraj SSA Sławomir Jamróg