

Sygn. akt I ACa 382/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 października 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Kowacz-Braun
Sędziowie:	SSA Zbigniew Ducki SSA Józef Wąsik (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Marta Matys

po rozpoznaniu w dniu 5 października 2017 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa A. Ś. (1)

przeciwko (...) S.A. w W. i Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitalowi (...) w K.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 12 grudnia 2016 r. sygn. akt I C 1833/11

1. **oddala apelację;**

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

3. **przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Krakowie na rzecz adwokata K. S. kwotę 3.321 zł (trzy tysiące trzysta dwadzieścia jeden złotych) w tym 621 zł podatku od towarów i usług, tytułem kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

SSA Józef Wąsik SSA Anna Kowacz-Braun SSA Zbigniew Ducki

Sygn. akt I A Ca 382/17

U Z A Z A S A D N I E N I E

Powódka **A. Ś. (1)** wniosła o zasądzenie na jej rzecz solidarnie od pozwanych - (...) S. A. w W. oraz Szpitala (...) w K., Oddział Kliniczny (...), następujących kwot:

- 120 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od 13 stycznia 2011 r. do dnia zapłaty - tytułem zadośćuczynienia;

- 49 398,70 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od 13 stycznia 2011 r. do dnia zapłaty – tytułem odszkodowania;
- 1 600 zł miesięcznie tytułem renty płatnej do 10-tego dnia każdego miesiąca od dnia wniesienia pozwu, wraz z odsetkami ustawowymi za zwłokę, powiększonej corocznie o wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w poprzednim roku (publikowany przez Główny Urząd Statystyczny);

Oraz zasądzenie jej rzecz zwrotu kosztów procesu. Ponadto powódka domagała się ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za szkodę powstałą w wyniku zakażenia bakteriami szpitalnymi – pałeczką ropy błękitnej (*pseudomonas aeruginos*), gronkowcem złocistych (*staphylococcus aureus* (...)), klebsiella pneumoniae, proteus mirabilis oraz zachorowaniem na cukrzycę posterydową.

Na uzasadnienie swoich żądań podała, że 18 sierpnia 2008 r., podczas spaceru w lesie została ukąszona w okolice prawej łydki. Zmiany skórne początkowo były leczone w Poradni Chirurgicznej w W., następnie od 9 stycznia 2009 r. w Poradni przy Klinice (...) w K.. Od 6 lutego do 10 lutego 2009 r. powódka była hospitalizowana w pozwanym szpitalu, gdzie zdiagnozowano u niej zespół antyfosfolipidowy. W dniu przyjęcia owrzodzenie na łydce miało wymiary 3 na 4 cm. Pomimo, że pacjentka nie została wyleczona, wypisano ją w dniu 10 lutego 2009 r.

W czasie pobytu w domu pozostawała pod obserwacją chirurga z W. oraz niejednokrotnie konsultowała się telefonicznie z lekarzem zatrudnionym u strony pozwanej, za każdym razem uzyskując informację o konieczności zażywania leków bólowych. Ponieważ choroba nie ustawała, 4 marca 2009 r. ponownie została przyjęta do Kliniki (...). Wstępna diagnoza była analogiczna jak przy pierwszym pobycie w szpitalu; owrzodzenie miało już wymiary 5 na 10 cm.

W czasie pobytu, lekarze zatrudnieni u strony pozwanej popełnili szereg błędów, które skutkowały pogorszeniem stanu zdrowia powódki:

- wobec podejrzenia piodermii zgorzelinowej wprowadzono leczenie sterydami w wysokich dawkach, które wywołało cukrzycę posterydową;
- dopiero 17 marca 2009 r. pobrano wymaz z rany; zmieniono wówczas również podawane antybiotyki, jednak mimo stosowanej różnorodnej antybiotykoterapii nie włączono leczenia wspierającego (probiotyków), co obniżyło odporność pacjentki i zwiększyło jej podatność na zakażenia;
- wynik wymazu, który otrzymano 20 marca 2009 r., wskazał na obecność bakterii klebsiella pneumoniae oraz proteus mirabilis – dopiero wówczas rozpoczęto antybiotykoterapię celowaną; tego samego dnia zlecono posiew, z którego wynikało, że wyhodowano pałeczki ropy błękitnej (wzrost obfity) oraz klebsiella pneumoniae (wzrost słaby); kontrolny posiew z 24 marca 2009 r. potwierdził obecność wskazanych bakterii;
- otrzymany 1 kwietnia 2009 r. raport badania lekoodporności wskazał na nieskuteczność stosowanej antybiotykoterapii;
- na oddziale, na którym przebywała pacjentka panowały bardzo złe warunki higieniczne.

Pomimo niewyleczenia powódki wypisano ją ze szpitala nagle, 2 kwietnia 2009 r. Owrzodzenie nie zmniejszyło się, dodatkowo zachorowała ona na cukrzycę posterydową. W dniu 17 kwietnia 2009 r. oraz 13 maja 2009 r. powódka zgłosiła się do ambulatorium strony pozwanej; odmówiono jej wówczas wykonania kontrolnego wymazu, odnotowano jedynie, że owrzodzenie jest wielkości dłoni. Od maja 2009 r. do stycznia 2011 r. A. Ś. (1) kontynuowała leczenie w Specjalistycznym Gabinecie Lekarskim w Z.; następnie od marca 2011 r. w (...) w K.. W Z. rozpoznano u niej cukrzycę posterydową, polineuropatię w postaci niedowładu strzałkowego prawej stopy. Wymaz owrzodzenia z 27 maja 2009 r. wykazał obecność pałeczki ropy błękitnej oraz gronkowca złocistego. Do grudnia 2010 r. powódka pozostawała

na leczeniu insulinowym, początkowo przyjmując cztery zastrzyki dziennie, następnie ich dawka zmniejszyła się do dwóch.

Powyzsze okoliczności, w ocenie powódki, wskazują, że pierwsze leczenie w pozwanym szpitalu doprowadziło do pogorszenia jej stanu zdrowia, natomiast druga hospitalizacja, z wysokim stopniem prawdopodobieństwa, skutkowała zakażeniem jej licznymi bakteriami oraz wywołaniem cukrzycy posterydowej. Na etapie sterydoterapii powódka nie była informowana o grożących jej możliwych powikłaniach, dlatego jej zgoda w tym zakresie była nieskuteczna. Rozpoznana polineuropatia i niedowład strzałkowy prawej stopy mają swoje źródło w cukrzycy. Pacjentka została dwukrotnie błędnie zdiagnozowana (rozpoznano u niej zespół antyfosfolipidowy oraz piodermię zgorzelinową); dwukrotnie przedwcześnie ją wypisano ze szpitala, gdy leczenie nie było jeszcze zakończone.

Poprawa jej stanu nastąpiła dopiero po wizytach w Specjalistycznym Gabinetnie Lekarskim w Z., jednak stopień zaawansowania choroby i obciążenie organizmu bakteriami i cukrzycą nie rokują całkowitego powrotu do zdrowia i wygojenia. Choroba powódki ma charakter przewlekły, jej stan ciągle się pogarsza. Obecnie zakażone są obie jej kończyny, przez co nie może się poruszać nawet za pomocą kul, całe dni spędzając w łóżku.

Niewyleczenie schorzenia dermatologicznego, zakażenie bakteriami oraz błędne leczenie sterydowe wywołały u powódki szkodę niemajątkową w postaci krzywdy – przed zakażeniem była ona osobą w pełni sprawną i samodzielną. Jej cierpienia są znaczące, trwają już od długiego czasu, pogłębiają się i nie rokują poprawy. Zakażenie gronkowcem i zachorowanie na cukrzycę osłabiło odporność powódki, łatwo zapada na infekcje. Odczuwa w związku z tym silny stres, obawia się o dalsze życie i funkcjonowanie. Postrzega siebie jako zagrożenie i ciężar dla najbliższych (jej syn był zmuszony zrezygnować ze studiów). Przyjmowanie insuliny wywołało u niej problemy z widzeniem oraz problemy kardiologiczne. Ze względu na cukrzycę powódka musiała ponadto zmienić dietę na niskokaloryczną (1 200 kcal), co osłabia jej organizm, zmniejsza odporność oraz pozbawia ją radości ze spożywania ulubionych dań.

(...) S. A. w W. (pozwany nr 1) wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów procesu. Motywując swoje stanowisko podał, że jego odpowiedzialność gwarancyjna jest uzależniona od odpowiedzialności sprawczej ubezpieczonego, która jest kwestią sporną. Z ostrożności procesowej podniósł, że zgłoszone roszczenia są wygórowane.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) w K. (pozwany nr 2) wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów procesu. Na uzasadnienie swojego stanowiska podał, że postępowanie diagnostyczne i rozpoznanie były prawidłowe, a zastosowane leczenie odpowiednie do rozpoznania i zgodne z wiedzą i sztuką lekarską. Zarzut dwukrotnej błędnej diagnozy jest nieuzasadniony. Wstępne rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu, bowiem pacjentka nie przeprowadziła wcześniej żadnych badań. Zostały one wykonane dopiero podczas pierwszej hospitalizacji, podczas której obserwowano objawy kliniczne i na tej podstawie rozpoznano piodermię zgorzelinową.

U powódki nie wystąpiła cukrzyca posterydowa, a jedynie niewielki wzrost glikemii. Pozwany zaprzeczył, że pacjentka nie była informowana o stosowanych wobec niej zabiegach diagnostycznych i leczniczych. Przeciwnie, były one z nią zawsze uzgadniane indywidualnie. Szpital podniósł, że nie doszło u niego do zakażenia A. Ś. (2) bakteriami *klebsiella pneumoniae*, *proteus mirabilis* i *pseudomonas aeruginosa*. Bakterie te są składnikami flory fizjologicznej człowieka. Powódka przez kilka miesięcy przed hospitalizacją leczyła owrzodzenie w nieznanym pozwanemu ośrodku. Do zakażenia mogło więc dojść znacznie wcześniej z uwagi na fakt, że owrzodzenie jest otwartą raną, a pacjentka musiała wielokrotnie zmieniać opatrunki i stosować zalecane leki miejscowe.

A. Ś. (1) została wypisana z uwagi na brak uzasadnienia dla dalszej hospitalizacji. Przy wypisie otrzymała zalecenie kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych, pouczone ją również o konieczności kontynuowania ćwiczeń usprawniających chorą kończynę; jej ogólny stan był dobry, owrzodzenie wykazywało cechy gojenia się. Badanie kontrolne przeprowadzone w dniu 17 kwietnia 2009 r. wykazało dalszą poprawę stanu miejscowego; wydano wówczas

powódce dalsze zalecenia w zakresie kontroli jej stanu zdrowia i leczenia. Ostatnia wizyta kontrolna odbyła się 13 maja 2009 r.

Odnośnie warunków panujących na Oddziale Klinicznym Kliniki (...), strona pozwana wskazała, że nie dysponuje pokojami jednoosobowymi, jednak umieszczenie pacjentki w jednym pokoju z chorymi na świerzbiczkę i różę nie stanowiło zagrożenia dla jej zdrowia. W ocenie szpitala na oddziale nie było nieprawidłowości w zakresie higieny i czystości.

Podsumowując, w ocenie pozwanego powódka nie udowodniła przesłanek jego odpowiedzialności. Brak jest podstaw do uznania, że rozpoznanie było błędne (w zakresie piodermii zgorzelinowej szpital podniósł, że żadne badanie nie daje stuprocentowego potwierdzenia jego diagnozy), że nie wyleczono pacjentce schorzenia i, że stosowano bez uzasadnienia sterydy. Powódka została wypisana z gojącym się owrzodzeniem. Prawidłowo rozpoznano zakażenie bakteryjne i leczono je odpowiednimi antybiotykami.

Z ostrożności procesowej strona pozwana zarzuciła, że dochodzona kwota zadośćuczynienia jest nadmierna. Wysokość odszkodowania również jest nieuzasadniona, gdyż powódka cały czas leczy się zarówno z powodu chorób wcześniej u niej zdiagnozowanych, jak również z powodu piodermii zgorzelinowej. Koszty opieki również nie zasługują na uwzględnienie, bowiem z pozwu wynika, że A. Ś. (1) mieszka z mężem rencistą i bezrobotnym synem, którzy mogą jej pomagać. Do pozwu nie dołączono dowodu na wydatkowanie kwot z tytułu dojazdów do lekarzy i wizyt lekarskich. Odnośnie żądanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb, wskazano, że większość leków stosowanych przez powódkę nie ma związku ze zdiagnozowaną piodermią zgorzelinową, ani z zakażeniem bakteriami. Koszty leków koniecznych do leczenia choroby podstawowej nie stanowią o konieczności refundowania ich przez pozwanego szpital, ponieważ choroba ta nie została wywołana błędnym działaniem lekarzy pozwanego. Wreszcie, w ocenie strony pozwanej nr 2, dieta, którą powódka stosuje, jest konieczna z powodu przewlekłej choroby wątroby i nadciśnienia tętniczego, a nie cukrzycy posterydowej, której u niej nie stwierdzono. W zakresie ustalenia odpowiedzialności na przyszłość oraz daty początkowej naliczania odsetek, pozwany szpital zaprezentował analogiczne stanowisko jak pozwany ubezpieczyciel.

Sąd Okręgowy w Krakowie wyrokiem z dnia 12 grudnia 2016r oddalił powództwo nie obciążając powódki kosztami procesu.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 15 sierpnia 2008 r. powódka została ukąszona przez owada w prawą nogę, nad kostką (okoliczność bezsporna). Z powodu tej zmiany początkowo była leczona w warunkach ambulatoryjnych – 9 stycznia 2009 r. została przyjęta do Poradni Dermatologicznej przy Klinice (...) w K., a 12 stycznia 2009 r. została pilnie skierowana przez internistę (...) sp. j. (...) w W. do Poradni Chirurgii Ogólnej ZOZ w W., gdzie 16 stycznia 2009 r., stwierdzono, że od dwóch miesięcy u A. Ś. (1) występuje niegojące się owrzodzenie podudzia prawego kostki bocznej z towarzyszącym zaczerwienieniem i obrzękiem całej kończyny (okoliczność bezsporna).

W dniu 6 lutego 2009 r. powódka została przyjęta na Oddział Dermatologii ze zmianą zlokalizowaną na prawej kończynie dolnej, nad kostką boczną, o wymiarach 3 na 4 cm i o charakterze bujającej ziarniny (pokryta wysięgiem – włóknikiem; otaczająca ją skóra miała charakter zapalny koloru czerwonego), z podejrzeniem zespołu antyfosfolipidowego (jest to choroba, w której często występuje obniżenie płytek, przeciwciała przeciwkardiolipidowe oraz owrzodzenia). Podstawą tej diagnozy był wywiad z pacjentką, w trakcie którego ustalono, że miała ona trzykrotne samoistne poronienia, co budzi podejrzenie tego zespołu.

Celem pierwszej hospitalizacji było przebadanie powódki, pobranie materiału do badań immunologicznych oraz potwierdzenie lub zaprzeczenie wstępnej diagnozy (stwierdzono u niej skrócenie kończyny, bardzo silne bóle bioder wskutek nieprawidłowego ustawienia, usunięte płuco; wykonano RTG kręgosłupa, miednicy i ustalono termin wizyty w Poradni Rehabilitacji Szpitalnej). W wyżej wskazanym wywiadzie podała ona również, że owrzodzenie na nodze występuje już od pół roku i, że jego przyczyną najprawdopodobniej było ukąszenie przez owada (które miało miejsce

15 sierpnia 2008 r. w lesie, o czym wyżej), jak również, że owrzodzenia występowały u niej już wcześniej, w wieku 15 i 21 lat. W czasie tego pobytu w szpitalu oczyszczono jej owrzodzenie z włókniaka.

Wypisano ją 10 lutego 2009 r., z raną tej samej wielkości jak przy przyjęciu. Zalecono jej wówczas stosowanie opatrunków przeciwwysiękowych, zmienianych co 2 – 3 dni. Otrzymała również leczenie naczyniowe i zalecenie zgłoszenia się do Poradni Schorzeń Tkanki Łącznej za dwa tygodnie, gdy miały być już dostępne wyniki badań.

Wyniki te wykluczyły zespół antyfosfolipidowy. Powódka ponownie zgłosiła się do pozwanego szpitala z powodu znacznego powiększenia się owrzodzenia. Kolejny jej pobyt, który rozpoczął się 4 marca 2009 r., miał charakter diagnostyczny i leczniczy. Wówczas owrzodzenie miało wymiary 5 na 10 cm. W trakcie hospitalizacji pobrano wycinek ze zmiany do badania. Brano pod uwagę przede wszystkim piodermię zgorzelinową, ale również niewykluczona była diagnoza nowotworu kolczystokomórkowego skóry czy chłoniaka skóry.

Ostatecznie zdiagnozowano u powódki piodermię (wskazywały na nią: wiek pacjentki, zmiany po ugryzieniu owada, trwające nieprzerwanie od kilku miesięcy, zaobserwowane nasięki komórkowe w wycinku histopatologicznym, w tym neutrofilowe, okresowe stany podgorączkowe oraz ból), która nie ma określonych metod leczenia, jednak zaleca się doustne podawanie sterydów. Terapię rozpoczęto 13 marca 2009 r. Po podaniu sterydów wzrósł u powódki cukier, w związku z czym zaczęto jej podawać również insulinę obniżającą wartości glikemii. Przy samym włączeniu sterydów rozszerzono antybiotykoterapię, zamieniono D. C. na Z. i M. (w celu zwiększenia spektrum działania); powódka była dodatkowo zabezpieczona F. (lekiem przeciwgrzybicznym). Następnie (17 marca 2009 r.) pobrano posiew z owrzodzenia aby stosować celowany antybiotyk (M.) w trakcie sterydoterapii. Podczas przeprowadzonego badania wykryto bowiem bakterię *Klebsiella pneumoniae*, zaliczaną do tzw. drobnoustrojów alarmowych i zgodnie z obowiązującymi procedurami sporządzono indywidualną kartę rejestracji, W czasie hospitalizacji powódki łącznie stwierdzono 78 zakażeń szpitalnych i tyle samo pozaszpitalnych.

Stan zdrowia A. Ś. (1) był konsultowany z lekarzem „zakaźnikiem” oraz lekarzem chorób wewnętrznych, skierowano ją również na rehabilitację stopy oraz zalecono dietę cukrzycową.

Na podstawie wyników badań przeprowadzonych w dniach 25, 30, 31 marca oraz 2 kwietnia 2009 r. stwierdzono stan miejscowy ze znaczną poprawą, owrzodzenie czyste, w dniu włókniak, pojedyncze naczynia. Przy wypisie, który miał miejsce 2 kwietnia 2009 r., średnica owrzodzenia była większa, jednak uzyskano zmniejszenie ziarniny bujającej, z nadal obecnym wysiękiem i włókniakiem. Skóra otoczenia była mniej zapalna. Decyzja o wypisaniu pacjentki była podyktowana faktem, że leczenie mogło być kontynuowane w domu (jest to leczenie przewlekłe). Przepisano jej antybiotyk P. i skierowano do kontroli w pozwanym szpitalu.

W czasie pobytu w Szpitalu (...) powódka była za każdym razem informowana o podejmowanych czynnościach leczniczych. W dniu 17 kwietnia 2009r. A. Ś. (1) zgłosiła się na wizytę. Owrzodzenie miało wtedy wielkość dłoni, było czyste, wyziarninowane, otoczenie spokojne. 13 maja 2009 r. owrzodzenie było pokryte włókniakiem, wydzielina z niego była surowiczo – ropna, brzegi płaskie. Nadal stosowano sterydoterapię.

Od maja 2009 r. do stycznia 2010 r. A. Ś. (1) leczyła się w Specjalistycznym Gabinetie Lekarskim w Z., gdzie również rozpoznano owrzodzenie podudzia prawego, zakażonego bakteryjnie i potwierdzono przewlekły charakter choroby i konieczność stosowania leków ogólnie i miejscowo. Wówczas stwierdzono również zakażenie wtórne bakteriami szpitalnymi (okoliczność bezsporna). Następnie, w 2011 r. powódka była leczona w Poradni Chirurgii Ogólnej ZOZ w W. oraz w Gabinetzie Dermatologiczno-Alergologicznym i Laseroterapii w K.. Podczas wizyty 26 stycznia 2012 r. stwierdzono wyraźną poprawę owrzodzeń (okoliczność bezsporna).

W pozwanym szpitalu zdiagnozowano u powódki prawdopodobne wystąpienie piodermii zgorzelinowej. Pierwszym środkiem stosowanym przy tego typu schorzeniu jest terapia sterydowa, która przynosi pożądane skutki i poprawia stan pacjenta (stan owrzodzenia leczonego w 2009 r. ostatecznie polepszył się). Stosowanie sterydów niesie za sobą takie skutki uboczne jak, m.in. cukrzyce i nadciśnienie tętnicze, jednak leczenie to jest konieczne w stanie wyższej konieczności, jak należy zakwalifikować rozpoznaną chorobę. Cukrzyca u pacjentki wystąpiła na początku kuracji i

od razu była prawidłowo leczona intensywną terapią insulinową, która po wyjściu ze szpitala została zamieniona na leczenie doustne; aktualnie powódka wymaga diety.

Co do zasady cukrzyca sterydowa występuje w czasie leczenia sterydami, a po przerwaniu kuracji ustępuje; tak też było w przypadku powódki – nie stwierdzono u niej powikłań na tle cukrzycy. Powinna ona jednak nadal stosować się do diety, ze względu na występującą u niej nadwagę. Przedmiotowa nadwaga może być samoistnym generatorem wystąpienia cukrzycy. Stosowana dieta jest jedynym ograniczeniem funkcji życiowych mogących powstać w wskutek podawanych sterydów (jednak jak wskazano, dieta jest wymagana również z innych względów).

W prawej dolnej kończynie powódki stwierdzono osłabienie czucia powierzchniowego o charakterze „skarpetek”, jak również odczyn bólowy okolic owrzodzeń obu kostek bocznych, bardziej wyrażony po prawej stronie. A. Ś. (1) nie cierpi natomiast na niedowład prawej nogi. Zaburzenia czucia są najczęstszym powikłaniem sterydoterapii. Trudno gojące się owrzodzenia mogą być wynikiem nie tylko stosowania sterydów, ale także innych dolegliwości, na jakie cierpi powódka, takich jak: nadciśnienie, otyłość, niedoczynność tarczycy oraz zakażenia zgorzelinowego i jego specyfiki.

Podsumowując, Sąd stwierdził, że zastosowane przez lekarzy pracujących w Klinice Dermatologii leczenie sterydami było trafne z punktu widzenia nauk dotyczących chorób wewnętrznych i diabetologii oraz neurologii (co następnie potwierdziła również częściowa skuteczność leczenia). W świetle aktualnej wiedzy medycznej nie znaleziono instrumentów, które pozwoliłyby ustrzec powódkę przed powikłaniami w postaci cukrzycy posterydowej. Nie doznała ona uszczerbku na zdrowiu pozostającego w związku przyczynowym ze stosowaną terapią (Dowód: opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i diabetologii k. 666-668; 705, opinia biegłego neurologa k. 673-674, dokumentacja medyczna k. 31-40; 42-103; 242-338; 416-422; 439; 550-565; 577-594; 596).

Analiza leczenia powódki w Klinice Dermatologii w K. w okresach od 6 lutego 2009 r. do 10 lutego 2009 r. oraz od 4 marca 2009 r. do 2 kwietnia 2009 r. z punktu widzenia nauki dermatologii również prowadziła do wniosku, że było ono odpowiednie do ustalonego rozpoznania potwierdzonego wnikliwym wywiadem, badaniem przedmiotowym, badaniami laboratoryjnymi, w tym histopatologicznym; było również zgodne z aktualną wiedzą medyczną i doświadczeniem. Początkowe rozpoznanie zespołu antyfosfolipidowego zostało oparte o wywiad przeprowadzony z powódką. Późniejsze wyniki badań wykluczyły wstępną diagnozę, natomiast stanowiły podstawę do stwierdzenia, że A. Ś. (1) cierpi na piodermię zgorzelinową. To drugie rozpoznanie było już trafne.

Zastosowane u pacjentki leczenie farmakologiczne było prowadzone prawidłowo, w szczególności dotyczy to stosowania sterydoterapii. Leczenie to było wnikliwie monitorowane, regulowane zgodnie z otrzymanymi wynikami badań i konsultowane ze specjalistami z określonych dziedzin.

Decyzje o wypisie chorej podjęte w dniach 10 lutego oraz 2 kwietnia 2009 r. były słuszne. Jej stan ogólny był na tyle dobry, że mogła kontynuować leczenie w domu ze względu na przewlekłość stwierdzonego schorzenia skórniego. Przy wypisie otrzymała zalecenia kontynuacji doustnej steroidoterapii w osłonie jonów potasu i blokerów pompy protonowej. Przepisano jej również antybiotyki P. i leczenie miejscowe wspomagające leczenie ogólne.

Na pogorszenie się stanu powódki mogły mieć wpływ współistniejące schorzenia prowadzące do zaburzenia odporności, takie jak: usunięcie płuca z powodu aspergilloma z następstwami o charakterze przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, wirusowe zapalenie wątroby typu C, niewydolność układu sercowo – naczyniowego (nadciśnienie tętnicze), kilkakrotne poronienia, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa z upośledzeniem czynności układu kostno – stawowego oraz objawy depresji.

Z uwagi na brak nieprawidłowości w diagnostyce lub leczeniu schorzeń dermatologicznych A. Ś. (1) nie można stwierdzić wystąpienia u niej uszczerbku na zdrowiu. Leczenie piodermii jest uzależnione od ogólnego stanu zdrowia i współistniejących chorób (wyżej wymienionych). Jeżeli jest ona uleczalna, rokowania na przyszłość są dobre, jeżeli nie, powódka będzie cierpiała podwójnie. W przypadku idiopatycznej piodermii zgorzelinowej przebieg choroby jest

przewlekły, wieloletni, z okresami zaostrzeń i remisji (dowód: opinia biegłego dermatologa k. 803-829, dokumentacja medyczna k. 31-40; 42-103; 242-338; 416-422; 439; 550-565; 577-594; 596).

Piodermia zgorzelinowa nie jest chorobą zakaźną, nie została więc wywołana zakażeniem bakteryjnym. Obecność wykazanych w posiewach drobnoustrojów w warunkach szpitalnych – *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* i *Proteus mirabilis* oraz w okresie po zakończeniu leczenia szpitalnego – gronkowca złocistego i *Enterobacter cloacae* są dowodem nadkażenia czyli zakażenia wtórnego zmiany skórnej powstałej w następstwie choroby podstawowej stanowiącej szczególnie otwarte wrota zakażenia. Wykonanie posiewów bakteriologicznych pozwoliło zastosować odpowiednią antybiotykoterapię i wyeliminować żółtą wydzielinę, jaką zaobserwowano 16 marca 2009 r. Stwierdzone natomiast w dniu 4 marca 2009 r. zmiany zapalne na obrzeżach owrzodzenia, bujająca obwodowo ziarnina oraz centralnie umiejscowione zmiany martwicze stanowią obraz piodermii, a nie zakażenia.

Zakażenie powódki wyżej wskazanymi bakteriami w okresie pierwszej hospitalizacji w pozwany szpitalu jest wykluczone. Możliwe jest natomiast wtórne zakażenie zmiany skórnej o charakterze piodermii zgorzelinowej w czasie jej drugiego pobytu, w marcu 2009 r. Nie do ustalenia jest przy tym, czy doszło do niego własną florą powódki pochodzącą ze środowiska pozaszpitalnego, czy florą szpitalną. Czas wykrycia gronkowca złocistego wyklucza zakażenie szpitalne. Pewnym jest natomiast zakażenie szpitalnym szczepem *Klebsiella pneumoniae*. Możliwym ponadto było zakażenie podczas hospitalizacji bakteriami: *Proteus mirabilis* oraz *Pseudomonas aeruginosa*. U powódki nie występują jednak trwałe powikłania będące następstwem zakażenia wyżej wymienionymi bakteriami. Obecność żółtej wydzieliny na zmianie piodermii nie stanowiła uszczerbku na zdrowiu i została wyleczona jeszcze w szpitalu poprzez zastosowanie właściwej antybiotykoterapii.

Zakończenie hospitalizacji w dniu 2 kwietnia 2009 r. było wskazane, gdyż zapobiegło dalszej kolonizacji bakterii i ewentualnym wtórnym zakażeniom innymi drobnoustrojami szpitalnymi, w tym, np. gronkowcem złocistym (...), którego leczenie jest wyjątkowo problematyczne. Decyzja ta uchroniła również powódkę od ryzyka zakażenia ogólnoustrojowego, którego nie można wykluczyć w obliczu dużego prawdopodobieństwa istniejącego u niej zaburzenia odporności - za czym przemawia, m.in. przebyte przez nią zakażenie grzybem i powstanie guza aspergilloma, które należy do chorób oportunistycznych, czyli dotyczących osób ze zmniejszoną odpornością (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych k. 737-739, dokumentacja medyczna k. 31-40; 42-103; 242-338; 416-422; 439; 550-565; 577-594; 596).

W Szpitalu (...) w K. opartunki zmieniane są w gabinecie zabiegowym. Są one sterylne, fabrycznie opakowane. Do skóry stosuje się S., O. oraz wodę utlenioną w razie konieczności. Pielęgniarki wykonują czynności w rękawiczkach, używając sprzętu jednorazowego użytku (częściowo zeznania świadka J. S. k. 607-607v).

Warunki panujące na oddziale w pozwany szpitalu, pomimo faktu, że jest on codziennie sprzątany, były przeciętne. Często powódka czekała na opróżnienie, tzw. „basenu”. Osoby odwiedzające nie musiały zakładać ochraniaczy na buty. Do dezynfekcji powierzchni szpitalnej używany jest 2% I., a do usuwania plam z krwi – O.. Sprząatanie nadzorowane jest przez pielęgniarkę oddziałową, pielęgniarkę epidemiologiczną oraz przez Sanepid. Narzędzia dezynfekowane są przy użyciu 2% S. P. z aktywatorem, następnie są pakowane w pakiety i oznaczane paskami kontrolnymi świadczącymi o sterylności. W dniu 18 marca 2009r. podczas hospitalizacji powódki przeprowadzono kontrolę sanitarną oddziału, w wyniku której stwierdzono następujące uchybienia:

- zabrudzenia i pęknięcia ścian w salach chorych i łazienkach;
- tapicerowane krzesła w pomieszczeniu sali zabiegowej;
- uszkodzenia podstawy szafek w smarowni w części kobiecej oddziału;
- uszkodzenia podstawy szafek i uszkodzenia okeiny biurka w pomieszczeniu dezynfekcji narzędzi;

- zniszczony eksploatacyjnie sprzęt zabiegowy ((zeznania świadka A. Ś. (3) k. 530v-531v, zeznania świadka M. Ś. k. 531v-532, zeznania świadka S. Ś. k. 532-532v, zeznania świadka P. Ś. k. 532v-533, zeznania świadka B. Ż. k. 533-533v, zeznania świadka Z. G. k. 533v-534, częściowo zeznania świadka J. S. k. 607-607v, decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego k. 445-446, umowa k. 345-388, protokoły kontroli k. 463-499).

A. Ś. (1) już przed udaniem się do pozwanego szpitala cierpiała na liczne dolegliwości. Najważniejsze z nich to wirusowe zapalenie wątroby typu C, usunięcie jednego płuca (z powodu aspergilloma – guza grzybicznego), nadciśnienie tętnicze, problemy z sercem i kręgosłupem. Powyższe choroby ograniczały ją w codziennym funkcjonowaniu; powódka bardzo rzadko wychodziła z mieszkania z uwagi na problemy z oddychaniem, odbywało się to tylko przy pomocy męża lub synów, o których musiała się opierać; wspomagała się również laską. Już przed pobytem w Szpitalu (...) w K., członkowie rodziny (przede wszystkim mąż A. Ś. (3) i syn S. Ś.) wspierali ją także w najprostrzych czynnościach domowych – przy porządkach, przy przygotowywaniu posiłków, przy robieniu zakupów. W związku z zakażeniem wirusem typu C, A. Ś. (1) miała zaleconą stosowną dietę. Od wiosny 2008 r. powódce pomagała również sąsiadka z bloku – B. Ż., która czyni to nadal; nie pobiera za to żadnego wynagrodzenia.

Ból związany z nogą spowodował, że aktywność życiowa A. Ś. (1) zmniejszyła się. Powódka ograniczyła chodzenie do minimum, przez większość dnia leży w łóżku. Pogorszył się również jej nastrój i stan psychiczny, jest płacziwa, rozdrażniona i trudno się z nią rozmawia; jest bardziej nerwowa. Powódka z związku ze swoim stanem zdrowia wydatkuje znaczne kwoty na zakup leków i wizyty u lekarzy.

Sąd dał wiarę zeznaniom przesłuchanych w sprawie świadków – rodzinie (A. Ś. (3), M. Ś., S. Ś., P. Ś.), sąsiadce (B. Ż.) i pielęgniarce powódki (Z. G.). Ich zeznania były spójne wewnętrznie i zewnętrznie, były rzeczowe, nie cechowała ich przesada, świadkowie nie próbowali snuć domysłów, co do przebiegu zdarzeń. Dostarczyli oni materiału dowodowego w zakresie samopoczucia i sprawności powódki w okresie przed i po leczeniu w pozwanym szpitalu oraz warunków, jakie panowały na oddziale. Sąd uznał również za prawdziwe zeznania lekarek zatrudnionych w pozwanym szpitalu - E. K. oraz S. G.. Wyłumaczyły one w sposób przystępny i zrozumiały przebieg leczenia powódki, ich zeznania były ze sobą spójne, były również logiczne, precyzyjne i wyczerpujące, znajdowały odzwierciedlenie w zgromadzonej dokumentacji medycznej. Sąd częściowo odmówił wiarygodności zeznaniom J. S., pielęgniarce oddziałowej Kliniki Dermatologii, w zakresie, w jakim twierdziła, że „basen napełniony jest natychmiast wynoszony z sali” (k. 607v). Zeznania te są sprzeczne zewnętrznie z zasługującymi na wiarę zeznaniami świadków – rodziny i znajomych powódki, którzy odwiedzali ją w szpitalu. Przedstawiona przez ich wersja jest zgodna z doświadczeniem życiowym – z uwagi na przeciążenie publicznych szpitali, personel nie zawsze reaguje natychmiast na każdą potrzebę pacjenta.

Sąd uznał za przekonującą opinię biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i diabetologii. Jest ona jasna, spójna i nie zawiera sprzeczności. Powódka zakwestionowała przedmiotowy dowód (k. 685) i biegła w sposób kompleksowy odniosła się do zarzutów jej stawianych. Z uwagi na swoją specjalność, miała wypowiedzieć się jedynie co do skutków internistycznych stosowania sterydów, co też uczyniła w opinii, dlatego zarzut postawienia przez nią „jednoznacznej diagnozy” jest niezasadny i sprzeczny z treścią samej opinii. Oceniała ona przy tym skutki stosowania sterydów, odpowiadając na pytania stawiane jej przez tut. Sąd. Wskazała również, że cukrzyca może nadal występować u powódki z powodu jej nadwagi, a nie ze względu na przebytą steroidoterapię. Podała, że dane z wywiadu uzyskała od samej powódki, dlatego następcze ich kwestionowanie przez nią samą nie może stanowić skutecznego zarzutu co do opinii biegłego.

Z tych samych względów przekonująca była również opinia biegłego neurologa. Również ona była kwestionowana przez powódkę. Biegły wyczerpująco i precyzyjnie odpowiedział na zarzuty stawiane opinii (k. 688-690 i 714). Koncentrowały się one na negowaniu wniosków opinii. W pierwszej kolejności należy wskazać, że to właśnie biegły, a nie powódka, dysponuje wiadomościami specjalnymi, dlatego by podważyć konkluzje, do których doszedł, nie wystarczy ich prosta negacja; strona w tym celu musi wykazać nieprawidłowość w rozumowaniu, brak oparcia się na relewantnym materiale dowodowym, sprzeczność w treści opinii. Opiniujący wyłumaczył, że opisał „chód swobodny” u badanej, mimo że zgłaszała ona trudności w chodzeniu na palcach i piętach, ze względu na fakt, że

wydawał opinię pod kątem swojej specjalności – czyli w rozumieniu neurologicznym. Oczywistym przy tym jest, że owrzodzenia podudzi powodują trudności w poruszaniu się i biegły tego nie kwestionował. Zaburzenia czucia barku, drętwienie palców oraz ból dłoni według biegłego mogą być spowodowane zwyrodnieniami odcinka szyjnego kręgosłupa związanymi z wiekiem. W ocenie Sądu zarówno opinia „główna” jak i uzupełniająca w sposób stanowczy odpowiada na wszystkie stawiane jej zarzuty, a wyjaśnienia biegłego są jasne i zgodne z doświadczeniem życiowym.

Z analogicznych przyczyn przekonująca dla Sądu jest także opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych. Biegła bardzo wnikliwie przeanalizowała całą zgromadzoną w aktach dokumentację medyczną. Jak to miało miejsce przy poprzednich opiniach, również ten dowód był kwestionowany przez powódkę, głównie poprzez powoływanie opinii i diagnoz stawianych przez lekarzy, którzy uczestniczyli w procesie jej leczenia poza pozwanym szpitalem (k. 741-744; 773-775). Biegła odpowiedziała jedynie na zarzuty dotyczące sfery jej specjalizacji, co w ocenie Sądu zasługuje na uwzględnienie. Trafnie zdaniem Sądu wskazała, że przytaczane przez A. Ś. (1) wypowiedzi innych lekarzy nie mogą być podstawą do zmiany jej stanowiska. Biegła prawidłowo zauważyła, że z pisma powódki wynika, że jeszcze przed hospitalizacją następowało pogorszenie stanu miejscowego, a więc zakażenie bakteryjne i rozwój choroby mogą pozostawać bez związku z pobytem w szpitalu. Ponadto opiniująca wytłumaczyła, do którego zwrotu z opinii głównej odnosiło się sformułowanie „podejrzenia”. Logicznie i zgodnie z doświadczeniem życiowym, nawet dla osoby nieposiadającej wiedzy specjalnej, uzasadniła swoje stanowisko co do istnienia u powódki zaburzeń odporności (k. 758-759; 788). W opinii uzupełniającej z 25 lipca 2015 r., odpowiadając na kolejne zarzuty powódki, biegła jeszcze raz podkreśliła, że nie są jej znane opinie biegłego dermatologa i nie wie czy rozpoznanie postawione w wyniku drugiej hospitalizacji w pozwanym szpitalu zostało potwierdzone czy zakwestionowane oraz, że nie kwestionuje możliwości zakażenia szpitalnego, które jednak nie ma wpływu na pogorszenie stanu miejscowego. Wskazała również, że nie będzie odpowiadać na tematy poboczne poruszane przez powódkę, jako niemające związku z przedmiotem niniejszego postępowania.

Za w pełni przekonującą Sąd uznał opinię biegłego z zakresu dermatologii. Opiniujący bardzo dokładnie prześledził cały proces leczenia powódki, czemu dał wyraz w treści dostarczonego dowodu. Opinia ta była stanowcza, spójna wewnątrz i zewnątrz (z innymi opiniami), jasna i nie zawierała sprzeczności.

Biegły wyczerpująco odniósł się do wszystkich zarzutów stawianych opinii przez powódkę (k. 837-839; 851-856; 869-870; 874-875; 887-891). Zarzuty te, podobnie jak miało to miejsce w przypadku innych opinii, sprowadzały się do: negowania danych podanych przez A. Ś. (1) w przeprowadzonym wywiadzie podczas wizyty w pozwanym szpitalu, przywoływaniu opinii innych lekarzy oraz przedstawianiu własnej wersji wydarzeń. W pierwszej kolejności należy wskazać, że kwestionowanie przez powódkę podanych przez nią informacji sprawia, że jej twierdzenia należy uznać za niewiarygodne. Trudno też wyobrazić sobie jaki motyw musiałby mieć lekarz wpisujący do karty inne dane, niż te płynące od pacjentki. Wreszcie fakt, że cierpi ona na zapalenie wątroby typu C potwierdził również jej mąż na rozprawie w dniu 12 grudnia 2012 r. (k. 530v-531).

Po drugie, opinie wypowiedziane przez zmarłych już specjalistów wiele lat temu nie mają dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy żadnego znaczenia. Niezależnie od tego, biegły podał, że według twierdzeń powódki, musieliby oni zdiagnozować u niej nieistniejące schorzenie.

Po trzecie, konsultacja powódki z innymi lekarzami, z zakresu innych specjalizacji, nie odbywała się z nią osobiście. Świadek S. G. wyraźnie odpowiedziała na pytanie pełnomocnika powódki (k. 607), że była to konsultacja telefoniczna wyników badań.

Po czwarte, biegły jeszcze raz podkreślił, że bardzo dokładnie prześledził dokumentację medyczną powódki. Kwestionowanie przez nią ustalonego przez biegłego przebiegu procesu jej leczenia jest zwykłą polemiką, nie mogącą podważyć wniosków opinii.

Po piąte, opiniujący wskazał, że to nie pacjent a lekarz decyduje o wskazaniach lub przeciwwskazaniach do stosowania leku i jego dawkowaniu, co wydaje się być oczywiste, bo to właśnie lekarz posiada odpowiednie w tym kierunku wykształcenie. Decyzje podjęte przez personel zatrudniony w pozwanym szpitalu były natomiast prawidłowe.

Po szóste, biegły wyjaśnił, że pominięcie leczenia choroby zasadniczej sterydami, a podawanie wyłącznie antybiotyków na wtórne zakażenie infekcją bakteryjną, a więc leczenie powódki według jej sugestii, byłoby właśnie błędem w sztuce lekarskiej.

Odnosnie podnoszonych przez A. Ś. (1) kwestii dotyczących jej zakażenia bakteriami Sąd pragnie przypomnieć, że w tym zakresie była już wydawana opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych. Niezależnie od tego, w opinii Sądu, te dwie opinie nie wykluczają się, bowiem biegły dermatolog wyjaśnił, że do zakażenia bakteriami mogło dojść w każdym przypadku przerwania ciągłości skóry przy obniżonej odporności organizmu występującej u powódki, a więc zarówno w szpitalu jak i poza nim. Biegły zakaźnik podał natomiast, że jedną z bakterii powódka na pewno zaraziła się w szpitalu, innymi może się tam zaraziła, a jeszcze innymi (np. gronkowcem złocistym) na pewno nie. Ustalenie gdzie dokładnie doszło do zakażenia jest niemożliwe, jednak sam fakt zakażenia nie miał istotnego wpływu na przebieg choroby zasadniczej, ani na proces jej leczenia. P. zgorzelinowa sama w sobie wywołuje dolegliwości subiektywne, takie jak: silny ból, świąd oraz pieczenie.

Podsumowując ocenę wszystkich sporządzonych w sprawie opinii Sąd podkreślił, że były one w pełni przekonujące i stanowiły podstawę ustaleń faktycznych Sądu. Fakt, że ich wnioski nie są zbieżne z twierdzeniami powódki i negują zasadność jej roszczeń, nie może podważyć ich przydatności, ani tym bardziej być podstawą do sporządzenia kolejnych opinii, dlatego Sąd oddalił w tym przedmiocie wnioski dowodowe powódki (należy przy tym wyrazić przekonanie, że kolejne opinie najprawdopodobniej również byłyby podważane w przypadku niekorzystnych dla powódki wniosków). Fakt, że proces leczenia w pozwanym szpitalu i stan zdrowia powódki były opiniowane łącznie przez czterech specjalistów z różnych dziedzin i każdy z nich (w zakresie swojej specjalizacji) doszedł do tożsamyh wniosków. Na bezstronność opiniujących lekarzy dodatkowo wpływa fakt, że każdy z nich pochodzi z innego miejsca Polski i żaden nie jest związany z K., gdzie leczono A. Ś. (1). W tym miejscu można dodatkowo przywołać fragment wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 2 czerwca 2016 r., sygn. akt I ACa 1112/15, zgodnie z którym: „niezadowolenie strony z treści sporządzonej opinii, jak również jej sprzeczność z twierdzeniami faktycznymi zaprezentowanymi przez taką stronę, nie stanowi samo w sobie powodu do dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii biegłego”.

Pozostały zgromadzony materiał dowodowy nie był kwestionowany przez strony niniejszego postępowania, dlatego Sąd odstąpił od sporządzenia uzasadnienia w zakresie jego oceny (art. 328 § 2 k.p.c.).

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo jest bezzasadne. Powódka nie udowodniła błędu w sztuce lekarskiej ani, że zostało naruszone jej prawo do wyrażenia objaśnionej zgody na leczenie. Przeciwnie, świadek S. G. zeznała, że wszystkie decyzje w zakresie terapii powódki były z nią indywidualnie konsultowane. Z uwagi na niezasadność roszczeń wobec pozwanego szpitala, nie zaktualizowały się również przesłanki odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela. Art. 822 § 1 k.c. stanowi bowiem, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd oddalił powództwo w całości.

O kosztach Sąd orzekł stosując art. 102 k.p.c. i postanowił nie obciążać powódki w ogóle kosztami procesu. Znajduje się ona zarówno w bardzo trudnej sytuacji materialnej (łączny dochód jej i męża wynosi około 1 500 zł; k. 392) jak i życiowej (cierpi na liczne dolegliwości i jest osobą bardzo schorowaną). Za wydanym rozstrzygnięciem przemawia również charakter żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony oraz jej subiektywne przekonanie o zasadności roszczeń. A. Ś. (1) co do zasady była zobowiązana do zwrotu kosztów w postaci wynagrodzenia pełnomocników pozwanych, jako strona przegrywająca proces w całości (art. 98 § 1 i 3 k.p.c.). Należy bowiem

pamiętać, że zwolnienie strony od kosztów sądowych nie zwalnia jej od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi (art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych).

Apelację od tego wyroku – w całości - wniosła powódka, zarzucając naruszenie:

1/ obrażę przepisów prawa procesowego, która mogła mieć wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, a to:

- naruszenie prawa procesowego, a to art. 233 § 1 kpc w związku z art. 286 kpc, poprzez oparcie ustaleń na opinii biegłej sądowej z zakresu dermatologii A. W. oraz opinii biegłej sądowej z zakresu chorób zakaźnych M. S. (1) w sytuacji, gdy przedmiotowe opinie pozostawały ze sobą w wyraźnej sprzeczności i koniecznym było powołanie nowego biegłego sądowego, zarówno z zakresu dermatologii, jak i chorób zakaźnych;

b) 217 § 2 w związku z art. 227 kpc, art. 229 kpc poprzez niedokonanie wyczerpujących ustaleń, które pozwoliłyby rozstrzygnąć istotę niniejszej sprawy.

Wskazując na powyższe wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie niniejszego powództwa w całości oraz zasądzenie na jej rzecz zwrotu kosztów procesu.

Nadto wniosła o dopuszczenie i powołanie nowego biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych oraz nowego biegłego sądowego z zakresu dermatologii oraz zlecenie im sporządzenia nowych opinii na okoliczność ustalenia: przebiegu hospitalizacji powódki po wykryciu przedmiotowego zakażenia pałeczką ropy błękitnej i gronkowcem złocistym w szpitalu prowadzonym przez pozwaną,

- rodzaju schorzeń leczonych przez placówkę leczenia w trakcie hospitalizacji w okresie od 4.03.2009 do 2.04.2009 w szczególności stwierdzenia czy zastosowano leczenie konieczne z uwagi na zakażenie pałeczką ropy błękitnej i gronkowcem złocistym;

-wpływu ww. zakażenia na proces leczenia powódki;

-przebiegu i długości leczenia powódki i jego czasu w sytuacji gdyby powódka nie została zakażona pałeczką ropy błękitnej i gronkowcem złocistym.

Pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki nie zasługuje na uwzględnienie. Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne dokonane w niniejszej sprawie przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne.

Wskazać należy, że sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji (art. 378 §1 k.p.c.) na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym (art.382 k.p.c.) z tym zastrzeżeniem, że przed sądem pierwszej instancji powinny być przedstawione wyczerpująco kwestie sporne, zgłoszone fakty i dowody, a prezentacja materiału dowodowego przed sądem drugiej instancji ma miejsce wyjątkowo w usprawiedliwionych przypadkach (art. 381 k.p.c).

Zgodnie z uchwałą składu 7 sędziów (III CZP 49/07, OSNC 2008, nr 6, poz.55), której nadano moc zasady prawnej, sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego. Te jednak powinny być podniesione w apelacji wniesionej w ustawowym terminie. Oznacza to, że ewentualne uchybienia procesowe – poza nieważnością postępowania i nierozpoznaniem istoty sprawy – powinny co do zasady pozostawać poza sferą rozważań sądu drugiej instancji.

Rozpoznając apelację rozpocząć trzeba od zarzutu błędnej oceny dowodów, która zdaniem powoda spowodowała błędy w ustaleniach faktycznych, mające wpływ na wynik sprawy. Na wstępie przypomnieć należy ugruntowane w

orzecznictwie i doktrynie stanowisko, iż ocena wiarygodności i mocy dowodów jest podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądnictwa, a więc rozstrzygnięcia kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału (tak m.in. orz. SN z 16 lutego 1996 r., II CRN 173/95). W orzeczeniu z 10 czerwca 1999 r. (sygn. II UKN 685/98) Sąd Najwyższy stwierdził, że normy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Przez moc dowodową rozumie się siłę przekonania, jaką uzyskał sąd wskutek przeprowadzenia określonych dowodów o istnieniu lub nieistnieniu faktu, którego on dotyczy. Sąd, oceniając wiarygodność, decyduje o tym, czy określony środek dowodowy, ze względu na jego indywidualne cechy i obiektywne okoliczności, zasługuje na wiarę, czy też nie.

Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie wystarcza przekonanie strony o innej, niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (tak SN m.in. w orz. z 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98, z 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, z 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku I ACa 1395/15 z 11 marca 2016 r.). Konieczne jest zatem dla skuteczności takiego zarzutu wykazanie wyżej wspomnianych uchybień przy użyciu argumentów jurystycznych. W konsekwencji samo zaprezentowanie odmiennego stanu faktycznego, wynikającego z własnego przekonania o wspomnianej wyżej wadze dowodów jest niewystarczające.

Powódka w apelacji zarzuca przede wszystkim sprzeczność opinii biegłej sądowej z zakresu dermatologii A. W. oraz biegłej sądowej z zakresu chorób zakaźnych M. S. (1) – co ma również uzasadniać wniosek o powołanie dowodu z innych biegłych, podczas gdy taka sprzeczność w rzeczywistości nie występuje. Apelująca wrywkowo traktuje opinię biegłej z zakresu chorób zakaźnych nie uwzględniając jej końcowych wniosków i wyjaśnień. Biegła ta wszak zwraca uwagę na stan zdrowia powódki w dniu przyjęcia jej do diagnostyki w pozwanym szpitalu. Biegła podkreśla, że już wcześniej, przed przyjęciem powódki do pozwanego szpitala nastąpiło pogorszenie stanu miejscowego, a powódka leczyła się u lekarza specjalisty chorób naczyniowych oraz w Poradni Tkanki Łącznej. Zdaniem biegłej świadczy to o rozwoju choroby lub zakażenia bakteryjnego bez związku z leczeniem powódki u pozwanego. Biegła wskazuje także na znacznie wcześniejszy czasokres spadku odporności u powódki, jako że w 1986r lub 1987r powódka przeszła zakażenie grzybem i powstał u niej guz asprgiloma, który należy do chorób oportunistycznych, czyli dotyczących osoby ze zmniejszoną odpornością. Bakterie, których obecność wykazano w posiewach u powódki są szeroko rozpowszechnione, mogą być przyczyną zarówno zakażeń pozaszpitalnych jak i szpitalnych. Obecność tych bakterii u powódki jest dowodem nadkażenia, czyli zakażenia wtórnego zmiany chorobowej na skórze, która powstała w następstwie choroby podstawowej, stanowiącej szczególnie otwarte wrota zakażenia.

Piodermia zgorzelinowa nie jest chorobą zakaźną i nie wywołują jej bakterie. Zdaniem biegłej, powódka była prawidłowo zdiagnozowana i leczona w pozwanym szpitalu, gdzie podawano powódce zasadnie obok sterydów, także antybiotyki. Biegła wyklucza możliwość zakażenia szpitalnego bakteriami wykrytymi w posiewach oraz gronkowcem złocistym, którego obecność stwierdzono dopiero w maju 2009r. Podnieść należy, powódka przed hospitalizacją w pozwanym szpitalu korzystała często z różnych jednostek służby zdrowia, ponadto z uwagi na stwierdzone przez biegłych pozaszpitalne pochodzenie bakterii, mogła być nosicielem od wielu lat, a choroba zasadnicza, jak stwierdzają biegli, stanowiła i nadal stanowi otwarte wrota wtórnych zakażeń. Biegła stwierdza, że brak jest uszczerbku na zdrowiu z tytułu zakażenia pozaszpitalnego, zostało ono zauważone w pozwanym szpitalu i prawidłowo leczone. Biegła podkreśla, że z uwagi na chorobę zasadniczą, czyli piodermię zgorzelinową, cały czas istnieje dalsze ryzyko wtórnych zakażeń.

Konkludując, również opinia biegłej dr M. S. nie jest korzystna dla powódki i nie jest sprzeczna z opinią biegłego dr A. W.. Biegły ten stwierdził w swojej opinii, że powódka została prawidłowo zdiagnozowana i leczona w pozwanym szpitalu. Biegły zaznacza, że diagnoza poprzedzona była wnikliwym wywiadem i wieloma badaniami. Zdiagnozowana u powódki piodermia zgorzelinowa jest rzadko spotykaną chorobą, o nieznannej etiologii. Biegły nie

znalazł uzasadnienia dla zarzutu powódki o zakażeniu jej w pozwanym szpitalu bakteriami pałeczki ropy błękitnej i gronkowcem złocistym. Biegły wyjaśnił, że wtórna infekcja bakteryjna nie miała wpływu ani na czas hospitalizacji, ani na zwiększenie cierpienia powódki. Biegły podkreślił, że powódka została przyjęta do pozwanego szpitala z dużym owrzodzeniem, a piodermia zgorzelinowa, to przewlekłe, niegojące się owrzodzenie, współistniejące zawsze z infekcją bakteryjną, nabywaną w różny sposób.

Treść przedstawionych opinii wskazuje, że zarzut wydania przez biegłych powołanych w sprawie, rozbieżnych opinii jest nieuzasadniony. W sprawie leczenia powódki w pozwanym szpitalu wypowiadało się czterech biegłych różnych specjalności: dermatolog, neurolog, specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii oraz specjalista chorób zakaźnych. Opinie te są zgodne w najważniejszej kwestii dotyczącej prawidłowości leczenia powódki w pozwanym szpitalu. Sąd akceptuje opinie wszystkich biegłych sporządzone w niniejszej sprawie jako rzetelne, dobrze udokumentowane, uzasadnione logicznie i zrozumiale.

W tej sytuacji również zarzut naruszenia art. 217 § 2 w związku z art. 227 k.p.c., art. 229 k.p.c. poprzez niedokonanie wyczerpujących ustaleń nie jest uzasadniony. Brak też było podstaw do uwzględnienia wniosku o powołanie nowych biegłych.

W wypadku szkód leczniczych i tzw. procesów lekarskich ustalenie istnienia związku przyczynowego w przypadku powstania szkód osobowych nie musi graniczyć z pewnością. Do przyjęcia, że pomiędzy zdarzeniem a szkodą istnieje związek przyczynowy wystarczy, iż zostanie on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Pogląd taki został przedstawiony w judykaturze (przykładowo: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2012 r., sygn. akt II CSK 402/11, z dnia 20 marca 2009 r., sygn. akt II CSK 564/08). W niniejszej sprawie wyniki postępowania dowodowego nie dały podstaw do przyjęcia wystarczającej dozy prawdopodobieństwa dla zaistnienia związku przyczynowego między działaniem pracowników pozwanego szpitala a skutkami dla zdrowia powódki. Ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał na powódce, która wykazaniu tej przesłanki nie sprostała.

Co do teoretycznych wywodów Sądu Okręgowego w zakresie prawa materialnego, należy je w pełni zaakceptować jako prawidłowe, co oznacza, że nie ma potrzeby powtarzania ich w tym miejscu.

W oparciu o ustalony stan faktyczny należy dojść do przekonania, że w niniejszej sprawie powódka nie wykazała popełnienia deliktu szpitalnego przez lekarzy pozwanego Szpitala. Nie został wykazany również adekwatny związek przyczynowy, pomiędzy stanem zdrowia powódki a przypisywanymi zaniedbaniami ze strony lekarzy strony pozwanej.

Z powyższych względów apelacja jako bezzasadna uległa oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w oparciu o zasady słuszności na podstawie art. 102 k.p.c. Oprócz stanu zdrowia i sytuacji materialnej powódki uzasadniającej zwolnienie od kosztów sądowych, Sąd Apelacyjny miał na uwadze skomplikowany stan faktyczny występujący w niniejszej sprawie wymagający ostatecznego wyjaśnienia w postępowaniu sądowym z udziałem biegłych.

SSA Józef Wąsik	SSA Anna Kowacz- Braun	SSA Zbigniew Ducki
-----------------	------------------------	--------------------