

Sygn. akt I ACa 505/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 listopada 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Zofia Kawińska-Szwed
Sędziowie :	SA Mieczysław Brzdąk (spr.) SO del. Tomasz Ślęzak
Protokolant :	Justyna Wnuk

po rozpoznaniu w dniu 24 października 2012 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa T. Ś. i R. F.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) im. (...)

w S. i (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego (...) Szpitala (...)

im. (...) w S.

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 22 marca 2012 r., sygn. akt I C 185/11

1) zmienia zaskarżony wyrok:

a) w punktach 1 i 2 w ten sposób, że powództwo oddala;

b) w punkcie 5 w ten sposób, że oddala wniosek powodów o zasądzenie kosztów procesu;

c) w punktach 7 i 8 w ten sposób, że uchyla zawarte w nich rozstrzygnięcia;

2) zasądza od każdego z powodów na rzecz pozwanego (...) Szpitala (...) im. (...) w S. po 2700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt I ACa 505/12

## UZASADNIENIE

Powódka A. Ż. (1) domagała się w pozwie zasądzenia od pozwanego Szpitala:

- a) kwoty 400.000 zł z ustawowymi odsetkami od doręczenia odpisu pozwu, tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną przez powódkę wskutek wadliwego leczenia u pozwanego;
- b) kwoty 134.528,38 zł tytułem odszkodowania w związku z wadliwym leczeniem u pozwanego;
- c) renty po 1.700 zł miesięcznie w związku ze zwiększonymi potrzebami spowodowanymi wadliwym leczeniem przeprowadzonym przez pozwanego;
- d) ustalenia odpowiedzialności pozwanego za wszelkie szkody doznane przez powódkę, które mogą ujawnić się w przyszłości;
- e) zasądzenia kosztów procesu.

W toku postępowania powódka zmarła, a w jej miejsce wstąpili następcy prawni R. F. i T. Ś., którzy w piśmie procesowym z dnia 1 kwietnia 2011 r. wnieśli o zasądzenie na ich rzecz od pozwanych (...) Szpitala (...) im. (...) w S. i (...) S.A. w W.:

1. kwot po 200.000zł dla każdego z powodów tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu pozwanym;
2. kwot po 24.714,19zł dla każdego z powodów tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu pozwanym;
3. kwot po 21.250zł dla każdego z powodów tytułem skapitalizowanej renty za okres od 1 października 2008r. do 31 października 2010r. z ustawowymi odsetkami od kwot po 850 zł miesięcznie od 12 listopada 2008 r. i każdego następnego miesiąca z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

Domagali się także zasądzenia od każdego z pozwanych z osobna kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości czterokrotności stawki minimalnej „a więc w kwocie 28.800zł”. Jednocześnie powodowie cofnęli pozew odnośnie kwoty 85.100zł dochodzonej przez A. Ż. (1) tytułem odszkodowania oraz co do żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanych w przyszłości.

Na uzasadnienie swego żądania powodowie podali, że A. Ż. (1) podczas wielokrotnych hospitalizacji w pozwanym szpitalu w 2003r., 2004r., 2006r., 2007r. i 2008r. była wadliwie leczona i w związku z tym oraz na skutek bakteryjnego zakażenia szpitalnego, między innymi gronkowcem złocistym. Ostatecznie rozpoznano u niej przewlekłe ropne zapalenie kości i zaproponowano amputację prawej kończyny dolnej, na co nie wyraziła zgody. Pomimo licznych konsultacji, w dniu 1 lutego 2010r. w (...) Szpitalu (...) w P. wykonano jej amputację kończyny dolnej prawej na wysokości 1/2 uda. Pozwany szpital ponosi odpowiedzialność za winę organizacyjną polegającą na spowodowaniu zakażenia pacjentki co najmniej trzema groźnymi bakteriami. Nie została ona należyście poinformowana o ryzyku zakażenia szpitalnego oraz następstwach i powikłaniach zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego w postaci skrócenia nogi, ryzyku złamania kości udowej, uszkodzenia protezy kolana czy ewentualnej amputacji nogi. Z tej przyczyny nie można mówić o świadomym wyrażeniu przez nią zgody na zabieg. Dopuszczono się wobec niej szeregu błędów terapeutycznych między innymi wypisano ze szpitala z niewyleczonymi zakażeniami bez odpowiednich zaleceń co do postępowania. Wykonano zabiegi, które podczas przyjęcia do szpitala były zbędne. Personel medyczny pozwanego szpitala nie dochował należytej staranności podczas leczenia powódki, skoro doszło do tak licznych skutków ubocznych. Nie spełnił też ustawowego obowiązku dostarczania pacjentowi świadczeń medycznych odpowiadających wymaganiom wiedzy. Opóźnił leczenie powstałych zakażeń wskutek braku diagnostyki oraz dopuścił się zwłoki w podaniu odpowiednich antybiotyków. W efekcie leczenie następowało zbyt późno i trwało za krótko. Ponadto pozwany szpital naruszył dobra osobiste pacjentki w postaci zdrowia i prawa do samostanowienia.

Powodowie jako podstawę prawną swego żądania wskazali art.430kc w związku z art.415kc, art. 445§1kc i art.19a ust.1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej a także art.444§1kc i art.444§2.

Pozwany (...) Szpital (...) im. (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu, a w zakresie cofniętego powództwa w wysokości dwukrotnej stawki minimalnej na podstawie art.203§3kpc.

Pozwany zaprzeczył by wadliwie leczono A. Ż. (1) a także by doznała ona zakażenia szpitalnego, które miało charakter endogenny. Pozwany nie może odpowiadać za niezawinione przez siebie następstwa wynikające ze stanu zdrowia pacjentki, na który wpływ miały jej schorzenia samoistne takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa, otyłość, wada serca, nietrzymanie moczu oraz przewlekły nikotynizm. Zakwestionował także roszczenie powodów co do wysokości.

Pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu, podtrzymując stanowisko pozwanego szpitala przedstawione w jego odpowiedzi na pozew. Zarzucił, że odpowiedzialność cywilna pozwanego szpitala w chwili zaistnienia szkody u pierwotnej powódki ubezpieczona była do wysokości sumy ubezpieczenia w 2003r. i już z tej przyczyny powództwo wobec pozwanego (...) winno być oddalone. Ponadto zarzucił, że powodom jako następcom prawnym zmarłej A. Ż. (1) przysługuje ewentualnie wyłącznie roszczenie o zadośćuczynienie.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Katowicach:

1) zasądził od pozwanych na rzecz powódki R. F. kwotę 119.251zł z ustawowymi odsetkami od dnia 22 listopada 2008r. oraz kwotę 18.425zł z ustawowymi odsetkami od kwoty 737zł od dnia 12 listopada 2008r., i od dnia 11 – go względnie 12 –go każdego następnego miesiąca do dnia 12 listopada 2010r. z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

2) zasądził od pozwanych na rzecz powoda T. Ś. kwotę 119.251zł z ustawowymi odsetkami od dnia 22 listopada 2008r. oraz kwotę 18.425zł z ustawowymi odsetkami od kwoty 737zł od dnia 12 listopada 2008r., i od dnia 11 – go względnie 12 –go każdego następnego miesiąca do dnia 12 listopada 2010r, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego,

3) umorzył postępowanie odnośnie kwoty 85.100zł oraz w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanych w przyszłości;

4) w pozostałej części powództwo oddalił;

5) zasądził od pozwanych na rzecz powodów kwotę 14.417zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;

6) nie obciążył powodów kosztami procesu;

7) odstąpił od obciążenia powodów kosztami sądowymi z zasądzzonego roszczenia;

8) nakazał pobrać od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Katowicach kwotę 18.701zł tytułem kosztów sądowych, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

Swoje rozstrzygnięcie następująco uzasadnił.

A. Ż. (1) urodziła się (...) Przez 18 lat, do 1998r. pracowała jako sprzedawca. W wieku 29 lat zachorowała na nadciśnienie tętnicze. Z uwagi na dolegliwości prawej nogi miała kłopoty ze stanem i z tego powodu zrezygnowała z pracy. Przyznano jej rentę inwalidzką. Na przełomie lat 1999 – 2000 rozpoznano u niej cukrzycę insulinozależną. Do 1999r. przeżyła trzykrotnie zapalenie żył w kończynie dolnej prawej. Początkowo leczyła się w miejscu swojego zamieszkania w O., potem w Z., a od stycznia 2003r. w poradni (...) pozwanego (...) Szpitala (...) im. (...) w S.. Już wówczas zakwalifikowano ją do zabiegu endoprotezoplastyki prawego kolana. W okresie od 8 do 22 grudnia 2003r. po

raz pierwszy przebywała na Oddziale (...) pozwanego szpitala w celu kwalifikacji internistycznej i anestezyjologicznej z uwagi na współistniejące schorzenia samoistne to jest cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, astmę oskrzelową, otyłość i wadę serca. Do zabiegu zakwalifikowano ją warunkowo.

Kolejne hospitalizacje A. Ż. (1) w pozwanym szpitalu miały miejsce w okresach:

1. Od 5 stycznia 2004r. do 13 lutego 2004r. Przyjęta w celu wykonania planowego zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego prawego. Zabieg wszczęcia endoprotezy wykonano dnia 14 stycznia 2004r. Przebiegał on bez powikłań. W dniu 30 stycznia 2004r. pobrano od niej wymaz z rany i wyizolowano (...) wrażliwy na ampicylinę. Od 4 do 9 lutego 2004r. otrzymywała ten antybiotyk. Lek odstawiono z powodu alergii. Ze szpitala została wypisana w stanie ogólnym dobrym. Podczas prób samodzielnego chodzenia, utykała na prawą nogę, tak jakby była krótsza. Ten problem zgłaszała w poradni przyszpitalnej, ale twierdzono, że wszystko jest w porządku;
2. Od 13 marca 2006r. do 9 kwietnia 2006r. Przyjęta, gdyż w domu uległa wypadkowi i doznała złamania wieloodłamowego kości udowej prawej nad endoprotezą. Zabieg zespolenia złamania sposobem (...) wykonano w dniu 21 marca 2006r. (opóźnienie zabiegu wynikało z chorób pacjentki). Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań, usprawnianie ruchowe. Wypisana do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w Poradni (...). Leczyła się w trybie ambulatoryjnym w (...) O.. Chodzenie przy pomocy kul łokciowych sprawiało jej ogromne kłopoty. Z tego powodu w szpitalu otrzymała chodzik, a potem wózek inwalidzki, na którym od tego czasu tylko się poruszała;
3. Od 21 kwietnia 2006r. do 30 maja 2006r. Przyjęta, gdyż w dniu 14 kwietnia 2006r. przewróciła się i doznała powtórnego złamania kości udowej prawej. Zabieg repozycji i stabilizacji złamania przy pomocy stabilizatora (...) – konstrukcja dwupłaszczyznowa wykonano dnia 9 maja 2006r. W badaniach mikrobiologicznych (27 kwietnia, 30 kwietnia i 4 maja) izolowano (...) wrażliwe na wakomycynę. Od 12 do 21 maja 2006r. otrzymywała Biseptol. Z ran montujących stabilizator wyciekała ropa. Z tego powodu od 8 czerwca 2006r. była objęta długoterminową opieką pielęgniarstwa z (...) O..
4. Od 5 lipca 2006r. do 10 lipca 2006r. Przyjęta z powodu destabilizacji stabilizatora zewnętrznego. Stabilizator przemontowano bez znieczulenia;
5. Od 6 września 2006r. do 28 września 2006r. Przyjęta z powodu dolegliwości bólowych podudzia prawego. Stwierdzono zapalenie żył powierzchownych. Z wymazu z rany wyizolowano (...) wrażliwy na ampicylinę i oporny na wysokie stężenia aminoglikozydów ( (...)). Pacjentce nie podano antybiotyków. Stwierdzono u niej uczulenie na Pyralginę i Ampicilinę oraz pochodne. Kontrola sanitarna pozwanego szpitala z dnia 19 września 2006r. wykazała występowanie pewnych uchybień – niektórych wręcz kuriozalnych, jak przechowywanie w pojemnikach ze sterylnym materiałem medycznym materiału przeznaczonego do sterylizacji;
6. Od 28 października 2006r. do 21 grudnia 2006r. Przyjęta z rozpoznaniem zapalenia kości udowej prawej. W dniu 6 listopada 2006r. usunięto stabilizator zewnętrzny. Z wymazu z rany wyizolowano (...) (...) wrażliwy na ampicylinę. Od 6 do 26 listopada 2006r. podawano jej amoksycylinę (Ospamox). Wykonano ortezę kończyny dolnej prawej i buty ortopedyczne. Orteza została źle dopasowana i nie nadawała się do użytku;
7. Od 14 marca 2007r. do 10 kwietnia 2007r. Przyjęta z powodu dolegliwości bólowych kończyny dolnej prawej. Zastosowano leczenie zachowawcze i rehabilitację;
8. Od 29 sierpnia 2007r. do 21 września 2007r. Przyjęta celem dalszej rehabilitacji i leczenia farmakologicznego. Zastosowano płukanie przetoki, posiewy opatrunki. Z materiału pobranego z przetoki 23 sierpnia 2007r. wyizolowano (...) wrażliwy na ampicylinę, a z wymazu z rany pobranego 9 września 2007r. (...) oporny na metycylinę ( (...)). Zastosowano antybiotykoterapię (ospamox i doksycylina).

W dniu 20 lutego 2008r. A. Ż. (1) po konsultacjach lekarskich w K., R., B. i P. skorzystała także z prywatnej porady lekarskiej prof. dr hab. n. med. T. G. z Kliniki (...) w Ż., który zasugerował możliwość amputacji nogi, a następnie

skorzystanie z protezy wysokiej klasy refundowanej przez NFZ, ale tylko wtedy, gdy dojdzie do wyleczenia zakażenia, bo w przeciwnym razie NFZ protezy i operacji nie refunduje.

W okresie od 3 marca 2008r. do 6 marca 2008r. A. Ż. (1) po raz ostatni przebywała w pozwanym szpitalu. Rozpoznano u niej wtedy stan po ropnym zapaleniu kości i zaproponowano amputację kończyny dolnej prawej. Gdy nie wyraziła zgody na amputację, to leczenie w tej placówce uznano za zakończone.

W latach 2003 – 2007 w okresach pomiędzy pobytami w pozwanym szpitalu pozostawała pod kontrolą przyszpitalnej Poradni (...) w S. i jednocześnie, aż do października 2010r. pod kontrolą (...) w O..

W okresie od 15 stycznia 2008r. do 3 września 2008r. (8 miesięcy) na leki wydatkowała kwotę 2.078,63zł.

Pozwany (...) Szpital (...) im. (...) w S. w okresie objętym powództwem był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanej działalności w pozwanym (...) S.A. w W..

W okresie od 27 kwietnia 2009r. do 30 kwietnia 2009r. A. Ż. (1) była leczona w (...)Klinice (...) w D. z powodu zawału mięśnia sercowego ściany bocznej.

W okresie od 26 stycznia 2010r. do 16 marca 2010r. była hospitalizowana w (...) Szpitalu (...) w P.. Do tej placówki została przyjęta z bardzo rozległym ciastowatym obrzękiem limfatycznym sięgającym całej kończyny dolnej prawej, z licznymi powiększonymi węzłami chłonnyymi pachwiny prawej. Rozpoznano u niej między innymi stan po złamaniu okołoprotezowym kości udowej prawej i wielokrotnym leczeniu operacyjnym powikłanym infekcją gronkowcem złocistym. W dniu 1 lutego 2010r. wykonano jej zabieg amputacji kończyny dolnej prawej na wysokości 1/2 uda. Przebieg pooperacyjny był powikłany zaburzeniami gojenia rany i stanem zapalnym. Z tej przyczyny w dniu 1 marca 2010r. pacjentka była reoperowana – dokonano wycięcia tkanek martwiczych i opracowania kikuta.

W okresie od 20 do 26 marca 2010r. przebywała w Szpitalu (...) w Z. celem leczenia opatrunkowego rany pooperacyjnej.

Zespół biegłych z (...) Towarzystwa (...) w K. w opinii z dnia 1 czerwca 2009r. między innymi stwierdził, że pierwszym zakażeniem u A. Ż. (1) było zakażenie (prawdopodobnie powierzchowne) miejsca operowanego w styczniu 2004r. potwierdzone izolacją z rany bakterii (...). Kolejnym było zakażenie rozpoznane podczas hospitalizacji w kwietniu/maju 2006r., które było zakażeniem narządowym miejsca operowanego. W zakażeniu tym izolowano różne bakterie: (...), (...) i (...). Zarówno zakażenia egzogenne (organizm spoza ciała pacjenta), jak i endogenne (organizm z ciała pacjenta) mogą być zakażeniami szpitalnymi. Charakter zakażenia można określić z pewnym prawdopodobieństwem na podstawie rodzaju mikroorganizmu - (...) raczej zakażenie endogenne (choć mechanizm (...) zmniejsza to prawdopodobieństwo), a (...) (oporny też na antybiotyki) – egzogenne. Wszystkie hospitalizacje A. Ż. (1) począwszy od kwietnia 2006r związane były z jej zakażeniem. Zakażenie w 2006r. uniemożliwiło osiągnięcie nowego celu (zespolecie złamania) i zniweczyło cel z 2004r. czyli pełne funkcjonowanie kolana. Rokowanie co do wyleczenia zakażenia jest niepewne.

Dalej wskazał Sąd Okręgowy, że zespół biegłych z (...) Towarzystwa (...) w K. w opinii uzupełniającej z dnia 2 października 2009r. między innymi wyjaśnił, że A. Ż. (1) jest osobą z licznymi chorobami współistniejącymi, które w istotnym stopniu zwiększają ryzyko zakażenia, ale fakt ten nie może jednak w żaden sposób służyć do usprawiedliwienia ewentualnych nieprawidłowości, ponieważ pacjent ma prawo do prawidłowego postępowania niezależnie od stanu ogólnego. Nietrzymanie moczu u pacjentki mogło sprzyjać zakażeniu, ale z racji lokalizacji musiałoby się to wiązać z niewłaściwą opieką pielęgniarstwa nad nią. Nie można stwierdzić istnienia ciągłości między zakażeniem powierzchownym z 2004r. a narządowym z 2006r., co oznacza, że o wiele prawdopodobniejsze jest to, że są to odrębne zakażenia.

Dalej ustalił Sąd Okręgowy, że biegły sądowy w zakresie ortopedii i chirurgii urazowej dr n. med. L. M. w opinii z dnia 25 kwietnia 2010r. stwierdził między innymi, że bardzo duże dolegliwości bólowe z okresowym blokowaniem stawu

były wystarczającym wskazaniem do wykonania endoprotezoplastyki stawu. W przypadku A. Ż. (1) nie można mówić o opóźnieniu terminu tego zabiegu, ale trzeba podkreślić wyjątkową dbałość personelu szpitala o przygotowanie jej do tej operacji. Zabieg wszczepienia endoprotezy w dniu 14 stycznia 2004r. nie spowodował skrótów bezwzględnych kończyny dolnej prawej. Skrót względny może wynikać z bólowego przykurczu stawu tak biodrowego jak i kolanowego, przy prawidłowej długości części kostnych. Zamontowanie stabilizatora w maju 2006r. było podyktowane przede wszystkim złamaniem kości udowej w górnej części płyty (...) z towarzyszącą infekcją rany. Pozwalało to na uniknięcie ingerencji operacyjnej w miejscu zakażenia oraz na kontynuowanie leczenia zakażenia przy stabilizacji kończyny bez konieczności stosowania opatrunku gipsowego. Przewlekły stan zapalny kości nie jest bezwzględnym wskazaniem do usuwania zespołań. Dobór przedmiotów ortopedycznych – ortezy i obuwia – nie jest procesem wiodącym leczenia. W opinii uzupełniającej z dnia 25 sierpnia 2010r. biegły między innymi stwierdził, że wszczepienie protezy stawu kolanowego prawego w dniu 14 stycznia 2004r. było wykonane prawidłowo. W jego wyniku nie doszło do skrótów bezwzględnych kończyny. Po upadku w domu, na skutek którego A. Ż. (1) doznała złamania kości udowej, prowadzono prawidłowe postępowanie przygotowawcze do leczenia operacyjnego. Po kolejnym zabiegu, elementy zespołaenia zamontowano prawidłowo. W trakcie kolejnej operacji, stabilizator (...) został dobrany i założony prawidłowo. Do ropnego zapalenia kości po przebyciu leczenia operacyjnego może dojść zarówno w trakcie zabiegu operacyjnego jak i po nim. Okres wystąpienia objawów zależy od typu bakterii.

Podał też Sąd, że wymieniony biegły w ustnej opinii złożonej w dniu 10 maja 2011r. dodatkowo wyjaśnił między innymi, że u pacjentki stan zapalny bakteryjny doprowadził do powstania przetoki. Takie powikłanie po zabiegach występuje w skali 1 – 3% z tego kilka procent przechodzi w stan przewlekły jak u A. Ż. (1), trudny do opanowania. Przetoka jest skutkiem zakażenia. Gdyby nie istniejące zakażenie można byłoby zastosować metodę polegającą na bezpośrednim łączeniu odłamów kostnych. Ze względu na to zakażenie dolegliwości bólowe mogły być nasilone. Proces ropno – zapalny był długotrwały i narastający. Obrzęk limfatyczny uda mógł powstać po przebyciu zapaleniu żył i po zapaleniu bakteryjnym kończyny. Po zabiegach na kościach dotkniętych zapaleniem zawsze dochodzi do skrócenia kończyny. Proces zapalny jest jedną z przyczyn osteolizy. Ostatecznie zakażenie u pacjentki zostało wyleczone amputacją kończyny. Wszystkie zabiegi operacyjne wykonano prawidłowo. „Odróżnić trzeba prawidłowe leczenie od niezamierzonego powstania zakażenia”.

Następnie ustalił Sąd Okręgowy, że biegły sądowy lek. med. K. G. specjalista w rehabilitacji w opinii z dnia 21 października 2010r. w badaniu przedmiotowym stwierdziła dobrze wygojony kikut uda prawego bez owrzodzeń, przetok, odczynów zapalnych, bez bolesności uciskowej, z prawidłową ruchomością w stawie biodrowym prawym. Pacjentka porusza się na wózku inwalidzkim. Nie używa protezy tymczasowej, bo nie radzi sobie sama z jej zakładaniem ani chodzeniem. Wymaga kompleksowego leczenia w zakładzie rehabilitacyjnym – z powodu przebytej amputacji i schorzeń ogólnych. Ze względu na znaczną niesprawność wymaga pomocy osób innych w spełnianiu podstawowych czynności życia codziennego.

Dalej podał Sąd, że biegły sądowy lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii H. P. w opinii z dnia 15 marca 2011r. „stanęła na stanowisku”, że przygotowanie pacjentki do zabiegów operacyjnych było nieprawidłowe, co sprzyjało wystąpieniu negatywnych następstw urazu operacyjnego. Brak stabilizacji ciśnienia tętniczego i właściwej kontroli cukru prowadził do pogłębienia się obu schorzeń i wystąpienia odległych następstw (nasilenie zmian naczyniowych, w szczególności dotyczących naczyń wieńcowych – zawał serca i naczyń mózgowych – naczyniowe uszkodzenie mózgu). W przypadku A. Ż. (1) tylko znieczulenie do pierwszego zabiegu przebiegało stabilnie, kolejne wymagały już korekcji farmakologicznej, co wynikało z pogorszenia się stanu ogólnego pacjentki. Nadzór pooperacyjny we wszystkich przypadkach był nieprawidłowy. Zakres tych nieprawidłowości był bardzo szeroki i dotyczył zarówno braku właściwego monitorowania pooperacyjnego, jak i wynikającego z tego braku reakcji na występujące zaburzenia. Podstawowymi zaburzeniami występującymi w okresie okołoperacyjnym, mającymi wpływ na wystąpienie powikłań bezpośrednich i odległych były: niestabilność układu krążenia – spadki i wzrosty ciśnienia tętniczego; niestabilność metaboliczna – rozchwiana cukrzyca; odwodnienie, zaburzenia jonowe, niedotlenienie tkanek. Skutkiem bezpośrednim braku właściwego postępowania okołoperacyjnego był negatywny wpływ na proces gojenia rany operacyjnej (zakażenia), a odległym przyspieszenie zmian naczyniowych towarzyszących chorobie

nadciśnieniowej i cukrzycy. Zmiany te przyczyniły się do wystąpienia choroby niedokrwiennej serca (2007r.) skutkującej zawałem serca (2009r.) z następową niewydolnością krążenia. Dotyczyły również naczyń mózgowych, co zostało potwierdzone w badaniu neurologicznym (naczyniowe uszkodzenie mózgu).

Ustalił też Sąd I instancji, że wymieniona biegła w opinii uzupełniającej z dnia 15 czerwca 2011r. dodatkowo wyjaśniła, że A. Ż. (1) przed rozpoczęciem leczenia w pozwanym szpitalu była obciążona cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i otyłością. Były to czynniki ryzyka zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia zarówno powikłań bezpośrednich, związanych z operacją i znieczuleniem, jak i odległych, wynikających z progresji istniejących chorób wywołanej urazem operacyjnym. Związek pomiędzy urazem operacyjnym a postępem choroby nadciśnieniowej i cukrzycy jest niepodważalnym faktem medycznym. Zrozumienie patofizjologii tych zależności i ich konsekwencji było podstawą opracowania i przyjęcia zasad postępowania okołoperacyjnego z pacjentami obciążonymi tymi schorzeniami. W przypadku A. Ż. (1) zasad tych nie przestrzegano, co miało negatywny wpływ na proces leczenia i wystąpienie powikłań odległych.

Biegły sądowy prof. dr hab. n. med. B. O. specjalista chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej w opinii z dnia 8 grudnia 2011r. podał, że chora jeszcze przed pierwszą hospitalizacją ortopedyczną chorowała na nadciśnienie, cukrzycę, astmę oskrzelową, miała wadę serca, była otyła i paliła papierosy. Na podstawie jej dokumentacji medycznej biegły wysnuł wniosek, że od listopada 2006r. u A. Ż. (1) zaczął występować mechanizm błędnego koła: „otyłość, cukrzyca, nietrzymanie moczu, palenie papierosów sprzyjały permanentnemu utrzymywaniu się zakażenia miejsca operowanego. Zakażenie to uniemożliwia zastosowanie implantu, czy innych nowoczesnych technik reoperacji. Z kolei pogarszający się stan kończyny i praktyczny zanik aktywności ruchowej niwelują możliwość normalizacji masy ciała”. Konsekwencją stanu fizycznego chorej, postępu schorzenia układu kostnego oraz samoistnych schorzeń współistniejących była jej śmierć w dniu 31 października 2010r. Odnośnie przedstawionych faktur za leki, biegły stwierdził, że dotyczą one okresu od 15 stycznia 2008r. do 3 września 2008r. to jest 8 miesięcy, a strona powodowa przenosi je poprzez ekstrapolację na 30 miesięcy, co budzi poważne wątpliwości, ponieważ stan chorej się zmieniał i mogła ona wymagać innych leków. Nie można, więc na podstawie 8 miesięcy ocenić 30 – stu. Stosowane przez chorą leki należy podzielić na dwie grupy:

1. środki bezwzględnie konieczne do leczenia choroby podstawowej;
2. leki służące terapii samoistnych schorzeń współistniejących.

Według biegłego w przypadku rozstrzygnięcia o winie pozwanego szpitala, to powinien on zwrócić koszty leków z grupy pierwszej, z wyjątkiem leków nasennych.

Ustalił też Sąd Okręgowy, że A. Ż. (1) od czasu opuszczenia pozwanego szpitala w dniu 9 kwietnia 2006r. do dnia śmierci (30 października 2010r.) poruszała się wyłącznie na wózku inwalidzkim. Ze względu na znaczną niesprawność wymagała pomocy osób innych w spełnianiu wszelkich podstawowych czynności życia codziennego. Pomoc tę świadczyli jej powodowie R. F. i T. Ś., córka powódki, żona powoda, sąsiadka. Była też objęta długoterminową opieką pielęgniarstwa z (...) w O.. Powodowie zapewniali jej zawsze transport z O. do szpitala i przychodni w S.. Wozili ją na prywatne konsultacje lekarskie na terenie Polski i do szpitala w P.. Jej dolegliwości bólowe i cierpienia związane ze stanem po złamaniu okołoprotezowym kości udowej prawej i wielokrotnym leczeniu operacyjnym powikłanym infekcją gronkowcem złocistym były tak ogromne, że pomimo istniejących przeciwwskazań do leczenia operacyjnego poprosiła o wykonanie zabiegu amputacji nogi, gdyż nie mogła już żyć w takim stanie.

Wskazał Sąd Okręgowy, że ustalając powyższy stan faktyczny „nie miał podstaw odmówić wiary zeznaniom przesłuchanych świadków albowiem w pełni korespondowały one z przeprowadzonymi w sprawie dowodami z dokumentów”. W ocenie Sądu wszyscy biegli sądowi w swych opiniach w sposób logiczny i jasny przedstawili tok rozumowania prowadzący do sformułowanych w nich wniosków. Motywowanie tych nader zbieżnych wniosków było zgodne z zasadami fachowej wiedzy medycznej. Mając to na uwadze oraz stopień stanowczości wyrażonych w opiniach

ocen, Sąd uznał wszystkie opinie biegłych za rzetelne, specjalistyczne i wyjaśniające wszelkie wątpliwości w niniejszej sprawie.

Zdaniem Sądu Okręgowego przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe wykazało, że w wyniku pobytów A. Ż. (1) w pozwanym szpitalu doznała ona licznych zakażeń tak powierzchownych jak i narządowych, w tym gronkowcem złocistym, które następnie nieskutecznie leczone zniweczyły prowadzone leczenie ortopedyczne i ostatecznie doprowadziły do amputacji nogi. Rozwijające się u niej zakażenia wraz ze spowodowanymi przez nie komplikacjami ortopedycznymi, stanowiły przyczynę kolejnych hospitalizacji i konieczność wykonywania kolejnych zabiegów operacyjnych. Wadliwa zaś opieka okołoperacyjna (w szczególności z zakresu anestezjologii) spowodowała ogromne szkody w organizmie A. Ż. (1) doprowadzając do rozchwiania parametrów ciśnienia, poziomu cukru i innych, powodując znaczne pogłębienie schorzeń samoistnych – cukrzycy i nadciśnienia, a także powodując uszkodzenie naczyń mózgowych – naczyniowe uszkodzenie mózgu oraz uszkodzenie naczyń wieńcowych, a ostatecznie doprowadzając do dwóch zawałów serca, z których drugi zakończył się jej zgonem.

Według Sądu I instancji A. Ż. bezsprzecznie poniosła szkodę majątkową i niemajątkową, doznała bowiem krzywdy w postaci cierpień fizycznych i psychicznych wskutek długotrwałego leczenia szpitalnego, izolacji, konieczności przebycia kolejnych zabiegów operacyjnych, permanentnego bólu i utraty nogi.

Sąd Okręgowy podał, że „wszechstronnie rozważając zebrany w sprawie materiał dowodowy” ( art. 233 § 1 kpc) uznał, że powodowie udowodnili podstawy swego roszczenia, w tym także winę personelu szpitala i „winę organizacyjną” zakładu leczniczego. Zdaniem Sądu personelowi należy zarzucić nieprawidłowości w postępowaniu w zakresie stosowania zasad aseptyki, niewłaściwe leczenie zakażeń, niezapewnienie pacjentce prawidłowej opieki okołoperacyjnej (głównie anestezjologicznej), zaś zakładowi leczniczemu naruszenie obowiązku starannego działania i niedbalstwa jego personelu w zakresie zapewnienia A. Ż. (1) bezpieczeństwa pobytu.

Według Sądu I instancji personel pozwanego szpitala ponosi odpowiedzialność albowiem między jego zachowaniem, a szkodą, której doznała A. Ż. (1) istnieje związek przyczynowy, „który zdaniem Sądu w niniejszej sprawie został ponad wszelką wątpliwość wykazany dowodami z opinii biegłych sądowych mikrobiologów z (...) Towarzystwa (...), anestezjologa i ortopedy”.

Wskutek tego, że powodowie cofnęli pozew w części dotyczącej żądania odszkodowania w kwocie 85.100zł, które miało pokryć koszty dostosowania mieszkania A. Ż. (1), zakupu wózka inwalidzkiego i łóżka ortopedycznego, lecz wobec jej śmierci wydatki te stały się zbędne Sąd Okręgowy na mocy art.355kpc umorzył postępowanie w tej części, podobnie jak w zakresie cofniętego powództwa o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Zdaniem Sądu I instancji okoliczność, że A. Ż. (1) w wyniku hospitalizacji w pozwanym szpitalu doznała uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia jest bezsporna. „Biorąc pod uwagę wypracowane przez orzecznictwo kryteria oraz wszystkie okoliczności przedmiotowej sprawy”, a w szczególności, to że A. Ż. (1) jeszcze przed pierwszą hospitalizacją ortopedyczną chorowała na nadciśnienie, cukrzycę, astmę oskrzelową, miała wadę serca, była otyła i paliła papierosy, które to schorzenia i nałóg sprzyjały permanentnemu utrzymywaniu się zakażenia miejsca operowanego i utrudniały jego leczenie, Sąd uznał, że żądana łączna kwota zadośćuczynienia 400.000zł jest zdecydowanie wygórowana, tym bardziej, że odbiega w znaczący sposób od przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa i dlatego powództwo ponad łączną kwotę 200.000zł oddalił, zasądzając zadośćuczynienie po 100.000zł na rzecz każdego z powodów, gdyż nie może być ono symboliczne, musi mieć charakter kompensacyjny i musi spełniać funkcję represyjną wobec sprawcy szkody. Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, a więc naruszenie najcenniejszego dobra człowieka jest szczególną krzywdą, która wymaga wysokiego zadośćuczynienia pieniężnego. Zakażenia i niewłaściwa opieka okołoperacyjna (anestezjologiczna) niewątpliwie pogorszyły ogólny już zły stan zdrowia A. Ż. (1), osłabiając jej wyniszczony innymi chorobami organizm. Sąd wziął pod uwagę cierpienia chorej zarówno sferze fizycznej (stałe utrzymujące się dolegliwości bólowe, amputacja nogi), jak i w sferze psychicznej, które były spowodowane wielokrotnymi pobytami w szpitalu, „a każdy taki pobyt jest przecież dla pacjenta ogromnym stresem”. W tej sytuacji, zdaniem Sądu Okręgowego, zasądzona kwota zadośćuczynienia jest adekwatna do wielkości krzywdy doznanej przez zmarłą i



odpowiada aktualnym warunkom oraz przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Ustawowe odsetki od „przyznanej” kwoty zadośćuczynienia zasądził Sąd „na zasadzie” art. 481 § 1kc w zw. z art.455kc od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu to jest od dnia 22 listopada 2008r.

Określając wysokość należnego powodom odszkodowania Sąd I instancji wskazał, że na podstawie art.444§1kc wyrównaniu podlegają przede wszystkim poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia, a także koszty, do których zalicza się zwiększone wydatki związane z koniecznością odpowiedniego lub lepszego odżywiania, koszty leków, opieki nad chorym i przejazdów osób najbliższych do poszkodowanego do szpitala.

Powodowie „z mocy tej normy” domagali się odszkodowania za okres od 13 marca 2006r. do 30 września 2008r. w łącznej kwocie 49.428,38zł (to jest po 24.714,19zł dla każdego z nich) na którą składają się dotychczas poniesione koszty leków i leczenia - 2.693,18zł (w tym koszty leków 2.078,63zł), koszty dojazdów do szpitala (z O. do S. – 2.683,20zł, koszty dojazdów do przychodni – 780zł, poniesione opłaty za parking przy przychodni – 72zł oraz koszty opieki nad A. Ż. (1) – 43.200zł.

Według Sądu Okręgowego powodowie „złożonymi fakturami” wykazali poniesione koszty zakupu leków w okresie od 15 stycznia 2008r. do 3 września 2008r. (8 miesięcy) w kwocie 2.078,63zł (średnio 260zł miesięcznie) „i przenieśli je poprzez ekstrapolację na 30 miesięcy, a to wzbudziło poważne wątpliwości biegłego sądowego z zakresu farmakologii klinicznej”, który nadto stwierdził, iż w przypadku rozstrzygnięcia o winie pozwanego szpitala, to powinien on zwrócić koszty leków z grupy pierwszej, do której zaliczył „środki bezwzględnie konieczne do leczenia choroby podstawowej”, z wyjątkiem leków nasennych. W związku z tym i wobec faktu, że udowodnienie wysokości żądania w tym zakresie jest nader utrudnione, Sąd Okręgowy z tego tytułu, według swej oceny, zasądził na ich rzecz łącznie kwotę 1.040zł (260zł : 2 = 130zł x 8 miesięcy). Również według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy zasądził na rzecz powodów odszkodowanie z tytułu poniesionych wydatków na porady lekarskie, badania, zakup podwieszki oraz dojazdy do szpitala i przychodni w tym parking w żądanej kwocie 4.149,75zł uznając, że ściśle udowodnienie wysokości żądania (szczególnie kosztów dojazdu) jest niemożliwe lub nader utrudnione (art.322kpc).

Według Sądu I instancji powodowie udowodnili, że A. Ż. (1) od czasu opuszczenia pozwanego szpitala w dniu 9 kwietnia 2006r. „opieki osoby drugiej co najmniej przez 4 godziny dziennie bezwzględnie wymagała” i, że średni koszt tej opieki wynosił 12zł za godzinę. Powodowie w swym wyliczeniu nie wzięli jednak pod uwagę, że w okresie od 13 marca 2006r. do września 2008r. (694dni) A. Ż. (1) przez 206 dni przebywała w pozwanym szpitalu i w tym czasie nie wymagała płatnej opieki drugiej osoby. „Dlatego też z tego tytułu przyznano im” kwotę łączną 33.312zł. W sumie tytułem odszkodowania zasądził Sąd na rzecz powodów kwotę 38.502zł (2 x po 19.251zł) z ustawowymi odsetkami na mocy art. 481 § 1kc w zw. z art.455kc od dnia następnego po dniu doręczenia pozwu to jest od dnia 22 listopada 2008r., a w pozostałej części powództwo oddalił jako niezasadne.

Zdaniem Sądu Okręgowego powodowie udowodnili, że w następstwie nieodwracalnego uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia A. Ż. (1) zwiększyły się jej potrzeby czyli wykazali tzw. szkodę przyszlą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na zaspokojenie tych potrzeb w postaci konieczności zakupu leków oraz opieki nad nią osób trzecich. Niemniej jednak z tych samych przyczyn, które legły u podstaw obniżenia żądanego przez nich odszkodowania w zakresie wysokości kosztów leków, również przy ustalaniu wysokości miesięcznej renty uznano, że wydatki na leki z grupy pierwszej według kwalifikacji biegłego farmakologa klinicznego nie przekraczały kwoty 130zł miesięcznie. W okresie od 1 października 2008r. do 31 października 2010r. A. Ż. (1) przez 60 dni była leczona w szpitalach i nie wymagała płatnej opieki drugiej osoby. Dlatego też koszt opieki nad nią, gdy przebywała w domu wyniósł kwotę 1.344zł, a nie kwotę 1.440zł. W tym stanie rzeczy zasądził Sąd na rzecz powodów tytułem skapitalizowanej renty kwotę po 18.425zł dla każdego z nich z ustawowymi odsetkami od kolejnych miesięcznych rat renty płatnych od dnia 10 – tego każdego miesiąca począwszy od października 2008r. na mocy art. 481 § 1kc w zw. z art.455kc, a w pozostałej części powództwo oddalił jako „bezzasadne i wygórowane”.

Wskazał Sąd, że orzeczenie o kosztach procesu zawarte w:

-.

- pkt 5 wyroku uzasadniają przepisy art. 100 zd.2 kpc, gdyż określenie należnej powodowi sumy (zadośćuczynienie i renta z tytułu zwiększonych potrzeb) zależało od oceny sądu, a także §2 ust.1 i 2 oraz §6 pkt7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163 poz.1349 ze zmianami);
- pkt 6 wyroku uzasadnia przepis art. 102kpc, którego zastosowanie nie jest wyłączone przy rozpoznaniu wniosku pozwanego, złożonego w trybie art. 203 § 3 k.p.c. o przyznanie kosztów procesu;
- pkt 7 wyroku uzasadnia przepis art.113 ust.4 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2010r. Nr 90 poz.594 ze zmianami), „który koreluje z art.102kpc, gdyż przesłanki stosowania tych przepisów są nader podobne”;
- pkt 8 wyroku uzasadnia przepis art.113 ust.1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2010r. Nr 90 poz.594 ze zmianami). Powodowie byli w niniejszej sprawie zwolnieni od kosztów sądowych w całości. Wydatki na wynagrodzenie biegłych sądowych w kwocie 18.701zł poniósł w całości tymczasowo Skarb Państwa. „Choć zasada odpowiedzialności za wynik sprawy ma w procesie podstawowe znaczenie (art. 98 § 1 k.p.c.), to w niniejszej mamy do czynienia z odstępstwem od niej, a wywołanym przyczyną z art.100kpc. Dlatego też nieopłaconymi kosztami sądowymi w całości obciążono in solidum pozwanych”.

Wyrok ten zaskarżyli oboje pozwani, z tym że apelacja pozwanego (...) została odrzucona postanowieniem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 29 czerwca 2012 r. (k. 1762).

Pozwany Szpital w apelacji zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w części uwzględniającej powództwo (pkt 1 i 2) oraz orzekającą o kosztach postępowania (pkt 5 – 8) zarzucając:

- 1) sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego wskutek naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c., poprzez dokonanie oceny dowodów w sposób nasuwający zastrzeżenia z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego tj. poprzez pominięcie wniosków zawartych w opiniach biegłych w zakresie prawidłowego postępowania pozwanego oraz przyjęcie mimo tych wniosków prima facie odpowiedzialności pozwanego za szkodę;
- 2) naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 481 k.c. w związku z art. 363 § 2 k.c., a także art. 455 k.c. poprzez błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że odsetki od świadczenia odszkodowawczego należą się od daty wcześniejszej, niż data ustalenia wysokości odszkodowania.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty wniósł o:

zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez oddalenie powództwa w całości

„w związku z zarzutami naruszenia przepisów prawa procesowego”, a na wypadek niepodzielenia tych zarzutów, wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia „w związku z zasadnością zarzutów apelacyjnych naruszenia prawa materialnego” w ten sposób, że początkowy termin płatności odsetek od zasądzonych pkt. 1 i 2 wyroku kwot z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowania, a także skapitalizowanej renty określony zostanie na datę wyrokowania a ponadto wniósł o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym w szczególności kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powodowie w odpowiedzi na apelację wnieśli o jej oddalenie oraz o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje.

Przede wszystkim za trafny należało uznać zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc wskutek dokonania oceny dowodów „w sposób nasuwający zastrzeżenia z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego tj. poprzez pominięcie wniosków zawartych w opiniach biegłych w zakresie prawidłowego postępowania pozwanego”.

Trafnie też zarzuca pozwany, że wskutek wadliwej oceny dowodów Sąd I instancji dokonał sprzecznych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału.

Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w art. 233 § 1 kpc sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

Wbrew jednak stwierdzeniu zawartemu w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy nie rozważył wszechstronnie zebranego w sprawie materiału bowiem taka wszechstronna ocena prowadzi do odmiennych wniosków niż te, do których doszedł Sąd I instancji.

W szczególności nie można przyjąć by powodowie udowodnili „podstawy swego roszczenia”, w tym winę personelu szpitala i winę „organizacyjną” zakładu leczniczego a w konsekwencji by zachodził związek przyczynowy pomiędzy stwierdzonymi przez ten Sąd uchybieniami a uszkodzeniem ciała czy też rozstrojem zdrowia A. Ż. (1).

Przyjmując, że personelowi pozwanego szpitala należy zarzucić nieprawidłowości w postępowaniu w zakresie stosowania zasad aseptyki, niewłaściwe leczenie zakażeń, niezapewnienie pacjentce prawidłowej opieki około operacyjnej (głównie anestetycznej) a zakładowi leczniczemu naruszenie obowiązku starannego działania i niedbalstwa jego personelu w zakresie zapewnienia A. Ż. (1) bezpieczeństwa pobytu, Sąd Okręgowy nie sprecyzował w oparciu o jakie dowody dokonał takich ustaleń.

Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku zdaje się wynikać, że wymienionych wyżej ustaleń co do nieprawidłowości działania personelu i zakładu leczniczego (pozwanego szpitala) Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o opinię biegłego anestezjologa H. P., która zarówno w opinii zasadniczej jak i uzupełniającej wymieniła znaczną liczbę zaniedbań, nieprawidłowości i zaniechań personelu pozwanego Szpitala w procesie leczenia A. Ż. (1) i to zarówno w okresie przedoperacyjnym jak i w czasie operacji a także w zakresie opieki pooperacyjnej.

Wnikliwa analiza tej opinii, w powiązaniu z pozostałym w sprawie materiałem, w szczególności opiniami biegłych z (...) Towarzystwa (...) (k. 852 – 857 oraz k.904 – 907), biegłego ortopedy L. M. (k.1027 – 1039, k.1114 – 1119 oraz 1429) a także biegłego farmakologa prof. B. O. (k. 1452) zezwała na stwierdzenie, że trafnymi były zarzuty pozwanego szpitala do opinii biegłej H. P. zgłoszone w piśmie procesowym z 6 kwietnia 2011 roku, że opinia ta jest niedokładna i nierzetelna, nie uwzględnia wszystkich istotnych okoliczności w tym stanu zdrowia A. Ż. (1) przed jej pobytom w pozwanym szpitalu.

W opinii uzupełniającej nazwanej jako „odpowiedź na pismo procesowe pozwanego” biegła nie wyjaśniła na jakich przesłankach oparła swoje twierdzenie, że występuje związek między urazem operacyjnym a postępem choroby nadciśnieniowej i cukrzycy, poza ogólnikowym, nie popartym jakimikolwiek źródłami ustaleń medycznych stwierdzeniem, że jest to „niepodważalny fakt medyczny”.

Nie wykazała też, poza nader ogólnym stwierdzeniem (bez przytoczenia jakichkolwiek wyników opracowań badań naukowych), że wiedza medyczna pozwala na powiązanie odległych w czasie i pozornie niezależnych od działań zabiegowych powikłań z ich właściwą przyczyną, jaką – wedle oceny tej biegłej – były „liczne i wielocząstkowe” nieprawidłowości w postępowaniu medycznym dotyczącym A. Ż. (1).

Analiza tej opinii wskazuje także na to, że biegła nie uwzględniła przy jej opracowaniu wszystkich istotnych elementów stanu faktycznego, gdy przyjmuje m.in., że podczas pobytu A. Ż. (1) w Szpitalu w okresie od 8 – 22 grudnia 2003 r. (przygotowanie do zabiegu operacyjnego) hospitalizacja nie spełniła zadania a pacjentka przebywała na oddziale 2 tygodnie, w którym to czasie wykonano diagnostykę, którą można wykonać w ciągu jednego dnia.

W nawiązaniu do tego stanowiska biegłej należy podkreślić, że z zeznań świadka S. M. (k. 805) wynika, że w grudniu 2003r A. Ż. (1) została przyjęta w celu kwalifikacji internistycznej i anesteziologicznej z uwagi na współistniejące schorzenia samoistne. Została zakwalifikowana warunkowo do zabiegu i ponownie przyjęta w styczniu 2004 roku. Podkreślenia wymaga także, że biegły chirurg – ortopeda dr n. med. L. M. w swej opinii (k. 1034) podkreślił wyjątkową dbałość personelu szpitala w przygotowanie A. Ż. (1) do zabiegu. Wskazał też, że wszystkie zabiegi operacyjne wykonano prawidłowo w tym prawidłowo ( przy istniejących do tego wskazaniach) wykonano zabieg endoprotezoplastyki prawego kolana A. Ż. (1).

Jeżeli zatem niewątpliwym jest, że zabieg wykonano przy istniejących wskazaniach, operację wykonano prawidłowo, a sam zabieg operacyjny A. Ż. (1) przebiegał bez powikłań, to nawet gdyby zgodzić się z oceną biegłej H. P. co do istnienia wymienionych przez nią nieprawidłowości w procesie leczenia okołoperacyjnego A. Ż. (1), to logiczna ocena tych okoliczności wskazuje, że wymienione uchybienia nie pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z przeprowadzeniem zabiegu i stanem zdrowia A. Ż. (1) po zabiegu.

Podkreślenia wymaga też, że kolejne hospitalizacje A. Ż. (1) w pozwanym Szpitalu nie wynikały z tego, że wadliwie przeprowadzono operację endoprotezoplastyki kolana. Przyczynami tych kolejnych hospitalizacji były złamania: wieloodłamowe kości udowej prawej w dniu 13 marca 2006 roku oraz w dniu 14 kwietnia 2006 roku. Kolejny pobyt (w lipcu 2006 r.) związany z destabilizacją stabilizatora założonego podczas operacji w dniu 9 maja 2006 roku. W czasie kolejnej hospitalizacji stwierdzono zapalenie żył powierzchniowych (wrzesień 2006 roku) oraz zapalenie kości udowej (pobyt w grudniu 2006 roku). Niewątpliwym przy tym jest, że w czasie pobytu A. Ż. (1) w pozwanym Szpitalu rozpoznano u niej i leczono zakażenia wymienionymi wyżej bakteriami.

Okoliczności wykonania zabiegu i dalszych hospitalizacji A. Ż. (1) nie stwarzają jednak podstawy do przyjęcia winy personelu pozwanego szpitala.

Wprawdzie – jak wyżej wspomniano biegła H. P. – wymienia niezliczoną ilość uchybień, zaniedbań i nieprawidłowości w procesie leczenia A. Ż. (1), ale nie wskazuje czy i w jakim stopniu wymienione uchybienia miały rzeczywisty wpływ na stan zdrowia pacjentki, a wnioski tej biegłej – że skutkiem bezpośrednim braku właściwego postępowania okołoperacyjnego był negatywny wpływ na proces gojenia rany operacyjnej (zakażenia) a odległym – przyspieszenie zmian naczyniowych towarzyszących chorobie nadciśnieniowej i cukrzycowej, nie zostały w jakikolwiek sposób udokumentowane. Formułując takie wnioski biegła, poprzestaje tylko na swoistych, gołosłownych zarzutach wobec personelu szpitalnego, przy czym wykracza znacznie poza swoją specjalizację, nawet jeżeliby zgodzić się z jej stwierdzeniem, że specjalizacja taka obejmuje szerszy zakres działań medycznych określanych mianem „medycyny okołoperacyjnej”.

Ponadto – jak już wyżej wskazano – biegły chirurg – ortopeda dr n. med. L. M. w swej opinii dbałość o przygotowanie A. Ż. (1) do zabiegu ocenił jako wyjątkową oraz wskazał, że wszystkie badania zostały wykonane prawidłowo. Prowadzono prawidłowe postępowanie przygotowawcze do leczenia operacyjnego: kontrolowano poziomy cukru dobierając odpowiednie ilości insuliny oraz prowadzono profilaktykę przeciwzakrzepową. Dobór metody leczenia oraz jej wykonanie były prawidłowe (k. 1116).

Wskazał też biegły na możliwe przyczyny zakażenia, którego doznała A. Ż. (1) podając, że „wrotami” mogą być albo rana operacyjna w trakcie zabiegu albo miejsce wokół wszczepów w zakresie pooperacyjnym. Są to przyczyny zakażenia o charakterze egzogennym (zewnętrznym) a do zakażenia o charakterze endogennym (wewnętrznym) może dojść w przypadku istnienia u pacjenta miejscowych ognisk bakteryjnych (np. nos, ucho, próchnicze zęby, drogi moczowe jak również zastawki żyłne po przebytych zapaleniach żył.

Wskazał też biegły, że powódka (A. Ż. (1)) przebyła 3 – krotne zapalenie żył w kończynie dolnej prawej. Zapalenie takie – według biegłego – „może być o etiologii bakteryjnej”, a bakterie patogenne mogą przetrwać w zastawkach żylnych i mogą być punktem wyjścia do kolejnych zapaleń żył jak i zapaleń pooperacyjnych kończyny.

Nie dostrzegł Sąd Okręgowy podstawowych rozbieżności pomiędzy ustaleniami i wnioskami co do prawidłowości leczenia A. Ż. (1) w szczególności występujących pomiędzy opinią biegłego lekarza ortopedy dr n. med. L. M. oraz lek. med. H. P.. Wysnuł też wadliwe wnioski z opinii sporządzonej przez biegłych z (...) Towarzystwa (...) w K. którzy w opinii uzupełniającej z dnia 2 października 2009r. między innymi podali, że występujące u A. Ż. (1) liczne choroby współistniejące w istotnym stopniu zwiększają ryzyko zakażenia. Podkreślili też, że fakt ten nie może jednak „służyć do usprawiedliwienia ewentualnych nieprawidłowości”, tym niemniej poza wymienionym „kuriozalnym” przypadkiem przechowywania materiału sterylnego z materiałem, który był przeznaczony do sterylizacji nie wskazali jakichkolwiek dalszych uchybień pracowników pozwanego szpitala, które mogłyby doprowadzić do powstania u A. Ż. (1) wymienionych zakażeń. Zebrany w sprawie materiał, w szczególności w postaci wymienionych opinii biegłych (za wyjątkiem opinii sporządzonej przez H. P.) nie stwarza też podstaw do dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń i wniosków, że nieskutecznie leczone zakażenia A. Ż. (1) zniweczyły prowadzone leczenie ortopedyczne i ostatecznie doprowadziły do amputacji nogi oraz, że zakażenia te wraz ze spowodowanymi przez nie komplikacjami ortopedycznymi, stanowiły przyczynę kolejnych hospitalizacji i konieczność wykonywania kolejnych zabiegów operacyjnych.

Z zebranego w sprawie materiału wynika bowiem, że przyczyny „kolejnych zabiegów operacyjnych” były zróżnicowane a należały do nich (według prawidłowych, wcześniejszych ustaleń Sądu):

- doznane przez A. Ż. (2) uszkodzenie prawej kończyny w postaci złamania wieloodłamowego kości udowej prawej nad endoprotezą ( pobyt w szpitalu od 13 marca 2006r. do 9 kwietnia 2006r). Zabieg zespolenia złamania sposobem (...) wykonano w dniu 21 marca 2006r. a okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań, - kolejny pobyt od 21 kwietnia 2006r. do 30 maja 2006r wskutek tego, że w dniu 14 kwietnia 2006r. przewróciła się i doznała powtórnego złamania kości udowej prawej. W dniu 9 maja 2006r wykonano zabieg repozycji i stabilizacji złamania przy pomocy stabilizatora (...) – konstrukcja dwupłaszczyznowa wykonano dnia 9 maja 2006r.

- hospitalizacja w okresie od 5 lipca 2006r. do 10 lipca 2006r z powodu destabilizacji stabilizatora zewnętrznego.

- pobyt w szpitalu od 6 września 2006r. do 28 września 2006r, kiedy to przyjęto ją z powodu dolegliwości bólowych podudzia prawego i stwierdzono zapalenie żył powierzchownych.

- kolejna hospitalizacja od 28 października 2006r. do 21 grudnia 2006r kiedy to przyjęto A. Ż. (1) z rozpoznaniem zapalenia kości udowej prawej i usunięto stabilizator zewnętrzny.

- pobyt w szpitalu od 14 marca 2007r. do 10 kwietnia 2007r, kiedy to została przyjęta z powodu dolegliwości bólowych kończyny dolnej prawej i zastosowano leczenie zachowawcze oraz rehabilitację a następnie od 29 sierpnia 2007r. do 21 września 2007r (przyjęta celem dalszej rehabilitacji i leczenia farmakologicznego).

Okoliczności te, których w należyty sposób nie wziął pod uwagę Sąd I instancji, mają też zasadnicze znaczenie dla oceny czy pozwanemu Szpitalowi można przypisać tzw. „winę organizacyjną” wskutek niezapewnienia przez pozwany szpital A. Ż. tzw. „bezpieczeństwa pobytu.”

Ponownie podkreślenia wymaga, że wbrew stanowisku Sądu I instancji materiał zebrany w sprawie nie stwarza podstaw do przyjęcia, że powodowie udowodnili, że szpital ponosi taką winę. W szczególności nie zostało wykazane (poza jednym, odosobnionym, „kuriozalnym” wypadkiem) by stan sanitarny szpitala był zły a tym samym by stwarzał niebezpieczeństwo zainfekowania przebywających w nim pacjentów w tym A. Ż. (1).

Przy tej ocenie należy wziąć pod uwagę opinię opracowaną przez biegłych dr hab. med. M. B. oraz dr med. A. D. z (...) Towarzystwa (...). Z opinii tej wynika w szczególności, że kontrola zakażeń szpitalnych w pozwanym szpitalu jest dobrze zorganizowana, co potwierdzają dane statystyczne dotyczące zakażeń szpitalnych. Wskazali też biegli, że z protokołów Inspekcji Sanitarnej wynika, że w Szpitalu występowały pewne uchybienia „niektóre wręcz kuriozalne jak przechowywanie w pojemnikach ze sterylnym materiałem medycznym materiału przeznaczonego do sterylizacji oraz

zeszytu. W takiej sytuacji ryzyko wystąpienia zakażenia mogło być zwiększone, ale – według biegłych – nie można ocenić w jakim stopniu.

W podsumowaniu opinii zasadniczej oraz uzupełniającej (k. 907) biegli stwierdzili, że u powódki (A. Ż. (1)) najprawdopodobniej doszło do 2 zakażeń szpitalnych: zakażenia powierzchownego w 2004 roku oraz narządowego w 2006 roku. Wskazali też, że nie mogą ocenić jednoznacznie odpowiedzialności pozwanego szpitala, „ponieważ wszystko zależy od tego jak on zareagował na nieprawidłowości stwierdzone przez instytucję zewnętrzną. W przypadku leczenia biegli podali, że stwierdzili pewne uchybienia. Wskazali, że „doprecyzowania wymaga sprawa długości stosowania ampicyliny w 2004 roku. Jeśli stosowano ją 10 dni a nie 5 dni to było to prawidłowe”.

Okoliczność tę wyjaśnił w swoich zeznaniach św. S. M. (k. 805/2) podając, że „faktycznie podczas pobytu powódki w szpitalu w 2004 roku doszło do zakażenia przyrannego bakterią – pałeczką kałową, która jest najprawdopodobniej florą bakteryjną powódki (A. Ż. (1)). Zakażenie to zostało wyleczone antybiotykiem i opatrunkami w ciągu około 10 dni. Zakażenie to nie doszło do tkanek głębiej położonych: do kości i protezy.

Jak z powyższego wynika, analiza całości zebranego w sprawie materiału w tym wymienionych opinii biegłych a także zeznań świadków prowadzi do wniosku, że pozwanemu Szpitalowi nie można skutecznie postawić zarzutu, że w czasie leczenia A. Ż. (1) dopuszczono się takich uchybień i zaniedbań, które wpłynęłyby na pogorszenie jej stanu zdrowia. Nie można też zarzucić, by winę za pogorszenie się jej stanu zdrowia ponosił personel pozwanego Szpitala.

W szczególności nie zasługuje na podzielenie stanowisko Sądu Okręgowego, że personelowi należy zarzucić niewłaściwe leczenie zakażeń czy też niezapewnienie prawidłowej opieki okołoperacyjnej a także nieprawidłowości w zakresie stosowania zasad aseptyki.

Jak się wydaje Sąd Okręgowy uogólnił jeden przypadek stwierdzony w czasie kontroli sanitarnej („kuriozalny” – jak to określili biegli z zakresu zakażeń szpitalnych) polegający na tym, że w jednym pojemniku przetrzymywano materiał sterylny z materiałem przeznaczonym do sterylizacji oraz zeszyt.

Poza tym jednostkowym przypadkiem nie stwierdzono natomiast by w Szpitalu nie zachowywano wymogów aseptyki. Wręcz przeciwnie – jak to podkreślili biegli z (...) Towarzystwa (...) – kontrola zakażeń w pozwanym Szpitalu jest dobrze zorganizowana co potwierdzają dane statystyczne. Nie można zatem generalizować tego jednego wypadku i przyjmować, jak w istocie uczynił to Sąd I instancji, że wskutek niestosowania zasad aseptyki doszło do zakażenia A. Ż. (1). W szczególności w toku postępowania nie zostało wykazane by wypadki takich zakażeń powtarzały się bądź też by stan sanitarny szpitala był zły, co mogłoby przemawiać za przyjęciem winy pozwanego szpitala.

Swoistego, trafnego podsumowania okoliczności związanych z leczeniem A. Ż. (1) w pozwanym szpitalu dokonał biegły prof. dr hab. n. med. B. O., który stwierdził, że u powódki wystąpił mechanizm błędnego koła chorobowego: „otyłość, cukrzyca, nietrzymanie moczu, palenie papierosów sprzyjają permanentnemu utrzymywaniu się zakażenia miejsca operowanego. Zakażenie to uniemożliwia zastosowanie implantu czy innych nowoczesnych technik reoperacji. Z kolei pogarszający się stan kończyny i praktyczny brak aktywności ruchowej niwelują możliwość normalizacji masy ciała”. (opinia – k. 1544).

Podkreślenia wymaga również, co słusznie zarzuca skarżący w apelacji, że nie jest trafnym poglądem Sądu Okręgowego, że opieka okołoperacyjna (pooperacyjna) A. Ż. (1) była wadliwa a tym samym spowodowała znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia wywołując w konsekwencji uszkodzenie naczyń mózgowych – naczyniowe uszkodzenie mózgu oraz uszkodzenie naczyń wieńcowych a ostatecznie doprowadzając do dwóch zawałów serca, z których drugi zakończył się zgonem.

Ustaień takich Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o opinię biegłej H. P., która to opinia a w szczególności zawarte w niej wnioski co tzw. odległych skutków wykazanych w pozwanym szpitalu zabiegów nie zostały w jakikolwiek sposób udokumentowane, a stanowią one – jak wyżej wskazano – tylko gołosłowne twierdzenia biegłej.

Wszechstronna zatem ocena zebranego w sprawie materiału nie zezwała na przypisanie pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności za uszkodzenie ciała czy też rozstrój zdrowia A. Ż. (1).

W takim stanie rzeczy odpowiedzialności pozwanego nie uzasadniają art. 430 kc w zw. z art. 415 kc, co sprawia, że zaskarżony wyrok należało zmienić w zaskarżonej części (art. 386 § 1 kpc) i powództwo oddalić.

Stosownej zmianie ulegał też zaskarżony wyrok w części zasądzającej koszty procesu za pierwszą instancję na rzecz powodów skoro powodowie przegrali sprawę i z tej przyczyny to powodowie powinni zwrócić pozwanym te koszty (art. 98 § 1 i 3 kpc). Ze względu jednak na sytuację materialną powodów Sąd Apelacyjny uznał, że trafnym jest rozstrzygnięcie zawarte w pkt. 6 zaskarżonego wyroku i w tym zakresie wyroku tego nie zmienił.

W sytuacji gdy powodowie przegrali sprawę w postępowaniu apelacyjnym obowiązani są do zwrotu pozwanemu szpitalowi kosztów postępowania apelacyjnego a to zgodnie z art. 98§1 i 3 kpc w zw. z art. 105 §1 kpc, według stawki przewidzianej w §6 pkt 7 w zw. z §13 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Min. Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163 poz 1348 ze zm.).