

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 lutego 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Hanna Nowicka de Poraj (spr.)
Sędziowie:	SSA Anna Kowacz-Braun SSA Teresa Rak
Protokolant:	st.sekr.sądowy Katarzyna Wilczura

po rozpoznaniu w dniu 24 lutego 2015 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa R. P. (1) i R. P.

przeciwko 5 (...) Szpitalowi (...) w K.

i (...) S.A. w W. Oddziałowi Okręgowemu w K.

o zapłatę

na skutek apelacji powódek

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 22 października 2013 r. sygn. akt I C 2430/11

1. oddala apelację;

2. nie obciąża powódek kosztami postępowania apelacyjnego;

3. przyznaje od Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Krakowie na rzecz adwokata P. K. kwotę 6 642zł (sześć tysięcy sześćset czterdzieści dwa złote) w tym 1 242zł podatku od towarów i usług tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódkom z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

I ACa 300/14

UZASADNIENIE

P. P. (2) domagał się zasądzenia solidarnie od pozwanych od pozwanego 5. (...) Szpitala (...) w K. i (...) S.A. w W. – między innymi – kwoty 1.000.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem

zadośćuczynienia za krzywdę doznaną przez niego w związku z rozstrojem zdrowia, będącym wynikiem tzw. błędu w sztuce lekarskiej, jakiego dopuścił się względem personel medyczny strony pozwanej,

Uzasadniając swoje stanowisko P. P. (2) zarzucił pozwanemu Szpitalowi niewłaściwe i nierzetelne działanie w zakresie diagnostyki i leczenia, co miało narazić powoda na poważny uszczerbek na zdrowiu. Powód podał, że w dniach 7 – 10 listopada 2005 r. oraz 20- 24 listopada 2006 r przebywał na Oddziale Kardiologii pozwanego Szpitala. Mimo, iż oprócz dolegliwości układu krążenia zgłaszał również dolegliwości związane z układem pokarmowym, nie wdrożono względem niego właściwej diagnostyki. W czasie pierwszego pobytu w Szpitalu (...) uskarżał się na występujące u niego od dwóch lat znaczne krwawienia z odbytu i obecność krwi w stolcu, co dało personelowi szpitalnemu podstawę do przeprowadzenia jedynie badania sigmoidoskopii (które wykazało istnienie krwawnic I stopnia), na którym zakończono jednak proces diagnostyczny przyjmując, że wspomniane badanie wyjaśniło w sposób oczywisty przyczynę krwawień o znacznym nasileniu. Zaniechano natomiast wykonania badania specjalistycznego w postaci kolonoskopii, co stanowiło kardynalny błąd diagnostyczny, który skutkowało spóźnionym rozpoznaniem a w dalszej kolejności zaawansowanym procesem nowotworowym. Personel medyczny pozwanego Szpitala utracił z pola widzenia objawy i dolegliwości zgłaszane przez powoda, które były właściwe dla choroby nowotworowej jelita grubego, co powinno doprowadzić do jej wykrycia w stanie dającym pewność wyleczenia. W ocenie powoda, w jego sprawie nie podjęto wszystkiego co niezbędne i konieczne na obecnym etapie rozwoju leczenia, a zaniechanie wykonania dodatkowej procedury medycznej w postaci kolonoskopii świadczy o nienależytej staranności w ustalaniu przesłanek stanowiących podstawę do skutecznej diagnozy lekarskiej.

W trakcie pobytu w pozwanym Szpitalu w roku 2006 P. P. (2), został poddany badaniu kolonoskopowemu jelita grubego, jednak z powodu znacznego odczynu bólowego badaniem tym objęto jedynie odcinek jelita grubego do głębokości 35 cm i podjęto próbę diagnostyki jelita grubego metodą wlewu doodbytniczego, którego również skutecznie nie zrealizowano, z uwagi na niedrożność jelit pacjenta. Pomimo to, w dniu 24 listopada 2006 r. P. P. (2) został wypisany z pozwanego Szpitala z diagnozą: zespół (...), nadciśnienie tętnicze i choroba L.-C. do dalszej diagnostyki oraz wskazaniem ambulatoryjnego wykonania tomografii komputerowej w pozwanym Szpitalu – wykonane badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej w dniu 29 listopada 2006 r. wykazało obecność „pakietów węzłów chłonnych około aortalnych i okołokavalnych”.

W dalszej diagnostyce – już poza pozwanym Szpitalem – u P. P. (2) rozpoznano chorobę nowotworową. Wykonano resekcję części jelita grubego wraz z guzem. Po zabiegu operacyjnym P. P. (2) został zakwalifikowany do chemioterapii, którą rozpoczął 26 marca 2007 r.

Zdaniem powoda, gdyby w odpowiednim momencie dokonano prawidłowej diagnozy, wynik jego leczenia byłby pewny.

(...). **(...)** Szpital (...) w K. - wniósł o oddalenie powództwa.

Zarzucił, że w zakresie (...) powoda działania Szpitala były prawidłowe. Zdaniem pozwanego nie został wykazany związek przyczynowy pomiędzy ewentualną szkodą i krzywdą powoda a działaniem Szpitala. Zdaniem pozwanego powód nie wykazał również wysokości poniesionej szkody, a żądana kwota zadośćuczynienia jest wygórowana. Pozwany zaprzeczył, jakoby powód został skierowany na Oddział Kardiologiczny Szpitala celem wykonania kompleksowych badań – przeczy temu treść skierowania wystawionego przez lekarza rodzinnego. W trakcie pierwszego pobytu rozpoznano u pacjenta zaburzenia czynnościowe układu sercowo-naczyniowego, nie upośledzające sprawności ustroju. Ponieważ dodatkowo zgłaszał on stolce podbarwione krwią wykonano u niego sigmoidoskopię, w wyniku której stwierdzono krwawnicę I stopnia. Nie jest prawdą jakoby całokształt objawów zgłaszanych wówczas przez powoda był charakterystyczny dla raka jelita grubego. W trakcie drugiego pobytu powoda w pozwanym Szpitalu, w związku z faktem zgłoszenia utrzymywania się krwi w stolcu, podjęto u niego próbę wykonania kolonoskopii (z uwagi na znaczny ból nieskuteczną) oraz wlewu doodbytniczego, który zakończył wymagany w tym zakresie proces diagnostyczny. Następnie chorego wypisano do domu z zaleceniem wykonania tomografii komputerowej w ustalonym terminie 5 dni po wypisie, oraz zgłoszenia się po wynik histopatologiczny wycinków z kolonoskopii za 5

dni - wyniki tych badań miały warunkować dalsze postępowanie lecznicze. Zdaniem strony pozwanej, ponieważ P. P. (2) nie zgłosił się z tymi wynikami w terminie, tym samym sam zrezygnował z dalszej diagnostyki i kontynuacji leczenia. Jego twierdzenia, iż został wypisany z objawami niedrożności, w stanie zagrożenia życia, są całkowicie nieuzasadnione. Pozwanemu Szpitalowi nie sposób zarzucić nieprawidłowego postępowania w zakresie diagnostyki czy leczenia pacjenta.

(...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powodowej kosztów postępowania.

Przychylił się do zarzutów pozwanego Szpitala, zwrócił też uwagę, że zgodnie z treścią polisy ubezpieczeniowej nr (...), z okresem obowiązywania od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2005 r. suma gwarancyjna, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkody związane z działalnością pozwanego, wynosi 200.000 zł za jedno zdarzenie, zatem odpowiedzialność in solidum strony pozwanej jest ograniczona jedynie do tej wysokości.

Postanowieniem z dnia 6 października 2011 r. (k. 355) Sąd zawiesił postępowanie, w związku ze śmiercią P. P. (2), na podstawie przepisu art. 174 § 1 pkt 1 k.p.c.

W piśmie procesowym z dnia 4 grudnia 2011 r. do udziału w sprawie w miejsce zmarłego P. P. (2) przystąpiły w charakterze powódek jego żona **R. P. (1)** i małoletnia córka **R. P. (2)**.

Postanowieniem z dnia 9 grudnia 2011 r. (k. 380) Sąd podjął postępowanie z udziałem po stronie powodowej R. P. (1) i małoletniej R. P. reprezentowanej przez przedstawiciela ustawowego R. P. (1).

Powódki podtrzymały żądania pozwu wniesionego przez zmarłego P. P. (2). Jednocześnie powódki podniosły, że warunkiem odpowiedzialności pozwanego Szpitala, a ca za tym idzie także pozwanego (...) Zakładu (...) jest istnienie szkody, winy lekarza, za którego pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność oraz związku przyczynowego między tą szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem. Zdaniem powódek, w przypadku P. P. (2) za szkodę należy rozumieć konsekwencje związane ze skróceniem jego życia oraz z jego śmiercią. Według powódek, w niniejszej sprawie mamy do czynienia z błędem diagnostycznym, który polegał na postawieniu niewłaściwej diagnozy oraz na nieprawidłowej ocenie stanu zdrowia pacjenta, jak również na niepoznaniu objawów i wyciągnięciu niewłaściwych wniosków z objawów chorobowych niż te, które podyktowane są wiedzą medyczną oraz na zaniechaniu badań służących do postawienia właściwej diagnozy. Powódki zwróciły uwagę, że pomimo zgłaszanych dolegliwości P. P. (2), przy wypisie ze Szpitala, w dniu 10 listopada 2005 r, został skierowany do (...) i do Zakładu (...) zamiast na dodatkowe specjalistyczne badania diagnostyczne, które były w dyspozycji pozwanego. Powódki zauważyły też, że w trakcie hospitalizacji w dniu 20 listopada 2006 r. rozpoznano u P. P. (2) m.in. chorobę L. –C. – do dalszej diagnostyki i jak później się okazało, to również to była błędna diagnoza; pacjent przy wypisie otrzymał skierowanie do wykonania TK jamy brzusznej w trybie ambulatoryjnym – nadal więc nie brano pod uwagę możliwości wystąpienia u niego choroby nowotworowej. Obie powyższe sytuacje świadczą o tym, że prowadzący lekarze błędnie postawili diagnozy zarówno w 2005 jak i w 2006 r.

Na rozprawie 15.10.2013 r. powódki sprecyzowały żądanie pozwu wnosząc o zasądzenie na ich rzecz kwoty po jeden milion złotych tytułem zadośćuczynienia a na rzecz każdej z powódek a na rzecz powódki R. P. dodatkowo renty w wysokości 1 800 zł. miesięcznie Na tej samej rozprawie pełnomocnik powódek cofnął pozew co do roszczeń wskazanych w pozwie ponad żądania zadośćuczynienia na rzecz obu powódek.

Sąd Okręgowy w Krakowie wyrokiem z dnia 22 października 2013 r, sygn. akt I C 2430/11, oddalił powództwo.

Rozstrzygnięcie powyższe zostało poprzedzone następującymi ustaleniami faktycznymi.

W dniu 7 listopada 2005 r. P. P. (2) w wieku 33 lat został przyjęty na Oddział Kardiologii 5. (...) Szpitala (...) w K. z powodu osłabienia, bólów głowy, zwiększonej potliwości i zmniejszenia tolerancji na wysiłek fizyczny. Na skierowaniu wystawionym przez lekarza rodzinnego widniało rozpoznanie: wypadanie przedniego płątka mitralnego – arytmia,

natomiast brak było na nim zalecenia wykonania kompleksowych badań. Powyższe dolegliwości pojawiły się u powoda od 3 tygodni, zaś od ok. 2 lat występowały u niego stolce podbarwione krwią. Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, iż w 2004 r. P. P. (2) był hospitalizowany w związku z zasłabnięciem, wypadaniem płotka zastawki mitralnej z arytmia, kolka nerwową i nadciśnieniem tętniczym I stopnia. W trakcie hospitalizacji – prowadzonej pod kierunkiem lek. med. P. P. (3) – wykonano u pacjenta badania laboratoryjne krwi (morfologia w normie), moczu (w normie), mocznika, kreatyniny, elektrolitów i glukozy (w normie) oraz hormonów tarczycowych (w normie); wykonano RTG płuc (nie rozpoznano zmian onkologicznych); wykonano RTG kręgosłup szyjnego (stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe C4-C5) i RTG kręgosłupa piersiowego (stwierdzono lewostronną skoliozę kręgosłupa); wykonano badania USG jamy brzusznej (wątroby, pęcherzyka żółciowego, trzustki, śledziony, aorty brzusznej) oraz nerek, które nie wykazały zmian. Ponieważ powód, w trakcie przeprowadzonego wywiadu klinicznego, zgłaszał obecność krwi w stolcu, w dniu 9 listopada 2005 r. przeprowadzono u niego sigmoidoskopię (wziernikowanie wnętrza jelita grubego na odcinku ok. 15 cm), które wykazało istnienie tzw. krwawnic I stopnia. Nie da się określić jednoznacznie, na jakim etapie rozwoju nowotworu jelita grubego pojawia się widoczna gołym okiem krew w stolcu. Jest uwarunkowanie osobnicze. Krew w stolcu nie zawsze oznacza chorobę nowotworową i może być efektem istnienia hemoroidów czy żylaków – jest to również uwarunkowanie osobnicze. Przeprowadzone badanie sigmoidoskopii nie wykazało istnienia u powoda patologii w obrębie jelita grubego. Pacjenta w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu w dniu 10 listopada 2005 r. z zaleceniem konsultacji w (...) i Zakładzie (...).

W opinii biegłych, w przypadku, gdy pacjent zgłaszał objawy podkrwawiania z odbytu należało poza wykonaną diagnostyką poszerzyć ją o wykonanie kolonoskopii – wynik tego badania mógłby bowiem potwierdzić lub wykluczyć patologię w obrębie jelita grubego. Wykonanie kolonoskopii w listopadzie 2005 r. mogło przyczynić się do wykazania patologii w obrębie jelita grubego, trudno jednakże precyzyjnie określić retrospektywnie ich charakter. Mimo, iż kolonoskopia zapewnia dokładną ocenę powierzchni błony śluzowej jelita grubego, to czułość badania nie sięga 100%, co wynika z faktu, że w niektórych odcinkach jelita grubego instrument podczas badania ma tendencję do gwałtownego „przeskakiwania” ponad obszarami błony śluzowej. Niewykonanie w tym okresie i okolicznościach u powoda kolonoskopii nie posiadało cech błędu lekarskiego, albowiem całe postępowanie lekarskie nie było „postępowaniem wbrew podstawowym, powszechnie uznanym zasadom współczesnej (aktualnej wiedzy lekarskiej)”.

Z powodu kołatania serca (nasileniem arytmii od 2 tygodni) z towarzyszącym osłabieniem oraz z uwagi na fakt utrzymywana się obecności krwi w stolcu powód ponownie zgłosił się w dniu 20 listopada 2006 r. do pozwanego Szpitala, gdzie był hospitalizowany do dnia 24 listopada 2006 r. – lekarzem prowadzącym podczas drugiego pobytu w pozwanym Szpitalu był lek. med. J. P.. W wywiadzie klinicznym rozpoznano u pacjenta zespół (...); pacjent zgłaszał ponadto występującą u niego w ostatnim czasie drażliwość, zaburzenia snu, spadek wagi ciała i stany podgorączkowe. Okoliczności te łączył on głównie z doznawanym w tym okresie stresem. W trakcie hospitalizacji wykonano u powoda badania laboratoryjne: badanie krwi (morfologia w normie), ogólne badanie moczu (bez zmian), elektrolitów, mocznika i kreatyniny (w normie); wykonano badanie USG jamy brzusznej (bez cech choroby nowotworowej) oraz gastroskopię (bez cech choroby nowotworowej). Ponadto wśród wykonanych procedur medycznych znalazło się badanie kolonoskopowe jelita grubego wykonane przez gastroenterologa lek. med. Z. H. (z którym był konsultowany wówczas każdy kolejny krok w procesie diagnostyki i leczenia pacjenta), które wykazało zaczerwieniony pogrubiały fałd pokryty nadżerkami w odległości 35 cm od zwieracza. Pobrano wycinek; wynik badania histopatologicznego nie wykazał cech choroby nowotworowej. Badania kolonoskopowego nie udało się kontynuować ze względu na znaczny odczyn bólowy, dlatego też podjęto próbę diagnostyki jelita grubego metodą wlewu doodbytniczego – po podaniu kontrastu uzyskano wypełnienie odbytnicy i częściowo esicy, jednak kontrast nie przeszedł do dalszych odcinków jelita grubego. W dniu 24 listopada 2006 r. pacjenta wypisano do domu i zlecono wykonanie TK jamy brzusznej w trybie ambulatoryjnym oraz zlecono kontrole za 5 dni, po otrzymaniu wyniku badania histopatologicznego z wycinka pobranego w trakcie kolonoskopii. Przyspieszenie badania histopatologicznego ze standardowych 2 tygodni do 5 dni wynikało z faktu, iż żona P. P. (2) miała dobre kontakty z pracownikami pozwanego Szpitala, albowiem swego czasu była w nim zatrudniona jako pielęgniarka, w związku z czym miała możliwość uzgadniania dogodnych dla męża terminów badań.

W dniu 29 listopada 2006 r. w Pracowni Tomografii Komputerowej 5. (...) Szpitala (...) w K. wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej P. P. (2), w efekcie którego stwierdzono występowanie pakietów węzłów chłonnych około aortalnych i okołokawalnych. Wynik tego badania wraz z wynikiem badania histopatologicznego miały warunkować dalsze postępowanie z pacjentem. Jednak P. P. (2) odebrał samodzielnie wyniki z zakładu (...) i nie zgłosił się do pozwanego Szpitala. Tymczasem rutynowym postępowaniem w takiej sytuacji jest zalecenie dalszej hospitalizacji we właściwym oddziale lub kontrola w poradni specjalistycznej. Pomimo, iż P. P. (2) – wbrew zaleceniom lekarskim - nie zgłosił się do pozwanego Szpitala z wynikami tomografii komputerowej i badania histopatologicznego, to te wyniki dotarły do lekarza prowadzącego J. P. – nie potwierdzały one wówczas rozpoznania choroby nowotworowej. W związku zatem z tym, iż brak było wówczas rozpoznania choroby nowotworowej u P. P. (2), nie można założyć, że leczenie choroby nowotworowej prowadzone przed jej zdiagnozowaniem ma wpływ na jej rozwój i długość życia pacjenta. Na etapie wyników badań w pozwanym Szpitalu, a w szczególności tomografii komputerowej uzasadniony był wniosek, iż rokowania zdrowotne dla P. P. (2) były dobre, nawet w sytuacji powiększonych węzłów chłonnych.

Czynności diagnostyczne wykonane podczas pobytu P. P. (2) w pozwanym Szpitalu w okresie 20-24 listopada 2006 r. były prawidłowe, aczkolwiek wykonanie nie pełnego badania kolonoskopowego, z uwagi na znaczny odczyn bólowy, przy braku możliwości wykonania wirtualnej kolonoskopii, powinno wpłynąć na decyzję o podjęciu próby wykonania pełnej kolonoskopii, w znieczuleniu ogólnym. Zasadne było zlecenie wykonania badania TK jamy brzusznej w próbie diagnostyki narządów jamy brzusznej, w kontekście wyników badania RTG doodbytniczego. Wyniki tych badań wraz z wynikami markerów onkogennych nie wskazywały jednoznacznie na nowotwór jelita grubego.

W dniu 31 stycznia 2007 r. P. P. (2) – na skutek skierowania lek. med. B. J. - został przyjęty w stanie ogólnym dobrym na II. Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala (...) w K.. W kontrolnym badaniu TK jamy brzusznej stwierdzono obecność licznych pakietów węzłów chłonnych około aortalnie i okołokawalnie oraz obecność hipodensyjnego ogniska średnicy 1,5 cm w lewym płacie wątroby. Ponadto podjęto próbę wykonania kolonoskopii – zbadano odbytnicę i dystalny odcinek osicy, w esicy jelito było zagięte pod bardzo ostrym kątem, którego nie udało się pokonać – badanie przerwano z uwagi na bardzo silne dolegliwości bólowe. Następnie pacjent został skonsultowany w Centrum Onkologii w K., gdzie wykonano biopsję powiększonego węzła nadobojczykowego. W efekcie u P. P. (2) rozpoznano podejrzenie choroby nowotworowej z przerzutami do węzłów chłonnych zaotrzewnowych i do węzła nadobojczykowego po stronie lewej, jednak nie ustalono lokalizacji pierwotnego ogniska nowotworu. W dniu 6 lutego 2007 r. pacjenta w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu z zaleceniem zgłoszenia się do Centrum Onkologii w dniu 9 lutego 2007 r. celem dalszego postępowania. W dniu 14 lutego 2007 r. w Klinice (...) wykonano wycięcie powiększonego węzła chłonnego nadobojczykowego po stronie lewej. Na podstawie wyniku badania histopatologicznego w dniu 21 lutego 2007 r. stwierdzono u pacjenta cechy przerzutu gruczolakoraka i skierowano go do Kliniki (...) celem konsultacji i dalszego leczenia.

P. P. (2) przebywał w Klinice (...) Centrum Onkologii w K. w dniach 2-16 marca 2007 r. W wykonanej w dniu 3 marca 2007 r. tomografii komputerowej z wirtualną kolonoskopią i kolonoskopią w znieczuleniu ogólnym, stwierdzono obecność guza w esicy. W dniu 6 marca 2007 r. wykonano u powoda paliatywną resekcję esicy. W badaniu histopatologicznym wyciętego materiału stwierdzono dwa ogniska raka, większe średnicy 4 cm obejmujące pełną grubość ściany jelita, mniejsze średnicy 0,6 cm i liczne przerzuty raka do węzłów chłonnych (stopień zaawansowania nowotworu według klasyfikacji A.-C. określono na: (...)). Pacjent został poddany licznym cyklom adiuwantowej chemioterapii w Klinice (...) Centrum Onkologii w K., którą rozpoczął od dnia 24 marca 2007 r. według schematu (...) (do 22 czerwca 2008 r.).

Okres dwumiesięcznego opóźnienia leczenia onkologicznego P. P. (2) (zgłosił się on do Poradni Gastrologicznej z wynikami TK jamy brzusznej po 2 miesiącach zwłoki), nie miał istotnego znaczenia co do zakresu wykonanego leczenia operacyjnego. Nie można z kolei jednoznacznie określić wpływu tego opóźnienia na proces progresji (rozwoju) choroby nowotworowej. Należy jedynie przypuszczać (w oparciu o wykazaną podczas zabiegu operacyjnego w marcu 2007 r. zaawansowaną postać uogólnionej choroby nowotworowej), że już 2 miesiące wcześniej proces chorobowy

mógłby być podobnie rozległy, a co za tym idzie, mogła też wystąpić konieczność zastosowania adiuwantowej chemioterapii.

W lipcu 2008 r. w wykonanym badaniu tomografii komputerowej stwierdzono u pacjenta progresję choroby nowotworowej i przerzuty do płuc. Pacjent został zakwalifikowany do kolejnego rzutu chemioterapii, którą otrzymywał od 3 lipca 2008 r. do 10 października 2008 r. Ze względu na progresję zmian w płucach na podstawie badania tomografii komputerowej z dnia 10 października 2008 r. zmieniono chemioterapię na M., której od 18 października 2008 r. do 200 20 marca 2009 r. pacjent otrzymywał 4 serie. W badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej z dnia 7 maja 2009 r. stwierdzono rozsiew nowotworu do wątroby, dlatego włączono chemioterapię V. od 29 maja 2009 r. do 12 kwietnia 2010 r. W kolejnym badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej z dnia 14 kwietnia 2010 r. stwierdzono kolejną progresję przerzutów do wątroby i płuc, w związku z czym zmieniono chemioterapię opartą na X. C. – chemioterapię rozpoczęto w dniu 10 maja 2010 r. W kolejnym badaniu tomograficznym klatki piersiowej i jamy brzusznej wykonanym w dniu 2 sierpnia 2010 r. stwierdzono u powoda progresję zmian w wątrobie, w związku z czym nadal kontynuowano chemioterapię opartą na X. i (...) 11-2 listopada 2010 r. W wykonanym badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej z dnia 3 listopada 2010 r. stwierdzono u pacjenta progresję zmian w wątrobie oraz stabilizację procesu rozrostu nowotworu w płucach oraz stwierdzono niejednoznaczną zmianę pęcherzu moczowym – zmieniono chemioterapię na X., którą zaczął otrzymywać od 9 listopada 2010 r.

W dniach od 2 października do 7 października 2010 r. powód był hospitalizowany w Szpitalu (...) w K. z powodu krwimoczku – wykonano urethrocystoskopie, stwierdzono lity naciek rozciągający się od sterca obejmujący tylną ścianę szyi pęcherza i dochodzący do fałdu między moczowodowego. W okresie od 8 do 14 grudnia 2010 r. w Centrum Onkologii w K. przeprowadzono paliatywne leczenie napromieniowaniem pęcherza moczowego z powodu krwimoczku. W dniu 27 grudnia 2010 r. wykonano u powoda kolejne badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i klatki piersiowej, gdzie stwierdzono progresję zmian w wątrobie i płucach.

Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów w krajach wysoko rozwiniętych. Ryzyko rozwoju tego rodzaju nowotworu w ciągu życia szacuje się na 5-6%. W Polsce rak jelita grubego jest drugim najczęściej występującym nowotworem u obu płci, w Europie zaś stanowi prawie 14% wszystkich zachorowań. Zachorowalność na nowotwory jelita grubego przypada na okres między 60-70 rokiem życia; zachorowalność ta rośnie z wiekiem, przy czym zdarzają się zachorowania w młodszej grupie wiekowej. Rak jelita grubego jest chorobą, w której należy podjąć aktywne działania propagujące wczesną diagnostykę oraz szeroko zakrojoną profilaktykę, ponieważ spełnia on kryteria patologii odpowiedniej do populacyjnych badań przesiewowych. Jest to choroba występująca często, obarczona wysokim wskaźnikiem umieralności i chorobowości. Stosunkowo długi okres ontogenezy (zwykle 5-10 lat) oraz występowanie niezłośliwych zmian prekursorowych sygnalizujących zagrożenie rakiem stwarzają okno terapeutyczne do zastosowania odpowiednich działań leczniczych. Z danych epidemiologicznych wynika, że leczenie podjęte we wczesnych fazach choroby – stadium A, B1, B2 według D.-a daje szansę na 5-letnie przeżycie odpowiednio ponad 90%, 85% i 70% przypadków, podczas gdy przy uogólnieniu choroby i obecności przerzutów spada do 5%. Systematyczne usuwanie prekursorowych zmian nowotworowych z jelita grubego stanowi rodzaj profilaktyki pierwotnej i zaowocuje prawdopodobnie redukcją zapadalności i umieralności na raka jelita grubego w przyszłości.

Przyjmuje się, że większość gruczolakoraków jelita grubego powstaje na podłożu gruczolaka (95-99%). Przyczyną obecności krwi w stolcu może być krwawienie, którego źródłem mogą być zarówno gruczolaki (polipy) jak i raki. Proces transformacji blastycznej (przemiany polipa w raka) określa się na okres 2 do 10 lat (mały odsetek nowotworów jelita grubego może powstać bez obecności wcześniejszej polipa). Makroskopowo („widoczna gołym okiem”) obecność krwi w stolcu zależy od intensywności podkrwawiania oraz lokalizacji krwawienia w jelicie grubym – te uwarunkowania nie dają jednak podstawy do precyzyjnego określenia obecności krwi w stolcu w stosunku do etapu rozwoju nowotworu. Okres dwuletniego krwawienia z jelita grubego spowodowanego procesem nowotworowym może, ale nie musi prowadzić do zmian w morfologii krwi. Guzy prawej połowy okrężnicy (położone proksymalnie) częściej prowadzą do zmian morfologii krwi w postaci niedokrwistości, guzy lewej połowy okrężnicy (dystalnej) o wiele rzadziej prowadzą do podobnych zmian – zależeć to może od wieku chorego, długości czasu, obecności nowotworu i jego wielkości, chorób towarzyszących (znane są przypadki zaawansowanych miejscowo zmian nowotworowych przy

lokalizacji obwodowej, które nie przebiegają z ewidentnymi zmianami w morfologii krwi). Rozpoznanie w Centrum Onkologii uogólnionej choroby nowotworowej z przerzutami do węzłów chłonnych, wątroby i płuc na etapie obecnych dostępnych metod terapii nie daje możliwości wyleczenia w Polsce oraz poza granicami kraju. Stosowane leczenie w Centrum Onkologii ma wówczas charakter terapii objawowej, mającej na celu uzyskanie maksymalnie długiego okresu remisji (zatrzymania rozwoju) uogólnionej choroby nowotworowej.

Powyższe ustalenia faktyczne zostały dokonane przez Sąd Okręgowy na podstawie dowodów z dokumentacji medycznej P. P. (2), zeznań świadków – lekarzy P. P. (3), J. P. i Z. H. oraz opinią biegłych Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B. i opinii sądowo-lekarskiej biegłego dr n. med. E. P., przeprowadzonych na okoliczność ustalenia, czy w stosunku do P. P. (2) została przez stronę pozwaną prawidłowo, zgodnie ze sztuką medyczną, przeprowadzona diagnostyka w czasie jego pobytu w 5. (...) Szpitalu (...) w K. w okresie 2005 i 2006 r. Sąd uznał przedmiotowe opinie za zupełne, logiczne i rzetelne.

Oceniając dokonane w sprawie ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał, że powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Nie zostało wykazane dowodowo aby lekarze pozwanego szpitala dokonali niewłaściwej (...). W toku postępowania ustalono, w oparciu o dwie niezależne opinie biegłych sądowych, że postępowanie lekarzy pozwanego szpitala nie zawierało błędów w sztuce lekarskiej i nie przyczyniło się do późnego zdiagnozowania raka esicy u P. P. (2). Nie stwierdzono aby lekarze strony pozwanej dopuścili się naruszenia przepisów, zasad leczenia bądź zaniechali wykonania koniecznych badań co do dolegliwości, z którymi do szpitala w 2005 r. zgłosił się P. P. (2). Wyniki wykonanych wówczas badań nie wskazywały na proces nowotworowy, który ujawnił się dopiero w Instytucie (...) po przeprowadzeniu specjalistycznych badań, w tym histopatologicznego. Do tego Instytutu (...) został skierowany przez szpital. Z ustaleń dokonanych w niniejszej sprawie wynika zatem, że nie można przypisać lekarzom pozwanego szpitala zarzutu bezprawności działania – zaniechania w zakresie diagnostyki i leczenia w aspekcie reguł wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lekarza (rt.415 k.c.). Niezbędnym warunkiem odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 361 k.c.) jest ponadto ustalenie związku przyczynowego między zdarzeniem, z którym związany jest obowiązek odszkodowawczy a wyrządzona szkoda oraz bezprawności działania lub zaniechania pozwanego szpitala, które doprowadziło do powstania tej szkody Nie potwierdziło się stanowisko powódek, iż w związku z niewłaściwą, niepełną diagnostyką wdrożoną wobec P. P. (2) w pozwanym szpitalu i niewłaściwym jego dalszego leczeniem, nie doszło do rozpoznania u niego schorzenia nowotworowego a w konsekwencji nastąpił rozwój tego schorzenia prowadzący do zgonu. W konsekwencji o bezzasadności powództwa przesądził zarówno brak związku przyczynowego jak i brak i bezprawności zachowania lekarzy pozwanego szpitala.

Zasadność roszczenia w stosunku do ubezpieczyciela jest pochodną zasadności roszczenia w stosunku do pozwanego szpitala.

Z tych względów Sąd Okręgowy oddalił powództwo w całości, zarówno w stosunku do pozwanego szpitala jak też w stosunku do ubezpieczyciela o oparciu o przepisy art. 415 k.c., 444 k.c. i 445 § 3 k.c w zw. z art. 361 k.c..

Wyrok Sądu Okręgowego zaskarżyły apelacją powódki w części, w jakiej Sąd Okręgowy oddalił żądanie zapłaty zadośćuczynienia na rzecz każdej z nich oraz oddalił żądanie renty na rzecz powódki R. P., zarzucając:

I/. Sprzeczność istotnych ustaleń faktycznych z treścią zebranego materiału dowodowego, wskutek naruszenia przepisów postępowania:

1/. art. 233 § 1 kpc przez dokonanie oceny dowodów, a to opinii biegłych:

a/ w sposób niewszechstronny tj. z pominięciem fragmentów, gdzie biegli wskazali, że niewykonanie u P. P. (2), w trakcie pobytów w pozwanym Szpitalu w roku 2005 i 2006, kolonoskopii było działaniem nieprawidłowym w świetle wiedzy medycznej,

b/ w sposób dowolny przez bezkrytyczne powielenie twierdzenia biegłych iż zaniechanie wykonania kolonoskopii nie stanowi, mimo wszystko, błędu diagnostycznego, gdy tymczasem jest to pojęcie prawne o którego zaistnieniu nie rozstrzyga opinia biegłych lecz niezawisły sąd,

c/ w sposób wadliwy z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania tj. przez przyjęcie, że zaniechanie wymaganego, w okolicznościach tego przypadku, badania nie stanowiło błędu diagnostycznego i dalej wewnętrznie sprzeczne ustalenie, że z jednej strony „w przypadku gdy pacjent zgłaszał objawy podkrwawiania z odbytu należało poszerzyć diagnostykę o wykonanie kolonoskopii, co mogłoby wykluczyć bądź potwierdzić patologie w obrębie jelita grubego”, z drugiej zaś że niewykonanie w tym okresie i okolicznościach kolonoskopii nie miało cech błędu lekarskiego,

d/ w sposób niezgodny z zasadami logiki i doświadczenia życiowego przez podzielenie twierdzeń biegłej E. P., że skoro u P. P. (2) nie było zdiagnozowanej choroby nowotworowej to nie istniała ona wcale, a tym samym nie można założyć, że leczenie choroby nowotworowej przed jej zdiagnozowaniem ma wpływ na jej rozwój i długość życia pacjenta oraz, że na podstawie wyników badań nie można było stwierdzić procesu nowotworowego, gdy tymczasem nie przeprowadzono badania (kolonoskopii), które pozwalało stwierdzić istnienie choroby, a nierozpoznanie choroby było wynikiem zaniechania powyższego badania zaś z powszechnie dostępnej wiedzy wynika, jak twierdzi biegła a za nią sąd, że choroba powstała w momencie jej zdiagnozowania,

e/ przez przyznanie przymiotu wiarygodności opinii biegłej P., która w opinii pisemnej stwierdziła, że należało wykonać badanie kolonoskopowe, gdy pacjent zgłaszał podkrwawiania z odbytu a w opinii ustnej stwierdza, iż w listopadzie 2005 roku nie było podstaw do wykonania kolonoskopii.

W rezultacie doszło do oparcia wyroku na opiniach nierzetelnych, wadliwych, nielogicznych i wewnętrznie sprzecznych, których wnioski nie są zgodne z ustaleniami zawartymi w części opisowej.

2/ art. 231 kpc przez jego niezastosowanie i przyjęcie w sposób niezgodny z zasadami doświadczenia życiowego i współczesnej wiedzy medycznej, że związek przyczynowy między nieprawidłową diagnostyką a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia występuje wyłącznie, gdy prawidłowa diagnoza doprowadziłaby do wyleczenia z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, gdy tymczasem z uwagi na specyfikę tego rodzaju spraw, wystarczający dla ustalenia związku przyczynowego jest tzw. dowód prima facie;

3/ art. 278 § 1 kpc przez samodzielne czynienie ustaleń, dla których wymagana jest wiedza specjalistyczna, tj. przyjęcie, że czynności diagnostyczne wykonane u P. P. (2) w pozwanym Szpitalu w listopadzie 2006 r. były prawidłowe, gdy tymczasem biegli uznali, że nie były one prawidłowe a ponadto przez ustalenie, że na etapie wyników badań a w szczególności wykonywania tomografii komputerowej uzasadniony był wniosek, że rokowania zdrowotne dla P. P. (2) były dobre nawet przy stwierdzeniu powiększonych węzłów chłonnych, gdy tymczasem biegli w opinii z dnia 10.08.2011 r. stwierdzili, że mając na względzie stwierdzoną w marcu 2007 r. zaawansowaną postać choroby nowotworowej, już dwa miesiące wcześniej proces chorobowy mógł być równie rozległy;

4/ art. 328 § 2 kpc przez:

a/ niewskazanie przyczyn pominięcia przez Sąd Okręgowy fragmentów opinii z dnia 10.08.2011r. i 23.05.2013 r., wskazujących na nieprawidłowości w procesie diagnostyki P. P. (2),

b/ pominięcie dowodu z zeznań świadka J. R. bez wskazania powodów, dla których Sąd odmówił im mocy dowodowej,

c/ wewnętrzne sprzeczne ustalenie, że z jednej strony okres ontogenezy w przypadku raka jelita trwa zwykle 5-10 lat zaś proces przemiany polipa w raka 2-10 lat, a z drugiej strony przyjęcie, że u P. P. (2) w trakcie pierwszej hospitalizacji nie było nowotworu, zaś w 2007 r. występował już w stadium ogólnoustrojowym,

d/ wewnętrzne sprzeczne ustalenie z jednej strony, że „w związku z faktem, iż brak było wówczas rozpoznania choroby nowotworowej u P. P. (2) nie można założyć, że leczenie choroby nowotworowej prowadzone przed zdiagnozowaniem

ma wpływ na jej rozwój i długość życia”, co sugerowałoby, że wczesna diagnostyka w tej chorobie nie ma znaczenia, z drugiej zaś że „z danych epidemiologicznych wynika, że leczenie podjęte we wczesnych fazach choroby (...) daje szansę na pięcioletnie przeżycie w ponad 70 % - 90% przypadków, podczas gdy przy uogólnieniu choroby i obecności przerzutów spada do 5 % (...)”,

e/ niewyjaśnienie podstawy prawnej wyroku,

II/. Błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że :

1/. w listopadzie 2006 r. brak było u P. P. (2) choroby nowotworowej i że nie można założyć, że leczenie choroby nowotworowej przed jej zdiagnozowaniem ma wpływ na jej rozwój i długość życia, gdy tymczasem z pochodzącego z tego okresu wyniku badania tomografią komputerową wynika, że u pacjenta stwierdzono występowanie pakietów węzłów chłonnych świadczących o zaawansowanym (rozsiałym) procesie nowotworowym;

2/. „ na podstawie wyników kolonoskopii z wcześniejszego okresu proces nowotworowy nie ujawnił się”, gdy tymczasem najpierw badania tego w ogóle nie przeprowadzono a następnie badanie zostało przerwane na głębokości 35 cm z uwagi na znaczny odczyn bólowy, co nie pozwoliło zbadać dalszych odcinków jelita w których zlokalizowany był nowotwór;

3/. przeprowadzone badanie sigmoidoskopii nie wykazało istnienia patologii w obrębie jelita grubego a jednocześnie, że przyczyna krwawienia występującego u P. P. (2) została wyjaśniona, bo badanie wykazało istnienie krwawnic I-go stopnia przez co nie było potrzeby przeprowadzenia kolonoskopii,

III/. Naruszenie prawa materialnego:

1/. art. 415 kc przez przyjęcie, że postępowanie nieprawidłowe w świetle zasad wiedzy i sztuki medycznej nie jest działaniem bezprawnym w rozumieniu tego przepisu i nie stanowi przez to błędu diagnostycznego,

2/. art. 361 kc przez przyjęcie, że w procesie o błąd lekarski związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem będącym jej źródłem zachodzi jedynie wtedy gdy można go ustalić w sposób pewny tj. tylko wtedy gdy po wyeliminowaniu zdarzenia szkodzącego, skutek w postaci szkody na pewno by e w przypadku badania nie nastąpił, gdy tymczasem wystarczające jest w oparciu o dowód prima facie stwierdzenie jedynie wysokiego prawdopodobieństwa.

Podnosząc powyższe zarzuty powódki wnosiły o zmianę zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości tj. zasądzenie na rzecz każdej z powódek od pozwanych solidarnie kwot po 500.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu oraz przez zasądzenie na rzecz powódki R. P. renty w kwocie 1800 złotych miesięcznie.

Ewentualnie powódki wnosiły o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji. W obu przypadkach powódki domagały się zasądzenia od pozwanych kosztów procesu.

SĄD APELACYJNY ZWAŻYŁ CO NASTĘPUJE.

Apelacja powódek okazała się bezzasadna.

Kluczowe znaczenie dla oceny zasadności roszczeń powódek R. P. (1) i R. P., jako następców prawnych zmarłego w toku procesu P. P. (2), miały ustalenia faktyczne dotyczące procesu (...) w pozwanym Szpitalu a następnie ocena czy działania te były zgodne z zasadami sztuki medycznej. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (diagnostyki, leczenia), które gwarantować powinno – przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności – przewidywany efekt w postaci prawidłowego zdiagnozowania schorzenia, i w razie możliwości wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. Błędem w sztuce medycznej będzie działanie niezgodne z istotnym i aktualnym stanem wiedzy medycznej. Zachowanie lekarza czy też innego personelu medycznego noszące znamiona błędu w sztuce medycznej jest co do zasady bezprawne

i zawinione i jako takie rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współzycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów medycznych (w tym diagnostycznych) zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

To czy w okolicznościach danej sprawy postępowanie personelu medycznego jest zgodne z zasadami sztuki medycznej należy do wiadomości specjalnych i musi zostać wyjaśnione za pomocą opinii biegłego. Jakkolwiek sąd nie jest związany wnioskami opinii, jednakże jej wykonanie musi zlecić a jej wnioski szczegółowo rozważyć w procesie oceny dowodów. Na polecenie Sądu Okręgowego zostały wykonane dwie opinie medyczne: 1/ (...) w B., 2/ biegłej ds. onkologii dr E. P.. Obie opinie były uzupełniane w związku z zarzutami powódek. Zarówno zespół biegłych z B. jak i biegła dr E. P. nie stwierdzili w postępowaniu lekarzy pozwanego Szpitala błędu medycznego, w przedstawionym wyżej rozumieniu. Jakkolwiek biegli UM w B., wskazywali, że zgłaszanie objawów podkrwawiania z odbytu jest wskazaniem do wykonania u pacjenta badania kolonoskopowego, zaznaczali jednak, że u P. P. (2) nie było to wskazanie oczywiste, skoro przyczynę krwawienia zdiagnozowano u niego za pomocą sigmoidoskopii. Biegli akcentowali ponadto brak pewności co do wyników ewentualnej kolonoskopii i zdecydowany brak możliwości postawienia retrospektywnej prognozy, co do szans na całkowite wyleczenie P. P. (2), czy choćby na przedłużenie jego życia. Argumentowali, że rozwój choroby nowotworowej zależy od wielu czynników i ma swój indywidualny przebieg kliniczny. Opinia biegłej P. była równie stanowcza w swoich wnioskach, choć racje miały powódki, iż lektura wystąpienia biegłej mogła wskazywać na brak konsekwencji, skoro w jednym miejscu biegła stwierdza, iż krwawienie z odbytu jest wskazaniem do wykonania kolonoskopii w drugim zaś – bez szczegółowych wyjaśnień – stwierdza, że u P. P. (2) nie było wskazań do wykonania takiego badania w roku 2005 r. Stanowczo jednak biegła stwierdziła niemożność retrospektywnej prognozy co do możliwości wyleczenia P. P. (2), jego szans na całkowity powrót do zdrowia, bądź, choćby na przedłużenie życia. Taka retrospektywna antycypacja nie jest w ogóle możliwa z uwagi na charakter choroby i jej indywidualny u każdego pacjenta przebieg.

W apelacji powódki zarzuciły przedmiotowym opiniom wewnętrzną sprzeczność i niekonsekwencję. Wadliwości te były – jak się zdaje – pozorne a wynikały z błędnej metody opracowania opinii, wymuszonej odezwą Sądu zawierającą szereg szczegółowych pytań, z których wiele miało charakter ogólny, część jedynie nawiązywała do przypadku P. P. (2). Nie lekceważąc jednak wątpliwości powódek – zwłaszcza jak chodzi o problem związku przyczynowego (art. 361 k.c.), który w sprawach medycznych najczęściej nie może zostać ustalony w sposób pewny – Sąd Apelacyjny dopuścił dowód z opinii biegłego onkologa S. Z., którego osoba została zaproponowana przez powódki, a propozycja ta nie była kwestionowana przez pozwanych. Opinię tę Sąd Apelacyjny uznał za rzetelną, profesjonalną, konsekwentną i stanowczą. W związku z licznymi zarzutami powódek zarządzono uzupełnienie przedmiotowej opinii ustnie przez biegłego na rozprawie. Biegły złożył niezwykle obszerne wyjaśnienia i udzielił odpowiedzi na wszystkie zarzuty powódek (sformułowane w 21 punktach). Sąd Apelacyjny nie znalazł żadnych podstaw, by opinię tę uznać za niemiarodajną w sprawie a jej wnioski pominąć. Biegły wypowiedział się językiem przystępnym, jasno formułując wnioski, które – wraz z jego pisemnym wystąpieniem – układają się w spójną całość. W tej sytuacji Sąd Apelacyjny uznał, że żądanie powódek o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego należy pominąć. Nie można przecież przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych, w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii wtedy, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy gdy opinia, którą dysponuje zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez eksperta analiza nie pozwala sądowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych. W aktualnym stanie procesowym, taka sytuacja nie zachodzi.

Rzeczą biegłego S. Z. było udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie: czy proces diagnostyki P. P. (2), wykonany w pozwanym Szpitalu w 2005 i 2006 roku był wystarczający, czy też diagnostykę tę – w uwzględnieniu dolegliwości na które uskarżał się chory, jego wieku i stanu zdrowia – należało poszerzyć o inne badania, w tym m.in. badanie kolonoskopowe, a jeśli tak, to czy wykonanie tych badań w tamtym czasie uzasadniałoby przyjęcie, z dużym

prawdopodobieństwem, że choroba P. P. (2) zostałaby wcześniej zdiagnozowana, a wdrożone leczenie doprowadziłoby do całkowitego wyleczenia, bądź zahamowania procesu nowotworowego i wydłużenia życia chorego.

W oparciu o opinię biegłego S. Z. Sąd Apelacyjny uznał **ustalenia faktyczne Sądu I instancji za prawidłowe a ponadto uzupełnił je** w następujący sposób.

Proces diagnostyki P. P. (2) w pozwanym Szpitalu, **w roku 2005**, był wystarczający. Nie było wskazań do wykonania pełnej kolonoskopii. P. P. (2) został skierowany do pozwanego szpitala z powodu podejrzenia schorzenia kardiologicznego, w którym to kierunku był diagnozowany, również w warunkach szpitalnych, w roku 2004. W skierowaniu do szpitala lekarz rodzinny sformułował rozpoznanie: wypadanie płotka przedniego zastawki dwudzielnej z zaburzeniem rytmu serca. Zgodnie z tym rozpoznanie, chory został hospitalizowany na Oddziale kardiologii pozwanego szpitala i w tym kierunku, w pierwszej kolejności, był diagnozowany. Wykonywane wówczas badania nie wskazywały na istnienie o niego schorzenia o charakterze rozrostowym (nowotworu). Przeciwnie tego rodzaju podejrzeniom przemawiało szereg czynników ocenionych kompleksowo, a to młody wiek chorego (szczyt zapadalności na raka jelita grubego przypada na 75 rok życia), dobry stan ogólny, dobre wyniki licznych badań (np. OB, morfologii). Wszystko to składało się na tzw. stan kliniczny danego pacjenta (stan chorego + wyniki badań). Stan kliniczny P. P. (2) nie wskazywał na konieczność kolonoskopii. Badanie wziernikowe (sigmoidoskopia) wykazała obecność żylaków odbytu, które – w braku innych objawów jak niedokrwistość, chudnięcie, zmiana rytmu wypróżnień, czy też dziedziczne obciążenia nowotworami okrężnicy – jawiły się jako jedyna przyczyna podkrwawiania z odbytu. W tych okolicznościach postępowanie lekarzy pozwanego Szpitala uznać należy za prawidłowe.

Wbrew zarzutom powódek, brak było konieczności kontynuowania badań w kierunku raka jelita grubego, a ogólne zalecenie kontroli lekarskiej było wystarczające i świadczące o tym, że problemy zdrowotne P. P. (2) nie zostały zlekceważone. Wyjaśnił to przekonująco biegły, dodając, że to lekarz rodzinny jest tym, który prowadzi pacjenta w procesie diagnostycznym. Winien on ukierunkować dalsze postępowanie lekarskie względem danego pacjenta, mając na uwadze wyniki dotychczasowej diagnostyki i dotychczasowego leczenia. Nie jest więc prawdą, jak twierdzą powódki, iż to na P. P. (2), jako chorego, „przerzucono” ciężar dalszego leczenia. To na lekarzu rodzinnym, gdzie P. P. (2) miał się zgłosić, a czego nie uczynił, spoczywa obowiązek pokierowania dalszą diagnostyką pacjenta. (dowód: opinia ustna: e-protokół (...):55:48). Wskazanie wizyty u psychiatry było uzasadnione niejednoznacznymi wynikami badań kardiologicznych. Występujące u powoda objawy mogły mieć bowiem charakter psychosomatyczny, mogły mieć też związek z przewlekłym stresem na jaki P. P. (2) się uskarżał w trakcie hospitalizacji.

Powódki zarzucały ponadto, iż postawiona przez lekarzy pozwanego Szpitala w 2005 roku diagnoza „zaburzenia czynnościowe układu sercowo-naczyniowego była nieprawidłowa” (zarzut 6), w sytuacji, gdy wyniki badań kardiologicznych (układu sercowo-naczyniowego) były prawidłowe a co za tym idzie nie wyjaśniały przyczyn dolegliwości, które stanowiły podstawę hospitalizacji. Zarzut ten jest w świetle wyjaśnień biegłego S. Z. zdecydowanie bezpodstawny (dowód: e-protokół min. 43.37). Objawy występujące u P. P. (2) biegły określił jako niecharakterystyczne i mogące mieć związek z zaburzeniami czynnościowymi układu krążenia. Tego typu dolegliwości, bez jednoznacznej przyczyny somatycznej, występują dziś powszechnie u młodych ludzi i są konsekwencją, ogólnie rzecz biorąc, trybu życia. Dodać należy, że rozpoznanie to nie było u powoda odosobnione. Jak wynika z prawidłowych ustaleń Sądu Okręgowego P. P. (2) już w 2004 r. był hospitalizowany w związku zaskłębieniem, wypadanie płotka zastawki mitralnej, arytmia kolka nerwową i nadciśnieniem tętniczym I stopnia.

Powódki kwestionują sposób przeprowadzenie wywiadu przy przyjęciu P. P. (2) do pozwanego szpitala w listopadzie 2005 r. W ich ocenie pacjent winien być szczegółowo rozpytany na okoliczność rodzaju krwawienia z odbytu, tymczasem ograniczono się do lakonicznego odnotowania, iż pacjent uskarżał się na „stolec podbarwiony krwią”. Tego rodzaju objaw jest w ocenie powódek charakterystyczny dla krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, a nie z żylaków odbytu. Biegły ostrożnie zgodził się z tym ostatnim twierdzeniem, wskazując, że stolec pomieszany z krwią najczęściej świadczy o krwawieniu z żołądka lub jelita cienkiego. Zwrócił jednak uwagę, że sformułowanie „stolec podbarwiony krwią” pochodził od pacjenta, który tak właśnie opisał swoją dolegliwość. Wywiad zmierzający w kierunku uściślenia tej informacji mógłby mieć miejsce w specjalistycznej klinice gastroenterologicznej, gdy

tymczasem P. P. (2) był przyjmowany – zgodnie z skierowaniem wystawionym przez lekarza rodzinnego – na oddział kardiologii w związku z dolegliwościami układu krążenia. Biegły podkreślił, że nawet w środowisku medycznym terminy opisujące krew w stolcu nie są precyzyjnie używane, wywiad sporządzony w trakcie przyjęcia P. P. (2) do pozwanego Szpitala był zatem wystarczający i brak jest podstaw, by sposób jego przeprowadzenia postrzegać jako przyczynę braku rozpoznania u pacjenta choroby nowotworowej, w listopadzie 2005 r. (dowód wyjaśnienia biegłego: e-protokół, min: 00:45:37). W nawiązaniu do dalszych zarzutów powódek (nr 10) biegły wyjaśnił, że P. P. (2) został hospitalizowany w celu wykonania diagnostyki zgłaszanych dolegliwości krążeniowych, co nie musiało skończyć się procesem leczenia (00:50:50).

W roku 2005 u P. P. (2) nie było objawów choroby nowotworowej – o takim podejrzeniu decyduje zespół okoliczności, a nie jedna dolegliwość – nie było zatem podstaw by P. P. (2) kierować do kliniki gastroenterologicznej (dowód: ustna opinia biegłego, e-protokół: 00::57:00).

Powódki w swoich zarzutach kwestionują ponadto prawidłowość rozpoznania u P. P. (2) żylaków odbytu w badaniu sigmoidoskopowym w roku 2005. Ich zdaniem żylaków tych po prostu nie było, skoro nie zostały one zauważone przez lekarza wykonującego badanie kolonoskopowe w 2006 r. Takie wnioskowanie biegły S. Z. uznał za nieprawidłowe. Po pierwsze wskazał, że w badaniu endoskopowym bardzo rzadko udaje się uchwycić moment krwawienia żylaków odbytu, w przeciwieństwie do żylaków dwunastnicy, których rozwój można prześledzić. Żylaki odbytu są mniej widoczne w badaniu, a to z uwagi na położenie endoskopu względem badanego fragmentu ciała. Ponadto, żylaki te są widoczne w badaniu przede wszystkim wtedy, gdy dotknięte są stanem zapalnym. Taki stan może być powodowany błędem żywieniowym, nadużyciem alkoholu itp. Gdy stan zapalny ustępuje, żylaki „zapadają się” i nie są widoczne w badaniu. Dlatego też z faktu nieodnotowania żylaków w opisie badania kolonoskopowego z listopada 2006 r nie można wnosić o nieistnieniu żylaków w roku 2005 (dowód; wyjaśnienia biegłego e-protokół min. 00;27;07).

Proces diagnostyczny P. P. (2) prowadzony w pozwanym Szpitalu w **2006 roku**, również uznać należy za prawidłowy.

Skierowanie P. P. (2) do Oddziału Kardiologicznego pozwanego Szpitala miało miejsce w dniu 8 listopada 2006 r. Lekarz rodzinny rozpoznał i ujawnił w skierowaniu wypadanie płotka przedniego zastawki dwudzielnej z zaburzeniami rytmu serca. W wywiadzie powód dodatkowo uskarżał się na osłabienie, nasilenie arytmii od 2 tygodni ale również na obecność krwi w stolcu, bóle brzucha, chudnięcie, zgagę, pieczenie w czasie oddawania moczu. Zgłaszane przez pacjenta objawy oraz wyniki badań (podwyższone OB.) wskazywały na potrzebę przeprowadzenia diagnostyki w kierunku zmian w przewodzie pokarmowym. Podjęto działania w tym kierunku. W szczególności podjęto próbę wykonania kolonoskopii i wlewu doodbytniczego. Wycinki pobrane z esicy wykazywały cechy stanu zapalnego w błonie śluzowej jelita. Z tych względów zalecono wykonanie oceny stanu narządów jamy brzusznej tomografem komputerowym w pozwanym Szpitalu w warunkach ambulatoryjnych w pięć dni po wypisie. Na podstawie dostępnych w dniu wypisu danych postawiono rozpoznanie nieswoistego zapalenia jelita (L.-C.) wymagające dalszej diagnostyki. Diagnostyka nie była kontynuowana, gdyż P. P. (2) nie zgłosił się do pozwanego Szpitala z wynikami badań. Gdyby pacjent przekazał lekarzom Szpitala wyniki TK jamy brzusznej, z pewnością zaordynowano by wykonanie u niego kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym. Brak podstaw do odmiennych wniosków (dowód: opinia pisemna k.635/v, 636).

Zarzuty powódek odnoszące się do tej części procesu diagnostycznego należy uznać – w świetle wyjaśnień biegłego – za bezzasadne.

Biegły stanowczo i przekonująco obalił twierdzenie powódek, jakoby przyczyną niemożności dokończenia badania kolonoskopowego w listopadzie 2006 r był zatykający światło jelita guz nowotworowy. Zdaniem biegłego, które Sąd Apelacyjny podziela, gdyby omawianą przeszkodę w istocie stanowił guz, to u powoda występowałyby jednocześnie kliniczne objawy niedrożności jelit, takie jak ból, wymioty, zatrzymanie wiatrów i stolca, wzdęcia. Na takie dolegliwości powód nie uskarżał się. Prawdopodobną zatem przyczyną niemożności dokończenia badania endoskopowego była specyficzna budowa esicy, który to problem, jak wyjaśnił biegły, występuje u kilkunastu procent populacji. Badanie kolonoskopowe groziło w tych okolicznościach perforacją jelita i musiało zostać przerwane w myśl zasady primum non nocere. Zdaniem biegłego, większy z guzów usuniętych ostatecznie z jelita powoda, o średnicy 4 cm, nie jest – jak

twierdzą powódki – ogromnym nowotworem, w sytuacji, gdy guzy w jelicie grubym osiągają czasem średnicę 15-20 cm (dowód: wyjaśnienia biegłego – 00:32:07, 00:17:00).

Powódki kwestionowały ponadto zastosowaną przez zespół medyczny pozwanego Szpitala kolejność badań. W szczególności, ich zdaniem, lekarze powinni wpieryw wykonać kolonoskopię w znieczuleniu ogólnym, a dopiero po jej wykonaniu, badanie TK jamy brzusznej. W świetle logicznych wyjaśnień biegłego postępowanie lekarzy nie było błędne. Wykonanie badania TK, przed ewentualną kolonoskopią w znieczuleniu ogólnym było uzasadnione, zwłaszcza w świetle nietypowego wyniku badania wlewu doodbytniczego. Badanie TK było badaniem uzupełniającym, nieinwazyjnym, które mogło definitywnie ustalić przyczynę tego rodzaju dolegliwości, na jakie cierpiał P. P. (2), bez poddawania go kolejnej uciążliwej procedurze badania kolonoskopowego (dowód; opinia ustna e-protokół, min: 00:33:43). Badania TK szczegółowo obrazuje ściany jelita i mogło wyjaśnić przyczyny dolegliwości pacjenta, które mogły być różne, np. polipy, uchyłki. Sam fakt wykonania tego badania w systemie ambulatoryjnym, po wcześniejszym wypisaniu ze Szpitala, nie budzi zastrzeżeń. Oczekiwanie przez P. P. (2) na badanie TK w Szpitalu nie było konieczne i niczego by nie zmieniło (e-protokół, min: 00:59:00). Wstępna diagnoza (choroba L.-C.) nie była błędna, zwłaszcza w świetle ujawnionych zmian makroskopowych – stan zapalny z nadżerkami. Była to diagnoza wstępna, ukierunkowująca dalszą diagnostykę. Nie ma żadnych podstaw by przypuszczać, że, gdyby P. P. (2) zgłosił się do pozwanego Szpitala z wynikami badań TK, proces diagnostyczny nie byłby kontynuowany właściwie, to jest przez wykonanie kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym.

Uwidoczniona w badaniu TK obecność pakietów powiększonych węzłów około aortalnych i okołokavalnych jednoznacznie już sugerowała chorobę nowotworową. Jednakże rozpoznanie, jak chodzi o umiejscowienie guza, nie było proste o czym świadczy to, że kolejne badanie kolonoskopowe, wykonane na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala im. (...) w K. w dniu 1 lutego 2007 r, również nie przyniosło rezultatu. Jako przyczynę niemożności dokończenia badania lekarze Szpitala im. (...) również wskazali zagięcie jelita grubego pod bardzo ostrym kątem. Powód był kolejno konsultowany w Oddziale (...) Jednego Dnia CO w K., gdzie postawiono diagnozę: podejrzenie chłoniaka. Raka esicy rozpoznano u P. P. (2) dopiero w na początku marca w Klinice (...) w K. (dowód: opinia biegłego k. 633). Te okoliczności, których powódki nie kwestionują, stanowią prosty dowód na to, że podstawą właściwej diagnozy u P. P. (2), nie mógł być sam fakt niemożności dokończenia badania endoskopowego. Wniosek ten potwierdził w obszernym wyjaśnieniu biegły S. Z. (e-protokół, min.00:38:35 – 00:40:58). Biegły wyczerpująco objął w jaki sposób wnioskuje się o umiejscowieniu ogniska pierwotnego nowotworu z faktu umiejscowienia i rodzaju przerzutu.

P. P. (2) cierpiał na nowotwór walcowato-komórkowy, typ wyjątkowo agresywny o ogromnej dynamice rozwoju na etapie zaawansowanej choroby. Oznacza to, że masa guza buduje się stosunkowo długo, rozsiew choroby następuje błyskawicznie. Tak właśnie nastąpił rozsiew choroby u P. P. (2). W wykonanym na początku lutego 2007 r kontrolnym badaniu TK jamy brzusznej uwidoczniono obecność ogniska hipodensyjnego (przerzut) o średnicy 1,5 cm, podczas gdy identyczne badanie wykonane w dniu 29 listopada 2006 r nie wykazało zmian ani w wątrobie ani w innych organach. Oznacza to jedynie, że w roku 2006 choroba nowotworowa już istniała u P. P. (2), nie da się natomiast jednoznacznie stwierdzić, czy istniała ona również w 2005 roku. Nie da się również retrospektywnie ustalić, czy wdrożone wcześniej leczenie doprowadziłoby do całkowitego wyleczenia, bądź zahamowania procesu nowotworowego i wydłużenia życia chorego. Tempo rozwoju tego typu nowotworów jest osobniczo zmienne – różne u różnych osób. U osób poniżej 40 roku życia chorujących na raka okrężnicy dynamika tego rodzaju nowotworu jest szczególnie niekorzystna. Choroba P. P. (2), to z wysokim prawdopodobieństwem, tzw. rak sporadyczny, to jest taki, który nie powstała z polipa i rozwija się wolno. Biegły wyjaśnił, że za powyższym przemawia brak innych polipów, które wówczas występują obok ogniska nowotworu. Guz P. P. (2) rozwinął się najpewniej z jego błony śluzowej, i cechował się bardzo wysoka dynamiką rozwoju (dowód: opinia pisemna biegłego k. 636, opinia ustna, e-protokół: min: 01:12:17).

Przedstawiona tu ocena opinii biegłego S. Z. pozwalała na zaaprobowanie ustaleń Sądu Okręgowego i ich uzupełnienie przez Sąd Apelacyjny w sposób wyżej wskazany. W tej sytuacji należy zaaprobować również materialną ocenę Sądu I instancji iż roszczenie powódek nie zasługuje na aprobatę. Brak jest podstaw, by personelowi pozwanego Szpitala przypisać działanie w warunkach czynu niedozwolonego, to jest bezprawne i zawinione w

rozumieniu art. 415 k.c. Postępowanie medyczne względem P. P. (2) było prowadzone prawidłowo, tj. zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Nie został też wykazany związek przyczynowy pomiędzy wadliwą, w ocenie powódek, diagnostyką, a szkoda, której doznał P. P. (2), albowiem retrospektywnie nie da się ustalić – nawet w kategoriach prawdopodobieństwa – jak przebiegałby proces leczenia chorego, gdyby właściwą diagnozę postawiono w roku 2005. Nie da się nawet stwierdzić, czy w roku 2005 P. P. (2) cierpiał już na chorobę nowotworową

Dlatego też Sad Apelacyjny uznał apelacje powódek za bezzasadne i jako takie oddalił w oparciu o przepis art. 385 k.p.c. Na zasadzie art. 102 k.p.c. odstąpiono od obciążania powódek kosztami procesu, uznając ich wypadek za „szczególnie uzasadniony” w rozumieniu tego przepisu. Sąd miał tu na względzie nienajlepszą sytuację materialną, która jest udziałem powódek po śmierci ich męża i ojca i szczególną sytuację psychiczną, która usprawiedliwia subiektywizm przy ocenie zgłaszanych roszczeń. Wzięto też pod uwagę, że treść opinii biegłych, która stanowiła podstawę rozstrzygnięcia sprawy przez Sąd I instancji, mogła budzić pewne wątpliwości.

O kosztach pomocy prawnej udzielonej powódkom w postępowaniu apelacyjnym orzeczono na zasadzie §6 pkt 7 w zw. z §12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r, w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (tj. Dz.U. z 2013 r, poz. 461).