

Sygn. akt I ACa 251/16

I ACz 223/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 grudnia 2016 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

	SSA Krzysztof Górski (Przewodniczący, sprawozdawca) SSA Edyta Buczkowska – Żuk SSA Agnieszka Sołtyka
protokolant	- starszy sekretarz sądowy Beata Węgrowska – Płaza

po rozpoznaniu w dniu 9 grudnia 2016 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa L. B. (1)

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi (...) w S. i (...) Szpitalowi(...)w S.

przy udziale interwenienta ubocznego

o zapłatę

na skutek apelacji powódki od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 3 lutego 2016 roku, sygn. Akt I C 1136/13 i zażalenia pozwanego (...) Szpitalowi (...) w S. na rozstrzygnięcie o kosztach procesu zawarte w tym wyroku;

I. oddala apelację;

II. oddala zażalenie;

III. odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu należnymi pozwanym za postępowanie odwoławcze.

Agnieszka Sołtyka Krzysztof Górski Edyta Buczkowska – Żuk

I ACa 251/16

I ACz 223/16

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 3 lutego 2016 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo L. B. (1) przeciwko dwóm pozwanym Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi (...) oraz (...) Szpitalowi (...) w S. o zapłatę kwoty 300.000,00 zł zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz o zasądzenie

od pozwanego ad. 1 kwoty 7.830,00 zł odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od wniesienia pozwu do dnia zapłaty

Sąd wskazał, że powódka domagając się pozvem z dnia 1 października 2013 roku zasądzenia tych kwot roszczenia swoje wywodziła z faktu, iż mąż powódki - B. B. chorował od 2001 roku na stwardnienie rozsiane (SM). Jego stan zdrowia pomimo choroby na SM był dobry - z pomocą innych osób chodził, czynnie uczestniczył w życiu rodzinnym, zajmował się swoimi sprawami oraz aktywnie poddawał się rehabilitacji. W dniu 5 kwietnia 2012 r. mąż powódki zachorował - zaczął gorączkować, osłabł fizycznie, zaś następnego dnia stan zdrowia męża nie uległ poprawie, więc powódka zaniepokojona stanem męża wezwała lekarza dyżurnego.

W dalszej kolejności powódka podała, iż na drugi dzień po wizycie lekarza, zaniepokojona ciągle rosnącą temperaturą ciała męża oraz tym, że nagromadzała mu się wydzielina, która utrudniała oddychanie, skontaktowała się z dyspozytornią pogotowia ratunkowego, w związku z czym mąż powódki został przewieziony ambulanssem do szpitala w S., a następnie do Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. na konsultację neurologiczną.

Powódka wskazała, iż w Samodzielnym Publicznym Szpitalu (...) w S. mąż powódki był leczony w dniach 6 kwietnia 2012 r. - 31 maja 2012 r. Dodała, że chory po przyjęciu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym został poddany konsultacji neurologicznej, a lekarz dyżurny Kliniki Neurologii P. W. wykluczył rzut choroby pierwotnej - stwardnienia rozsianego. Zaznaczyła, że w dniach 7 kwietnia 2012 r. - 17 kwietnia 2012 r. stan pacjenta był określany przez lekarzy jako średnio ciężki.

W dalszej kolejności powódka podkreśliła, że stan chorego zaczął się pogarszać 17 kwietnia 2012 r. Dodała, że w dniu tym choremu przeprowadzono badania mikrobiologiczne z popłuczyn z drzewa oskrzelowego, a nadto przeprowadzono konsultację neurologiczną, w której wykluczono progresję choroby pierwotnej.

Powódka wskazała, że w dniu 26 kwietnia 2012 r. pacjentowi wykonano tracheostomię przezskórną metodą Grigsa i od tego zabiegu powódka oraz lekarze w opisie postępu choroby i leczenia regularnie zaczęli zwracać uwagę na bardzo duże ilości wydzieliny z rurki tracheostomijnej. Nadto powódka podała, że w miesiącu maju wielokrotnie przeprowadzono choremu badania mikrobiologiczne. Zaznaczyła, że w maju stan chorego, określany przez lekarzy jako ciężki lub średnio ciężki, zasadniczo pozostawał bez zmian.

Powódka podała, że w dniu 31 maja 2012 r. chory został wypisany z (...) i został objęty programem wentylacji domowej oraz żywienia dojelitowego w warunkach domowych. Podniosła, że w epikryzie nie zaznaczono, że u męża wykryto: gronkowca złocistego MRSA oraz pałeczkę ropy błękitnej. Zaznaczyła, że nie poinformowano jej o tym mimo iż lekarze wiedzieli, że z pacjentem zamieszkuje ciężarna córka, która również choruje na stwardnienie rozsiane.

Nadto powódka podała, że ze względu na ciężki stan zdrowia męża przeprowadziła remont domu. Wskazała, że przed pobytem w (...) w S. mąż powódki był w stanie z pomocą powódki zejść na parter ze swojej sypialni na I piętrze, zaś po powrocie ze szpitala jego stan nie pozwalał na to i w związku z tym, by mieć możliwość doglądania męża, a także umożliwienia mu uczestnictwa w życiu rodzinnym powódka przeprowadziła remont - zaadaptowała część korytarza na jego pokój, a koszt remontu wyniósł 1.000,00 zł. Powódka podała, że przystosowała łazienkę dla potrzeb chorego - koszt tej przebudowy wyniósł 10738,52 zł z czego 4.738,52 zł kosztów zwrócono z PFRON. Ponadto podała, iż zakupiła łóżko rehabilitacyjne za kwotę 3.050,00 zł z czego 1.220,00 zł zrefundował PFRON. Powódka podniosła, że w sumie z własnych środków wydatkowała kwotę 7.830,00 zł na modernizację i przebudowę mieszkania na potrzeby chorego.

Powódka wskazała, że po kilku dniach pobytu męża w domu stwierdziła, że stan zdrowia nie uległ polepszeniu, nadto zauważyła większą ilość wydzieliny z rurki tracheostomijnej, a mąż zaczął gorączkować. Dodała, że dnia 19 czerwca 2012 r. karetka pogotowia zabrała męża powódki do szpitala w S. na OIT, gdzie potwierdzono obecność bakterii *Staphylococcus epidermicus* oraz pałeczki ropy błękitnej. Powódka podniosła, że dnia 16 lipca 2012 r. chory został przetransportowany do (...) Szpitala (...) w S.. Powódka zaznaczyła, że po dotarciu na miejsce pobytu męża, dostrzegła brak zainteresowania pacjentem gdyż pomimo widocznych problemów z oddychaniem u chorego ani lekarka, ani pielęgniarki nie przystąpiły do odessania wydzieliny z rurki tracheostomijnej, dopiero na usilne prośby powódki

dokonano tego. Wskazała, że następnie pacjentem zajął się lekarz, który stwierdził, że wynik bronchoskopii nie jest groźny, więc zalecono kontrole co pół roku. Powódka podkreśliła, że pielęgniarka pobrała mocz z 16-dniowego worka (a nie z cewnika), co skutkowało tym, że wynik wyszedł pozytywny. Dodała, że męża przyjęto na oddział i umieszczono w pokoju z przejściowym korytarzem, bez monitoringu, oddalonym około 30 metrów od dyżurki, z mężczyzną bez kontaktu. Powódka dodała, że interweniowała w sprawie warunków męża u dyżurującej doktor S., która odmówiła umieszczenia chorego na oddziale pulmonologicznym i zapewniła, że pacjent będzie miał dobrą opiekę.

Powódka podniosła, że podczas codziennych wizyt u męża powódka zauważyła, że: drzwi do jego pokoju są bardzo często zamknięte, leży spocony na mokrym prześcieradle, a w rurce tracheostomijnej zalega wydzielina. Dodała, że w pierwszym tygodniu lekarze usilnie próbowali przekonać powódkę o braku stanu podgorączkowego u pacjenta posiłkując się pomiarami temperatury ciała wykonanymi za pomocą szpitalnego, elektronicznego termometru. Wskazała, że dnia 26 lipca 2012 r. doktor prowadząca oznajmiła, że nie ma potrzeby podłączania respiratora, gdyż pacjent jest wydolny oddechowo, oraz poprosiła, aby powódka nie przywoziła sprzętu. Powódka podała, że dnia 29 lipca 2012 r. podczas widzenia z mężem stwierdziła poprawę stanu zdrowia męża, potwierdziła to również pielęgniarka mająca dyżur, świadczył o tym także optymizm chorego jednakże wieczorem doktor dyżurująca telefonicznie poinformowała powódkę, że pacjent podczas odsysania stracił oddech i zatrzymała się jego akcja serca, w wyniku czego reanimowany był 15 minut. Podała, że z powodu tego zdarzenia oraz braku miejsc w OIOM-ie w (...) Szpitalu w S. mąż został skierowany do OIOM-u w szpitalu w S. gdzie przebywał do 31 października 2012 r. Powódka podniosła, że do zdarzenia w dniu 29 lipca 2012 r., w (...) Szpitalu w S. w którym doszło do zatrzymania akcji serca, aż do jego śmierci, mąż powódki nie odzyskał świadomości. Dodała, że w dniu 31 października 2012 r. męża przekazano z SPZOZ w S. do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „(...)” w S. Zakładu (...) w S., gdzie w dniu (...) r. mąż powódki zmarł.

Powódka podniosła, że śmierć B. B. była wielkim szokiem dla całej rodziny. Powódka podała, że do tej pory boryka się z załamaniem nerwowym z tego powodu, że syn powódki - T. B. popadł w depresję lękową, że córka powódki nie mogła spędzić ostatnich dni z ojcem, a nowonarodzona wnuczka - poznać dziadka. Powódka wskazała, bezskutecznie wzywała pozwanych do dobrowolnego spełnienia świadczenia.

Powódka podała, że swoje roszczenie opiera na art. 415 i n. k.c., w tym na art. 446 § 4 k.c. Dodała, że jest najbliższym członkiem rodziny zmarłego B. B. - była jego żoną, zaś odpowiedzialność solidarną pozwanych powódka wywodzi z art. 441 § 1 k.c. Powódka wskazała, iż nie wykazuje winy konkretnych członków personelu pozwanych szpitali, a opiera ją na zasadzie tzw. odpowiedzialności zastępczej (odpowiedzialności organizacyjnej) szpitala za zatrudniony w nim personel medyczny. Ponadto, z uwagi na specyfikę zdarzeń będących podstawą dochodzonego roszczenia powódka wskazała, że dowodzenie winy opiera na domniemaniu faktycznym na podstawie art. 231 k.p.c. W jej ocenie niedbalstwo pozwanych, zgodnie z doświadczeniem życiowym i logiką, można wywieść z innych ustalonych faktów - w przypadku pozwanego (...) - zarażenia bakteriami uznawanymi za szczepy szpitalne męża powódki podczas jego pobytu w szpitalu, w przypadku pozwanego (...) Szpitala w S. - niedopełnienia obowiązku szczególnego nadzoru nad chorym ze względu na jego stan.

Zdaniem powódki zdarzeniem w (...), które doprowadziło do śmierci męża powódki było jego zarażenie gronkowcem złocistym prz oraz pałeczką ropy błękitnej, spowodowane zaniedbaniami w zakresie aseptyki i higieny w przedmiotowej placówce, natomiast (...) Szpital w S. przyczynił się do śmierci, poprzez zaniechania w zakresie należytego nadzoru nad pacjentem, co skutkowało tym, że u pacjenta doszło do zatrzymania akcji serca w wyniku którego doszło do uszkodzenia kory mózgowej. Odnośnie zarażenia gronkowcem złocistym MRSA i pałeczką ropy błękitnej w (...) powódka podniosła, iż normalnym następstwem spowodowanego tym zdarzeniem rozstroju zdrowia jest śmierć. Dodała, że bezpośrednią przyczyną śmierci męża powódki była ostra niewydolność oddechowa, spowodowana zarażeniem pacjenta bakteriami - szczepami szpitalnymi, a nie jego choroba - stwardnienie rozsiane. Jej zdaniem ustalony stan faktyczny, poparty załączonymi konsultacjami neurologicznymi pozwala na wykluczenie okoliczności, że rozstrój zdrowia męża powódki, który spowodował jego śmierć mógł być skutkiem progresji choroby pierwotnej (stwardnienia rozsianego).

Powódka podniosła, że pobyt męża powódki w (...) Szpitalu w S. spowodowany był jego zarażeniem w (...). Podała, że przyczyną zdarzenia, z którego wywodzi odpowiedzialność (...) Szpitala w S. było nie sprawowanie należytego nadzoru nad chorym. Zdaniem powódki należy uznać, że zdarzenie (zarażenie bakteriami) w (...) oraz zdarzenie w dniu 28 lipca 2012 r. w (...) Szpitalu w S. były współprzyczynami śmierci męża powódki.

Powódka zaznaczyła, że stwardnienie rozsiane nie jest uznawane za chorobę śmiertelną, a długość życia chorego na SM jest statystycznie nieznacznie krótsza niż ludzi niechorujących na tę chorobę. Dodała, że jej mąż w chwili śmierci miał 53 lata. Powódka wskazała, że stwardnienie rozsiane jest chorobą ciężką i nieuleczalną, znacząco utrudniającą życie chorego i jego bliskich. Jednakże podała, że małżeństwo B. nie poddało się, podjęło walkę z tą chorobą. Zdaniem powódki mężowi nie tylko skrócono życie - w jego ostatnich miesiącach drastycznie pogorszono jakość tego życia gdyż B. B. na kilka dni przed trafieniem do (...) w S. mógł samodzielnie egzystować - z pomocą żony chodził, czynnie uczestniczył w życiu rodzinnym, zajmował się swoimi codziennymi sprawami oraz z niecierpliwością czekał na narodziny wnuczki.

Powódka wskazała, że zarażenie męża powódki w (...) w S. gronkowcem złocistym i pałeczką ropy błękitnej drastycznie obniżyło jego jakość życia, a zdarzenie w dniu 29 lipca 2012 r. w (...) Szpitalu w S. doprowadziło do tego, że jego stan był wegetatywny. Powódka podniosła, że stan zdrowia jej męża - z dobrego, w przeciągu kilku miesięcy zmienił się na krytyczny, w rezultacie czego zmarł, a przeżycia te wpłynęły na stan zdrowia samej powódki - utrata najbliższej osoby w takich okolicznościach doprowadziła do jej załamania nerwowego. Nadto śmierć męża powódki zbiegła się z narodzinami jego wnuczki. Dodała, iż fakt, że z powodu zarażenia gronkowcem złocistym mąż powódki nie mógł zobaczyć długo wyczekiwanej wnuczki dodatkowo wpłynął na cierpienia jakie przeżyła powódka i jej cała rodzina. Wskazała, że wydarzenia te również wpłynęły bezpośrednio na stan zdrowia syna powódki, który z powodu śmierci ojca popadł w depresję lekową.

Powódka zarzuciła (...), że próbował zataić fakt zarażenia pacjenta gronkowcem złocistym oraz pałeczką ropy błękitnej – nie zostało to odnotowane w epikryzie, powódka nie została o tym poinformowana. Powódka podała, iż nie jest w stanie ocenić zgodności ze sztuką medyczną faktu, iż przez okres 7 dni przed wypisaniem ze szpitala u męża powódki nie robiono mu badań mikrobiologicznych

Powódka podała, iż wezwała (...) do dobrowolnego spełnienia roszczenia. Dodała, że w piśmie z dnia 26 lipca 2013 r. pozwany minął się z prawdą, stwierdzając, że do zarażenia pałeczką ropy błękitnej i gronkowcem złocistym doszło poza szpitalem, co w jego ocenie potwierdzają wyniki badania mikrobiologicznego w dniu przyjęcia pacjenta.

W odniesieniu do (...) Szpitala w S. zarzucono w pozwie, że powódka wielokrotnie monitowała personelowi medycznemu, że umieszczenie męża, zważając na stan w którym się znajdował, w sali z przejściowym korytarzem, oddalonym 30 m od dyżurki, bez monitoringu, może doprowadzić do zagrożenia jego zdrowia i życia.

W odpowiedzi na pozew z dnia 4 listopada 2013 roku pozwany Samodzielny Publiczny Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, powiększonych o kwotę 17,- zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany podał, że w dniu 7 kwietnia 2012 r. mąż powódki został przekazany z Izby Przyjęć Szpitala w S. do (...) Publicznego Szpitala (...) w S. /(...)/, gdzie został przyjęty do Kliniki Hipertensjologii z objawami infekcji ogólnoustrojowej, zaś po niecałej dobie spędzonej w Klinice Hipertensjologii pacjent został przekazany do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii z powodu ostrej niewydolności oddechowej w przebiegu rozpoznanej w Klinice Hipertensjologii sepsy spowodowanej zapaleniem płuc. Zdaniem pozwanego było to pozaszpitalne zapalenie płuc, tzn. źródłem stanu zapalnego były czynniki pozaszpitalne. W ocenie pozwanego niesłuszny jest zatem podstawowy zarzut powódki względem (...), jakoby to u pozwanego ad. I doszło do zarażenia męża powódki.

Pozwany podał, że z powodu choroby podstawowej, tj. stwardnienia rozsianego, mąż powódki otrzymywał w sposób przewlekły leki obniżające odporność (tzw. leczenie immunosupresyjne), a z wywiadu przeprowadzonego z powódką lekarze dowiedzieli się, że jej mąż w przeszłości leczony był z powodu zachłystowego zapalenia płuc. Zdaniem pozwanego świadczyło to zatem o stopniowej progresji choroby podstawowej (SM), która zgodnie z naturalnym przebiegiem doprowadzić może do zajęcia ośrodków oddechowych i do rozwoju przewlekłej niewydolności oddechowej.

W ocenie pozwanego z powodu potwierdzonego zakażenia gronkowcem złocistym w okresie już przedszpitalnym u męża powódki (wielokrotnie hospitalizowanego w różnych zakładach opieki zdrowotnej) oraz ze zbiegającym się w tym samym czasie pojawieniem się w oddziale pozwanego ad. 1 ogniska epidemiologicznego gronkowca złocistego można domniemywać, że źródłem ogniska epidemiologicznego mógł być właśnie mąż powódki.

Zdaniem pozwanego nie bez znaczenia jest fakt, że po przyjęciu do Kliniki Intensywnej Terapii pozwanego mąż powódki był w stanie ogólnym określanym jako bardzo ciężki, zaś przez kilka dni pozostawał on w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Pozwany zaznaczył, że jednak w wyniku zastosowanego leczenia jego stan systematycznie poprawiał się, m.in. ustąpiły objawy niewydolności układu krążeniowego i wydzielniczego, stan płuc ulegał poprawie na tyle, że możliwe było samodzielne oddychanie przez rurkę intubacyjną.

Pozwany podał, że w ciągu około tygodnia podjęto dwie próby przeprowadzenia pacjenta na oddech własny – obie zakończyły się niepowodzeniem, a powikłaniem tych działań był nawrót zakażenia obejmujący układ oddechowy. Dodał, że w dziewiętnastej dobie hospitalizacji po raz kolejny podjęto próbę ekstubacji, ustalając ostatecznie z powódką, iż w przypadku braku odruchu kaszlowego zostanie wykonana tracheostomia. Wobec niepowodzenia owej próby w dwudziestej dobie pobytu wykonano zabieg przezskórnej tracheostomii metodą Griggsa i nie stwierdzono żadnych powikłań.

Pozwany zaznaczył, że w kolejnych dniach pobytu męża powódki w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii pozwanego ad. 1 jego stan określany był jako stabilny. Dodał, że pozostawał on na oddechu własnym przez rurkę tracheostomijną. Pozwany wskazał, że w trakcie hospitalizacji w Oddziale Intensywnej Terapii stan zdrowia męża powódki był kilkakrotnie konsultowany neurologicznie, a konsultacje te wykazywały na stopniową progresję choroby podstawowej, tj. stwardnienia rozsianego. Pozwany podał, że w związku z tym, że powódka wyraziła chęć opieki nad mężem w domu, rozpoczęto szkolenie powódki z zakresu opieki nad chorym z rurką tracheostomijną.

Nadto pozwany podał, że w ostatnim etapie hospitalizacji, w trakcie oczekiwania na zakwalifikowanie męża powódki do wentylacji domowej, występowały u niego okresowo epizody zakażeń wywołane przedłużającą się hospitalizacją, osłabieniem układu odpornościowego w wyniku stosowania immunosupresji, wielu leków, stosowanego żywienia pozajelitowego oraz na skutek progresji choroby podstawowej.

Pozwany podał, że w dniu 31 maja 2012 r. mąż powódki został wypisany z (...) Publicznego Szpitala (...) w S., w stanie ogólnym względnie dobrym, wydolny krążeniowo i oddechowo, niegorączkujący do dalszej opieki pielęgnacyjnej w warunkach domowych.

W odpowiedzi na pozew z dnia 4 listopada 2013 roku pozwany (...) Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa wobec pozwanego ad. 2 w całości oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego ad. 2 kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych i zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany podał, iż w okresie od 16 do 29 lipca 2012 r. mąż powódki B. B. był hospitalizowany u pozwanego ad. 2 na Oddziale(...) Chorób Wewnętrznych. Dodał, iż pacjenta przyjęto w stanie ogólnym średnim. Pozwany podał, że B. B. przyjęty został do Szpitala z uwagi na utrzymującą się gorączka oraz rzężenia u podstawy płuc i podejrzenia zakażenia układu moczowego. Pozwany dodał, iż pacjent był leżący, z czterokończynowym paraliżem, bez kontaktu słownego - miał założoną rurkę tracheotomijną, a personel medyczny

porozumiewał się z pacjentem za pomocą kontaktu wzrokowego (mrużenie oczami) i lekkich ruchów głowy wykonywanych przez pacjenta.

Pozwany zaznaczył, że B. B. cierpiał od około 11 lat na postępującą nieuleczalną chorobę neurologiczną SM, a przed leczeniem u pozwanego ad. 2 mąż powódki był wielokrotnie hospitalizowany — ostatni raz wypisany w dniu 30 czerwca 2012 r. z Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w S., gdzie pacjent przebywał z powodu zaburzeń oddychania. Pozwany podkreślił, że z uwagi na nosicielstwo przez pacjenta drobnoustrojów alarmowych tj. *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Staphylococcus aureus*, pacjent od daty przyjęcia do pozwanego ad. 2 był izolowany.

Pozwany podał, że pacjent nie był samodzielny i wymagał pielęgnacji: przeciwoleżynowej i drenażu przeciwoleżynowego, nawadniania, antybiotykoterapii, odsysania wydzieliny z rurki tracheotomijnej i tlenoterapii i wszystkie ww. zabiegi medyczne i pielęgnacyjne były pacjentowi systematycznie wykonywane przez personel medyczny Szpitala. Pozwany wskazał, iż pacjent przez cały okres pobytu w Szpitalu do dnia 29 lipca 2012 r. był na własnym oddechu. Nadto oprócz prowadzonej przez personel Szpitala tlenoterapii pacjent był wentylowany przenośnym domowym respiratorem, który do Szpitala przynosiła powódka. Podał, że w wyniku zastosowanego postępowania uzyskano stabilizację stanu pacjenta.

Pozwany wskazał, iż w dniu 29 lipca 2012 r., w obecności personelu medycznego u pacjenta wystąpiły zaburzenia oddychania i zatrzymanie oddechu, a następnie zatrzymanie krążenia. Dodał, że podjęta natychmiast akcja reanimacyjna przywróciła czynności życiowe pacjenta, który został następnie przeniesiony na najbliższy oddział intensywnej opieki medycznej posiadający wolne łóżko tj. na oddział OIOM w Szpitalu w S..

Zdaniem pozwanego powyższe zdarzenie nie było jednak wynikiem, jak twierdzi powódka, sprawowania nieprawidłowej opieki medycznej nad chorym, lecz niestety naturalnym następstwem postępującej u pacjenta nieuleczalnej choroby SM, przewlekłej niewydolności oddechowej i zakażenia. Pozwany dodał, że wszystkie ww. choroby występowały na długo już przed hospitalizacją w Oddziale Wewnętrznym (...) Szpitala (...). W ocenie pozwanego udzielenie choremu w momencie zatrzymania oddechu i krążenia natychmiastowej pomocy medycznej przez personel medyczny pozwanego ad. 2 przeczy twierdzeniom powódki o braku monitoringu stanu pacjenta oraz o nieprawidłowej opiece medycznej i pielęgnacyjnej sprawowanej przez personel pozwanego ad. 2 nad jej mężem.

Odnośnie podnoszonego w pozwie aspektu sytuacji epidemiologicznej pozwany wskazał, że w ww. placówce w okresie hospitalizacji męża powódki, a także w jakimkolwiek innym, nie istniało ognisko zakażenia gronkowca złocistego i pałeczki ropy błękitnej

Zdaniem pozwanego w sprawie nie zachodzą przesłanki określone w dyspozycji art. 446 § 4 k.p.c. W ocenie pozwanego śmierć męża powódki nie ma związku z jakimkolwiek zaniedbaniem pozwanego ad. 2, a jego wysokość mająca zrekompensować straty niemajątkowe wywołane śmiercią osoby bliskiej jest rażąco wysoka.

Sąd Okręgowy rozstrzygnięcie o przedstawionych żądaniach i wnioskach stron oparł o następujące ustalenia faktyczne:

Powódka L. B. (1) oraz B. B. byli małżeństwem. Mąż powódki B. B. od 2001 roku chorował na stwardnienie rozsiane (SM). Ponadto cierpiał na związane z nim liczne powikłania i choroby towarzyszące, w tym nawracające infekcje (głównie układu oddechowego). Rokowania co do poprawy stanu zdrowia – w związku z chorobą SM – B. B. nie były dobre. Powódka mieszkała wraz z mężem, ich wspólną córką oraz jej rodziną (mężem i córką) w domu szeregowym, dwupoziomowym. Powódka z mężem mieli swój pokój na piętrze. Mąż powódki starał się funkcjonować w miarę samodzielnie, jednakże stale wymagał pomocy innych osób, np. przy poruszaniu się po schodach w domu, przy kąpieli, przy korzystaniu z toalety, przy przygotowaniu posiłków. Na piętrze w domu była łazienka, gdzie w kabinie prysznicowej było specjalne siedzenie i poręcz, mające ułatwić B. B. korzystanie z łazienki. Mąż powódki musiał korzystać ze sprzętu specjalistycznego, np. balkonika-chodzika asekuracyjnego. Z pomocą innych osób chodził po domu i na spacerach. Starał się czynnie uczestniczyć w życiu rodzinnym. Choroba B. B. była dla domowników widoczna, z upływem czasu zauważali, że jego stan jest coraz gorszy, że choroba postępuje. Pomimo choroby B. B. był osobą

rozmowną, pogodną oraz optymistycznie nastawioną do życia. Powódka i jej mąż byli kochającym się, zgodnym małżeństwem.

Na początku kwietnia 2012 r. powódka rozchorowała się, miała gorączkę. Wówczas starała się powierzać pomoc nad mężem mieszkającej z nimi córce, aby nie zainfekować męża. Córka małżonków była wówczas w 8 miesiącu ciąży. Powódka w pobliżu męża nosiła na twarzy maseczkę ochronną.

W dniu 5 kwietnia 2012 r. mąż powódki zachorował - zaczął gorączkować oraz osłabł fizycznie. Domownicy byli zaniepokojeni jego stanem zdrowia. B. B. był w widocznym złym stanie, miał wyraźne problemy z poruszaniem, a także było dla pozostałych słyszalne, że ma problemy z układem oddechowym.

Następnego dnia stan zdrowia męża powódki nie uległ poprawie. Powódka wezwała lekarza dyżurnego, który po przebadaniu męża powódki nie stwierdził niczego niepokojącego oraz zapisał leki, tj. N., D., E. oraz K.. Powódka była jednak zaniepokojona ciągle rosnącą temperaturą ciała męża oraz tym, że nagromadzała mu się wydzielina, która utrudniała oddychanie. Po wezwaniu przez nią pogotowia mąż powódki został przewieziony do szpitala w S.. Na miejscu lekarka, po wstępnych badaniach, zaleciła przewiezienie chorego do Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S. na konsultację neurologiczną.

Mąż powódki przebywał i był leczony w Samodzielnym Publicznym Szpitalu (...) w S. w okresie 6 kwietnia 2012 r. - 31 maja 2012 r.

Po przyjęciu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym został poddany konsultacji neurologicznej, podczas której wykluczono rzut choroby pierwotnej (SM). W czasie przyjęcia mąż powódki znajdował się w stanie niedowładu czterokończynowego. W dniu 7 kwietnia 2012 r. mąż powódki trafił z Kliniki Hipertensjologii do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, z powodu rozpoznanego ciężkiego zapalenia płuc i podejrzenia sepsy. Jego stan neurologiczny był bardzo zły, m. in. ze względu na brak odruchów połykania i kaszlu. Stan neurologiczny powoda był już w tym czasie utrwalony (występował wcześniej niż bezpośrednio przed hospitalizacją). Obecny obrzęk śluzówek nosa wskazywał na przewlekły stan zapalny. W klinice tej przebywał do dnia wypisu ze szpitala. Jako rozpoznanie końcowe wskazano stwardnienie rozsiane.

Mąż powódki leżał na sali chorych w pobliżu dyżurki pielęgniarek. Pielęgniarki zaglądały do sali męża powódki przynajmniej kilka razy na godzinę. Lekarze przekazywali powódce informacje o stanie zdrowia jej męża, jednak były to informacje o ogólnym stanie zdrowia – lekarze nie przedstawiali szczegółowych informacji o parametrach wyników badań, a ograniczali się do ogólnych stwierdzeń. Pomiar temperatury na oddziale następował przy użyciu termometru elektronicznego.

W dniu 7 kwietnia 2012 r. u męża powódki przeprowadzono badania mikrobiologiczne. Z posiewu krwi wyhodowano bakterie *Staphylococcus hominis* ssp *hominis*. Z posiewu moczu, z popłuczyn z drzewa oskrzelowego, z wymazu z nosa - pobranych 7 kwietnia 2012 r. - nie wyhodowano natomiast żadnych bakterii. Tego samego dnia mąż powódki został poddany badaniu PCR na nosicielstwo MRSA - z wynikiem ujemnym.

W dniach 7 kwietnia 2012 r. - 17 kwietnia 2012 r. stan męża powódki był określany przez lekarzy jako średnio ciężki.

W międzyczasie, w dniach 9 kwietnia 2012 r. oraz 12 kwietnia 2012 r. przeprowadzano wobec niego kolejne badania mikrobiologiczne - wszystkie z wynikiem ujemnym. Mąż powódki był prowadzony w sedacji propofolem, prowadzono wentylację pacjenta. W okresie od 16 kwietnia 2012 r. do godziny 16 w dniu 17 kwietnia 2012 r. pozostawał na oddechu własnym przez rurkę intubacyjną lub z nawiewem tlenu przez maskę.

Od dnia 17 kwietnia 2012 r. stan zdrowia męża powódki ulegał pogorszeniu, miał gorączkę. W związku z pogorszeniem się stanu zdrowia męża powódki przeprowadzono u niego w dniu 17 kwietnia 2012 r. badania mikrobiologiczne z popłuczyn z drzewa oskrzelowego. Z pobranego materiału wyhodowano: *Acinetobacter baumannii* oraz gronkowca

złocistego MRSA (*Staphylococcus aureus* MRSA). Przeprowadzono również konsultację neurologiczną, w której wykluczono progresję choroby pierwotnej.

Następnie w dniu 18 kwietnia 2012 r. u męża powódki przeprowadzono szereg badań mikrobiologicznych. Badania z płynu mózgowo-rdzeniowego, z posiewu moczu (z cewnika), z wkłucia, z posiewu krwi w kierunku bakterii beztlenowych (dwukrotnie) były ujemne. Natomiast z posiewu krwi w kierunku bakterii tlenowych (dwukrotnie przeprowadzono badania) wyhodowano *Enterococcus faecium*.

Stan zdrowia męża powódki w dniach 18 kwietnia 2012 r. – 22 kwietnia 2012 r. określano jako ciężki.

W dniach od 23 kwietnia 2012 r. do 25 kwietnia 2012 r. u męża powódki przeprowadzano badania mikrobiologiczne. Poza badaniem z wymazu z nosa, gdzie wykryto *Acinetobacter baumannii*, wszystkie były z wynikiem ujemnym. W dniu 26 kwietnia 2012 r. pacjentowi wykonano tracheostomię przezskórną metodą Grigsa. Z rurki tracheostomijnej zastosowanej u męża powódki wydobywały się bardzo duże ilości wydzieliny.

Stan zdrowia męża powódki w dniach 27 kwietnia 2012 r. – 30 kwietnia 2012 r. był określany przez lekarzy jako średni.

W dniu 30 kwietnia 2012 r. ustalono przekazanie męża powódki do Kliniki Neurologii na salę z monitoringiem parametrów życiowych.

W maju 2012 r. wielokrotnie przeprowadzano u męża powódki badania mikrobiologiczne. Wykryto u niego: *Pseudomonas aeruginosa* - badania z dni: 2 maja 2012 r., 8 maja 2012 r., 11 maja 2012 r., 18 maja 2012 r. (określony jako alert patogen), 22 maja 2012 r. (określony jako alert patogen), *Acinetobacter baumannii* - badania z dnia 8 maja 2012 r., *Staphylococcus hominis* ssp *hominis* (szczep MRCNS) - badania z dnia 10 maja 2012 r. oraz *Candida albicans* - badania z dni: 10 maja 2012 r. oraz 14 maja 2012 r.

Mężowi powódki udało się przywrócić przez tracheostomię oddech własny na okres 4 maja 2012 r. – 10 maja 2012 r. Z rurki tracheostomijnej odsysano od niego duże ilości śluzowej wydzieliny. W dniu 8 maja 2012 r. u chorego wykonano zabieg PEG, od tego czasu chory był odżywiany przez gastrostomię. W dniu 10 maja 2012 r. mąż powódki silnie gorączkował. W późniejszym czasie jego oddech pozostawał wydolny.

Zabiegi reintubacji męża powódki były ustalane z powódką. Powódka prosiła, gdy oddech męża się poprawiał, aby spróbować go odłączyć, by mógł oddychać samodzielnie. Pod koniec maja 2012 r. stwierdzono, że mąż powódki może zostać wypisany ze szpitala i zostać przeniesiony w warunki domowe. Decyzja ta była uzgadniana z powódką. Lekarz prowadzący polecił powódce lekarza T. K., który zajmował się przeprowadzaniem wentylacji u pacjentów w ich warunkach domowych. W związku z tym w dniu 30 maja 2012 r. powódka została przeszkolona w zakresie odsysania i wymiany rurki tracheostomijnej, a następnego dnia mąż powódki został przetransportowany do domu z zaleceniami co do parametrów wentylacji respiratora domowego. Powód był w stanie leżącym, nie poruszał się samodzielnie.

W momencie wypisania powód nie miał objawów wskazujących na zakażenie patogenami gronkowca złocistego MRSA oraz pałeczkami ropy błękitnej. Ze względu na pogorszenie stanu zdrowia i to, że mąż nie był w stanie wchodzić na piętro, na którym znajdowała się wspólna sypialnia powódki i męża, powódka podjęła decyzję o przystosowaniu mieszkania do potrzeb męża. Podjęła decyzję o przygotowaniu dla męża pokoju na poziomie parteru. Powódka przeprowadziła więc remont mieszkania. Koszt tego remontu wyniósł 1.000,00 zł. Powódka przystosowała również łazienkę zlokalizowaną na parterze dla potrzeb męża. Koszt tej przebudowy wyniósł 10.738,52 zł, z czego kwotę 4.738,52 zł powódka otrzymała PFRON. Ponadto powódka zakupiła dla męża specjalistyczne łóżko rehabilitacyjne za kwotę 3.050,- zł, z czego kwotę 1.220,- zł zrefundował PFRON.

Koszty powódki, które nie zostały zrefundowane przez PFRON, wyniosły łącznie kwotę 7.830,- zł.

Łazienkę na parterze domu powódka przystosowała do potrzeb męża jeszcze w trakcie jego pobytu w szpitalu. Wydzielone pomieszczenie-izolatkę powódka przygotowała już w czasie, gdy powód znajdował się w domu.

Stan zdrowia męża powódki był ciężki. Wymagał on stałej opieki pozostałych domowników. Zmianie uległ również jego nastrój – stał się apatyczny, był w depresji.

W czasie pobytu męża powódki w domu jego stan zdrowia nie uległ polepszeniu. Do domu rodziny powódki przyjeżdżał lekarz T. N., który nadzorował i wykonywał odciąganie wydzieliny z rurki tracheostomijnej u męża powódki, a także przeprowadzał wentylację. Odciąganie wydzieliny wykonywała również powódka i pozostali domownicy. Po pewnym czasie u męża powódki pojawiła się większa ilość wydzieliny z rurki tracheostomijnej. Mąż powódki zaczął ponadto silnie gorączkować. Powódka wezwała do męża lekarza. Po wizycie lekarskiej zastosowano leczenie antybiotykiem (D.), które okazało się bezskuteczne. Wykonano posiew moczu i pobrano wymaz na posiew z jamy ustnej oraz z rurki tracheostomijnej. Na podstawie tych badań w laboratorium mikrobiologicznym ustalono, że pacjent jest zarażony bakteriami szpitalnymi, tj. gronkowcem złocistym MRSA i pałeczką ropy błękitnej.

Lekarz rodzinny przepisał choremu domięśniowo antybiotyk (B.) według antybiogramu. Leczenie nie przyniosło oczekiwanego efektu - chory nadal gorączkował, zaczęła spadać saturacja, a tętno wzrosło (do 114 uderzeń na minutę), pogorszyła się wydolność oddechowa.

W dniu 19 czerwca 2012 r. karetka pogotowia zabrała męża powódki do szpitala w S. na OIT, gdzie potwierdzono obecność bakterii *Staphylococcus epidermicus* oraz pałeczki ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*). Dnia 30 czerwca 2012 r. męża powódki wypisano ze szpitala. Jednakże wieczorem tego dnia z powodu podwyższonej temperatury lekarz dyżurny ponownie skierował chorego do szpitala. Po otrzymaniu wypisu, a wraz z nim wyniku z bronchoskopii ze wskazaniem do konsultacji pulmonologicznej w szpitalu w S. zdecydowano o umieszczeniu pacjenta na oddziale pulmonologii.

W dniu 16 lipca 2012 r. mąż powódki został przetransportowany do (...) Szpitala (...) w S.. Zdecydowano o umieszczeniu pacjenta – z uwagi na brak miejsc na oddziale pulmonologicznym - na oddziale chorób wewnętrznych i podaniu antybiotyku na leczenie dróg moczowych. Męża powódki przyjęto na oddział i umieszczono na sali chorych nr 50 z przejściowym korytarzem. Początkowo na sali przebywał jeszcze jeden pacjent. Po pewnym czasie powód został w sali sam ze względu na izolację w związku z jego zakażeniem. Sala ta znajdowała się w odległości ok. 10 m od dyżurki pielęgniarek. Powód znajdował się w stanie porażenia czterokończynowego, nie było z nim świadomego kontaktu, nie był w stanie samodzielnie wezwać pomocy z sali przyciskiem alarmowym.

Powódka, pomimo początkowego sprzeciwu personelu, otrzymała pozwolenie na przywożenie z domu respiratora i pulsometru. W okresie hospitalizacji męża powódki w szpitalu nie istniało ognisko zakaźniowe gronkowca złocistego ani pałeczki ropy błękitnej. Pielęgniarki dokonywały odciągania wydzieliny z rurki tracheostomijnej męża powódki w razie potrzeby. Powódka odwiedzała męża w szpitalu oraz zgłaszała zastrzeżenia, że jej zdaniem czynność ta jest zbyt rzadko dokonywana. B. B. był również odwiedzany przez córkę i syna. W późniejszym okresie jeden z lekarzy powiedział, aby powódka nie używała prywatnego respiratora, ponieważ może on prowadzić do kolejnych infekcji bakteriami. W szpitalu używano termometru elektronicznego. Powódka samodzielnie mierzyła mężowi temperaturę przywożonym przez siebie termometrem rtęciowym. W szpitalu powódka samodzielnie odsysała mężowi wydzielinę gromadzącą się w rurce tracheostomijnej, ponieważ uważała, że personel szpitala robi to zbyt rzadko.

W dniu 29 lipca 2012 r. powódka odwiedziła męża wraz z jego rodzicami. Tego dnia powódka była zaniepokojona stanem zdrowia męża, niepokoił ją sposób jego oddychania.

Wieczorem, gdy powódka wróciła do domu, lekarz dyżurny telefonicznie poinformował powódkę, że pacjent podczas odsysania wydzieliny z rurki tracheostomijnej stracił oddech i zatrzymała się jego akcja serca, w wyniku czego był reanimowany. Moment zatrzymania akcji serca męża powódki dostrzegła pielęgniarka B. S. i natychmiast podjęła akcję reanimacyjną oraz wezwała na pomoc inne pielęgniarki i lekarza dyżurnego. Postępowanie pielęgniarki było właściwe. Zakażenia nie stanowiły głównego czynnika sprawczego doprowadzającego do zatrzymania krążenia.

W związku z brakiem miejsc na OIOM w (...) Szpitalu w S. mąż powódki został skierowany na OIOM w szpitalu w S., gdzie przebywał do dnia 31 października 2012 r.

W szpitalu w S. u powoda wykonano wielokrotnie posiewy z drzewa oskrzelowego, z krwi i z moczu, z których wyhodowano gronkowca złocistego MRSA (*Staphylococcus aureus* MRSA), *Acinetobacter baumannii*, pałeczkę ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*), *Escherichia coli* oraz *Candida albicans*.

Mąż powódki został umieszczony w izolacie.

W dniu 31 października 2012 r. męża powódki przekazano ze szpitala w S. do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w S. Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w S.. Tam w dniu (...) r. mąż powódki zmarł. Jako przyczynę zgonu wskazano stwardnienie rozsiane, niewydolność oddechową i nagłe zatrzymanie krążenia.

Organizacją pogrzebu B. B. zajęła się córka wraz z mężem. Powódka nie była w stanie i nie chciała się tym zająć. W związku ze śmiercią męża powódka musiała korzystać z pomocy lekarza psychiatry i zażywała leki psychotropowe. Aktualnie powódka niemal codziennie odwiedza grób męża na cmentarzu.

Cała rodzina bardzo przeżyła śmierć B. B.. Powódka przeżywała głęboką żalobę i nadal przeżywa śmierć męża, wspomina go, myśli, że zbyt wcześnie umarł. W pierwszym okresie po śmierci męża nie miała chęci do życia, nie chciała opuszczać domu.

Pismami z dnia 3 lipca 2013 r. powódka wzywała pozwanych do zapłaty zadośćuczynienia. Pozwani nie uznali swojej odpowiedzialności i nie spełnili żądania zapłaty zgłaszanego przez powódkę.

W okresie 1 stycznia 2012 r. - 3 grudnia 2012 r. (...) Szpital (...) w S. był ubezpieczony w (...) S. A. z siedzibą w W. od odpowiedzialności cywilnej za szkody spowodowane leczeniem.

Prowadzenie dokumentacji dotyczącej kontroli zakażeń szpitalnych, zarówno w Samodzielnym Publicznym Szpitalu (...) w S. w dniach 7 kwietnia 2012 r. - 31 maja 2012 r., jak i w okresie 16 lipca 2012 r. - 29 lipca 2012 r. w (...) Szpitalu (...) w S. było prawidłowe.

Jedynym niedopatrzeniem było nieumieszczenie adnotacji o występowaniu u powoda gronkowca złocistego MRSA (*Staphylococcus aureus* MRSA) oraz pałeczki ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*) w wypisie z (...) w S. Brak objawów w momencie wypisu nie dawał podstaw do stwierdzenia zakażenia, ale nie wykluczał nosicielstwa.

Nie można stwierdzić, że zakażenie gronkowcem złocistym MRSA (*Staphylococcus aureus* MRSA) oraz pałeczką ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*) wystąpiło u męża powódki w którymś ze szpitali. W momencie przyjęcia do pierwszego szpitala istniały u niego objawy, które mogły mieć związek z zakażeniem tymi bakteriami.

Leczenie B. B. było prawidłowe, co skutkowało poprawą jego stanu ogólnego, a także konieczne. Stan neurologiczny był efektem choroby zasadniczej i prowadził do licznych powikłań między innymi infekcyjnych, które z kolei nasilały chorobę podstawową.

Personel szpitala w sposób właściwy zareagował na zatrzymanie akcji serca męża powódki w dniu 29 lipca 2012 r. Reanimacja była konieczna. Brak jest podstaw do stwierdzenia, że została przeprowadzona w sposób nieprawidłowy. Brak jest możliwości ustalenia, jaka była bezpośrednia przyczyna zaburzenia oddychania i zatrzymania akcji serca w dniu 29 lipca 2012 r.

Wyjściowy stan neurologiczny B. B. wskazywał na jego złe i nieuchronne rokowanie co do przeżycia, niezależnie od prowadzonej terapii. Brak podstaw do przyjęcia bezpośredniego związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy zakażeniem B. B., a zatrzymaniem akcji serca, do którego doszło w (...) Szpitalu (...) w S..

Choroba SM męża powódki spowodowała zaburzenia odruchu kaszlu i odksztuszania. To doprowadziło do zaciekania nadkażonej wydzieliny z zatok obocznych nosa do płuc, to z kolei skutkowało zapaleniem płuc i uwalnianiem zwiększonej ilości wydzieliny do dróg oddechowych. Upośledzenie wentylacji z powodu hypodynamii mięśni oddechowych w prze-biegu SM pogłębiło ten stan i doprowadziło bądź to do odruchowego zatrzymania krążenia w trakcie toalety drzewa oskrzelowego bądź mechanicznego - obturacyjnego.

Dokonując oceny prawnej żądań pozwu Sąd wskazał, że powódka upatrywała odpowiedzialności pozwanych szpitali w nieprawidłowym przebiegu leczenia i warunkach pobytu szpitalnego, w tym m. in. w zakażeniu męża powódki gronkowcem złocistym MRSA (*Staphylococcus aureus* MRSA), oraz pałeczką ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*).

Sąd w tym kontekście dokonał oceny roszczeń powódki przez pryzmat przepisów art. 446 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 Nr 16, poz. 93 z późn. zm.; dalej: k.c.) w zw. z art. 430 k.c. oraz art. 416 k.c.

Sąd przywołał treść art. 446 k.c. i wyjaśnił, że norma ta dotyczy szczególnego rodzaju roszczeń, albowiem związane są one ze śmiercią konkretnej osoby i przysługują oznaczonemu kręgowi osób. Z tego względu jest to sytuacja swoista, ponieważ roszczenia określone w przepisach art. 446 k.c. powstają wraz ze śmiercią pewnej osoby i nie pozostają w związku z instytucją dziedziczenia. Roszczeniami tymi są: odszkodowanie za koszty leczenia i pogrzebu zmarłego (§ 1), renta (§ 2), odszkodowanie za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej (§ 3) oraz zadośćuczynienie za doznaną krzywdę (§ 4).

W rozpatrywanej sprawie żądania zgłaszane przez powódkę stanowiły jedynie roszczenie odszkodowawcze za koszty leczenia i pogrzebu (§ 1) oraz o zapłatę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (§ 4).

Sąd przypomniał, że przesłankami odpowiedzialności odszkodowawczej określonej w przepisach art. 446 § 1 oraz § 6 k.c. są:

- 1) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia poszkodowanego,
- 2) śmierć poszkodowanego,
- 3) związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia a śmiercią poszkodowanego,
- 4) poniesienie przez inną osobę kosztów leczenia lub pogrzebu poszkodowanego (w przypadku roszczenia opartego na § 1) albo doznanie krzywdy (w przypadku roszczenia opartego na § 4),
- 5) obowiązek naprawienia szkody za uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia poszkodowanego, spoczywający na określonym podmiocie.

Sąd wskazał, że strona powodowa podniosła, że pozwane szpitale ponoszą odpowiedzialność za tzw. medyczny błąd organizacyjny, polegający na wadliwym zorganizowaniu pracy lekarzy i personelu medycznego, którego następstwem było niezapewnienie pacjentom bezpieczeństwa w trakcie pobytu w pozwanym zakładzie opieki zdrowotnego skutkujące wystąpieniem u powoda zakażenia szpitalnego. Biorąc pod uwagę tak sformułowaną podstawę faktyczną powództwa, obowiązek naprawienia szkody (przesłanka określona w pkt 5) Sąd ocenił przede wszystkim w kontekście przepisu art. 416 k.c. oraz art. 430 k.c. Zgodnie z tym przepisem osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu. Przepis art. 416 k.c. konstruuje odpowiedzialność osoby prawnej za szkodę wyrządzoną przez organ danej jednostki organizacyjnej. Zgodnie z tym przepisem dla przyjęcia odpowiedzialności osoby prawnej za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym spełnione muszą być łącznie następujące przesłanki:

- 1) szkoda wyrządzona przez organ osoby prawnej,
- 2) organ osoby prawnej wyrządzającej szkodę działa w ramach swych uprawnień,

3) organowi osoby prawnej można przypisać winę,

4) między czynnościami organu osoby prawnej i szkodą zachodzi normalny związek przyczynowy.

Zdaniem Sądu Okręgowego zastosowanie przepisu art. 416 k.c. wymagało więc ustalenia, że osoby wchodzące w skład organu zarządzającego pozwanymi szpitalami nie dopełniły ciężących na nich obowiązków w zakresie zapewnienia powodowi jako pacjentowi bezpiecznych warunków przebywania w szpitalu, co skutkowało zakażeniem powoda. Sąd wziął przy tym pod uwagę, że przepis art. 416 k.c. dotyczy odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną z winy organu osoby prawnej, natomiast w przypadku szkody wyrządzonej przez personel szpitala zastosowanie ma przede wszystkim przepis art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Przywołany wyżej przepis kreuje odpowiedzialność przełożonego za szkodę wyrządzoną przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Zgodnie z treścią art. 430 k.c. przesłankami odpowiedzialności zwierzchnika są:

- 1) powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu;
- 2) zawiniony czyn niedozwolony podwładnego;
- 3) szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonej podwładnemu czynności;
- 4) związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

Sąd wyjaśnił, iż dla zastosowania odpowiedzialności z przepisu art. 430 k.c. konieczne jest, aby powierzenie czynności nastąpiło „na własny rachunek” powierzającego, a więc w jego własnym interesie, w obszarze własnej aktywności powierzającego. Jeżeli dyspozycję wykonania czynności wydał organ osoby prawnej albo przełożony w strukturze określonej jednostki organizacyjnej, wówczas powierzenie następuje „na rachunek” osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej, o której stanowi art. 331 k.c. Dotyczy to także przypadków delegowania pracownika do wykonywania określonej pracy. Powierzający odpowiada, jeżeli powierzył wykonanie czynności „osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek”. Stosunek podległości, o którym stanowi ten przepis, pozwala określać podmiot powierzający mianem zwierzchnika a pozostającego pod jego władztwem mianem podwładnego. O kierownictwie decyduje nie tylko sprawowanie ogólnego nadzoru nad działaniami podmiotu, ale także możliwość oddziaływania na tę osobę przez wydawanie wiążących ją poleceń. W judykaturze przyjmuje się, że wykonawca czynności podlega „kierownictwu” zwierzchnika przez cały okres wykonywania czynności, nawet gdy zwierzchnik nie wykonuje przewidzianych aktów kontroli i nadzoru, pozostawiając podwładnemu sporą samodzielność (wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 25 listopada 2005 roku, sygn. akt V CK 396/05, Pr. Bank. 2006, nr 11, s. 16). Szczególnie istotne znaczenie społeczne ma interpretacja stosunku podległości w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przy świadczeniu usług leczniczych. Mimo samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 1965 roku, sygn. akt II CR 2/65, OSP 1967, z. 9, p. 220).

Zdaniem Sądu powierzający ponosi odpowiedzialność, jeżeli jego podwładny wyrządził szkodę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Chodzi o przypadki, gdy szkoda została wyrządzona bezprawnym zachowaniem wykonawcy, a nadto konieczne jest, aby istniał normalny związek przyczynowy między zachowaniem bezpośredniego sprawcy (wykonawcy czynności) a szkodą. Zachowanie sprawcy, aby rodziło odpowiedzialność powierzającego, musi pozostawać w funkcjonalnym związku z czynnością, której wykonanie mu powierzono. Powierzający odpowiada na zasadzie ryzyka za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Wina powierzającego jest prawnie nieistotna dla kwalifikacji jego odpowiedzialności na podstawie przepisu art. 430 k.c., który jednak wprowadza dodatkową przesłankę odpowiedzialności powierzającego, w postaci winy podwładnego. Na podstawie tego przepisu powierzający

odpowiada wyłącznie za szkodę wyrządzoną zawinionym czynem niedozwolonym podwładnego. Nie powstaje więc odpowiedzialność na podstawie komentowanego przepisu, jeżeli szkoda nastąpiła wskutek przypadku czy działania siły wyższej. Powierzający nie odpowiada także z przepisu art. 430 k.c., jeżeli szkoda jest następstwem innych zdarzeń, ale z jakichkolwiek przyczyn winy podwładnemu przypisać nie można, chociaż w takich przypadkach obowiązek naprawienia szkody może obciążyć powierzającego z uwagi na jego własną winę.

Ciężar dowodu winy podwładnego spoczywa na poszkodowanym. W orzecznictwie i doktrynie wskazuje się na dopuszczalność stosowania koncepcji winy anonimowej. Pozwala ona uznać winę określonej jednostki organizacyjnej na podstawie ustaleń niewłaściwego postępowania bliżej niezidentyfikowanych osób fizycznych, działających w danej strukturze. Nie jest więc konieczne identyfikowanie osób, które dopuściły się zaniedbań, wykonując zabiegi wobec pacjenta. Wystarczy ustalić, że z pewnością należą do tej grupy osób, której powierzono wykonanie czynności. W praktyce oznacza to, że porzestaje się na ustaleniu bezprawności zachowania podwładnego.

Zdaniem Sądu w sprawie bezsporne było, że mąż powódki, B. B., był hospitalizowany w obu pozwanych szpitalach. Bezsporne było również, że mąż powódki przed hospitalizacją od wielu lat cierpiał na chorobę stwardnienie rozsiane (SM) oraz choroby współtowarzyszące, a do szpitala trafił na skutek poważnej infekcji. Niewątpliwie sporne pomiędzy stronami było to, czy do zakażenia bakteriami gronkowca złocistego MSRA oraz pałeczkami ropy błękitnej doszło w pierwszym szpitalu, a także sporna była przyczyna śmierci B. B. w dniu (...) r.

Bezsporne było również, że powódka poniosła koszty przystosowania domu do przebywania tam chorego męża, zaś na skutek śmierci męża poniosła krzywdę. Nie ma jednak w niniejszej sprawie podstawowej przesłanki odpowiedzialności pozwanych w postaci winy. Materiał dowodowy w niniejszej sprawie nie wykazał, by uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia (w tym przypadku zakażenie gronkowcem złocistym oraz pałeczkami ropy błękitnej) męża powódki zostało spowodowane przez personel któregośkolwiek z pozwanych.

Powyższe ustalenie Sąd poczynił w oparciu o wywód opinii Instytutu (zakładu medycyny sądowej), w której stwierdzono, że B. B. mógł być zarażony gronkowcem złocistym MRSA oraz pałeczkami ropy błękitnej jeszcze przed hospitalizacją, o czym świadczyły objawy towarzyszące mu przy przyjęciu do leczenia szpitalnego. Sąd zwrócił uwagę na to, że zastosowane badania przesiewowe (z popłuczyn płucnych) nie wykazały występowania u powoda ww. bakterii, jednakże w swej opinii Instytut stanowczo wskazał, że taki wynik nie wykluczał, że bakterie te były obecne w organizmie powoda już wcześniej. Według wyводу przedstawionego w opinii Instytutu wykrycie (wyizolowanie) tych patogenów miało miejsce już kilka dni po przyjęciu B. B. do pierwszego szpitala, co uprawdopodobnia, że zakażenie tymi bakteriami mogło nastąpić już wcześniej, jako, że bakterie te nie mają typowo szpitalnego charakteru, a innych zakażeń tymi bakteriami w tym okresie w żadnym z pozwanych szpitali nie stwierdzono.

Sąd stwierdził, że domniemanie, że skoro istniały jakieś zaniedbania, to na pewno śmierć B. B. jest skutkiem tych, lub innych zaniedbań, jest domniemaniem dowolnym, nie opartym na wystarczająco pewnych przesłankach. W niniejszej sprawie opinia biegłych, wskazująca na niemożliwość precyzyjnego określenia przyczyny śmierci B. B., związek ten wyklucza. W przypadku pozwanego ad. 1 jasne jest, że śmierć B. B. nie wystąpiła na skutek zarażenia gronkowcem złocistym ani pałeczkami ropy błękitnej; wynika to jednoznacznie z wniosków opinii, a wobec braku jakiegokolwiek innego dowodu na nieprawidłowe działania pozwanego ad. 1 wyklucza odpowiedzialność tego pozwanego. Powódka nie wskazywała zresztą na konkretne zaniedbania pozwanego, które miałyby do zakażenia doprowadzić; samo zakażenie bakteriami podczas pobytu w szpitalu (choć w niniejszej sprawie wobec istnienia objawów zakażenia w chwili przyjęcia nie może być w ogóle brane pod uwagę) nie przesądza jeszcze o winie personelu pozwanego ad. 1. Należałoby, aby skutecznie wywodzić wniosek o odpowiedzialności szpitala, wskazywać na konkretne okoliczności takie jak nieprzestrzeganie zasad higienicznych, tymczasem poza odosobnionym zeznaniem powódki co do jałowych materiałów opatrunkowych, brak dowodów na takie okoliczności i w zasadzie jedyne zaniechanie pozwanego ad. 1 na które powołuje się powódka, to brak wskazania rodzajów patogenów w karcie wypisowej. Tu wskazać należy, że objawów zakażenia w chwili wypisu nie było, więc nie było obowiązku umieszczania w karcie informacji o zakażeniu, powinna być natomiast informacja o nosicielstwie(k. 608v). Nie wiadomo jednak w jaki sposób z braku adnotacji

o nosicielstwie bakterii w karcie wypisowej strona powodowa chciałaby wywieść wniosek o związku tego faktu ze śmiercią B. B..

Odnosnie do twierdzenia o nieudzielaniu informacji o stanie zdrowia (o obecności w organizmie pacjenta bakterii gronkowca złocistego MRSA oraz pałeczki ropy błękitnej) przez pierwszego z pozwanych należy wskazać, że zgodnie z przepisem art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza-dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634) lekarz miał obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zarzut ten również okazał się nieuzasadniony, albowiem zarówno z zeznań świadka E. L., jak i zeznań samej powódki, wynika, że powódka była informowana o stanie zdrowia męża. Sama powódka w trakcie zeznań wskazywała, że na łóżku męża znalazła się informacja „Alert Patogen” i w wyniku pytania się o znaczenie tego znaku uzyskała informację, że w organizmie jej męża znajdują się bakterie. Z kolei świadek E. L. zeznawała, że rozmawiała z powódką o stanie zdrowia jej męża. Okoliczność tę powódka w zeznaniach potwierdziła, że E. L. zawsze z nią rozmawiała, nie odmawiała jej rozmowy, miała dla niej czas oraz odpowiadała na pytania. W świetle zeznań ww. świadka oraz powódki nie sposób przyjąć, że u pierwszego z pozwanych rzeczywiście doszło do naruszenia obowiązku informowania o stanie zdrowia pacjenta- zresztą w świetle roszczenia z art. 446§ 3 k.c. to, powódka była, czy nie była informowana o stanie męża jest okolicznością doskonale obojętną, dopóki dopóty nie udowodni się, że brak informacji wpłynął na zaniechania w leczeniu, niepodanie leków etc, na co w niniejszej sprawie powódka się nie powoływała.

W rezultacie w zakresie odpowiedzialności pozwanego ad 1 zdaniem Sądu Okręgowego nie ma dowodów na nieprawidłowe działanie tego pozwanego, które miałyby skutkować zakażeniem B. B., a nawet, gdyby w materiale dowodowym niniejszej sprawy znalazły się dowody, według których jednoznacznie wynikałoby, iż B. B. został zarażony patogenami w postaci gronkowca złocistego MRSA oraz pałeczkami ropy błękitnej w pozwanym ad. 1 szpitalu, to według wiedzy medycznej – jak to wyjaśniono w opinii instytutu – nie byłoby pomiędzy takim zarażeniem a śmiercią B. B. odpowiedniego związku przyczynowo-skutkowego. Tymczasem przepisy art. 446 k.c. wymagają, aby do śmierci doszło wskutek spowodowanego rozstroju zdrowia albo uszkodzenia ciała.

Odnosząc się do kwestii odpowiedzialności pozwanego ad. 2, Sąd wskazał, że nie ma podstaw do stwierdzenia zaniechań tego podmiotu, ani też tego, że istniałby- w razie przyjęcia, że zaniechania takie występowały- związek przyczynowy między nimi a śmiercią B. B..

Powódka powoływała się na nadmiernie mnogie, acz błahe okoliczności w postaci nieodpowiedniej odległości sali od dyżurki czy na stosowanie elektronicznych termometrów, wskazując w pozwie, że suma zaniechań poniekąd ma wykazać winę pozwanego ad. 2. Nawet gdyby przyjąć, że okoliczności wskazywane przez powódkę zaistniały, tj że odległość od dyżurki w pozwanym szpitalu ad. 2 była zbyt duża, i że powinno mieć miejsce stosowane elektronicznych termometrów (nie ma podstaw do uznania ani jednego ani drugiego faktu), to nie ma wątpliwości, że między nieprawidłowym mierzeniem temperatury i zbyt dużą odległością od dyżurki, a śmiercią B. B., musiałby istnieć związek przyczynowy.

Sąd wskazał, podkreślając brak związku przyczynowego między zaniechaniami pozwanego Szpitala ad 2, a śmiercią B. B., że choć z opinii wynika, że trudno jednoznacznie określić przyczynę śmierci, to jednak wskazywano, że B. B. cierpiał na ciężkie, przewlekłe i postępujące schorzenie neurologiczne (stwardnienie rozsiane), o niekorzystnym rokowaniu, którego istotą było narażenie na różnego rodzaju powikłania o różnym stopniu nasilenia i że początek hospitalizacji wiązał się z bardzo ciężkim/septycznym, z rozwiniętym zapaleniem płuc z objawami zakażenia bakteriami gronkowca złocistego oraz pałeczek ropy błękitnej, a następnie śmierć prawdopodobnie nastąpiła w wyniku złego stanu neurologicznego, narażającego na powikłania, infekcje, a w ostateczności zatrzymanie akcji serca.

Biegli wskazywali pośrednio w opinii, pomimo wniosku o braku możliwości jednoznacznego wskazania przyczyny śmierci B. B., że to SM determinowało przebieg choroby, znacząco pogarszając skuteczność wdrożonego leczenia, które było prawidłowe i doprowadziło do poprawy stanu zdrowia B. B.. Stan B. B. uległ ponownemu pogorszeniu

(w warunkach domowych) i w konsekwencji trafił kolejny raz do szpitala, gdzie ostatecznie doszło u niego do zatrzymania oddechu i zatrzymania krążenia. Według opinii instytutu prawdopodobną pośrednią przyczyną tego właśnie pogorszenia się stanu męża powódki był jego wyjściowo zły stan neurologiczny, spowodowany przez stwardnienie rozsiane- to właśnie zły stan neurologiczny B. B. doprowadził do niekorzystnej sekwencji zdarzeń: do hipodynamii mięśni oddechowych, spłylenia oddechu, zaburzeń połykania i odkrztuszania, a w dalszej kolejności do rozwinięcia się zapalenia płuc. Biegli wskazywali także na rolę stwardnienia rozsianego w mechanizmie zaciekania nadkażonej wydzieliny z zapalnych zatok obocznych nosa, z wytworzeniem się ognisk niedodmy, czego konsekwencją było nadeśnienie płucne i wzrost obrzękowej wydzieliny z powodu niewydolności mięśnia sercowego, jego aparatu zastawkowego i zaburzeń przewodnictwa w kontekście odruchowego podrażnienia nerwów błędnych i krtaniowych, co mogło skutkować zatrzymaniem się akcji serca. Niewątpliwie wskazywano zatem w opinii na prawdopodobieństwo tego przebiegu zdarzeń, spowodowanych przede wszystkim chorobą podstawową, i współistniejącą infekcją, a nie zaniedbaniami pozwanego ad 2. Na to, że do śmierci B. B. przyczyniła się jego choroba zasadnicza – stwardnienie rozsiane – która determinowała przebieg leczenia i choroby (k. 611), wskazali biegli w sposób stanowczy, jednocześnie przesądzając, że jest to wersja najbardziej prawdopodobna, lecz pozostająca- w związku z nieprzeprowadzeniem sekcji zwłok- spekulacją. Przyczyny śmierci B. B. mogły być bowiem różne, nie tylko takie, jak wskazane jako najbardziej prawdopodobne, ale żaden fragment opinii nie wskazywał na zaniechanie lub działanie pozwanego ad 2. Przeciwnie, według sporządzonej w niniejszym postępowaniu opinii Instytutu proces leczenia B. B. był prawidłowy, co wyrażało się w poprawie jego stanu zdrowia. Biegli wskazali, że również przeprowadzenie samej akcji reanimacyjnej było prawidłowe, a w ocenie instytutu nastąpiło ono niezwłocznie po zatrzymaniu oddechu. Świadczy to o tym, że B. B. znajdował się pod właściwym nadzorem opieki medycznej, bowiem w przypadku zagrożenia życia od razu zostały podjęte wobec niego odpowiednie czynności ratunkowe przez profesjonalny personel medyczny.

Nawet ustalenie, że sala B. B. była w zbyt dużej odległości od dyżurki, nie miałoby ostatecznie znaczenia, skoro nie wykazano, aby odległość ta powodowała w konsekwencji niewłaściwą opiekę i takie okoliczności, które mogły doprowadzić do śmierci B. B.. Przeciwnie, wykazano w niniejszej sprawie, że opieka ta istniała, skoro udało się niezwłocznie zapewnić i przeprowadzić skuteczną akcję reanimacyjną.

Za nieuzasadnione Sąd poczytał twierdzenia powódki, że w procesie leczenia szpitalnego u pozwanych nieprawidłowe było wykorzystywanie termometrów elektronicznych zamiast termometrów rtęciowych oraz brak udzielania jej informacji o stanie zdrowia męża.

W kwestii pierwszego zarzutu powódki, dotyczącego termometrów, to nie sposób uznać go było za zasadny. Mąż powódki przebywał w szpitalach w 2012 r. Tymczasem zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 93, poz. 896 z późn. zm.) oraz przepisami rozporządzenia Ministra Gospodarki z dnia 3 października 2008 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ograniczeń, zakazów lub warunków produkcji, obrotu lub stosowania substancji niebezpiecznych i preparatów niebezpiecznych oraz zawierających je produktów (Dz. U. z 2008 r. Nr 190 poz. 1163) pozwani nie mogli wykorzystywać termometrów rtęciowych, jeżeli zostały wprowadzone do obrotu po dniu 3 kwietnia 2009 r. Skoro w pozwanych szpitalach brak było termometrów rtęciowych, to nie mogły być stosowane, a ich brak nie mógł być skutecznym zarzutem przeciwko pozwanym i stanowić okoliczność wskazującą na nieprawidłowe prowadzenie procesu leczenia męża powódki. Z okoliczności tej, podobnie jak z okoliczności rzekomej konieczności przyniesienia respiratora przez powódkę, nie sposób zdaniem Sądu jednak wywieść związku ze śmiercią B. B. wobec ustalenia przez biegłych, że nie sposób jednoznacznie wskazać na przyczynę śmierci.

Sąd zauważył, że powódka bardzo krytycznie ocenia działanie pozwanego ad 2, kwestionując w zasadzie każdą decyzję i każdy krok dotyczący leczenia i stwierdził, że być może ten zdecydowanie nadmierny krytycyzm pozwolił powódce na sformułowanie ogólnego wniosku, że zaniedbań było tak dużo, że na pewno któreś z nich doprowadziło do śmierci B. B.. Sąd tych wniosków nie podzielił, ponieważ, jak już wyżej wskazano, przesłanki wnioskowania przyjęte przez stronę powodową są dowolne. Oceny powódki, dokonane wbrew opinii biegłych, nie mogą być tutaj decydujące. Powódka próbowała także wykazać, że pielęgniarki przychodziły do sali B. B. zbyt rzadko, i z tego wywieść wniosek o zbyt rzadkim odsysaniu wydzieliny, które mogło doprowadzić do zatrzymania oddechu- jednak ten wniosek okazał się bezzasadny. Jak wskazali biegli, z konieczności podjęcia reanimacji nie wynika, że zatrzymanie oddechu nastąpiło

wskutek zaburzeń odksztuszania i kaszlu z powodu zbyt rzadkiego oczyszczania tej rurki. Biegli wskazali bowiem, że w przypadku stwardnienia rozsianego przy braku odruchu kaszlu i odksztuszania, bezdech powodujący konieczność reanimacji musi trwać ok. 5-10 minut, ale że może dojść do takiego bezdechu gwałtownie, na zasadzie odruchu z nerwu krtaniowego lub błędnego. Oznacza to, że z konieczności podjęcia reanimacji nie wynikało, jak życzyłyby sobie tego strona powodowa, że B. B. pozostawał co najmniej kilka minut bez opieki, ponieważ bezdech mógł wystąpić niemal w każdej chwili. Akcja reanimacyjna nie miała również, zgodnie z opinią biegłych, żadnego wpływu na ogólny stan neurologiczny powoda (w którym to stanie biegli upatrywali prawdopodobnej współprzyczyny śmierci B. B.) ponieważ MR kontrolny mózgu nie odbiegał od poprzednich.

Nie jest też tak, jak twierdziła powódka, że sala powinna być wyposażona w respirator, który powinien być stosowany u B. B.- z opinii Instytutu wynika, że respirator, jako dodatkowe, potencjalne źródło zakażenia, był w zasadzie niewskazany. Biegli z Instytutu wskazywali również na to, że stan B. B. w chwili przyjęcia do szpitala był neurologicznie bardzo zły, na tyle zły, że na uszkodzenia mózgu wskazywały wyniki badań MR z 19. 04.2012, i że to prawdopodobnie ten stan, w połączeniu z postępującą chorobą zakaźną, a nie działania lub zaniechania pozwanego doprowadziły do jego śmierci. Zdaniem Sądu Okręgowego skoro stan neurologiczny pacjenta jest na tyle zły, że pacjent nie ma odruchu kaszlu, odksztuszania, czy połykania, stanowi to utrudnienie leczenia infekcji.

Powódka zarzucała także, że w chwili przyjęcia do szpitala ad. 1. nie stwierdzono rzutu SM; jednak z opinii Instytutu wynika, że żaden z lekarzy nie znał stanu pacjenta sprzed przyjęcia ze szpitala, a nadto, pogorszenie się stanu neurologicznego często wiąże się z pogorszeniem stanu ogólnego, zwłaszcza na tle infekcyjnym. Biegli wskazali, że choroba ta przebiega albo w postaci rzutów z okresami remisji, albo ma charakter stale postępujący- w niniejszej sprawie stan neurologicznym mógł być stanem permanentnym, wynikającym z postępu SM, albo kolejnym jej rzutem, spowodowanym stanem zapalnym.

W konstatacji Sąd stwierdził, iż w niniejszej sprawie powódka L. B. (1) nie wykazała, aby w trakcie leczenia szpitalnego u pozwanych jej męża B. B. został spowodowany rozstrój zdrowia lub uszkodzenie ciała, czyli powódka nie wykazała, że personel pozwanych szpitali dopuścił się zawinionego spowodowania rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała jej męża, za które byłyby odpowiedzialne pozwane szpitale, a wskutek którego nastąpiła jego śmierć męża powódki (art. 430 k.c., art. 446 k.c.).

Z tego względu nie zaistniała przesłanka odpowiedzialności pozwanych na podstawie przepisów art. 446 § 1 oraz § 4 k.c. w zw. z art. 430 k.c. i powództwo należało oddalić.

Sąd wyjaśnił, że stan faktyczny niniejszej sprawy ustalił na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego w postaci dokumentów, zeznań świadków, opinii instytutu oraz zeznań powódki.

Wiarygodność dokumentów w niniejszej sprawie nie była kwestionowana przez strony i Sąd nie znalazł wobec tego podstaw, aby odmówić im wiarygodności oraz mocy dowodowej.

Sąd dał co do zasady wiarę również zeznaniom świadków oraz zeznaniom powódki. Pomędzy zeznaniami poszczególnych świadków i powódki występowały rozbieżności, m. in. w kwestii odległości sali chorych, na której przebywał mąż powódki, od dyżurki pielęgniarek, częstotliwości odciągania mężowi powódki wydzieliny z rurki tracheostomijnej, wykorzystywania przez personel medyczny niewłaściwie jałowych środków medycznych i opatrunkowych, zatrzaśnięcia się drzwi na sali chorych męża powódki, a także przebiegu zatrzymania oddechu i krążenia u męża powódki. Sąd odmówił wiary zeznaniom powódki w takim zakresie w jakim były sprzeczne z wnioskami opinii oraz zeznaniami świadków, ponieważ w niniejszej sprawie zeznania powódki były całkowicie odosobnionym dowodem. Córka P. L. praktycznie nie bywała w szpitalach ze względu na to, że była wówczas w ciąży i unikała źródeł zakażenia, więc ograniczała się do przekazania relacji powódki. Świadek ten był dwukrotnie w szpitalu u pozwanego ad. 2 ; z zeznań tego świadka wynika, że pielęgniarki zaglądały rzadko. Kiedy u pacjenta była rodzina nie istniała potrzeba nieustannego monitoringu, nie ma to zatem większego znaczenia, podobnie jak zeznania T. B., dotyczące tej samej kwestii.

Sąd wyjaśnił, że przyjął wersję zdarzeń przedstawianą przez jedyne świadka zdarzenia – świadka B. S.. Powódka nie była przy tym zdarzeniu obecna.

Należy przy tym wyjaśnić, że choć nie miało to istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, to Sąd dał wiarę zeznaniom świadka B. S. co do okoliczności zatrzymania oddechu u męża powódki. Sąd przyjął, że świadek przyszedł do sali chorych powoda w celu nadzoru i sprawdzenia, czy nie jest potrzebne odciążenie wydzieliny z rurki tracheostomijnej, a w trakcie jej pobytu na sali chorych B. B. przestał oddychać. Nie było podstaw do odmowy wiarygodności zeznań świadka. Należało również wskazać, że świadek ten był jedyną osobą obecną przy tym zdarzeniu. Powódka powzięła informację o innym przebiegu zdarzenia (zatrzymanie oddechu w trakcie udrażniania dróg oddechowych) na podstawie rozmowy telefonicznej z lekarzem, który informował ją o akcji reanimacyjnej. W ocenie Sądu kontekst sytuacyjny miał w tym przypadku duże znaczenie. Powódka martwiła się o zdrowie i życie męża, była tego dnia w szpitalu, a wieczorem po powrocie do domu otrzymała telefon ze szpitala. Przekazano jej stresującą informację o pogorszeniu stanu zdrowia i akcji reanimacyjnej. W ocenie Sądu rozbieżność pomiędzy wersjami zdarzenia polegała na tym, że powódce mogła zostać przekazana przetworzona-zniekształcona informacja, że do zatrzymania oddechu doszło przy udrażnianiu (ponieważ w tym celu udała się do jej męża pielęgniarka) albo powódka z uwagi na stres odebrała przekazywaną jej informację w sposób omyłkowy. Tym niemniej powódka sama wskazywała, że świadek B. S. od początku informowała powódkę, że do zatrzymania oddechu doszło, gdy weszła do sali jej męża, a nie przy dokonywaniu jakichkolwiek czynności. W relacji świadka o zdarzeniu brak było zatem niekonsekwencji; zresztą

Odnosząc się do kwestii odległości pomiędzy salą chorych a dyżurką pielęgniarek Sąd stwierdził, że świadkowie będący personelem medycznym u pozwanych wskazywali, że odległość ta wynosi ok. 10-15 m. Sąd przyjął, że taka odległość jest wiarygodna. Wskazywały ją bowiem osoby pracujące w szpitalu, a powódka nie zaoferowała właściwych dowodów na odmienną odległość (np. dokumentacji fotograficznej, rzutów piętra, dowodu z oględzin). Sama odległość sali chorych od dyżurki nie była zdaniem Sądu istotna dla rozstrzygnięcia, bowiem zatrzymanie oddechu męża powódki nastąpiło w obecności pielęgniarki, wobec czego nie sposób przypisać było drugiemu pozwanemu szpitalowi niewłaściwego nadzoru nad stanem zdrowia pacjentów na salach chorych.

W kwestii odciążania wydzieliny z rurki tracheostomijnej Sąd stwierdził, że była to okoliczność nie mająca szczególnie istotnego znaczenia, bowiem powódka nie wykazała, że taka okoliczność była powodem czy to zatrzymania oddechu u powoda – a w konsekwencji zatrzymania krążenia i reanimacji - czy to śmierci po przewiezieniu do innego szpitala śmierci. Ponadto okoliczność korzystania przez personel pozwanych z niewłaściwych (niejałowych) środków opatrunkowych i medycznych nie znalazło potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym, bowiem jedyną osobą, która miała być obecna przy takim zdarzeniu i o takich zdarzeniach zeznawała była wyłącznie powódka. Personel pozwanych nie zeznawał natomiast, że takie zdarzenia miały miejsce. Według Sądu nie było podstaw, aby oprzeć się jedynie na zeznaniach samej powódki. Nadto powódka nie wykazała, że taka okoliczność – gdyby wystąpiła – spowodowała rozstrój zdrowia lub uszkodzenie ciała jej męża i w konsekwencji jego śmierć. Tożsamej oceny Sąd dokonał także w przypadku okoliczności rzekomego zatrzaśnięcia się drzwi do sali chorych, w której przebywał mąż powódki.

W niniejszej sprawie podstawowe znaczenie dla rozstrzygnięcia miała opinia sporządzona przez Instytut (zakład medycyny sądowej).

Sąd ocenił sporządzoną opinię jako wiarygodną i rzetelną wskazując szczegółowo na przyczyny tej oceny wskazując zarówno na kwalifikacje zawodowe i wiedzę osób sporządzających opinię jak i na jej komplementarność, jeśli chodzi o wzięcie pod uwagę całokształtu materiału procesowego i spójność logiczną wyводу

Odnosząc się do zastrzeżenia powódki w związku z niedopuszczeniem dowodu z kolejnej opinii sporządzonej przez inny podmiot Sąd wyjaśnił, że w jego ocenie sporządzona opinia w niniejszej sprawie – uwzględniając pozostałe okoliczności sprawy – była prawidłowa i dawała podstawy do rozstrzygnięcia sprawy. Zdaniem Sądu zarzuty powódki stanowiły w tym zakresie kolejną polemikę, wraz z mało realistycznymi oczekiwaniami uzasadnienia

opinii w taki sposób, aby przypominała rozprawę naukową. Powódka nie zgłosiła natomiast tego rodzaju zarzutów, które pozwalałyby stwierdzić brak rzetelności opinii albo oparcie wniosków na błędnych informacjach specjalnych (medycznych). Z tego względu Sąd nie uznał za celowe przeprowadzanie dowodu z kolejnej opinii. Zdaniem Sądu wyjaśnianie szczegółów, na które strona wskazywała w piśmie z dnia 19 listopada 2015r, mija się z celem, skoro nie można jednoznacznie ocenić przyczyny śmierci męża powódki, a najbardziej prawdopodobną przyczyną jest zły stan neurologiczny i choroba podstawowa, utrudniająca oddychanie, odkształcanie, prowadząca do nadciśnienia płucnego i wzrostu obrzękowej wydzieliny z powodu niewydolności mięśnia sercowego. Szereg pytań zmierza do ustalenia czy możliwe było „leczenie nosicielstwa”, podczas gdy opinie wskazują, że leczy się zakażenie, a nie nosicielstwo. Niepoinformowanie rodziny pacjenta o nosicielstwie gronkowca czy pałeczki ropy błękitnej pozostaje tu bez znaczenia- umknęło bowiem uwadze powódki, że jak wskazywali biegli, bakterie te (wraz z tysiącami innych bakterii) bytują na skórze zdrowych ludzi. To, czy postępowanie to było prawidłowe w stosunku do będącej wówczas w ciąży P. L., pozostaje w ogóle poza płaszczyzną niniejszego procesu. Przyjęcie, że było to postępowanie błędne w stosunku do P. L. nie pozwoli nigdy na wywnioskowanie z tej okoliczności, że postępowanie pozwanego ad. 1 doprowadziło do zakażenia B. B. (przy całkowitym braku dowodów na niezachowanie standardów higieny w tym szpitalu). Brak jakiegokolwiek związku między tymi okolicznościami. Inne, dodatkowe pytania, dotyczące techniki wymiany rurki tracheostomijnej, ustalenia daty zakażenia, to, czy izolacja patogenów stanowi przesłankę ku nadkażeniu, i inne, liczne, szczegółowe pytania, wskazane w w/w piśmie nie zmierzają do wyjaśnienia czy wskazania przyczyny śmierci B. B., której jednoznaczne ustalenie jest niemożliwe. Skoro odpowiedź na to pytanie przynieść mogła wyłącznie sekcja zwłok, ustalenie, czy istniały jakieś nieprawidłowości procesu leczniczego, jest całkowicie zbędne- i ten wniosek opinii Instytutu jest podstawową okolicznością, która czyni niecelowym dalsze badanie szczegółów procesu leczenia, których domagała się strona powodowa w piśmie z 19 listopada 2015r. Skoro powódka dostrzegła tak liczne uchybienia u obu pozwanych, jak wynika z jej zeznań, to wyłącznie ją obciąża zaniechanie dokonania sekcji zwłok jej męża.

Uzasadniając rozstrzygnięcie o kosztach Sąd wskazał, że w sprawie zachodzą przesłanki do zastosowania art. 102 k.p.c. Sąd wyjaśnił, że powyższy przepis stwarza sądowi możliwość oceny, czy pomimo faktu, że konkretna strona sprawę przegrała, nie zachodzą takie okoliczności, które uzasadniają nieobciążanie jej kosztami procesu. Decyzja sądu co do zastosowania rozwiązania z przepisu art. 102 k.p.c. należy do dyskrecyjnej władzy Sądu, co wynika z pozostawieniem przez prawodawcę ocenie Sądu, czy instytucja ta winna zostać zastosowana w konkretnych okolicznościach sprawy. Sąd nie ma obowiązku czynienia użytku z przepisu art. 102 k.p.c., albowiem przyznaje on jedynie kompetencję, pozostawiając decyzję do czynienia z niej użytku jedynie Sądowi, o czym świadczy posłużenie się w tym przepisie wyrażeniem modalnym „może”.

W niniejszej sprawie Sąd stwierdził, że istnieją podstawy, aby zastosować instytucję nieobciążania powódki kosztami procesu. Zgodnie z oceną Sądu w rozpatrywanej sprawie zachodzi bowiem szczególnie uzasadniony przypadek.

Roszczenia powódki wiązały się ze śmiercią jej męża, który od wielu lat chorował na stwardnienie rozsiane. W toku sprawy z zeznań powódki i świadków wynikało, iż na tę samą chorobę cierpi również córka powódki. Sąd miał na względzie, że powódka nie jest osobą majątną, w związku z czym powódka została zwolniona w całości od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych (k. 148).

W związku z powyższym Sąd stwierdził, że zarówno okoliczności faktyczne związane z dochodzonym roszczeniem (strata męża) oraz sytuacja materialna i życiowa powódki, która utraciła męża, a nadto obawia się o zdrowie swej córki, cierpiącej na chorobę tę samą, na którą cierpiał jej zmarły mąż, stanowią podstawę do uznania, że przypadek ten jest szczególnie uzasadniony. Powyższe okoliczności sprawy, a nadto wynik postępowania dowodowego, zgodnie z którym – według wiedzy medycznej – przyczyna śmierci męża powódki nie jest możliwa do precyzyjnego, niewątpliwego ustalenia, wzbudziły przekonanie Sądu, że nieobciążanie powódki kosztami procesu będzie odpowiadało poczuciu sprawiedliwości.

Apelację od tego wyroku wniosła powódka zarzucając:

1) błędy w ustaleniach faktycznych oraz obrazę art. 233 § 1 kpc i art. 231 kpc poprzez:

a) błędne ustalenie, że zakażenie B. B. gronkowcem złocistym MRSA oraz pałeczką ropy błękitnej nastąpiło przed jego hospitalizacją w klinice ad. 1;

b) błędne ustalenie, że pomiędzy zakażeniem B. B. gronkowcem złocistym MRSA oraz pałeczką ropy błękitnej, a postęпами choroby SM nie zachodzi żaden związek;

c) błędne ustalenie, że niezamieszczenie w wypisie z kliniki ad. 1 informacji o zakażeniu B. B. bakteriami szpitalnymi nie miało wpływu na jego stan zdrowia i podjęte po wypisaniu ze szpitala leczenie;

d) błędne ustalenie, że po ustaniu akcji serca u B. B. co miało miejsce w szpitalu ad. 2, natychmiast przystąpiono do akcji reanimacyjnej, a samo zatrzymanie akcji serca nie spowodowało pogorszenia stanu zdrowia B. B.; błędne ustalenie, że ustanie akcji serca, nie było skutkiem umieszczenia B. B. w jednoosobowej sali, bez stałej obserwacji pacjenta i bez odpowiedniej jego pielęgnacji w tym periodycznego odsysania zawartości z rurki tracheostomijnej,

e) nieustalenie przyczyn ustania akcji serca u B. B. mającej miejsce w szpitalu ad.2,

f) błędne ustalenie, że przyczyną śmierci B. B. były postępy choroby podstawowej SM, a nie wywołana w wyniku zakażenia bakteriami szpitalnymi nabytymi w pozwanej klinice ad. 1 ostra niewydolność oddechowa, której następstwa spotęgowane zostały w wyniku nienależytej opieki w szpitalu ad. 2 skutkującej przejściowym ustaniem akcji serca.

2) obrazę art. 286 kpc w związku z art. 278 § 1 kpc poprzez niedopuszczenie dowodu z opinii nowego zespołu biegłych pomimo istnienia ewidentnych i istotnych zarzutów do opinii powołanego przez Sąd I-szej instancji zespołu biegłych;

3) obrazę przepisów art. 415 kc w związku z art. 430 kc i art. 446 § 1 i 4 kc poprzez zanegowanie przez Sąd Okręgowy istnienia przesłanek do zastosowania tych przepisów wobec obu pozwanych w tym bezprawności działania i zawinienia po stronie personelu obu pozwanych oraz poprzez zanegowanie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniami i zaniechaniami pozwanych, a śmiercią B. B.

W oparciu o powyższe zarzuty wniesiono o zmianę wyroku i uwzględnienie powództwa, a

ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania

Ponadto wniesiono o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych z zakresu medycyny na okoliczność:

a) źródła zakażenia B. B. gronkowcem złocistym MRSA i pałeczką ropy błękitnej, wpływu tego zakażenia na stan pacjenta, w tym związku tego zakażenia z postępowaniem choroby SM, związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem B. B. gronkowcem złocistym MRSA i pałeczką ropy błękitnej i jego skutkami w szczególności w postaci ostrej niewydolności oddechowej, a w konsekwencji ze śmiercią pacjenta, skutków niezamieszczenia w wypisie z kliniki ad. 1 informacji o zakażeniu patogenami szpitalnymi, w tym wpływu tego zaniechania na trafność leczenia pacjenta po jego wypisaniu ze szpitala ad. 1;

b) prawidłowości hospitalizowania B. B. w szpitalu ad. 2 w jednoosobowej sali bez stałego nadzoru pielęgniarskiego, przyczyn ustania akcji serca u pacjenta w tym, czy przyczyną tą było nieodessanie wydzielin nagromadzonych w rurce tracheostomijnej, czasu pomiędzy ustaniem akcji serca a podjęciem akcji reanimacyjnej przez personel szpitala ad. 2, związku przyczynowego pomiędzy zatrzymaniem akcji serca B. B. we trakcie jego hospitalizacji w szpitalu ad. 2 a śmiercią tego pacjenta.

W uzasadnieniu przedstawiono rozwinięcie zarzutów.

W odpowiedziach na apelację obaj pozwani wnieśli o ich oddalenie przedstawiając wywód afirmujący kwestionowane rozstrzygnięcie i jego motyw.

Pozwany ad 2) wniósł zażalenie na rozstrzygnięcie o kosztach procesu wnosząc o jego zmianę w części dotyczącej tego pozwanego i zasądzenie od powódki na jego rzecz kwoty 7017 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego. W zarządzeniu zarzucono naruszenie art. 98 k.p.c. i 102 k.p.c. oraz przepisów §21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2015 roku, poz. 1804) i §6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej z przeze radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

W uzasadnieniu wskazano, że Sąd bezzasadnie zastosował normę art. 102 k.p.c. Zdaniem skarżącego nie zachodziły wyjątkowe okoliczności pozwalające na odstępstwo od zasady ogólnej. Wywód umotywowano odwołując się do tezy wynikającej z orzecznictwa Sądu Najwyższego a odnoszącej się do oceny znaczenia trudnej sytuacji majątkowej strony dla możliwości zastosowania normy art 102 k.p.c. Wskazano też, że przed wytoczeniem powództwa strona wytoczyła postępowanie przez Wojewódzka Komisję do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych o ustalenie zdarzenia medycznego przeciwko pozwanemu a w niniejszym postępowaniu reprezentuje stronę zawodowy pełnomocnik.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

Zgodnie z art. 382 k.p.c. Sąd II instancji orzeka na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym. Z regulacji tej wynika, że postępowanie apelacyjne polega na merytorycznym rozpoznaniu sprawy. Oznacza to z kolei, że wyrok sądu drugiej instancji musi opierać się na jego własnych ustaleniach faktycznych i prawnych poprzedzonych ponowną oceną materiału procesowego.

Wykonując ten obowiązek Sąd Apelacyjny dokonał własnej oceny przedstawionego pod osąd materiału procesowego i w jej wyniku stwierdził, że (poza kwestiami opisanymi niżej, które spowodowały uzupełnienie postępowania dowodowego) Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy przeprowadził postępowanie dowodowe. Poczynione ustalenia faktyczne (zawarte w wyodrębnionej redakcyjnie części uzasadnienia zaskarżonego wyroku) nie są wadliwe i znajdują odzwierciedlenie w treści przedstawionych w sprawie dowodów. Sąd odwoławczy ustalenia Sądu Okręgowego czyni częścią uzasadnienia własnego wyroku, nie znajdując potrzeby ponownego szczegółowego ich przytaczania.

Dokonując oceny zarzutów apelacji Sąd Apelacyjny uznał za zasadne stanowisko skarżącej dotyczące wadliwego pominięcia jej wniosku o dopuszczenie dowodu z ustnego uzupełniającego wysłuchania biegłych sporządzających opinię. Stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Wynikająca z tej normy kompetencja do zasięgnięcia ustnego wyjaśnienia złożonej opinii ma służyć przede wszystkim umożliwieniu poddania wyводу lub wniosków opinii kontroli organu procesowego zgodnie z zasadami prawa procesowego i przy udziale stron procesu i wyjaśnieniu wątpliwości stron co do znaczenia i spójności poszczególnych wniosków i ocen zawartych w opinii.

W orzecznictwie wskazuje się, że zwłaszcza w sytuacji gdy strona wystąpi z umotywowanymi zastrzeżeniami do opinii biegłego pojawia się potrzeba zażądania dodatkowej opinii dla wyjaśnienia zgłoszonych kwestii (por. wyr. SN: z 17.9.2009 r., II UK 7/09, Legalis; z 22.2.2010 r., I UK 227/09, Legalis; z 7.1.2011 r., I UK 252/10, Legalis);

Skorzystanie z tej kompetencji jawi się więc jako niezbędne zwłaszcza w sytuacji gdy opinia zawiera sformułowania lub wnioski mogące być przez odbiorców nie posiadających wiedzy fachowej rozumiane w sposób niejednoznaczny i pozostawiające wątpliwości, które nie mogą być definitywnie usunięte wyłącznie przez wnioskowanie oparte o zasady doświadczenia życiowego i logiki oraz wiedzy powszechnej. Dotyczy to zwłaszcza opinii operujących hermetycznym językiem naukowym lub branżowym, czy też wskazujących na przyjęcie przez biegłych swoistych „skrótów myślowych”, rozumiałych dla osób posiadających odpowiednią wiedzę lecz powodujących uzasadnione

wątpliwości u innych odbiorców. W takiej sytuacji bezpośrednia konfrontacja wątpliwości i zarzutów formułowanych przez strony lub sąd ze stanowiskiem biegłego na rozprawie i umożliwienie bezpośredniej (w ramach dyskursu procesowego) prezentacji stanowiska pozwala na ujednocznienie wypowiedzi biegłego oraz ustalenie znaczenia argumentów podnoszonych przez strony. W ten sposób też ustne wyjaśnienie opinii pisemnej pozwala Sądowi na dokładniejszą weryfikację twierdzeń stron a zarazem ocenę, czy sprawa wymaga ewentualnego zasięgnięcia dalszych opinii biegłych.

Odnosząc się w tym kontekście do zarzutów apelacji dostrzec należy, że biegli w pisemnej opinii (a następnie w pisemnym uzupełnieniu opinii) odnosili się do stanowiska i zarzutów powódki w sposób niewątpliwie kategorię i jednoznaczny. Trafnie też Sąd Okręgowy, odnosząc się do zastrzeżeń strony powodowej zgłoszonych w odniesieniu do postanowienia oddalającego wnioski o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii wskazywał na to, że zasadnicza część wywodów powódki kwestionujących opinię oraz jej uzupełnienie stanowi w istocie polemikę z wnioskami biegłych, czy też odnosi się do kwestii leżących poza sferą kognicji (jak należy oceniać kwestię wpływu wypisania męża powódki ze szpitala ad 1) na zagrożenie dla zdrowia córki powódki zamieszkującej w tym samym mieszkaniu). Zasadnie stwierdza też Sąd, że część uwag i zastrzeżeń strony powodowej wskazuje na oczekiwanie rozbudowania wywodów opinii poza zakres niezbędny dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Niewątpliwie zaś zgodnie z art. 278 k.p.c. opinia biegłego ma w procesie służyć ustaleniu okoliczności, do których stwierdzenia (prawidłowej oceny ich znaczenia dla przedmiotu procesu) wymagana jest wiedza specjalna (a więc np. wiedza naukowa czy też techniczna) swym zakresem wykraczająca poza zakres wiedzy ogólnej (powszechnej). Zatem opinia biegłego nie może odnosić się do kwestii dla rozstrzygnięcia sporu nieistotnych (nie stanowiących przedmiotu dowodu w rozumieniu normy art. 227 k.p.c.) ani też dotyczyć kwestii i rozważań o charakterze wysoce abstrakcyjnym i hipotetycznym (nie odnoszącym się do wniosków wynikających z materiału procesowego przedłożonego przez strony pod osąd). Dotyczy to także opinii w sprawach, w których podstawą roszczeń jest twierdzenie o dopuszczeniu się przez pozwanego tzw. błędu medycznego, które dotyczyć powinny wyłącznie oceny (z uwzględnieniem wiedzy medycznej) zdarzeń wynikających z materiału procesowego .

Z uwagi na specyfikę tego rodzaju spraw, specyfikę wiedzy medycznej (i języka naukowego, którym posługują się biegli) i (często) spekulatywność oceny wpływu poszczególnych czynników i zdarzeń na skutki dla zdrowia lub życia pacjenta, wywody opinii mogą jednak pozostawiać obiektywnie uzasadnione wątpliwości podmiotów postępowania cywilnego. W związku z tym w realiach niniejszej sprawy trafnie zarzuca powódka, że wywód opinii (przede wszystkim z uwagi na sposób redakcji rozbudowanych i wielowątkowych pytań strony powodowej oraz odpowiedzi odnoszących się z kolei często w sposób bardzo zwięzły do tych pytań) budzić mógł wątpliwości co do przejrzystości sposobu wnioskowania biegłych. W ocenie Sądu odwoławczego więc dla zapewnienia ochrony praw procesowych stron i umożliwienia im bezpośredniego skonfrontowania swoich uwag ze stanowiskiem biegłych niezbędnym było w niniejszej sprawie odebranie od biegłych ustnych wyjaśnień na rozprawie na podstawie art. 286 k.p.c.

Stąd też Sąd odwoławczy uznając za częściowo uzasadniony zarzut naruszenia art. 286 k.p.c. dopuścił dowód z ustnej uzupełniającej opinii i umożliwił stronie powodowej bezpośrednie przedstawienie swoich argumentów wobec biegłych.

Oceniając wyniki tego dowodu mieć należy na względzie, że opinia biegłego jako dowód o specyficznym charakterze w świetle utrwalonych poglądów judykatury podlegać może ocenie sądowej jedynie w takiej płaszczyźnie, w jakiej ocena ta nie ingeruje w zakres dotyczący ściśle wiadomości specjalnych. Zatem Sąd ocenia opinię pod kątem zgodności z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, oraz kompletności (rozumianej jako konieczność uwzględnienia przez biegłych w swoim wnioskowaniu wszystkich istotnych przesłanek, jakie wynikają z materiału procesowego poddanego ich badaniu).

W tym kontekście Sąd Apelacyjny stwierdza, że przeprowadzona na etapie postępowania apelacyjnego czynność dowodowa w istocie utwierdza w przekonaniu o trafności oceny materiału dowodowego dokonanej przez Sąd Okręgowy. Biegli w sposób przejrzysty i stanowczy odnieśli się do pytań i zastrzeżeń powódki. Wywód biegłych jawi się przy tym jako spójny logicznie i zgodny z zasadami doświadczenia życiowego. Nie budzi też obecnie wątpliwości

odniesienie się przez biegłych do całokształtu materiału dowodowego w zakresie niezbędnym dla rozstrzygnięcia o żądaniach pozwu. Uwzględniając kwestię posiadanego przez osoby sporządzające opinię i biorące udział w przesłuchaniu wykształcenia i doświadczenia zawodowego, stwierdzić należy, że nie zachodzą przesłanki, by konkluzje biegłych podważać lub deprecjonować.

Z tych też przyczyn Sąd odwoławczy nie znalazł podstaw do tego, by dopuścić (zgodnie z wnioskiem zawartym w apelacji) dowód z opinii kolejnego (innego) zespołu biegłych. Zważyć należy bowiem, że nie uzasadnia żądania dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego jedynie brak zgody strony na wnioski opinii i niezadowolenie z wyników tego dowodu. (por. np. Wyrok Sądu Najwyższego z 2001-10-18, IV CKN 478/00), zaś skarżąca nie przedstawiła takich argumentów, które wskazywałyby na wady opinii (jej niespójność logiczną lub sprzeczność z zasadami doświadczenia życiowego) czy też pominięcie jakichkolwiek faktów istotnych dla rozstrzygnięcia.

Dokonując (na podstawie zgromadzonego w postępowaniu przez Sąd I instancji i uzupełnionego w toku postępowania odwoławczego materiału procesowego) oceny prawnej powództwa, stwierdzić należy, że trafnie i w sposób wyczerpujący Sąd Okręgowy przedstawił podstawę prawną powództwa. Zasadne i niewymagające powtórzenia jest odwołanie się przez Sąd do treści art. 446 §1 i §4 k.c. w zw. z art. 430 k.c. i art. 416 k.c. Prawidłowo też Sąd odwołał się do treści art. 361 k.c., zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Uzasadnione jest w świetle tego przepisu stanowisko Sądu Okręgowego, wskazującego na konieczność wykazania przez powódkę, że zarzucalne przez nią zachowanie obu pozwanych mające świadczyć o tzw. „organizacyjnych” błędach medycznych, pozostaje w adekwatnym (normatywnym) związku przyczynowym ze śmiercią męża powódki (innymi słowy, że śmierć pacjenta była adekwatnym - zwykłym w rozumieniu art. 361 k.c.) następstwem błędów medycznych pozwanych.

Dokonując wykładni powołanego przepisu za normalne przyczyny powstania szkody uznaje się te przyczyny, które każdorazowo zwiększają możliwość (prawdopodobieństwo) nastąpienia badanego skutku. W orzecznictwie następstwo uznawane jest za "normalne", jeśli „w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest zwykłym następstwem” tego zdarzenia (wyrok SN z 26.1.2006 r., II CK 372/05, OSP 2008, Nr 9, poz. 96). Innymi słowy następstwo ma charakter normalny, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest zwykle następstwem tego zdarzenia (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28.04.2004 r., III CK 495/02 i z dnia 26.01.2006 r., II CK 372/05).

Odnosząc powyższe uwagi do materiału procesowego w niniejszej sprawie stwierdzić należy, że powódka zarzuca pozwanemu ad.1), iż przyczynił się do śmierci B. B. wskutek dopuszczenia do zakażenia tzw. bakteriami szpitalnymi i zaniechania umieszczenia w karcie wypisu ze szpitala informacji o tymże zakażeniu. W tym zakresie opinia biegłych kategorycznie wykluczyła istnienie związku przyczynowego. Nie powtarzając wyводу biegłych stwierdzić należy przede wszystkim, że w świetle zasad doświadczenia życiowego istotne jest wzięcie pod uwagę stanu i przyczyny, dla której pacjent znalazł się w pozwanym szpitalu (a więc zdiagnozowanie poważnej infekcji dróg oddechowych, która bezpośrednio zagrażała jego życiu zwłaszcza przy uwzględnieniu stanu zdrowia wynikającego z nękającej pacjenta choroby SM) oraz (co także podkreśla Sąd Okręgowy za opinią biegłych) skutków (dla stanu zdrowia pacjenta) długotrwałej walki z tą chorobą przy wykorzystaniu leków immunosupresyjnych, istotnie ograniczających odporność pacjenta na zakażenia bakteriami, które w normalnych warunkach (dla osoby ogólnie zdrowej), nie stanowiłyby istotnego zagrożenia (a zwłaszcza nie zagrażałyby rozwojem zakażenia narażającego na utratę życia).

W tym też kontekście muszą być brane pod uwagę wnioski biegłych dotyczące skutków stwierdzenia zakażenia szczepami bakterii lekoopornych. Z materiału procesowego wynika, że zakażenie to zostało ujawnione w trakcie leczenia innego poważnego zakażenia bakteryjnego, z którym pacjent został przyjęty do szpitala. Po pozytywnym (skutecznym) zakończeniu leczenia zakażeń bakteryjnych pacjent został wypisany ze szpitala. Zatem choroba będąca skutkiem zakażenia bakteriami lekoopornymi została wyleczona, a niebezpieczeństwo dla życia pacjenta w tamtym

momencie zostało zażegane. Nie ma żadnego dowodu, który pozwoliłby na przyjęcie, że istnieje jakikolwiek związek między stwierdzeniem i leczeniem zakażenia w pozwanym szpitalu a późniejszym zachorowaniem i leczeniem B. B., które w sekwencji zdarzeń doprowadziło ostatecznie do pobytu w szpitalu prowadzonym przez pozwanego ad. 2 i do zatrzymania akcji serca w trakcie tego pobytu oraz dalszych następstw, które spowodowały pogarszanie się stanu zdrowia a następnie śmierć B. B..

W szczególności zwrócić należy w tym kontekście uwagę na te istotne wywody biegłych, które wskazują na specyfikę przebiegu choroby SM u męża powódki i związaną z tą właśnie chorobą jego podatność na zakażenia dróg oddechowych, prowadzące do stanu zagrażającego jego życiu. Jednocześnie zwrócić należy uwagę na to, że nie budzi zastrzeżeń w świetle zasad doświadczenia życiowego i logiki to, że dalsze zakażenia mogły pochodzić od innych szczepów bakteryjnych niż te, które spowodowały zakażenie w szpitalu pozwanego ad. 1), skoro (jak wynika z opinii) bakterie, które stwierdzano u pacjenta również w szpitalu ad. 2) występują powszechnie, a pacjent z uwagi na swój stan zdrowia oraz poddawanie go różnym zabiegom i procedurom medycznym był z jednej strony narażony na kontakt z różnymi szczepami drobnoustrojów, z drugiej zaś rozwój poważnych zakażeń był dużo bardziej prawdopodobny i znacznie trudniejszy do zwalczenia niż w przypadku osób nie dotkniętych chorobą SM i nie przyjmujących leków służących do zatrzymania rozwoju tej choroby.

Nie można też przyjąć w świetle materiału, by to zakażenie bakteriami wpływało istotnie na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, które skutkowało następnie jego śmiercią. Odnosząc się do tej kwestii ponownie zwrócić należy uwagę na wywody biegłych dotyczące stanu B. B. wynikającego z rozwoju choroby SM i sposobów farmakologicznego zapobiegania temu rozwojowi. Ten właśnie stan (a nie zakażenie określonym szczepem bakterii) skutkowało narażeniem powoda na kolejne zakażenia wymagające złożonego leczenia i zagrażające w każdym przypadku życiu pacjenta.

Dokonując zatem wnioskowania co do przyczyn śmierci pacjenta w myśl zasad *conditio sine qua non* (tzw. test warunku koniecznego) stwierdzić należy, że wyeliminowanie z przebiegu choroby B. B. zdarzeń związanych z przebyciem zakażeniem w szpitalu ad. 1), nie pozwala na uznanie, by w przypadku niezrealizowania tego zachorowania nie doszło do skutku w postaci dalszego pogarszania stanu zdrowia (a w konsekwencji do śmierci) pacjenta. To powoduje, że nie można przyjąć, by wykazane zostało, że zakażenie stwierdzone i leczone w trakcie pobytu w szpitalu pozwanego ad 1) stanowiło przyczynę śmierci męża powódki.

Ta sama konkluzja dotyczy zaniechania ujawnienia faktu zakażenia bakteriami szpitalnymi w epikryzie. Jakkolwiek biegli wskazali na powinności szpitala w zakresie ujawniania tego rodzaju danych, jednak wynika też jednoznacznie z opinii (zwłaszcza po ustnym jej uzupełnieniu), że ujawnienie to ma znaczenie z punktu widzenia zasad epidemiologicznych (a więc ma umożliwić w przyszłości w przypadku leczenia pacjenta ewentualne zapobieganie zakażeniu innych osób). Nie ma natomiast znaczenia diagnostycznego dla ustalenia rodzaju szczepów bakterii, które wywoływać będą późniejsze zakażenia pacjenta. Z materiału procesowego w niniejszej sprawie również nie wynika, by zaniechanie umieszczenia informacji, o której mowa, miało jakiegokolwiek znaczenie dla późniejszych czynności diagnostycznych i skutkowało negatywnie dla przebiegu leczenia kolejnych zakażeń, które dotyczyły (i musiały dotyczyć ze znacznym prawdopodobieństwem) zmarłego (jak wskazano wyżej warunkowanych przede wszystkim stanem jego zdrowia wynikającym z procesu walki z postępującą chorobą SM).

Z tych przyczyn trafnie Sąd I instancji nie uznał odpowiedzialności pozwanego ad. 1) za skutek w postaci śmierci męża powódki.

Odnosząc się do okoliczności mających świadczyć o odpowiedzialności pozwanego ad. 2) stwierdzić należy, że powódka uwypukla na etapie postępowania odwoławczego przede wszystkim warunki, w jakich odbywało się leczenie (nadając znaczenie braku wykorzystywania w procesie leczenia aparatury monitorującej w sposób stały funkcje życiowe oraz usytuowaniu sali, w której przebywał pacjent, w stosunku do dyżurki pielęgniarek).

W ocenie Sądu trafnie zarzuca skarżąca, że warunki te nie mogą być uznane za odpowiadające standardom medycznym, jakich wymagać należy od podmiotów prowadzących szpitale w obecnych realiach społeczno –

ekonomicznych. Podkreślić należy (na co też zwracali biegli w trakcie przesłuchania na rozprawie), że sposób monitorowania i kontrolowania pacjenta musi być adekwatny do jego stanu zdrowia i obecnych możliwości technicznych (jakie realnie – przy uwzględnieniu kwestii ekonomicznych) zapewnić może wyspecjalizowana placówka medyczna. Biorąc zaś pod uwagę stan męża powódki określany zgodnie przez wszystkich lekarzy jako poważny, nie sposób nie oczekiwać od szpitala stosowania aparatury monitorującej podstawowe funkcje życiowe, zwłaszcza wobec opisywanej w sprawie lokalizacji dyżurki pielęgniarek względem sali, na której umieszczono pacjenta i (wskazywanej przez biegłych dostępności takiej aparatury).

Nie wydaje się więc, w świetle zasad doświadczenia życiowego i logiki, by wystarczającym przy obecnym rozwoju techniki i dostępności aparatury monitorującej było poprzestanie wyłącznie na okresowej (nawet dokonywanej starannie i regularnie) obserwacji stanu pacjenta przez pielęgniarkę. Nie może tego stanu uzasadniać trwający remont szpitala. Prowadzenie prac remontowych nie może zwalniać podmiotu prowadzącego szpital od dołożenia (w stosunku do hospitalizowanych w czasie takich prac pacjentów) staranności adekwatnej dla stanu pacjenta oraz rozwoju wiedzy medycznej i techniki wspierającej wykonywanie usług medycznych.

Stwierdzić zatem należy, że nie można poczytać za prawidłowy przyjętego sposobu monitorowania funkcji życiowych stanu pacjenta przez pozwanego ad. 2). Tym niemniej również i w tym przypadku nie można uznać za uzasadnioną tezę, że nieprawidłowość ta pozostaje w związku przyczynowym ze śmiercią pacjenta (czy też z pogorszeniem jego stanu zdrowia wywołanym zatrzymaniem akcji serca).

W tym zakresie Sąd odwoławczy ocenił jako wiarygodne zeznania świadka B. S. w tej części, w której twierdzi ona, że przerwanie akcji serca pacjenta nastąpiło w jej obecności i niezwłocznie personel oddziału przystąpił do akcji reanimacyjnej. W uzasadnieniu apelacji powódka starała się wprawdzie podważyć wiarygodność zeznań tego świadka (wskazując na konieczność ich oceny z „dostateczną dozą krytycyzmu” i sugerując, że bardziej prawdopodobna jest wersja, że do zatrzymania akcji serca doszło, gdy nikogo z personelu nie było w pobliżu), to jednak nie wskazuje skarżąca, jakie okoliczności (dowody) miałyby podważać prawdziwość świadka. Samo powołanie się na „dogodność” wersji opisywanej przez świadka. Stanowisko to zakłada a priori, że świadek zeznawać będzie prawdę wyłącznie w sytuacji, gdy jest to dla niego „dogodne”. Zarzucenie świadkowi krzywoprzysięstwa (a więc w istocie popełnienie przestępstwa) wyłącznie w oparciu o takie założenie uznać należy za sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego. Jako zasadę przyjmować należy, że świadkowie prawidłowo pojmują swoje powinności procesowe i wykazać trzeba, że co do konkretnej osoby założenie to zawodzi (z przyczyn dających się zindywidualizować i poddać ocenie).

Co więcej - wersję zdarzeń przedstawioną przez świadka potwierdzili przesłuchani na rozprawie biegli, oceniając skutki zatrzymania akcji serca dla zdrowia pacjenta i wskazując na powodzenie akcji reanimacyjnej oraz (na pytanie Sądu) wskazując, że akcja ta musiała być podjęta niezwłocznie po ustaniu akcji serca, gdyż w przeciwnym wypadku skutki te byłyby znacznie bardziej rozległe.

W rezultacie także w odniesieniu do zaniechania w zakresie prawidłowego monitoringu pacjenta przez pozwanego ad 2) nie sposób przyjąć, że zaistniał związek przyczynowy między tym stanem rzeczy a późniejszym pogorszeniem się stanu zdrowia prowadzącym ostatecznie do śmierci pacjenta w kolejnej placówce medycznej.

Z przedstawionych przyczyn należało podzielić argumentację Sądu I instancji, która doprowadziła do oddalenia powództwa.

Odnosząc się szczegółowo do zarzutów apelacji stwierdzić należy po pierwsze, że bezzasadnie skarżący zarzuca błędne ustalenie iż między zakażeniem gronkowcem złocistym MRSA i pałeczką ropy błękitnej a postępowaniem choroby SM nie zachodzi związek.

W tym też świetle zasadnie Sąd Okręgowy odrzucił tezę, by fakt przebycia przez B. B. zakażenia bakteriami lekoopornymi w szpitalu pozwanego ad. 1) mógł pozostawać w normatywnym (adekwatnym) związku przyczynowym z jego śmiercią (by śmierć pacjenta mogła być uznana za zwykłe następstwo zakażenia). Skarżąca nie wskazuje, z

jakich fragmentów materiału procesowego miałyby wynikać to, że późniejsze (po opuszczenia szpitala pozwanego ad. 1) zakażenia bakteryjne miałyby mieć swoje źródło w nieprawidłowym zakończeniu leczenia zakażenia (jak to opisuje skarżąca w uzasadnieniu apelacji - „namnażaniu się” bakterii, którymi miał zostać zarażony w szpitalu ad. 1).

Przedstawiając zaś rozumowanie logiczne, oparte o zasady indukcji, skarżąca za punkt wyjścia przyjmuje stan zdrowia męża w dniu 17 kwietnia 2012 roku, pomijając całkowicie przyczyny, dla których pacjent był przyjęty do szpitala (na co z kolei wskazywała jednoznacznie opinia biegłych). Przyczyny te (a więc zagrażające życiu męża powódki zakażenie bakteryjne dróg oddechowych w stanie zdiagnozowanym jako sepsa) wynikały zaś niewątpliwie z opisanych wyżej skutków stanu zaawansowania choroby SM. Twierdząc, że doszło do rzutu tej choroby w następstwie zakażenia bakteriami szpitalnymi pomija więc skarżąca wnioski opinii wskazujące na to, że to stan zdrowia pacjenta wynikający z postępów choroby SM powodował znaczne ryzyko (z uwagi na istotne osłabienie odporności) kolejnych zakażeń niezależnie od szczepu bakterii. W tym też kontekście przypomnieć należy, że z opinii wynika, iż flora bakteryjna kolonizująca zwykle organizm człowieka, zazwyczaj nie powodująca dla zdrowej osoby żadnego zagrożenia, w przypadku męża powódki stanowiła zarzewie zakażenia niebezpiecznego dla życia.

Ta właśnie okoliczność (zasadniczo pomijana we wnioskowaniu skarżącego) a nie przebycie przez pacjenta zakażenia konkretnym szczepem bakterii, musi być uznana za znaczącą dla progresu choroby. Kolejne zakażenia (podatność na zakażenia nie dotyczące zwykle osób zdrowych) stąd właśnie wynikały.

Z opinii biegłych wynika również jednoznacznie, że neurologiczny stan pacjenta jeszcze przed przyjęciem do szpitala ad. 1) musi być oceniany jako bardzo poważny. Opinia ta została podtrzymana na rozprawie przed Sądem odwoławczym, w trakcie której odnieśli się biegli do zeznań powódki wskazujących na to, że jej zeznania temu nie przeczą i wskazywali na szczególne cechy ludzkiego organizmu, które pozwalają do pewnego momentu kompensować niszczące dla układu nerwowego skutki postępującej choroby SM. W tym kontekście zatem nie sposób uznać by wnioskowanie logiczne przedstawione w apelacji było adekwatne do realiów sprawy i mogło uzasadniać żądania skarżącej.

Odnosząc się do dalszych uwag skarżącej stwierdzić należy, że w świetle wcześniejszych wywodów w istocie bez znaczenia pozostaje kwestia, czy do zakażenia bakteriami pałeczki ropy błękitnej i gronkowca złocistego MRSA doszło przez rozwój szczepów, których nosicielem był mąż powódki w momencie przyjęcia do szpitala ad. 1) czy też zakażenie spowodowała flora bakteryjna, z którą zetknął się dopiero w tym szpitalu. Jak wskazano bowiem wyżej - między zakażeniem a śmiercią pacjenta nie sposób doszukać się adekwatnego związku przyczynowego w rozumieniu normy art. 361 §1 k.c.

Tym niemniej Sąd odwoławczy nie znalazł podstaw, by uznać za uzasadniony zarzut błędnego ustalenia przez Sąd Okręgowy w omawianym zakresie. Powódka swoje odmienne stanowisko opiera przede wszystkim o argument odwołujący się do okresu, jaki upłynął między przyjęciem jej małżonka do szpitala ad. 1) a stwierdzeniem zakażenia wywołanego przez wskazane wyżej bakterie. W oparciu o wnioski wynikające z literatury fachowej powódka wywodzi, że okres inkubacji zakażenia zazwyczaj znacznie krótszy niż okres pobytu B. B. w szpitalu, co wskazuje jednoznacznie na to, że do infekcji musiało dojść w szpitalu. Opiera się skarżąca w istocie o wnioskowanie oparte o dowód prima facie, znajdujący swoją podstawę normatywną w treści art. 231 k.p.c. Konstrukcja ta ma praktyczne zastosowanie w sytuacjach, gdy dowodzenie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia jest niezwykle trudne z uwagi na ich specyfikę. Wśród przykładów takich sytuacji wskazuje się zwłaszcza okoliczności mające wskazywać na tzw. błąd medyczny w tym sytuacji zakażenia (zob. K. Markiewicz, Dowody w postępowaniu cywilnym, pod red. Ł. Błaszczaka, K. Markiewicza, E. Rudkowskiej-Ząbczyk, Warszawa 2010, s. 93–94).

Dowód prima facie wykorzystywany jest więc przede wszystkim w tych postępowaniach, w których osiągnięcie pewności o faktach jest niemożliwe lub znacznie utrudnione i służy przede wszystkim do ustalenia związku przyczynowego, winy i odpowiedzialności. W orzecznictwie podkreśla się w związku z tym, że dowód prima facie zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od zmuszonego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego

i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste (zob. wyrok SN z 2.6.2010 r., III CSK 245/09, Legalis). Wskazuje się, że dowód ten dotyczy okoliczności, wskazujących na istnienie związku przyczynowo-skutkowego między określonymi zdarzeniami. Podstawę ustalenia takiego związku stanowi przekonanie sądu, oparte na doświadczeniu życiowym oraz wiedzy, że w typowym przebiegu zdarzeń, które po sobie nastąpiły, związek taki zwykle występuje.

W orzecznictwie podkreśla się zarazem, że jeśli strona, przeciwko której dowód *prima facie* działa, przeprowadzi dowód, że w konkretnych okolicznościach sprawy założony związek przyczynowo-skutkowy nie zachodzi lub że skutek został spowodowany inną przyczyną, to na założonej przez sąd więzi przyczynowo-skutkowej nie będzie można konstruować podstawy faktycznej rozstrzygnięcia (por np. wyrok SN z 15.4.2005 r., I CK 653/04).

W niniejszej z opinii biegłych wynika, że w istocie nie można wykluczyć ani sytuacji w której do zakażenia doszło wskutek rozwoju szczepów, których nosicielem był pacjent przed przyjęciem go do szpitala ani też sytuacji, w której doszło do zakażenia wywołanego bakteriami obecnymi w szpitalu.

Jednocześnie biegli wskazali na szereg argumentów podważających wnioskowanie *prima facie* wyłącznie w oparciu o datę ujawnienia zakażenia bakteriami szpitalnymi. Punktem wyjścia dla tego wnioskowania jest stan zdrowia pacjenta i rodzaj schorzeń z powodu których został przyjęty do szpitala (zagrożająca życiu bakteryjna infekcja dróg oddechowych). W tym kontekście też istotne są uwagi biegłych dotyczące (wynikającej z przebiegu SM) wysokiego prawdopodobieństwa jednoczesnego nosicielstwa przez pacjenta wielu innych szczepów bakterii, poza tymi jakie wyizolowano z wydzielin pacjenta w momencie przyjmowania do szpitala. W tym też świetle uwzględnić należy opisywany w opinii sposób pobierania próbek do badania w momencie przyjmowania do szpitala, determinowany złym stanem zdrowia pacjenta (a niewykluczający istnienia w innych - niezbadanych wówczas - częściach narządów układu oddechowego ognisk innych szczepów bakterii, o których mowa wyżej). Wreszcie powódka pomija opisywaną przez biegłych sekwencję zakażenia bakteryjnego, według której wskutek postępów w leczeniu bakterii zidentyfikowanych po przyjęciu B. B. do szpitala, fragmenty układu oddechowego oczyszczone z tych bakterii były „kolonizowane” przez bakterie szczepów wcześniej mniej aktywnych, odpornych na leki stosowane przeciwko pierwotnie zdiagnozowanym czynnikom chorobotwórczym.

W tym świetle argumentacja biegłych wskazująca na istotne prawdopodobieństwo nosicielstwa przez pacjenta bakterii ujawnionych w trakcie leczenia, musi być oceniana nadto przy uwzględnieniu wskazywanej przez biegłych powszechności występowania szczepów (przy małej ich szkodliwości dla osób zdrowych) oraz wobec podnoszonej przez biegłych specyfiki sprawy związanej z przebiegiem choroby SM u męża powódki, skutkującej poważnymi problemami właśnie w obrębie układu oddechowego i łączącymi się z istotnie obniżoną odpornością organizmu.

Dodatkowo też uwzględnić należy fakt, że nie wykazano, by w szpitalu pozwanego ad 1 w okresie objętym sprawą stwierdzono inne przypadki zakażenia tymi samymi szczepami bakterii, co także podważa zgodność z realiami niniejszej sprawy wnioskowania *prima facie* prezentowanego przez skarżącą.

W rezultacie w ocenie Sądu odwoławczego znacznie bardziej prawdopodobnym jest stanowisko, że do zakażenia bakteriami pałeczki ropy błękitnej i gronkowca złocistego MRSA doszło wskutek rozwoju szczepów, których nosicielem był pacjent w momencie przyjęcia do szpitala. To powoduje, że za wzruszone należy uznać domniemanie faktyczne, o które opiera się stanowisko prezentowane przez powódkę. Oparcie o to domniemanie rozstrzygnięcia nie mogłoby być więc uznane za prawidłowe.

Dalsze zarzuty powódki dotyczą procesu leczenia w szpitalu prowadzonym przez pozwanego ad2).

Odnosząca się (zgodnie z sekwencją przyjętą w apelacji) w pierwszej kolejności do kwestii błędnego ustalenia przebiegu akcji reanimacyjnej po ustaniu akcji serca pacjenta, odwołać się należy do wcześniejszych uwag przedstawionych w ramach oceny materiału procesowego dokonanej przez Sąd odwoławczy. W apelacji poza sugestiami dotyczącymi „interesu” świadka B. S. w składaniu zeznań sprzecznych z prawdą, nie przedstawiono żadnych innych wywodów wskazujących na naruszenie przez Sąd Okręgowy wzorca oceny dowodów określonego

normą art. 233 §1 k.p.c. W szczególności skarżąca nie wskazuje, z jakiej przyczyny uznanie zeznań świadka za wiarygodne miałyby popadać w sprzeczność z zasadami logiki lub doświadczenia życiowego. Nie wskazuje też powódka dowodów, na podstawie których należałoby poczynić odmienne ustalenia faktyczne. Podkreślić należy ponownie, że wiarygodność zeznań świadka potwierdza (także na etapie postępowania apelacyjnego) opinia biegłych wskazując na to, że w przypadku podjęcia akcji reanimacyjnej z opóźnieniem skutki zatrzymania akcji serca byłyby inne. Biegli wyjaśnili również pojawiające się w apelacji twierdzenia dotyczące nieodzyskania przytomności przez pacjenta, wskazując że pacjent po reanimacji odzyskał przytomność, którą nauka medyczna odróżnia od stanu braku możliwości nawiązania z pacjentem kontaktu. Biegli wskazali że przyczyną tego stanu rzeczy po zabiegu reanimacyjnym była choroba samoistna (SM). Wnioskowanie to jest uzasadnione w realiach sprawy, zważywszy na jednoznacznie wynikające z materiału procesowego zasadnicze trudności w kontakcie z pacjentem również przed zatrzymaniem akcji serca.

Z kolei zarzucając, że sąd błędnie zaniechał ustalenia, iż przyczyną ustania akcji serca miałyby być nieoczyszczenie w odpowiednim momencie rurki tracheostomijnej, skarżąca również nie odnosi swoich uwag do treści materiału dowodowego i nie wskazuje, w oparciu o jakie dowody można poczynić tego rodzaju ustalenia. Biegli wskazali na krytyczny stan zdrowia pacjenta jako przyczynę ustania akcji serca. Z żadnego dowodu nie wynika, by wersja wskazywana przez powódkę (a dotycząca rażących zaniedbań personelu w opiece na chorym) znajdowała choćby uprawdopodobnienie. Nie potwierdza zarzutów powódki uzupełniona opinia biegłych, którzy jednoznacznie wskazali na to, że brak oczyszczenia rurki tracheostomijnej nie jest prawdopodobną przyczyną ustania akcji serca.

W rezultacie nie sposób przyjąć, że samo zarzucenie sądowi nieprawidłowych ustaleń bez wskazania tych partii materiału procesowego, z których miałyby wynikać ustalenia postulowane przez skarżącą, w sposób wystarczający uzasadniania zarzut naruszenia art. 233 k.p.c.

Odnosząca się z kolei do zarzutów apelującej dotyczących nieustalenia przez biegłych przyczyn śmierci jej męża ponownie wskazać należy na uwagi biegłych uwypuklające to, że precyzyjna i jednoznaczna przyczyna zgonu mogła być ustalona jedynie na podstawie sekcji zwłok, której jednak nie przeprowadzono. Z drugiej strony zaś biegli dokładnie wskazali na postęp choroby SM jako zasadniczą przyczynę, która prowadziła do stopniowego pogarszania się stanu zdrowia i w efekcie do śmierci pacjenta. Dodać należy, że chronologia pobytu męża powódki w kolejnych palcówkach szpitalnych jednoznacznie potwierdza tezę przyjętą przez biegłych.

Tezie tej nie zaprzecza natomiast nie odnoszące się do konkretnej sytuacji pacjenta i przebiegu jego choroby ogólne twierdzenie że z chorobą SM można przeżyć nawet kilkadziesiąt lat. Prawda ta, znajdująca potwierdzenie w świetle zasad doświadczenia życiowego, nie tworzy niestety zasady odnoszącej się do każdego przypadku tej ciężkiej choroby i jako taka nie może stanowić podstawy do formułowania jakichkolwiek domniemań faktycznych w procesie cywilnym.

Wyżej odniesiono się do kwestii poprawności pominięcia przez Sąd Okręgowy wniosku o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii biegłych, zatem zbędne jest ponawianie w tym miejscu argumentacji dotyczącej tego zarzutu apelacji.

Odnosząc się z kolei od zarzutów naruszenia prawa materialnego stwierdzić należy, że wobec braku podstaw do tego, by w świetle materiału poczynić ustalenia faktyczne odmienne od przyjętych przez Sąd Okręgowy, nie sposób zanegować poprawności zastosowania przez ten Sąd powoływanych w apelacji przepisów kodeksu cywilnego. W szczególności nie przedstawia skarżąca wywodu podważającego stanowisko Sądu I instancji co do braku podstaw do przyjęcia istnienia normatywnego związku przyczynowego między zdarzeniami opisywanymi jako podstawa odpowiedzialności każdego z pozwanych a śmiercią męża powódki. Zatem z tej przyczyny nie można przypisać pozwany odpowiedzialności za krzywdę powódki.

Z uwagi na podnoszoną w toku sporu przez powódkę argumentację odwołującą się do szeregu zarzutów dotyczących nienależytej opieki nad małżonkiem oraz narażenia córki na zarażenie bakteriami lekoopornymi, podkreślenia wymaga, że norma art. 446 §1 i §4 k.c., z której powódka wywodzi swoje roszczenia dotyczy wyłącznie czynu

niedozwolonego skutkującego śmiercią osoby najbliższej. Zatem powódka swoje żądanie opierać może wyłącznie o takie zdarzenia, które były przyczyną śmierci jej męża.

Nie uzasadnia roszczeń powódki więc każdy zarzut, który dotyczy niedołożenia należytej staranności przy wykonywaniu usług medycznych lecz jedynie takie zaniedbanie które można powiązać przyczynowo (w granicach statuowanych normą art. 361 §1 k.c.) ze skutkiem, z którym powódka wiąże swoje prawo do zadośćuczynienia oraz odszkodowania. W tym sensie zasadnicze dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie było ustalenie istnienia (spełniającego przesłankę adekwatności) powiązania przyczynowego między zarzucanymi naruszeniami standardów staranności oczekiwanych od podmiotów prowadzących szpitale a śmiercią pacjenta. Opisany wyżej brak wykazania tej przesłanki uniemożliwia więc uwzględnienie powództwa i czyni bezzasadnym twierdzenie o dopuszczeniu się przez Sąd Okręgowy naruszenia przepisów prawa materialnego.

Z tych przyczyn Sąd odwoławczy nie znalazł też podstaw by przypisać Sądowi Okręgowemu naruszenie przepisów prawa materialnego.

W rezultacie stosując normę art. 385 k.p.c. orzeczono o oddaleniu apelacji.

Odnosząc się z kolei do zażalenia pozwanej ad. 2) stwierdzić należy wstępnie, że stosownie do uczynionej przez Sąd Okręgowy podstawą zaskarżonego rozstrzygnięcia treści art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Norma ta stanowi jeden z ustawowych wyjątków zasady finansowej odpowiedzialności za wynik procesu (art. 98 k.p.c.), w myśl której podmiot przegrywający proces jest zobowiązany do zwrotu wygrywającemu kosztów niezbędnych dla celowego dochodzenia praw i celowej obrony.

Norma art. 102 k.p.c. kreując wyjątek od opisanej zasady daje sądowi swobodę (kompetencję) jurysdykcyjną przy rozstrzyganiu o zwrocie kosztów procesu, w tych sytuacjach, w których w wyniku zastosowania zasady wyrażonej w art. 98 k.p.c. nie można pogodzić z zasadami słuszności.

Podkreślić przy tym należy, że ocena czy w okolicznościach określonej sprawy zaistniał „wypadek szczególnie uzasadniony” zależy od swobodnej decyzji sądu, która jednak nie może być ona dowolna i (co więcej) powinna uwzględniać wszystkie okoliczności, które mogą mieć wpływ na jej podjęcie (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z 13 grudnia 2007 roku, I CZ 110/2007, Lex nr 621775; postanowienie Sądu Najwyższego z 11 lutego 2010 roku, I CZ 112/2009, Lex nr 564753).

Z ugruntowanego już orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika między innymi, że za „wypadek szczególnie uzasadniony” poczytać można taką sytuację, gdy sprawa dotyczyła stosunku prawnego, który może zostać ukształtowany tylko mocą wyroku sądu (choćby strony były całkowicie zgodne). W świetle dotychczasowego dorobku judykatury uzasadniać zastosowanie normy art. 102 k.p.c. może też niesłuszne lub oczywiście niewłaściwe postępowanie strony wywołujące koszty, oddalenie powództwa na podstawie art. 5 k.c. albo z powodu prekluzji, precedensowy charakter sprawy, ale także rozstrzygnięcie sporu wyłącznie na podstawie okoliczności uwzględnionej przez sąd z urzędu, brak zawiłości sprawy i nakładu pracy pełnomocnika, czy wreszcie trudna sytuacja majątkowa strony, która wytaczając powództwo, była subiektywnie przeświadczona o słuszności dochodzonego roszczenia.

Katalog ten oczywiście nie ma oczywiście charakteru zamkniętego, a stanowi jedynie wymienienie przykładowych okoliczności, uzasadniających zastosowanie normy art. 102 k.p.c. Nie można więc wyłączyć zastosowania tej normy także w innych sytuacjach procesowych. Zaniechanie obciążenia strony kosztami postępowania z uwagi na zastosowanie zasady słuszności jest determinowane okolicznościami określonej sprawy. Rozstrzygnięcie to musi poprzedzać analiza wszystkich okoliczności i nie może by uzasadnione wyłącznie przez odwołanie się do dotychczasowych rozstrzygnięć.

Dodać należy też, że z uwagi na ich specyfikę instancyjna korekta rozstrzygnięć odwołujących się do reguł słusznościowych (lub polegających na zastosowaniu kompetencji o charakterze dyskrecyjnym) jest dopuszczalna

jedynie wówczas, gdy skutki rozstrzygnięcia są w sposób oczywisty sprzeczne (nie dają się w ocenie Sądu odwoławczego pogodzić) z zasadami słuszności.

Odnosząc powyższe uwagi do materiału procesowego w niniejszej sprawie stwierdzić należy, że Sąd I instancji uzasadnia odmowę obciążenia przegranej proces powódki kosztami procesu należnymi pozwanym nie tylko z uwagi na jej sytuację materialną. Sąd zwrócił też uwagę na okoliczności sprawy (związane ze stratą przez powódkę męża, który od lat zmagał się na chorobą, a na którą cierpi też córka powódki). Jakkolwiek więc Sąd rozstrzygnięcie swoje uzasadnił w sposób nazbyt lakoniczny, to jednak jasno wynika z jego treści, że zasadnicze przyczyny orzeczenia o kosztach leżały w specyfice osobistej sytuacji motywacyjnej, która powodowała kierowanie roszczeń przeciwko pozwanym. Niewątpliwie Sąd Okręgowy trafnie eksponuje element osobistej tragedii powódki, związanej z długotrwałą (a jak wynika z materiału procesowego prowadzoną z ogromnym zaangażowaniem osobistym) walką o zachowanie zdrowia męża wobec nieuleczalnej choroby, degradującej nieodwracalnie jego organizm. W tym kontekście pogorszenie zdrowia małżonka oceniane jako nieoczekiwane i nagłe, powódka (nie posiadająca wiedzy medycznej) mogła w sposób uzasadniony obiektywnie (dla zewnętrznego obserwatora) wiązać z pobytami w szpitalach prowadzonych przez pozwanych. W tym kontekście poczucie skrzywdzenia przez (oceniane przez powódkę negatywnie) zachowania personelu obu szpitali połączone z bezradnością w obliczu choroby (niemożnością zapewnienia skutecznej pomocy w obliczu pogarszania stanu zdrowia) mogło uzasadniać stanowisko, że to w wyniku zaniedbań i błędów medycznych doszło do śmierci męża. W tej sytuacji biorąc pod uwagę niewątpliwie dysproporcje ekonomiczne między powódką a pozwaną ad. 2), a nadto uwzględniając opisaną wyżej odbiegającą od oczekiwanych od szpitali standardów) specyfikę warunków lokalowych, w których ulokowano pacjenta wymagającego stałej kontroli funkcji życiowych, stwierdzić należy, że orzeczenie Sądu Okręgowego nie narusza reguł art. 102 k.p.c. i jest uzasadnione szczególnym tłem, w jakim powstało przekonanie powódki co do zasadności swoich roszczeń.

Nie oznacza to deprecjonowania znaczenia ogólnych zasad ponoszenia kosztów procesu i odpowiedzialności finansowej podmiotów toczących spór za koszty drugiej strony w przypadku bezzasadności zajmowanego stanowiska. Niewątpliwie zasady określone art. 98 k.p.c. mają na celu między innymi również zapobieganie zbędnemu wytaczaniu powództwa i eskalowaniu wartości nieuzasadnionych roszczeń. Tym niemniej w realiach sprawy w ocenie Sadu Apelacyjnego, zasada ta słusznie została przełamana przez zastosowanie normy art. 102 k.p.c.

Skarżący nie przedstawił żadnych argumentów wskazujących na sprzeczność rozstrzygnięcia z zasadami słuszności. Fakt, iż strona powodowa była reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika procesowego nie mógł świadczyć o tym, iż powinna była zdawać sobie sprawę z bezpodstawności roszczeń, skoro do rozstrzygnięcia sądu doprowadziło dopiero pracochłonne postępowanie dowodowe z udziałem biegłych. Prowadzenie zaś wcześniejszego postępowania w celu stwierdzenia tzw. zdarzenia medycznego miało charakter w istocie swojej uproszczony i nie służyło przesądzeniu kwestii odpowiedzialności między stronami.

Z tych przyczyn stosując art. 397 §2 k.p.c. w zw. z art. 385 k.p.c. orzeczono o oddaleniu zażalenia.

Na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 98 k.p.c. zdecydowano o nieobciążaniu powódki kosztami procesu należnymi pozwanym w postępowaniu odwoławczym. Poza argumentami wskazanymi wyżej a dotyczącymi szczególnej sytuacji motywacyjnej powódki kierującej ją na drogę postępowania sądowego, wziąć należało (w kontekście przesłanek do zastosowania normy art. 102 k.p.c.) również konieczność uzupełnienia postępowania dowodowego na etapie postępowania apelacyjnego. W tych okolicznościach Sad odwoławczy uznał że podobnie jak w odniesieniu od postępowania pierwszoinstancyjnego zasądzenie kosztów postępowania na rzecz pozwanych sprzeciwiałoby się zasadom słuszności.

Agnieszka Sołtyka Krzysztof Górski Edyta Buczkowska – Żuk