

Sygn. akt VI A Ca 1404/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA Teresa Mróz

Sędziowie: SA Małgorzata Kuracka

SO (del.) Marcin Łochowski (spr.)

Protokolant: Izabela Nowak

po rozpoznaniu w dniu 12 czerwca 2015 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. K.

przeciwko Centrum (...) Spółce z o.o. w W., Szpitalowi (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w W. i (...) Spółce z o.o. w W.

przy udziale interwenientów ubocznych po stronie pozwanej (...) S.A. w W. i Towarzystwa (...) S.A. w W.

o zadośćuczynienie i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 10 marca 2014 r., sygn. akt IV C 909/10

I. oddala apelację;

II. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt VI ACa 1404/14

UZASADNIENIE

M. K. w pozwie skierowanym przeciwko Centrum (...) sp. z o.o. z siedzibą w W. i Szpitalowi (...) – Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w W. (obecnie Szpitalowi (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w W.) wniósł o zasądzenie od pozwanych solidarnie kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi w stosunku do pozwanego Centrum (...) od kwoty 100.000 zł od dnia 9 lipca 2009 r. do dnia zapłaty, a od kwoty 50.000 zł od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty, natomiast w stosunku do pozwanego Szpitala (...) od kwoty 150.000 zł od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty; nadto ustalenie, że pozwani będą odpowiedzialni w przyszłości za dalsze szkody, które mogą wyniknąć u powoda w związku z doznany przez niego uszczerbkiem i rozstrojem zdrowia.

Następnie w dniu 21 czerwca 2012 r. powód wniósł o wezwanie do wzięcia udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) sp. z o.o. z siedzibą w W. (następca prawny Centrum (...) sp. z o.o. w W.), wnosząc o zasądzenie kwoty 150.000 zł solidarnie od trzech pozwanych.

Szpital (...) i Centrum (...) wniosły o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda kosztów procesu.

(...) S.A. w W. zgłosił interwencję uboczną po stronie obu ww. pozwanych, wnosząc o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu.

W dniu 3 lipca 2012 r. Sąd Okręgowy wezwał do udziału w sprawie (...) sp. z o.o. z siedzibą w W. w charakterze pozwanego. Pozwany (...) wniósł o oddalenie powództwa i obciążenie powoda kosztami procesu.

Dnia 5 grudnia 2012 r. Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. złożyło interwencję uboczną po stronie pozwanego (...), wnosząc o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 10 marca 2014 r. Sąd Okręgowy oddalił powództwo i obciążył powoda kosztami procesu oraz kosztami sądowymi.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniach od 3 do 7 września 2008 r. powód przebywał na wyjeździe służbowym we W.. Dnia 6 września 2008 r. powód brał udział w sportowych zajęciach integracyjnych. Podczas jednej z konkurencji, polegającej na slalomie po plaży w płetwach, powód wpadł lewą nogą w dziurę i upadł. W momencie tego wypadku poczuł ostry ból lewej kostki. Wokół kostki pojawił się obrzęk. Powód otrzymał podstawowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe. Kulejąc, przy pomocy znajomych, powód udał się do pokoju hotelowego i ograniczył poruszanie się. W dniu 7 września 2008 r. powód wrócił do Polski.

Dnia 8 września 2008 r. powód udał się do Centrum Medycznego (...) sp. z o.o. w W. w celu zdiagnozowania skutków wypadku. Powód został przyjęty przez lekarza P. O., który rozpoznał zwichnięcie, skręcenie oraz naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego. Lekarz zlecił wykonanie badania RTG stawu skokowo-goleniowego i USG stawu skokowego. Obraz RTG części kostnych i stawowych kończyny powoda pozostawał w normie. Zalecono powodowi stabilizator pneumatyczny na 3 tygodnie, kontrolę z wynikiem USG oraz krioterapię. W tym celu powód otrzymał stosowne skierowanie. Zgodnie z zaleceniami od dnia 9 do dnia 13 września 2008 r. powód wykonywał zabiegi krioterapii. Krioterapia mogła mieć korzystny wpływ na stan powoda.

Sąd Okręgowy w oparciu o opinię biegłego ortopedy J. F. przyjął, że w diagnostyce uszkodzeń ścięgna A. badanie RTG nie ma istotnej wartości. Niemniej wykonane dnia 8 września 2008 r. zdjęcie RTG dowodzi braku cech zerwania ścięgna A. u powoda. Sąd I instancji wyjaśnił, iż zdjęcia RTG wykonane i naświetlone na kliszy są wykonane w technice twardego promieniowania, odpowiednie do oceny struktur kostnych. Na zdjęciach tych nie stwierdza się obecności zmian urazowych struktur kostnych w obrębie dalszej części podudzia oraz stawu skokowego i stępu lewej kończyny dolnej, co jest zgodne z opisem lekarza radiologa. Technika tego badania nie umożliwia natomiast oceny zmian urazowych w strukturach miękkotkankowych.

Badanie RTG tkanek miękkich ma tylko wspomagające znaczenie w ocenie ścięgna A.. W przypadku podejrzenia jego uszkodzenia powinno być wykonane badanie USG lub MRI tej okolicy. Sąd Okręgowy przyjął w konsekwencji, że błędem w procesie leczenia powoda było niewykonanie badania USG zaraz po wypadku. U powoda powinno ono być wykonane w trybie pilnym po dacie 8 września 2008 r.

Wynik badania RTG nagrany na płytach SC, po jego wgraniu na profesjonalną konsolę lekarską i przekształceniu obrazów tego badania do postaci obrazu miękkotkankowego, umożliwia również ocenę tkanek miękkich. Na zdjęciach, po profesjonalnym przekształceniu obrazu w projekcji bocznej, uwidoczniło zachowane pasmo odpowiadające tkance podskórnej oraz strukturalom ścięgna piętowego. Ciągłość tej struktury nie jest naruszona. Widoczny jest również charakterystyczny trójkąt tkanki tłuszczowej widoczny do przodu od zachowanego ścięgna piętowego. Obraz radiologiczny przemawia zatem za zachowaniem ciągłości ścięgna A. w momencie wykonywania zdjęć, tj.

w dniu 8 września 2008 r. Opisywane pasmo jest jednak wyraźnie pogrubiałe, co wskazuje na jego uszkodzenie. Nieprawidłowości w obrębie pasma ścięgna A. wskazują jedynie na jego uraz z możliwością naderwania (opinia biegłego radiologa A. S. (1)).

Sąd Okręgowy przyjął ponad wszelką wątpliwość, że w dniu 8 września 2008 r. podczas wizyty w placówce Centrum (...) ścięgno A. u powoda nie było zerwane, a jedynie uszkodzone. Dnia 29 września 2008 r. powód wykonał badanie USG lewej nogi. Badanie ujawniło przerwanie ciągłości ścięgna A.. Ścięgno zostało zatem przerwane w okresie pomiędzy 8 a 29 września 2008 r.

Według Sądu Okręgowego, pewne jest także, że powód otrzymał dnia 8 września 2008 r. skierowanie zarówno na RTG, jak i na USG i nie wykonał tych badań równocześnie. Zdaniem Sądu Okręgowego, skoro powód dostał skierowania zarówno na RTG, jak i na USG w tej samej dacie to w celu ich niezwłocznego wykonania, a nie po to, żeby je przesuwając w czasie. Za nietrafnością hipotezy powoda o zleceniu wykonania USG dopiero za 3 tygodnie przemawia również treść dokumentu: „Skierowanie na rehabilitację” z dnia 8 września 2008 r., w którym skierowano powoda nie tylko na fizykoterapię, ale i USG oraz RTG, a pod tytułem „Ważne informacje” – podano, że skierowanie jest ważne 14 dni od daty wystawienia. Gdyby więc lekarz P. O. zaordynował powodowi USG dopiero za 3 tygodnie, to nie wpisałby go na skierowaniu ważnym 2 tygodnie. I w tym momencie nie jest istotne, czy powód otrzymał ten dokument do ręki, czy nie, ale jest istotne, że pozwana placówka na podstawie tego dokumentu podjęła się jego realizacji. Twierdzenia powoda, że miał zrobić USG i przyjść z jego wynikiem dopiero po 3 tygodniach jest zatem nielogiczne i dlatego nie zasługuje na wiarę.

Zdaniem Sądu Okręgowego, niezastosowanie się powoda do wskazań lekarskich, takich jak wykonanie badania USG w trybie natychmiastowym i zabiegów (...) (rest, ice, compression, elevation – tj. odpoczynek, chłodzenie, ucisk miejsca urazu oraz utrzymywanie urażonej kończyny w uniesieniu), odmowa zwolnienia lekarskiego z pracy i powrót do pełnej aktywności fizycznej, w tym gry w piłkę nożną, przyczyniły się z pewnością do wystąpienia całkowitego przerwania ścięgna A.. Aczkolwiek niemożliwe by to było, gdyby w czasie urazu doznanego we W., nie doszło do częściowego naderwania ścięgna. Według Sądu Okręgowego, powód jest zatem wyłącznie winny zerwania ścięgna A. po dniu 8 września 2008 r., tj. po jego uprzednim przypadkowym uszkodzeniu. Według Sądu Okręgowego, gra w piłkę nożną to jedyne zdarzenie, które racjonalnie uzasadnia zerwanie ścięgna A. u powoda po dacie 8 września 2008 r. Okoliczność ta nie ma związku z zarzutami powoda wobec pozwanego Centrum (...) w zakresie błędów medycznych, dlatego brak racjonalnego uzasadnienia dla rzekomego kłamstwa świadka P. N.. Natomiast, powód przyjął zaprzeczenie grze w piłkę nożną, jako linię postępowania w niniejszym procesie, mającą uwiarygodnić brak podstaw do przyjęcia zerwania ścięgna A. po 8 września 2008 r. Linia ta jest o tyle nieskuteczna i niewiarygodna, że w toku procesu ustalono ponad wszelką wątpliwość, iż do zerwania ścięgna A. doszło u powoda właśnie po dniu 8 września 2008 r. Z tych wszystkich względów Sąd Okręgowy nie dał wiary powodowi w tym zakresie.

Dnia 2 października 2008 r. powód zgłosił się do pozwanego Centrum (...). W wyniku konsultacji z ortopedą i traumatologiem P. N., zakwalifikowano powoda do operacji rekonstrukcji ścięgna A.. Podczas wizyty kwalifikacyjnej do zabiegu powód przyznał, że kilka dni temu grał w piłkę nożną, mimo zaleceń oszczędnego trybu życia i rehabilitacji. Tego samego dnia powód wyraził zgodę na operację, a w dniu 7 października 2008 r. również na znieczulenie.

Istotny był fakt dużego obrzęku kończyny. Operacja w tym momencie mogłaby spowodować powikłania: trudności w gojeniu, czy nawet zamknięciu rany. Dlatego celowe było odroczenie zabiegu o kilka dni, aby zmniejszył się obrzęk, co zmniejszyło ryzyko powikłań. Powód otrzymał stosowne zalecenia i jego stan rzeczywiście się poprawił.

W dniu 7 października 2008 r. przeprowadzono w pozwanym Centrum (...) operację zszycia ścięgna. Operował P. N.. Operacja przebiegła bez powikłań. Dnia 8 października 2008 r. powoda wypisano po usunięciu drenu R. z zaleceniami nieobciążania chorej kończyny, chodzenia za pomocą kul, stosowania kompresów chłodzących oraz fizjoterapii operowanej kończyny. Przepisano nadto leki przeciwbólowe oraz leki na zakrzepicę żył i zwichnięcia. Podczas 2 wizyt pooperacyjnych w pozwanym Centrum (...) usunięto powodowi szwy pooperacyjne. Standardowy czas gojenia się rany po operacji zszycia ścięgna A. to okres od 2 do 3 tygodni. Podczas kontroli pooperacyjnych w

pozwany Centrum w okresie od dnia 13 października 2008 r. do dnia 5 listopada 2008 r. ograniczono się do zdjęcia szwów oraz zmiany opatrunków, które były wykonywane pod nadzorem lekarza P. N.. Zdiagnozowano również krwaki w miejscu operowanym, który został ewakuowany przez tego lekarza. Rana pooperacyjna goiła się dobrze i po zdjęciu szwów dnia 20 października 2009 r. powód został skierowany na rehabilitację.

Po około miesięcznej przerwie powód zgłosił się ponownie, zaniepokojony niegojeniem się rany. Pierwsze objawy, które mogły wskazywać na możliwość infekcji ścięgna wystąpiły wcześniej – już 24 października 2008 r. w postaci wysięku z rany. Po zgłoszeniu się powoda nie wykonano badania bakteriologicznego – posiewu z rany, w celu ustalenia typu zakażenia i wdrożenia leczenia celowanego. Sugestie powoda o zakażeniu jako podstawie braków postępów w leczeniu były zbywane milczeniem personelu pozwanego Centrum (...), albo stwierdzeniami typu: „takie rzeczy mogą się dziać”. Powodowi zlecono fizjoterapię, którą musiał przerwać na wniosek rehabilitanta ze względu na zaburzenie procesu gojenia tkanki skórnej w operowanej okolicy. Ponowne badanie USG z dnia 5 grudnia 2008 r. wykazało dodatkowo obrzęk ścięgna. Ostatecznie P. N. zalecił konsultację u innego lekarza – dermatologa L. P., pracującego w pozwanym Szpitalu.

Powód leczył się u P. N. do dnia 17 grudnia 2008 r. kiedy to miała miejsce ostatnia wizyta, potwierdzająca kurację antybiotykową. Była ona stosowana w okresie okołoperacyjnym.

Leczenie w pozwanym Szpitalu u lekarza L. P. trwało od dnia 8 grudnia 2008 r. do dnia 19 stycznia 2009 r. i polegało na przepisaniu maści – głównie K., zmianie opatrunków oraz stosowaniu plastrów i bandaży L.. L. P. nie widział podstaw do pobrania posiewu z rany, kierując się sztuką medyczną. Jego zdaniem proces gojenia rany postępował pomyślnie. Nie stwierdził wydzielania się ropy, ani wydzieliny z rany. Początkowo sam powód obserwował progres. L. P. zalecił powodowi m.in. samodzielną zmianę opatrunków, tym samym powód miał prawo dostępu do własnej rany. L. P. również odmówił wykonania posiewu.

Leczenie dermatologiczne ostatecznie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów. Z rany po pewnym czasie na zmianę sączyła się krew – zwykle rano i ropa – zwykle wieczorem. Powód odmówił więc dalszego leczenia, nie stawiał się na kolejną wizytę dnia 6 lutego 2009 r. i podjął próbę diagnozy stanu zdrowia na własną rękę. Nie widział terminu zakończenia leczenia i stracił zaufanie do lekarza. Zdaniem L. P., przerwanie leczenia może skutkować nawet jego odwróceniem, a według P. N. samodzielne leczenie się przez powoda opóźniło i wpłynęło niekorzystnie na ostateczne wygojenie się ścięgna A..

Dnia 20 stycznia 2009 r. powód zgłosił się na konsultację ortopedyczną do Centrum (...) Spółka z o.o. w W., gdzie zlecono posiew z rany pooperacyjnej. Z posiewu wyhodowano gronkowiec złocisty (...) i paciorkowiec A.. Na podstawie wyniku posiewu przepisano powodowi celowany antybiotyk.

W dniu 17 kwietnia 2009 r. – w związku z utrzymującym się zakażeniem i po konsultacji ze znajomym lekarzem – powód ponownie zgłosił się na konsultację ortopedyczną w Centrum (...). Ortopeda podjął próbę usunięcia wystającego z rany powoda szwa założonego w trakcie operacji, bezskutecznie ze względu na skomplikowany charakter szycia. Ortopeda zlecił więc kolejny posiew z rany. Wynik z dnia 20 kwietnia 2009 r. potwierdził obecność gronkowca złocistego opornego na ampicylinę.

Następnie, dnia 24 kwietnia 2009 r. Centrum (...) skierowało powoda na leczenie do Szpitala (...) w W.. Ze względu na przebieg leczenia powoda oraz fakt, że w Szpitalu (...) w W. pracował P. N., powód nie podjął leczenia w tej placówce i zaczął szukać pomocy u specjalistów spoza województwa (...).

Posiłkując się opiniami biegłych, Sąd Okręgowy wykluczył możliwość zakażenia powoda gronkowcem podczas operacji w dniu 7 października 2008 r. z uwagi na dochowanie wszelkich wymogów aseptyki zabiegu. Zabieg operacyjny wykonano zgodnie z obowiązującymi zasadami sterylności i w osłonie antybiotykowej (Z.). Gdyby do zakażenia doszło w czasie zabiegu, to objawy takiej infekcji w przypadku zakażeń gronkowcem złocistym, wystąpiłyby w ciągu 48 do 72

godzin, a powikłania ropne, jakim uległ powód ujawniły się dopiero po pewnym czasie. Do zakażenia doszło zatem z zewnątrz (opinia biegłego specjalisty chorób zakaźnych i wewnętrznych A. S. (2)).

Gronkowiec złocisty nie jest szczepem szpitalnym, towarzyszy florze bakteryjnej skóry. Gronkowce przenikają w głąb rany pooperacyjnej, powodując jej nadkażenie, a na skutek reakcji obronnej ustroju, występują objawy ropienia. Szczególnie obecność krwiałków i martwych tkanek zwiększa możliwość pojawienia się tego procesu. Celowany antybiotyk nie był skuteczny, bo przyczyną ropienia rany było odrzucenie szwów i martwiaki z uszkodzonego ścięgna. Po rewizji rany dnia 13 lipca 2009 r. usunięto przyczynę niegojącej się rany, czyli szew, który się nie wchłonał. Od tego czasu zaczęło się gojenie rany. Posiew z rany ma za zadanie ustalenie rodzaju bakterii obecnej we wtórnie zakażonej ranie pooperacyjnej i jej lekowrażliwość. Nie służy natomiast do określenia zakresu martwicy i praktycznie nie ma z nią żadnego związku.

Późniejsza celowana antybiotykoterapia ma znaczenie drugorzędne. Do martwiczo zmienionych i zakażonych struktur ścięgniastych, antybiotyk i tak nie dochodzi wskutek niedokrwienia. Gdy antybiotyk nie dochodzi do niedokrwionych tkanek i dodatkowo niepotrzebnie wyjąławia organizm, lepsze jest w takich przypadkach miejscowe stosowanie środków antyseptycznych. Zatem stosowanie miejscowe antyseptyków przez lekarza P. N. było prawidłowe. W ocenie Sądu Okręgowego, taka celowana antybiotykoterapia i tak nie uchroniłaby od wielomiesięcznych powikłań w gojeniu rany i nie pozwoliłaby uniknąć zabiegu operacyjnego w lipcu 2009 r. Jedynym racjonalnym postępowaniem było chirurgiczne usunięcie źródeł zakażenia, czyli martwiczo zmienionych struktur ścięgniastych.

Jednak samo rozpoznanie zapalenia nie stanowi podstawy do wykonania zabiegu operacyjnego, ale długotrwałość tego stanu spowodowana procesem martwiczym i oporność na leczenie zachowawcze. Sam fakt zakażenia gronkowcem nie oznacza, że powód już w grudniu 2008 r. kwalifikował się do wykonania rozległego zabiegu operacyjnego. Ograniczona martwica tkanki ścięgniastej (także kostnej) może ulec wygojeniu bez żadnej interwencji chirurgicznej. Nie sposób zgodzić się z tezą, że zabieg operacyjny należało z pewnością wykonać w terminie wcześniejszym, aniżeli zostało to wykonane u chorego. Prawdopodobnie wyraźne wskazania do wykonania zabiegu istniały już w maju 2009 r., ale w takim wypadku należy też uwzględnić czas oczekiwania na termin przyjęcia do szpitala. Przypadek powoda w tym czasie nie wymagał hospitalizacji natychmiastowej.

Rozpoznanie powikłań pooperacyjnych u powoda przez zespół leczący chorego w pozwanym Centrum (...) i pozwanym Szpitalu było we właściwym czasie. Na początku trudno jest ustalić zakres martwicy i zbyt wczesna decyzja o zastosowaniu leczenia operacyjnego może okazać się zbyt pochopna, gdyż początkowo nie można wykluczyć ewentualnego wygojenia się rany na drodze leczenia bezoperacyjnego.

W dniach od 5 maja 2009 r. do 24 czerwca 2009 r. powód kontynuował leczenie zakażonej rany u specjalisty chirurga ortopedy – prof. dr hab. M. S., udzielającego świadczeń medycznych w Centrum (...) Spółka z o.o. w Ł.. Podczas leczenia w tym okresie usunięto wystający z rany szew oraz zastosowano celowaną antybiotykoterapię. W tym czasie powód wykonywał wszelkie badania zlecone przez profesora M. S. w Centrum (...). Prowadzone leczenie ograniczyło rozprzestrzenianie się infekcji, jednak badania w dalszym ciągu wykazywały obecność gronkowca. Mając to na uwadze, profesor M. S. uznał za wskazane przeprowadzenie zabiegu rewizji operacyjnej ścięgna. Dnia 27 czerwca 2009 r. powód uzyskał skierowanie do szpitala.

Dnia 8 lipca 2009 r. powód został skierowany od Oddziału (...) Kliniki (...) Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w O. z rozpoznaniem zapalenia ścięgna A. po stronie lewej. Po wykonaniu standardowych badań oraz m.in. badania bakteriologicznego, które potwierdziło zakażenie organizmu powoda gronkowcem złocistym, podjęto decyzję o ponownym przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego. W dniu 13 lipca 2009 r. wykonano operację rewizji ścięgna A., wycięto zmienione zapalnie tkanki, usunięto około 20 cm szwów. Zastosowano przy tym profilaktykę przeciwwzakrzepową, antybiotykoterapię oraz łuskę gipsową podudziową. Operacja miała charakter standardowy, przebiegła bez powikłań. Po tym zabiegu, gdy praktycznie została usunięta przyczyna podtrzymująca infekcję, rana goiła się jeszcze przez okres około 5 tygodni i była prowadzona w osłonie antybiotykowej D. w bardzo dużych dawkach. Dnia 22 lipca 2009 r. powód został wypisany ze szpitala w O. z zaleceniami nieobciążania kończyny, stosowania leków

przeciwzakrzepowych i przeciwbakteryjnych, codziennej zmiany opatrunków, noszenia łuski gipsowej oraz kontroli po 4 tygodniach od wypisania ze szpitala. Dnia 19 października 2009 r. po konsultacji specjalisty podjęto decyzję o zakończeniu leczenia.

Powód jednak nadal odczuwa ból w lewej nodze podczas stania. Musi robić co 2 godziny przerwy w jeździe samochodem, ponieważ noga drętwieje, staje się kołkowata i powód nie kontroluje ruchu pedałów. Musi wtedy trochę pochodzić. Nadto, przy zmianie pogody odczuwa bóle nogi. Noga nie ma także pełnej ruchomości. Jeśli chodzi o odległe skutki przedłużającego się gojenia rany pooperacyjnej, to poza niezbyt estetycznie wyglądającą blizną, co u mężczyzny ma mniejsze znaczenie, ograniczenie ruchomości w stawie skokowym jest spowodowane urazem i znacznym uszkodzeniem zastarzałego ścięgna A..

Od pierwszej operacji do września 2009 r. powód poruszał się na wózku lub o kulach. Powód nadal odczuwa dolegliwości bólowe, drętwienie kontuzjowanej kończyny, jest ona słabsza, powód skarża się na niemożność efektywnego uprawiania sportu, biegania na nartach, podczas gdy przed wypadkiem biegał, korzystał z bieżni, jeździł na rowerze, uprawiał turystykę górską. Jego wiara w umiejętności lekarzy mocno osłabła. Kiedy planuje jakąś kolejną wizytę lekarską bardzo głęboko się nad nią zastanawia, żeby nie powtórzyła się sytuacja niefortunnego leczenia.

Sąd Okręgowy uznał, że pozwani nie dopuścili się takich zachowań, które mogłyby skutkować przypisaniem im odpowiedzialności odszkodowawczej w świetle treści art. 471, 443, 415, 416 i 430 k.c. Według Sądu I instancji, pozwane Centrum (...) nie popełniło błędu diagnostycznego, ponieważ w dniu 8 września 2008 r. ścięgno A. u powoda nie było zerwane. Zatem niewykonanie w tym dniu badania USG nie mogło wpłynąć na dalszy proces leczenia. Co więcej, powód otrzymał skierowanie na badanie USG, ale tego skierowania nie wykorzystał przez 3 tygodnie.

Również ortopedycznie postępowania pozwanego Centrum (...) było prawidłowe. Nie ma podstaw do stwierdzenia, że rana pooperacyjna została pierwotnie zainfekowana. Rehabilitacja podjęta w okresie pooperacyjnym u powoda nie była główną przyczyną powikłań gojenia rany i wtórnej infekcji, aczkolwiek zlecone ćwiczenia rozciągające nie były zasadne i mogły wpłynąć negatywnie na proces gojenia rany. Nie udowodniono jednak, aby wpłynęły. Brak podstaw do przyjęcia, że skierowanie powoda z zakażoną raną do dermatologa było niewłaściwe. W trakcie leczenia powoda w pozwanym Centrum (...) nie istniały bezwzględne wskazania do wykonania rewizji rany pooperacyjnej. P. N. – wobec efektów leczenia u L. P., stwierdzonych podczas ostatniej wizyty w dniu 17 grudnia 2008 r. – nie był zobligowany do podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia i konieczności wykonania rewizji rany pooperacyjnej.

Sąd Okręgowy podniósł, że „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniechania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej.” (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54). Powód zarzucał pozwanemu Centrum (...) zaniechanie w zakresie organizacji higieny podczas pobytu powoda w pozwanym Centrum i w konsekwencji zakażenie powoda gronkowcem złocistym. Zarzut ten okazał się nietrafny, skoro do zakażenia doszło już po zabiegu operacyjnym.

Za chybiony Sąd I instancji uznał również zarzut naruszenia prawa powoda do informacji. Według Sądu Okręgowego, powód został należycie poinformowany o ryzyku i skutkach przeprowadzonej operacji i wyraził zgodę na operację po stosownym uprzedzeniu o jej konsekwencjach przez P. N., co ma swoje potwierdzenie w dokumencie w postaci świadomej zgody na operację z dnia 2 października 2008 r. Zarzut powoda, iż nie został poinformowany, że szwy wchłaniają się przez wiele tygodni, że może być potrzebna rewizja rany, że możliwe są negatywne skutki rehabilitacji, jest tyle głośłowny co irracjonalny. Nie da się przewidzieć wszystkich konsekwencji operacji, jakie mogą wystąpić.

Powód miał wystarczające informacje co do skutków zabiegu. Jego zgoda była wyrażona świadomie. Brak podstaw do przyjęcia, iż była ona obarczona błędem. Zgoda jest więc skuteczna, a zabieg wykonano w warunkach legalności, dlatego ryzyko tego zabiegu obciąża pacjenta – powoda – a nie pozwane Centrum (...). W toku leczenia u pozwanych

nie podjęto decyzji o rewizji rany, ale to sam powód przerwał leczenie u obu pozwanych i tym samym pozbawił się pomocy, którą byli oni gotowi mu świadczyć.

Odnosnie zarzutu skierowania powoda do niewłaściwego specjalisty Sąd Okręgowy wyjaśnił, że w Polsce lekarz dermatolog nie ma uprawnień do leczenia trudno gojących się ran pooperacyjnych. Takie uprawnienie i obowiązek ma chirurg. Sąd I instancji przyjął jednak, iż obowiązujące przepisy prawne nie wskazują, że uprawnienie do leczenia określonych schorzeń mają lekarze posiadający określoną specjalizację. Prawo wykonywania zawodu uprawnia lekarza do wykonywania zawodu w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 464 – dalej, jako: „u.z.l.l.d.”) bez konieczności uzyskania dodatkowych kwalifikacji w wyniku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego, szkolenia w zakresie uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, czy różnego rodzaju innych szkoleń i kursów. Lekarz wykonujący zawód ma natomiast – zgodnie z art. 4 u.z.l.l.d. – obowiązek kierować się wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, zachować należyta staranność, postępować zgodnie z zasadami etyki zawodu. W zaistniałym stanie faktycznym sprawą powód był leczony przez L. P. – dermatologa o subspecializacji nieistniejącej jeszcze w Polsce, ale istniejącej poza granicami Polski – w zakresie leczenia ran. Zdaniem Sądu Okręgowego, lekarz ten był więc kompetentny do przejęcia procesu leczenia powoda.

W ocenie Sądu I instancji, brak jest również podstaw do stawiania zarzutów pozwanemu Centrum (...) w związku ze skierowaniem powoda na rehabilitację po zabiegu operacyjnym. Pierwotnie – po operacji rana była zamknięta. Trudno określić dlaczego następnie nastąpił wyciek z tej rany. Zdaniem biegłej specjalisty chorób zakaźnych i wewnętrznych, rehabilitacja nie miała negatywnego wpływu na tę ranę.

Również skierowanie z dnia 8 września 2008 r. na fizykoterapię przez Centrum (...) było prawidłowe, gdyż nie było wówczas prawidłowego rozpoznania. Samo skierowanie nie miało większego znaczenia ani pozytywnego, ani negatywnego.

Nie było również błędem niezlecenie wykonania posiewu przez L. P.. Nie zlecił on posiewu z rany, kierując się posiadaną wiedzą medyczną. Lekarz ten uważał, że posiew nic nie da, bo w badaniu będzie wykazana flora saprofitna skóry. Co więcej, proces zapalny toczący się w ranie, nie był przyczyną niegojenia się rany. Przyczyną wtórnej infekcji była martwica części ścięgna A.. Przy tak długo prowadzonej osłonie antybiotykowej, na którą gronkowiec i paciorkowiec były odporne, zakażenie to nie miało większego wpływu na przebieg gojenia się rany. Zwłaszcza, że nie stwierdzono bardzo długo, bo aż do grudnia 2008 r. cech ropienia rany.

Według Sądu Okręgowego, okoliczności sprawy wskazują, że postępowanie lekarza P. O. było zupełnie prawidłowe. Nie można przypisać mu błędu w sztuce medycznej. Podczas wizyty powoda dnia 8 września 2008 r. lekarz ten postawił rozpoznanie wstępne, wydał zalecenie dalszej diagnostyki, tj. zlecił badania USG i kontrolę wraz z tym wynikiem, zlecił wykonanie badania RTG. Zlecił też odpoczynek, chłodzenie i ucisk miejsca urazu oraz utrzymywanie kontuzjowanej nogi w uniesieniu. Nadto zlecił krioterapię, zabezpieczył powoda stabilizatorem, aby uniknąć urazów wtórnych, a także zaproponował zwolnienie lekarskie, którego powód nie przyjął. Powód ponadto nie wykonał niezwłocznego USG i nie zgłosił się z wynikiem na wizytę kontrolną.

Wobec tego, pozwanie (...) jest całkowicie nieuzasadnione. Powód otrzymał bowiem natychmiastową pomoc lekarską. W trakcie wizyty postawiono rozpoznanie wstępne, wydano zalecenia dalszej diagnostyki i kontroli z wynikami badań. Zgodzić się należy z pozwanym, że proces stawiania ostatecznej diagnozy jest efektem szeregu czynności, w których to pacjent musi współpracować z opiekującym się nim lekarzem. W tym wypadku aktem dobrej woli pacjenta winno być przede wszystkim niezwłoczne wykonanie badania USG i zgłoszenie się na wizytę kontrolną z wynikiem tego badania.

Powód nie wykonał tych zaleceń, nadto nie przyjął zwolnienia lekarskiego, uprawiał czynny tryb życia, wskutek czego doszło do kolejnego urazu ścięgna A. – tym razem do jego zerwania i stanu wymagającego operacji. W związku z tym, że po owym kolejnym urazie powód również zwlekał kilka dni, nim udał się do lekarza i wykonał badanie USG, doznany

uraz stał się urazem zastarzałym. Za skutki powyższych zaniechań odpowiada powód, który nie tylko przyczynił się do zaistnienia zastarzałego urazu lewej nogi, ale jest wyłącznie odpowiedzialny za stan swojego zdrowia.

Gdyby powód zastosował się do zaleceń lekarza, to najprawdopodobniej nie doszłoby do drugiego urazu – zerwania ścięgna A.. Gdyby zaś we właściwym czasie, tj. bez zbędnej zwłoki wykonał badanie USG, przyspieszyłby proces swego leczenia, nie dopuszczając do przekształcenia się urazu w uraz zastarzały – z wszelkimi tego konsekwencjami.

Odnosząc się do wysokości dochodzonego w sprawie roszczenia, Sąd Okręgowy stwierdził, że żądana przez powoda kwota 150.000 zł jest absolutnie niezasadna. Nawet gdyby hipotetycznie założyć, że pozwani w jakimkolwiek stopniu doprowadzili do rozstroju zdrowia powoda, to stwierdzić należy, że przyczynił się on i do powstania (doprowadził do zerwania ścięgna A.) i do zwiększenia (szukanie pomocy na własną rękę) szkody w rozumieniu art. 362 k.c. w rozmiarze maksymalnym.

Odnosnie odpowiedzialności na przyszłość Sąd Okręgowy podniósł, że rozstrzygnięcie w tym zakresie było bezprzedmiotowe wobec braku winy pozwanych. Niemniej kierując się potrzebą zupełności wnioskowania, Sąd I instancji podzielił stanowisko strony pozwanej, iż żądanie to jest pozbawione interesu prawnego w rozumieniu art. 189 k.p.c. Jest to konsekwencja zmiany przepisów dotyczących przedawnienia roszczeń wynikłych z czynu niedozwolonego. W obecnym stanie prawnym w świetle art. 442¹ § 3 k.c. w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie zobowiązanej do jej naprawienia. Nadto, powód dysponuje pełną dokumentacją medyczną związaną z leczeniem skutków zdarzenia, a ewentualne przyszłe zdarzenia powinny podlegać weryfikacji sądowej w oparciu o aktualny stan zdrowia powoda zgodnie z wówczas istniejącą wiedzą medyczną.

Sąd Okręgowy wskazał także, że roszczenie powoda względem pozwanego (...) nie przedawniło się w świetle art. 442¹ k.c. dnia następnego po upływie 3 lat od dnia 29 września 2008 r., kiedy to powód dowiedział się o zerwaniu ścięgna A., czyli dnia 30 września 2011 r. – jak twierdzi (...). Powód dowiedział się o osobie rzekomo winnej błędowi medycznego dopiero z opinii biegłego ortopedy z dnia 21 lutego 2012 r., doręczonej pełnomocnikowi powoda dnia 2 kwietnia 2012 r.

Okres przedawnienia upływa zatem dnia 2 kwietnia 2015 r. Powództwo zostało wytoczone przeciwko pozwanemu (...) dnia 18 czerwca 2012 r., a więc w okresie trzyletnim i nie uległo przedawnieniu.

O kosztach procesu Sąd I instancji rozstrzygnął na podstawie art. 98 k.p.c. Sąd Okręgowy rozważał, czy w sprawie niniejszej nie wystąpił wypadek szczególnie uzasadniony w rozumieniu art. 102 k.p.c. Jednak mając na uwadze fakt, że powód w znacznym stopniu przyczynił się do pogorszenia swego stanu zdrowia Sąd Okręgowy odstąpił od stosowania tego przepisu.

W apelacji powód zaskarżył wyrok w całości, zarzucając zaskarżonemu orzeczeniu naruszenie przepisów:

- art. 233 § 1 k.p.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie i przekroczenie swobodnej oceny dowodów w wyniku poczynienia ustaleń sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego i wobec przeprowadzenia oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wybiórczo, skutkujących przyjęciem, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie daje podstaw do uwzględnienia powództwa,
- art. 328 § 2 k.p.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu błędnych ustaleń faktycznych w zakresie przebiegu diagnostyki i leczenia powoda w pozwanych jednostkach medycznych, skutkujących wadliwą oceną materiału dowodowego i oddaleniem powództwa,
- art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powód nie wykazał przesłanek konstruujących odpowiedzialność deliktową pozwanych oraz przez ich niewłaściwe zastosowanie, ponieważ w sytuacji, gdy powód wykazał okoliczności stanowiące podstawę dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanych za szkodę i krzywdę, to pozwani przeciwstawiając się, że są odpowiedzialni za brak właściwej diagnozy i leczenia choroby powoda, winni byli udowodnić, że szkoda powstała bez udziału pozwanych jednostek medycznych,

- art. 98 k.p.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że na skutek znacznego przyczynienia się powoda do pogorszenia swojego stanu zdrowia, powód powinien zostać obciążony kosztami postępowania w całości, względnie art. 102 k.p.c. przez jego niezastosowanie i przyjęcie, że na skutek znacznego przyczynienia się powoda do pogorszenia swojego stanu zdrowia, powód nie zasługuje na nieobciążanie go kosztami postępowania,
- art. 103 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i obciążenie powoda kosztami przeprowadzenia zbędnych dowodów wywołanych niesumiennym zachowaniem pozwanego (...),
- art. 130² § 1 k.p.c. w związku z art. 19 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1025 ze zm.) przez ich niezastosowanie i przyjęcie, że powód jest zobowiązany do pokrycia kosztów interwencji ubocznych po stronie pozwanych na tym etapie postępowania,
- art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. i art. 430 k.c. przez niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu tezy, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanych,
- art. 362 k.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, iż zachowanie powoda w toku leczenia polegające na niestosowaniu się do zaleceń lekarzy pozwanych jednostek medycznych przyczyniło się w maksymalnym rozmiarze do wyrządzonej mu szkody i krzywdy,
- art. 445 § 1 k.c. przez jego niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanych, a przez to ustalenie, że roszczenia powoda są nieuzasadnione,
- art. 23 k.c. przez jego niezastosowanie w wyniku przyjęcia tezy, że nie doszło w związku z leczeniem powoda w pozwanych jednostkach medycznych do naruszenia dobra osobistego powoda w postaci zdrowia,
- art. 448 k.c. w zw. z art. 23 k.c. przez ich niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie doszło do naruszenia dobra osobistego powoda w postaci zdrowia, a przez to ustalenie, że roszczenia powoda są nieuzasadnione,
- art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 z 1991 r., poz. 408 ze zm. – dalej, jako: „u.z.o.z.”) przez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu tezy, że nie doszło w związku z leczeniem powoda w pozwanych jednostkach medycznych do naruszenia praw pacjenta w postaci prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej,
- art. 448 k.c. w zw. z art. 19 a ust. 1 i art. 19 ust. 1 pkt 1 u.z.o.z. przez ich niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie doszło do zawinionego naruszenia praw pacjenta, a przez to ustalenie, że roszczenia powoda są nieuzasadnione,
- art. 19 ust. 1 pkt 2 u.z.o.z. oraz art. 31 ust. 1 u.z.l.l.d. przez ich niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu tezy, że nie doszło w związku z leczeniem powoda w pozwanym Centrum (...) do naruszenia praw pacjenta w postaci informacji o stanie zdrowia powoda, informacji na temat rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- art. 19 ust. 1 pkt 3 u.z.o.z. oraz art. 32 ust. 1 u.z.l.l.d. przez ich niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że powód wyraził niewadliwą zgodę na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych przez pozwane Centrum (...), po uzyskaniu odpowiedniej informacji, co nie doprowadziło do zawinionego naruszenia praw pacjenta, a przez to ustalenie, że roszczenia powoda są nieuzasadnione,
- art. 30 u.z.l.l.d. przez jego niewłaściwe zastosowanie w następstwie przyjęcia, że powód uzyskał u pozwanych ad. 1 i ad. 2 prawidłowe świadczenia zdrowotne w odpowiednim czasie,
- art. 189 k.p.c. przez jego niezastosowanie w następstwie przyjęcia, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanych, a przez to ustalenie, że roszczenia powoda są nieuzasadnione.

W konsekwencji, powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja powoda jest bezzasadna, aczkolwiek nie wszystkie sformułowane w niej zarzuty są chybione.

Sąd Apelacyjny, co do zasady, podziela ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego, szczegółowo opisane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku i przyjmuje je za własne. Części ustaleń Sąd I instancji nadał jednak nadmierne znaczenie, co wymaga korekty w postępowaniu odwoławczym. Również nie z całością argumentacji prawnej Sądu Okręgowego należy się zgodzić. Chociaż Sąd Apelacyjny aprobuje tezę, że roszczenie powoda nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach.

W pierwszej kolejności trzeba podzielić podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Aczkolwiek nie sposób nie zauważyć, że zarzut ten został sformułowany z pogwałceniem fundamentalnych zasad logiki. Nie można bowiem przyjąć że „błędne ustalenia faktyczne ... skutkowały wadliwą oceną materiału” (pkt I.2. apelacji). To przecież ewentualnie wadliwa ocena materiału dowodowego może skutkować błędnymi ustaleniami faktycznymi.

Zarzut ten jest jednak trafny w tym znaczeniu, że konstrukcja uzasadnienia zaskarżonego wyroku – zwłaszcza w zakresie ustaleń faktycznych – jest niezwykle chaotyczna i nieprzejrzysta. W relacjonowaniu stanu faktycznego brak jest zachowania chronologii, doszło do przemieszenia ustaleń faktycznych i ocen, a także okoliczności istotnych i całkowicie prawnie irrelevantnych. Sąd Okręgowy niektóre wątki wielokrotnie powtarza, opatrując je odmiennymi komentarzami. Również uzasadnienie prawne nie jest spójne i kompletne. Utrudnia to prześledzenie toku rozumowania Sądu Okręgowego.

Sąd Apelacyjny podziela jednak pogląd, że mankamenty dotyczące treści uzasadnienia orzeczenia podlegającego zaskarżeniu apelacją z reguły nie należą do tego rodzaju uchybień, które mogą mieć wpływ na wynik sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 2010 r., II UK 148/09), zaś naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. może być uznane za uzasadniony zarzut apelacji tylko w skrajnych wypadkach, gdy uzasadnienie sądu I instancji jest na tyle wadliwie, że uniemożliwia przeprowadzenie instancyjnej kontroli prawidłowości zaskarżonego wyroku (por. także postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2009 r., III UK 52/09 i wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 marca 2006 r., II CK 428/05). Uzasadnienie zaskarżonego w niniejszej sprawie wyroku, mimo wskazanych wadliwości nie uniemożliwia jednak instancyjnej kontroli tego orzeczenia.

W zakresie ustaleń faktycznych należy zgodzić się z Sądem Okręgowym, że w chwili pierwszej wizyty w pozwanym Centrum (...), tj. w dniu 8 września 2008 r. ścięgno A. nie było u powoda przerwane. Do zerwania tego ścięgna doszło już po tym dniu, ale z pewnością przed dniem wykonania badania USG w dniu 29 września 2008 r. W oparciu o opinię biegłego ortopedy J. F. trzeba przyjąć, że niewykonanie badania USG w dniu 8 września 2009 r. i postawienie diagnozy przez lekarza P. O. bez tego badania było błędem. W diagnostyce zerwania ścięgna A. badanie USG – o ile jest dostępne – powinno zostać wykonane niezwłocznie.

Rzecz jednak w tym, że wykonanie tego badania w dniu 8 września 2008 r. nie pozwoliłoby na wykrycie zerwania ścięgna, skoro w tym dniu ścięgno nie było jeszcze zerwane. Zatem, ten błąd diagnostyczny nie miał wpływu na dalszy proces leczenia powoda. Brak bowiem związku przyczynowego między tym błędem a kolejnymi czynnościami podejmowanymi w pozwanym placówkach ochrony zdrowia (art. 361 § 1 k.c.). Czynności te były bowiem podejmowane na skutek zerwania ścięgna, a nie z uwagi na jego uszkodzenie.

Byłoby inaczej, gdyby powód wykazał, że wykonanie badania USG w dniu 8 września 2008 r., mimo niezerwania ścięgna A. w tej dacie, doprowadziłoby lub powinno doprowadzić do wdrożenia takich procedur medycznych, które uchroniłoby skarżącego przed zerwaniem ścięgna. Jednak powód nie tylko takich okoliczności nie udowodnił, ale nawet nie sformułował żadnych twierdzeń na tej płaszczyźnie.

W tym kontekście, bez znaczenia są tak uwypuklane przez skarżącego i Sąd Okręgowy zagadnienia, czy powód otrzymał skierowanie na wykonanie badania USG w dniu 8 września 2008 r. i w jakich okolicznościach doszło do zerwania ścięgna A., a w szczególności, czy nastąpiło to na skutek gry przez powoda w piłkę nożną. Te okoliczności nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, skoro nie został wykazany związek między niewykonaniem badania USG w dniu 8 września 2008 r., a dalszym postępowaniem leczniczym. Tym bardziej, pozbawione znaczenia jest, dlaczego to badanie nie zostało wykonane. Podobnie prawnie irrelevantne są przyczyny zerwania ścięgna A. u powoda.

Trzeba też zgodzić się z Sądem Okręgowym, że do zakażenia powoda gronkowcem nie doszło w czasie zabiegu operacyjnego w dniu 7 października 2008 r. Przekonująca jest opinia biegłej A. S. (2), z której wynika, że w przypadku zakażenia śródoperacyjnego pierwsze objawy pojawiłyby się bardzo szybko, już po 48 – 72 godzinach. Rana pooperacyjna goiła się natomiast dobrze i po zdjęciu szwów dnia 20 października 2009 r. powód został skierowany na rehabilitację. Pierwsze objawy, które mogły wskazywać na możliwość infekcji ścięgna wystąpiły dopiero 24 października 2008 r. w postaci wysięku z rany. Zestawienie tych dat jednoznacznie wskazuje, że do zakażenia rany doszło już po zabiegu operacyjnym.

Wymaga podkreślenia, że również niewykonanie posiewu z rany pooperacyjnej zarówno w Centrum (...), jak i w pozwanym Szpitalu pozostaje bez wpływu na proces leczenia powoda. Posiew mógł bowiem jedynie doprowadzić do zidentyfikowania bakterii, które wywołały zakażenie. Co z kolei pozwoliłoby ewentualnie na ustalenie antybiotyku, jaki mógłby zostać wykorzystany do zwalczania konkretnego gatunku bakterii. Skoro jednak przyczyną zakażenia rany pooperacyjnej było odrzucenie szwów i martwaki z uszkodzonego ścięgna, to ustalenie gatunku drobnoustrojów, które wywołały stan zapalny nie mogło mieć znaczenia. W szczególności dlatego, że antybiotykoterapia nie byłaby skuteczna z uwagi na martwicę części ścięgna, w okolicach której ogniskowało się zakażenie.

Takie ustalenia znajdują również potwierdzenie w dalszym procesie leczenia powoda. Trzeba zauważyć, że posiew wykonano w dniu 20 stycznia 2009 r., a w dniu 23 stycznia 2009 r. zidentyfikowano bakterie, które wywołały stan zapalny. Nie spowodowało to jednak przełomu w leczeniu. Dopiero usunięcie w dniu 13 lipca 2009 r. przyczyny powstałego zakażenia w postaci niewchłoniętego szwu pozwoliło na zakończenie leczenia.

Zatem – niezależnie od oceny prawidłowości postępowania lekarzy P. N. i L. P. w aspekcie niewykonania posiewu z rany pooperacyjnej – brak tego badania również nie ma związku z dalszym procesem leczenia powoda (art. 361 § 1 k.c.). Inaczej rzecz ujmując, wykonanie posiewu dałoby lekarzom wiedzę co do bakterii, które wywołały stan zapalny, ale nie zmieniłoby to postępowania leczniczego. Bakterie te bowiem były odporne na antybiotyki, a zatem leczenie farmakologiczne nie byłoby skuteczne. Konieczne było usunięcie źródła zakażenia – niewchłoniętego szwu i martwiczej tkanki.

Nadto, z opinii biegłego ortopedy J. F. wynika, że w okresie leczenia w pozwanym placówkach nie było wskazań do wykonania rewizji rany pooperacyjnej. Takie wskazania były już z pewnością w kwietniu 2009 r., a zatem po zakończeniu leczenia u pozwanym.

Dokonując tych kluczowych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy nie naruszył art. 233 § 1 k.p.c., a zarzuty powoda na tej płaszczyźnie koncentrują się wokół ustaleń o charakterze drugorzędnych, niemających wpływu na wynik sprawy (apelacja – k.1611-1614). Nie jest w szczególności jasne, jakie znaczenie dla zakresu odpowiedzialności któregośkolwiek z pozwanym miałyby ewentualne nieuprzedzenie powoda przez P. N. o konieczności rewizji rany pooperacyjnej (apelacja – k.1614).

Sąd Apelacyjny podziela również stanowisko Sądu Okręgowego, że skierowanie skarżącego do lekarza L. P. nie może być traktowane w kategoriach błędu medycznego. Sąd Apelacyjny zgadza się z argumentacją Sądu I instancji, że L. P. jako dermatolog specjalizujący się w leczeniu ran był uprawniony do podjęcia się diagnostyki i wdrożenia leczenia powoda.

Chybione są także zarzuty apelacji dotyczące nieudzielenia powodowi przez Centrum (...) odpowiedniej informacji o ryzyku związanym z zabiegiem operacyjnym w dniu 7 października 2008 r. (pkt II.9. i II.10. apelacji). Stosownie do treści art. 34 ust. 1 u.z.l.l.d. lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w art. 34 ust. 1 u.z.l.l.d., lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 u.z.l.l.d. (art. 34 ust. 2 u.z.l.l.d.). Zgodnie z tym przepisem lekarz ma 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.

Przyjmuje się, że zgoda pacjenta na zabieg operacyjny musi mieć charakter świadomy, co jest oczywiście uzależnione od udzielenia przez lekarza przystępnej i zrozumiałej informacji o ewentualnych – także negatywnych – następstwach operacji. Dopiero bowiem taka zgoda uchyła bezprawność interwencji lekarza.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, powód został należycie poinformowany o rodzaju przeprowadzonego zabiegu operacyjnego i jego możliwych skutkach. Słusznie Sąd Okręgowy wskazał, że nie można oczekiwać, aby lekarz informował pacjenta o wszystkich, nawet najbardziej nieprawdopodobnych skutkach zabiegu. Tak rozumiane prawo pacjenta do informacji wykluczałoby praktycznie wykonanie każdego bardziej skomplikowanego zabiegu operacyjnego, z uwagi na szereg potencjalnych powikłań, niejednokrotnie niezwykle rzadkich i niemożliwych do przewidzenia.

Rację ma skarżący, że ciężar dowodu co do tego, że zgoda powoda na zabieg operacyjny była świadoma, a co za tym idzie skuteczna, spoczywa co do zasady na pozwanej placówce ochrony zdrowia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04). Jednak powód w niniejszej sprawie złożył na piśmie oświadczenie, że został zapoznany z planowanym sposobem leczenia operacyjnego, poinformowano go o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, a także potencjalnych zagrożeniach. Nadto uzyskał wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i nie ma żadnych uwag (zgoda z dnia 2 października 2008 r. – k.34). Jest to niewątpliwie dokument prywatny w rozumieniu art. 245 k.p.c. Zgodnie z art. 253 k.p.c. jeżeli strona zaprzecza prawdziwości dokumentu prywatnego albo twierdzi, że zawarte w nim oświadczenie osoby, która je podpisała, od niej nie pochodzi, obowiązana jest okoliczności te udowodnić. Tym samym, to powód winien udowodnić, że wbrew treści podpisanego przez siebie oświadczenia nie otrzymał wyczerpującej informacji. Takiego dowodu powód nie przeprowadził.

Nie można również pominąć tego, że zdecydowanie większe znaczenie ma zgoda pacjenta w wypadku możliwości wyboru metody leczenia, czy też podjęcia decyzji co do tego, czy w ogóle poddać się leczeniu. W takich sytuacjach nie budzi wątpliwości, iż uzmysłowienie pacjentowi wszelkich ewentualnych następstw zabiegu ma kluczowe znaczenie dla podjęcia przez pacjenta w pełni świadomej decyzji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 15 stycznia 2015 r., I ACa 856/14). Z drugiej strony w wypadkach zagrożenia życia lub zdrowia i braku możliwości uzyskania zgody pacjenta przepis art. 33 u.z.l.l.d. dopuszcza wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta.

W niniejszej sprawie, przeprowadzenie zabiegu operacyjnego było konieczne i nie było możliwości wyboru alternatywnej metody postępowania. Należy zatem przyjąć, że niezależnie od uzyskanych informacji, powód i tak wyraziłby zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.

Zatem wobec braku po stronie pozwanych bezprawnych i zawinionych zachowań, które miałyby związek ze wskazanymi przez powoda negatywnymi aspektami procesu leczenia, roszczenie powoda nie znajduje oparcia w treści art. 445 k.c. oraz art. 448 k.c. w zw. z art. 23 k.c. Niezasadne są zatem zarzuty naruszenia tych przepisów (pkt II.3., II.4. i II.5. apelacji). Brak było w konsekwencji podstaw do ustalenia na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialności pozwanych na przyszłość (pkt II.11. apelacji).

Wobec niemożności przypisania pozwanym odpowiedzialności, nie sposób rozważać przyczynienia się poszkodowanego (powoda) do zaistnienia szkody. Trafny jest więc zarzut apelacji dotyczący naruszenia art. 362 k.c. (pkt II.2 apelacji). Uchybienie to nie miało jednak wpływu na wynik sprawy.

Słusznie zatem Sąd Okręgowy powództwo oddalił, obciążając powoda stosownie do treści art. 98 § 1 k.p.c. kosztami procesu. Sąd Apelacyjny podziela stanowisko, że w niniejszej sprawie brak było podstaw do zastosowania przez Sąd I instancji art. 102 k.p.c. lub art. 103 k.p.c. Dochodzenie przez powoda bezzasadnego roszczenia mimo subiektywnego przekonania o jego zasadności, nie daje jeszcze podstaw do przyjęcia, że w sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek w rozumieniu art. 102 k.p.c. Brak również podstaw do przypisania pozwanemu (...) niesumiennego lub oczywiście niewłaściwego postępowania (art. 103 k.p.c.). Natomiast obciążenie powoda niepobrany opłatami od interwencji ubocznych jest w świetle treści art. 130³ § 2 k.p.c. w pełni uprawnione.

Dlatego też, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację powoda, jako bezzasadną.

Nadto, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. nie obciążył powoda kosztami postępowania apelacyjnego, mając na względzie, że część zarzutów apelacyjnych była uzasadniona, a powód znajduje się w trudnej sytuacji materialnej (k.1629-1633), co uzasadniało przyznanie częściowego zwolnienia od kosztów sądowych (k.1721).

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny orzekł, jak w sentencji.