

UZASADNIENIE

K. J. w pozwie z dnia 18 marca 2013r. skierowanym przeciwko (...) S.A. w W., wniósł o zasądzenie:

- kwoty 200.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 29 sierpnia 2012r.,
- kwoty 1.147,83 zł z tytułu odszkodowania z ustawowymi odsetkami od dnia 29 sierpnia 2012r.,
- kwoty po 500 zł miesięcznie, począwszy od dnia 1 sierpnia 2012r. i na przyszłość z tytułu renty na zwiększone potrzeby, płatnej do 10. dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek raty,
- kosztów postępowania według norm przepisanych.

Powód wskazał w uzasadnieniu pozwu, że w dniu 31 marca 2011r. doznał otwartego złamania kości piętowej oraz złamania kompresyjnego lewej kości sześciennej, a następnie był hospitalizowany w I Szpitalu Miejskim im. (...) w Ł., gdzie został zakażony bakterią *S. aureus*. W wyniku zakażenia powód ma nadal niezagojoną, sączącą się ranę, która uniemożliwia mu chodzenie i powrót do normalnego życia. Błąd Szpitala tkwi w nieprzestrzeganiu zasad aseptyki, bowiem powód nie miał możliwości samozakażenia głębokich części rany. (pozew k. 2-11)

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych, podnosząc że w dacie zdarzenia udzielał Szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej w zakresie OC.

Ponadto pozwany wskazał, że powód spadł z dachu z wysokości 3 m. Rana w miejscu złamania była brudna, a tkanki miękkie (skóra i mięśnie stopy) stłuczone i niedokrwione, a dodatkowo powód trafił do Szpitala kilka godzin po urazie. W trakcie leczenia stwierdzono u powoda zakażenie bakteriami m.in. (...), które powszechnie bytują na skórze człowieka, wrażliwe są na podstawowe antybiotyki, co wskazuje, że nie jest to szczep szpitalny. Zakażenie tą bakterią wywiązało się w ranie pierwotnie brudnej i nie jest skutkiem nieprawidłowego leczenia. (odpowiedź na pozew k. 137)

Stanowiska stron nie uległy zmianie do zamknięcia rozprawy. Powód na rozprawie w dniu 3 czerwca 2015r. wniósł o nieobciążanie kosztami procesu na wypadek oddalenia powództwa.

(protokół rozprawy – czas nagrania 00.35.24 – 00.40.20, k. 321)

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

Powód w dniu 31 marca 2011r. spadł na stopy z dachu z wysokości 3 m. Z miejsca wypadku został przewieziony przez syna do szpitala w Z., skąd z uwagi na duże krwawienie został przetransportowany do Szpitala im. (...) w Ł.. Po wykluczeniu krwawienia z dużych naczyń krwionośnych przewieziono powoda do I Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł.. Po wykonaniu badania RTG stwierdzono w obrębie stopy prawej otwarte, wieloodłamowe złamanie kości piętowej z przemieszczeniem odłamów, zwichnięcie w stawie L. ze złamaniem kości sześciennej. Opis stanu miejscowego: widoczny bardzo duży obrzęk i zniekształcenie okolicy pięty, stawu skokowego i stopy. Poniżej kostki przyśrodkowej rana o wymiarach 4 x 2 cm (pęknięcie skóry) z wyciętymi na zewnątrz uszkodzonymi mięśniami stopy. Skóra wokół pięty i na grzbiecie stopy zasiniona. W obrębie stopy lewej rozpoznano kompresyjne złamanie kości sześciennej bez istotnego przemieszczenia odłamów. W dniu przyjęcia dokonano zamkniętej repozycji złamania prawej kości piętowej ze stabilizacją odłamów prętami S. i drutami K.. Chirurgicznie opracowano ranę pięty z obfitym płukaniem rany wodą utlenioną i drenażem. Nastawiono zachowawczo zwichnięcie w stawie L. stabilizując repozycję drutami K.. Prawą kończynę dolną unieruchomiono w szynie gipsowej, lewą w bucie gipsowym. Zdjęcie RTG po zabiegu wykazało poprawę kąta B. o ok. 15 st.

W opisie stanu miejscowego z dnia 4.04.2011r. stwierdzono cechy maceracji naskórka z brzeżną martwicą. W kontrolnym badaniu RTG stopy prawej z dnia 4.04. stwierdzono ustawienie promieni stopy poprawne z przemieszczeniem kości klinowatej przyśrodkowej do boku. W dniu 6.04.2011r. opisano śladowy wyciek po usuniętym drenie, strefa martwicy wokół pręta S..

W dniu 18.04.2011r. wycięto martwicze tkanki po stronie przyśrodkowej stopy prawej, Unieruchomiono kończyny w butach gipsowych. W dalszych dniach wykonywano opatrunki na prawej stopie przez okienko w gipsie. Podczas opatrunku w dniu 26.04. stwierdzono w dniu rany obnażenie kości piętowej. W okolicy pręta S. niewielki obszar suchej martwicy - podcięto.

W dniu 16.05.2011r. usunięto choremu druty K. i pręt S., wycięto resztki martwicy. W dzień po zabiegu pojawiła się zwyżka temperatury do 40 st. Leczony antybiotykoterapią. W toku obserwacji stwierdzono postępujące zmniejszanie się powierzchni rany. Miejscowe postępowanie antyseptyczne. W dniu 20.05. wtórny, ziarninujący ubytek skóry pokryto wolnym przeszczepem skóry z pachwiny. W dniu 3.06.2011r. spionizowano chorego przy pomocy balkonika na lewej kończynie dolnej. Wykonywano zmiany opatrunków w zakresie przeszczepu. Odnotowano „stosunkowo prawidłowe” wgajanie się przeszczepu. W dniu 10.06.2011r. wykonano kontrolne zdjęcie RTG stopy prawej. Stwierdzono zmniejszenie kąta B. do 17 st. Ustawienie odłamów określono jako dobre w obu projekcjach. W dniu 13.06.2011r. usunięto martwicę brzeżną w obrębie przeszczepu. Założono powodowi but gipsowy z obcasem, zalecono powodowi obciążanie prawej kończyny dolnej w gipsie. Wykonywano opatrunki przez okienko w gipsie.

W dniu 21.06.2011r. dogipsowano okienko i wypisano powoda do domu z zaleceniem zgłaszanie się do Poradni (...) M. 2 x w tygodniu na opatrunki przez okienko w gipsie. Powód miał obciążać obie kończyny chodząc z pomocą balkonika. Wystawiono recepty na fraxiparynę i aulin.

W dniu 3.07.2011r. powód zgłosił się do kontroli w (...) przy Szpitalu im. (...) w Ł.. Zdjęto but gipsowy i wykąpano stopę w mydlinach. Stwierdzono obecność ubytku tkanek miękkich 10 x 4 cm tyłostopia z obecnością kości piętowej w dnie rany. W obrazie RTG - pełne wygojenie złamań kości piętowej prawej z odtworzeniem kąta B.. Wygojenie złamania kości sześcienniej stopy lewej. Założono opatrunek z iruxolem celem oczyszczenia rany i pobudzenia ziarniny. W trakcie kolejnych wizyt dokonywano zmian opatrunków i kontroli gojenia się ubytku. Powód otrzymywał recepty na maści i środki przeciwbólowe.

W dniu 18.08.2011r. powód został ponownie hospitalizowany na Oddziale O. - Urazowym Szpitala im. (...) w Ł.. W dniu przyjęcia stwierdzono obecność ubytku tkanek miękkich okolicy prawej pięty o wymiarach 10 x 7 cm z kością w dnie rany odsłoniętą na obszarze 5 x 3 cm.

W dniu 25.08.2011r. wykonano zabieg operacyjny: odświeżono brzegi rany, zdlutowano powierzchnię kości piętowej do warstwy broczącej i zbliżono brzegi rany głębokimi szwami. Pobrano materiał na posiew. W kolejnych dniach po zabiegu kontrolowano stan rany. Po każdym opatrunku stosowano iaseroterapię. Stosowano antybiotykoterapię zgodnie z posiewem z dnia 26.08.2011r.

W toku leczenia nie uzyskano pełnego wygojenia owrzodzenia i w dniu 7.10.2011r. wypisano chorego do domu z zaleceniem dalszego zgłaszania się na opatrunki do poradni przyszpitalnej (k. 58 - 62). Zgodnie z zaleceniami powód kontynuował leczenie ambulatoryjne, sam zmieniał opatrunki na owrzodzeniu stopy stosując zamiennie balsam S., chloraminę, solcoseryl i inne preparaty antyseptyczne pobudzające ziarninę. Zastosowano autoszczepionkę.

Do końca sierpnia 2012r. nie udało się uzyskać wyleczenia owrzodzenia okolicy pięty stopy prawej.

Do chwili obecnej powód zabezpiecza bliźnę poowrzodzeniową opatrunkiem jałowym. Mimo wygojenia rany, powód odczuwa znaczny ból podczas obciążania prawej stopy, pojawia się obrzęk tyłostopia, nie może stawać bosą stopą na podłodze. Chodzić może wyłącznie w obuwiu. Lewa stopa czasem pobolewa na zmianę pogody, okazjonalnie zażywa pyralginę w okresie zaostrzeń dolegliwości. Stopa prawa płasko - koślawa z całkowitym zniesieniem łuku podłużnego. Poniżej kostki przyśrodkowej widoczna jest przerośnięta bliźna pokryta zasypką antyseptyczną dł. 7 cm. Skóra z tyłu

guza piętowego z w pełni wygojoną punktowaną blizną po wlocie pręta S. stabilizującego odłamy kości piętowej. Staw skokowy prawy obrzęknięty, obwód na wysokości kostek prawego stawu skokowego 28 cm, lewego 26 cm. Ruchy ograniczone w zakresie zgięcia grzbietowego -5 st (biernie koryguje się do 0 st) (15 st w stopie lewej) i podszwowego 15 st. Ruchy pro i supinacji zniesione. Zarysy stopy i stawu skokowego lewej kończyny dolnej prawidłowe, bez obrzęku. Zgięcie podszwowe w stawie skokowym lewym 30 st, grzbietowe 10 st, supinacja 20 st, pronacja 0 st. Chód z utykaniem na prawą kończynę dolną.

(opinia biegłego lekarza ortopedy J. F. k. 229-232)

Przez cały czas w Szpitalu im. (...) w Ł. w okolicy rany stopy wydobywała się wydzielina surowiczo-ropna. Kilkakrotne pobyty powoda w Szpitalu związane były z brakiem gojenia się rany pooperacyjnej i ubytkiem skóry w okolicy piętowej. Brak gojenia się rany utrzymywał się przez okres ponad jednego roku.

W wyniku badań bakteriologicznych pobranych z okolicy rany wyhodowano:

- w dniach 11 sierpnia 2011r. i 26 września 2011r. gronkowiec złocisty (*S. aureus*) (...) oraz *A. baumani*,
- w dniu 27 września 2011r. gronkowiec złocisty (...),
- w dniu 17 maja 2012r. gronkowiec złocisty (...) oraz *A. baumani*,
- w dniu 6 września 2012r. gronkowiec złocisty oraz *P. aeruginosa*.

Według kryteriów obowiązujących w Polsce i na świecie, zakażenie szpitalne miejsca operowanego musi spełniać kilka kryteriów, przy czym kryterium główne wymaga, aby zakażenie rozwinęło się do 30 dni od zabiegu chirurgicznego, stan zapalny musi obejmować skórę lub tkankę podskórną. W okolicy nacięcia - w przypadku zakażenia powierzchownego lub głębiej położonych tkanek w okolicy nacięcia w przypadku zakażenia głębokiego.

Zakażenie bakteryjne gronkowcem złocistym nie odpowiada kryterium głównemu. Powód w wyniku wypadku doznał otwartego złamania kości piętowej prawej i rany tego rodzaju zalicza się w medycynie do ran pierwotnie zakażonych, a zatem jest wysoce prawdopodobne, że do zakażenia doszło w czasie wypadku.

Gronkowce złociste są drobnoustrojami kolonizującymi skórę, błony śluzowe, szczególnie nozdrzy przednich, w populacji 20 - 30 % zdrowych ludzi.

W warunkach prawidłowego działania systemu odpornościowego człowieka do rozwoju zakażenia nie dochodzi.

Przyczyną rozwoju zakażenia u powoda było wniknięcie drobnoustroju do miejsca operowanego i mogło to nastąpić w czasie urazu, gdzie zaistniały warunki do namnożenia bakterii i rozwoju stanu zapalnego.

Powód został zakażony gronkowcem złocistym wrażliwym na metycylinę ((...)), natomiast do zakażeń szpitalnych dochodzi częściej w wyniku zakażenia gronkowcami złocistymi metycylinoopornymi.

Nie ma podstaw do stwierdzenia nieprawidłowości w Szpitalu im. (...) w zakresie postępowania w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym.

Przeprowadzone badania bakteriologiczne w pozwanym szpitalu w dniu 14.07.2011r. na Oddziale O.-Urazowym i Chirurgicznym, w których pobrano do badań mikrobiologicznych wymazy z wielu sprzętów i powierzchni w różnych pomieszczeniach Szpitala, w tym na bloku operacyjnym, nie wykazały istotnych zaniedbań. Na 47 posiewów bakteriologicznych stwierdzono w 4 badaniach obecność drobnoustrojów z rodzaju *M. species*, które są uważane za szczepy niepatogenne i tylko w jednym przypadku bakterie gronkowca naskórkowego (*S. epidermis*), który jest drobnoustrojem powszechnie spotykanym. W żadnym z wykonanych badań nie stwierdzono drobnoustrojów, które

wyhodowano w wydzielinie z rany powoda pobieranej w różnych okresach czasu a mianowicie: gronkowca złocistego (*S.aureus* matelyloinowrażliwego (...)) i bakterii z rodzaju *P. aeruginosa* oraz *A. baumani*.

Działający w Szpitalu (...) ds. Zakażeń Szpitalnych przeprowadzał systematyczne kontrole jakości zabezpieczeń przed występowaniem zakażeń szpitalnych. Stwierdzone niewielkie usterki usuwane były na bieżąco.

(opinia podstawowa biegłego lekarza z zakresu chorób zakaźnych

A. B. k. 176-183)

Nie można utożsamiać rany pierwotnie zakażonej z zakażeniem szpitalnym. Omówione wcześniej „kryterium główne” mówi, że zakażenie można uznać za szpitalne, o ile nie było w okresie wylegania przed jego stwierdzeniem. Objawy zakażenia wystąpiły u powoda bezpośrednio po złamaniu otwartym (do 48 godzin).

(opinia uzupełniająca biegłego jw. k. 199)

Złamanie otwarte uznaje się za pierwotnie zakażone wskutek bezpośredniego kontaktu kości ze światem zewnętrznym, a także bakteriami saprofitującymi na skórze.

Istotne znaczenie w rozwoju infekcji u powoda miało rozległe uszkodzenie tkanek miękkich podczas samego urazu. W wyniku tego uszkodzenia doszło do nieuchronnego upośledzenia ukrwienia okolicy pięty, a co za tym idzie do wytworzenia się dobrego podłoża do namnażania bakterii. (...) martwicy nie pozwala na wnikanie podawanego antybiotyku (także zgodnego z antybiogramem) do ogniska zakażenia i w konsekwencji na wyeliminowanie źródła infekcji.

Wprowadzenie prętów metalowych nie miało zasadniczego znaczenia w rozwoju zakażenia. Druty wprowadza się w sposób jałowy, przezskórnie, bez dodatkowej traumatyzacji okolicznych tkanek, co ma miejsce np. przy zespalaniu „na otwarty” złamań blaszkami i śróbami. Wówczas czynnik sprawczy zakażenia (w przypadku złamań zamkniętych) jest niepodważalny. Usuwanie tych prętów nie nosi też żadnych zagrożeń zakażeniem.

Powikłanie zakażeniem złamania u powoda w sposób istotny zdeterminowało leczenie pacjenta. Skutkowało przewlekłym procesem zapalenia kości z koniecznością przedłużonego leczenia owrzodzenia skóry, wielokrotnymi zabiegami operacyjnymi z nie w pełni satysfakcjonującym wynikiem końcowym. W konsekwencji u powoda doszło do poważnych trudności lokomocyjnych spowodowanych zarówno przebyłym wieloodłamowym złamaniem kości piętowej, dodatkowo powikłanym zakażeniem kości.

(opinia biegłego lekarza ortopedy J. F. k. 231-232)

Powód już na początku leczenia dostał antybiotyk szerokowidmowy (Z.) i jest możliwe, że ten antybiotyk mógł utrudniać wyhodowanie bakterii w początkowym okresie leczenia powoda. Gronkowiec (...) jest wrażliwy na Z., przy czym nie ma stuprocentowego działania antybiotyku w każdym przypadku.

(opinie ustne biegłych jw. k. 284, 285)

Rana pierwotna u powoda była bardzo rozległa, nie było skóry, nie można było zamknąć rany, w związku z czym istniał dostęp do tkanek miękkich narażonych na rozwój zakażenia.

(opinia ustna biegłego lekarza ortopedy J. F. k. 285)

Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością do zakażenia powoda gronkowcem złocistym (...) doszło w warunkach pozaszpitalnych.

(opinia ustna biegłego lekarza z zakresu

chorób zakaźnych A. B. k. 285)

Sąd ocenił zeznania świadka K. B. oraz dokumenty dotyczące jego leczenia za pozbawione mocy dowodowej, gdyż istotny dla rozstrzygnięcia sprawy był proces leczenia powoda, a nie osoby trzeciej.

Sąd oddalił wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego lekarza z zakresu chorób zakaźnych (postanowienie k. 286), uznając że okoliczności sporne już dostatecznie wyjaśnione (art. 217 § 3 KPC).

Powód nie zgłosił żadnych skutecznych zarzutów do opinii biegłych lekarzy J. F. i A. B.. Biegli ci wyczerpująco ustosunkowali się do pytań, wątpliwości oraz zarzutów powoda.

Wydane opinie są spójne, jasne, logiczne i należyście uzasadnione.

Opinia biegłego, tak jak inne dowody, podlega ocenie według reguł art. 233 § 1 KPC, lecz odróżnia ją pod tym względem szczególnie dla tego dowodu kryterium oceny, tj. poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób sformułowania w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się tym, że jej sfera merytoryczna jest kontrolowana przez sąd, który nie ma wiadomości specjalnych, tylko w zakresie logicznego myślenia i wiedzy powszechnej (por. wyrok SN z dnia 13 lutego 2004r., IV CK 24/03, OSNC 2005/3/45).

Pod tym też kątem Sąd dokonał oceny wydanych w sprawie opinii.

Sąd, oceniając opinię biegłego, nie może, w miejsce poglądów (wniosków) biegłego, wprowadzać własnych stwierdzeń, o ile nie ma żadnych zastrzeżeń pod względem fachowości, rzetelności, czy też logiczności opinii, a z taką sytuacją mamy do czynienia w rozpoznawanej sprawie i Sąd nie mógł wkraczać w zakres wymagający wiedzy specjalnej (por. wyrok SN z dnia 19 grudnia 1990r., I PR 148/90, OSP 1991/11/30).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo jest bazzasadne i podlega oddaleniu.

Pozwany ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą na podstawie art. 822 § 1 KC za szkody wyrządzone przez I Szpital Miejski im. (...) osobom trzecim, wobec których Szpital ponosi odpowiedzialność.

Omówienia wymagają zatem podstawy odpowiedzialności S..

Podstawa prawna odpowiedzialności Szpitala uregulowana jest w przepisach art. 430 KC w związku z art. 444 KC i art. 445 § 1 KC.

Zgodnie z art. 430 KC, kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przesłankami odpowiedzialności na podstawie wyżej powołanych przepisów są:

- wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego,

- wina podwładnego,

-wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnoorganizacyjne.

W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (tak: teza 8 do art. 430 KC Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod red. Gerarda Bieńka, s. 389).

Błąd lekarski, jako postępowanie nieprawidłowe, naruszające zasady wiedzy medycznej, nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej sam przez się. Do powstania obowiązku naprawienia szkody konieczne jest jeszcze stwierdzenie winy w znaczeniu subiektywnym, tj. podmiotowej zarzucalności działania (czynu) lekarza. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie. Taką definicję winy lekarza, zgodną z przyjmowaną przez prawo polskie normatywną koncepcją winy i błędu lekarza przedstawił M. S. („Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100). W orzeczeniu z dnia 1 kwietnia 1955 roku Sąd Najwyższy stwierdził, że błędem lekarskim jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym (IV CR 39/54).

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego). Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nie rozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechania konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności. Błąd terapeutyczny zachodzi natomiast w przypadku niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia.

Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i prawie medycznym poglądem, zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną (art. 355 KC). Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę chyba, że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów połączonych z możliwością naruszenia naczyń krwionośnych pacjenta, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów (wyrok SN z 11.05.1983r., IV CR 118/83, L.). Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 KC). W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminują możliwość zakażenia innymi chorobami.

Przechodząc na grunt przedmiotowej sprawy – zdaniem Sądu – nie ma podstaw do przyjęcia, iż do zakażenia gronkowcem u powoda doszło podczas jego pobytu w Szpitalu im. (...) w Ł..

Następujące okoliczności wskazują, że do zakażenia u powoda nie doszło z winy Szpitala im. (...) w Ł., za który odpowiedzialność ponosi pozwany ubezpieczyciel:

1. u powoda wykryto bakterie gronkowca złocistego (...) (metycylinowrażliwy), który nie należy do tzw. szczepów wewnątrzszpitalnych, tj. takich, które rozwijają się tylko w szpitalach,
2. nosicielami gronkowca wrażliwego jest 20 – 30 % populacji osób zdrowych,

3. powód doznał otwartego, wieloodłamowego złamania kości piętowej stopy prawej z rozległym uszkodzeniem tkanek miękkich, a samo złamanie otwarte uznaje się za pierwotnie zakażone, wskutek bezpośredniego kontaktu kości ze światem zewnętrznym, a także z bakteriami saprofitującymi na skórze (upośledzenie ukrwienia okolicy pięty prowadzi do wytworzenia się dobrego podłoża do namnażania bakterii), a zatem do zakażenia mogło dojść w okresie od chwili urazu do czasu hospitalizowania powoda w Szpitalu,
4. nie można zarzucić Szpitalowi nieprawidłowości postępowania w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym,
5. w posiewach bakteriologicznych wykonywanych w Szpitalu nie wykryto w żadnym z wykonanych badań drobnoustrojów, które wyhodowano w wydzielinie z rany powoda, pobieranej w różnych okresach czasu,
6. przebieg zakażenia u powoda nie odpowiada tzw. „kryterium głównemu” zakażenia szpitalnego,
7. w okresie bezpośrednio poprzedzającym hospitalizowanie powoda w Szpitalu im. (...) powód przebywał po urazie, tj. z otwartym złamaniem kości stopy w dwóch innych placówkach szpitalnych, w których mogło dojść do zakażenia.

W świetle art. 361 § 1 KC nie jest wymagane istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pozwanego, a szkodą powstałą u powoda, jako „przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej”. Przez normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika, należy też rozumieć takie następstwa, które mają charakter pośredni. Do zaistnienia adekwatnego związku przyczynowego wystarczające jest ustalenie ciągu zdarzeń, w którym jedno z nich jest koniecznym warunkiem (przyczyną wystąpienia następnego). Konieczne jest, by powiązania pomiędzy poszczególnymi wydarzeniami były normalne, tzn. typowe, oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a nie będące rezultatem jakiegoś zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 22 września 2005r., I ACa 197/05, OSA 2006/5/16). Wskazać też należy, że istnienie związku przyczynowego zwłaszcza, gdy chodzi o zdrowie ludzkie nie zawsze da się ustalić z pewnością wykluczającą wszelkie wątpliwości. Z tych względów do przyjęcia go wystarcza ustalenie prawdopodobieństwa tego związku przyczynowego (tak: wyrok SN z dnia 12 stycznia 1977r., II CR 751/76, LEX nr 177016, z dnia 14 grudnia 1973r., II CR 692/73, OSPiKA 1975, nr 4, poz. 94, z dnia 17 czerwca 1969r., II CR 165/69, OSPiKA 1970, nr 7 – 8, poz. 155).

Tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 KPC) zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego 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. Dowód taki nie wystarcza, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę zakażenia.

W realiach rozpoznawanej sprawy niemożliwe było ustalenie w sposób pewny, gdzie i kiedy doszło u powoda do zakażenia gronkowcem złocistym (...).

Nie można co prawda wykluczyć, że do zakażenia u powoda doszło w czasie hospitalizacji w Szpitalu im. (...), jednakże stopień prawdopodobieństwa tej okoliczności jest zbyt niski, zważywszy że istnieje szereg okoliczności, przedstawionych wyżej, które uprawdopodobniają inne przyczyny zakażenia (por. nadto wyrok SN z dnia 2 czerwca 2010r., III CSK 245/05, L.).

Reasumując, powód nie wykazał wysokiego prawdopodobieństwa zakażenia z winy Szpitala im. (...) oraz nie wykazał, że sposób wykonywania zabiegów lekarskich i przestrzegania zasad aseptyki nie odpowiadał obowiązującym standardom i stwarzał zagrożenie zakażeniem powoda.

W tym stanie rzeczy, Sąd oddalił powództwo.

Na podstawie art. 102 KPC Sąd nie obciążył powoda kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej, zważywszy trudną sytuację życiową powoda, który cały czas zmaga się ze skutkami zakażenia oraz subiektywne przekonanie powoda o zasadności powództwa.

Z/

Doręczyć odpis wyroku z uzasadnieniem pełnomocnikom stron.