

Sygnatura akt XVIII C 328/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 4 stycznia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR del. do SO Agnieszka Śliwa

Protokolant: p.o. stażysty Edyta Budzińska

po rozpoznaniu w dniu 1 grudnia 2016 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa Z. M.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpital w Ś. z siedzibą w Ś.

o zapłatę i ustalenie

1. Powództwo oddala.
2. Nie obciąża stron kosztami procesu.

/-/ SSR del. do SO Agnieszka Śliwa

UZASADNIENIE

Powód Z. M. wniósł pozew o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala w Ś. z siedzibą w Ś. na rzecz powoda kwoty 271.500 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od 31 dnia po dacie doręczenia pozwu pozwanemu do dnia zapłaty (w tym 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia, 11.000 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty opieki w okresie od 1 grudnia 2008 roku do 30 września 2010 roku tj. po 500 zł miesięcznie, 10.500 zł skapitalizowanej renty za okres od 1 grudnia 2008 roku do 31 października 2011 roku), nadto o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty w kwocie po 300 zł miesięcznie począwszy od dnia 1 listopada 2011 roku płatnej do dnia 5 – tego dnia każdego bieżącego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki w płatności każdej z rat, a także o ustalenie, że pozwany ponosić będzie odpowiedzialność za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki objętego pozwem czynu niedozwolonego. Powód wniósł również o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w związku ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych został skierowany na leczenie operacyjne do pozwanego na pododdziale Ortopedycznym Oddziału Chirurgicznego. W okresie od 11 listopada 2008 roku do 19 listopada 2008 roku pozwany przebywał w pozwanym Szpitalu, gdzie w dniu 12 listopada 2008 roku zastosowano leczenie operacyjne lewej kończyny dolnej polegające na całkowitej endoprotezoplastyce lewego stawu kolanowego. Zdaniem powoda, podczas przemieszczania powoda z bloku operacyjnego do sali chorych z operowanego kolana został wyrwany dren i przez pozostały okres pobytu w pozwanym szpitalu powód pozbawiony był drenu. W dacie wypisu powód odczuwał narastający ból, widoczny był obrzęk nogi. Powód wskazał, że od tej pory nie był samodzielny, a nadto intensywna pomoc rodziny konieczna była także w czasie pobytu powoda w szpitalu. Powód zarzucił, że opieka personelu medycznego nie była wystarczająca. Po opuszczeniu szpitala, ordynator oddziału chirurgicznego zdecydował o ściągnięciu ropnej krwi z kolana co wykonano 9 – krotnie. W dniu 17 czerwca 2009 roku pobrano z kolana powoda materiał celem wykonania badań bakteriologicznych. W badaniach laboratoryjnych uzyskano gronkowca złocistego. W dniu 2

lipca 2009 roku ponownie hospitalizowano powoda w pozwanym Szpitalu i zdecydowano o kolejnym leczeniu inwazyjnym – naprawczym oraz terapii antybiotykowej. Pozwany w ocenie powoda wykazał niekompetencję w zakresie świadczonych usług medycznych, a także lekceważący stosunek do schorzenia powoda. Pozwany swoim wadliwym postępowaniem wywołał rozstrój zdrowia powoda polegający na długotrwałych fizycznych dolegliwościach i cierpieniach psychicznych bezpośrednio związanych z pogarszającym się stanem zdrowia, będącym następstwem wadliwej terapii, zakażenia gronkowcem złocistym, a także brakiem właściwej opieki i brakiem podstawowych zasad higieny.

Postanowieniem z dnia 23 stycznia 2012 roku zwolniono powoda od kosztów sądowych w całości.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa, zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych, a także zawiadomienie (...) SA o toczącym się sporze i wezwanie (...) SA do wzięcia udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, że nie ma podstaw do stwierdzenia, że do zakażenia doszło na terenie SP ZOZ Szpital w Ś., jak również do stwierdzenia, że zakażenie takie nastąpiło na skutek zawinionych działań personelu medycznego szpitala. W ocenie pozwanego nie istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy pobytem powoda w pozwanym szpitalu, a wykryciem u niego bakterii gronkowca. Pozwany zaprzeczył również, aby jego pracownicy źle zajmowali się powodem. Pozwany zaprzeczył również, aby ze względu na odbywający się w trakcie leczenia powoda remont wszędzie był brud i kurz. Pozwany zakwestionował powództwo nie tylko co do zasady, ale i wysokości. W piśmie z dnia 4 września 2012 r. pozwany podniósł zarzut przyczynienia się powoda do powstania ewentualnej szkody.

Postanowieniem z dnia 24 kwietnia 2012 roku Sąd zawiadomił o toczącym się postępowaniu (...) SA w celu umożliwienia przystąpienia do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego. (...) SA nie przystąpiło do sprawy.

Postanowieniem z dnia 29 maja 2013 roku zwolniono pozwanego od kosztów sądowych w całości.

W toku procesu strony podtrzymały swoje stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód w dniach od 11 listopada 2008 roku do 19 listopada 2008 roku przebywał na Oddziale Chirurgii z Pododdziałem Ortopedii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala w Ś..

Przy przejściu powoda do placówki nie stwierdzono u niego objawów infekcji, ani ogólnych, ani miejscowych. Powód nie przyjmował leków np. glikokortykosteroidów ani nie był obciążony współistnieniem choroby obniżającej odporność (np. cukrzycą).

W pozwanym szpitalu odbywał się równocześnie remont. Pozwany szpital posiadał stosowne zgody Sanepidu na przeprowadzanie operacji w czasie remontu. Ściana gipsowo – kartonowa oddzielała część remontowaną oddziału od części, gdzie przebywali pacjenci. Na drzwiach była zamontowana dodatkowa folia. Nie dochodziło w tym czasie także do kontaktów robotników z pacjentami. Na oddziale słychać było kłucie ścian. Nie miało to wpływu na zachowanie czystości w szpitalu.

Powód w dniu 12 listopada 2008 roku przebył zabieg lewej kończyny dolnej - całkowitej endoprotezoplastyki lewego stawu kolanowego. Powodowi implantowano endoprotezę stawu kolanowego. Operatorem był lekarz G. S. – Kierownik Oddziału Urazowo – Ortopedycznego. Powód otrzymał w dniu operacji i jeszcze kilka dni po zabiegu tj. w dniach od 12 do 17 listopada 2008 roku antybiotyk Trafazolin (dożylnie w dawce 3 x dz. 1,0 g).

Po zabiegu powód nie gorączkował. W wykonanych badaniach nie stwierdzono wzrostu leukocytozy. Stwierdzono jedynie objawy anemizacji, które były wskazaniem do przetoczenia powodowi krwi, ale w obserwacjach lekarskich nie zostało to uznane za objaw mający związek z ewentualnym powikłaniem infekcyjnym.

W dniu 13 listopada 2008 roku odnotowano 100 ml krwistej wydzieliny, która spłynęła z drenu do butelki, a w dniu 14 listopada 2008 roku usunięto dren.

Powód nie stosował się do zaleceń pooperacyjnych. W dniu po zabiegu powód wstał z łóżka i poszedł do toalety (czego świadkiem był pielęgniarz czyniący wzmiankę w karcie pacjenta). Powód sam zdejmował i zmieniał przy pomocy żony E. M. opatrunki co odnotowano też w karcie jego leczenia w zapisach z dnia 16 i 18 listopada 2008 roku. Również na nocnej zmianie z dnia 17 na 18 listopada 2008 roku powód nie stosował się do zaleceń pielęgniarzkich. Powód zgłaszał zastrzeżenia co do podawanych leków przeciwbólowych. Domagał się zwiększenia dawki leków. W raporcie pielęgniarzkim odnotowano, że pacjent wymaga szczególnego zwrócenia uwagi na jego osobę.

W nocy z 18 na 19 listopada 2008 roku powód zgłaszał dolegliwości bólowe operowanego kolana.

W trakcie pobytu powoda w szpitalu odwiedzała go żona E. M. i córka B. B., a także bliscy znajomi.

W dniu 19 listopada 2008 roku powód został wypisany do domu z zaleceniami dalszego leczenia i kontroli w warunkach ambulatoryjnych pod kontrolą poradni ortopedycznej w Ś.. Przebieg gojenia się rany pooperacyjnej oceniono u powoda jako prawidłowy i wypisano powoda „w stanie ogólnym dobrym”. Powód poza chodzeniem o kulach miał ćwiczyć i przyjmować odpowiednie leki – Fragmin 5000 1x dziennie przez 30 dni, Refastin doraźnie w razie bólu.

Powód wbrew zaleceniom nie zgłosił się do poradni ortopedycznej.

Powód miał wykonane w okresie od grudnia 2008 roku do czerwca 2009 roku obarczające punkcje kolana. U powoda wykonano w sumie 9 punkcji.

Dowód: karta informacyjna k. 13, dokumentacja medyczna k. 131 – 169, a zwłaszcza karta leczenia powoda k. 134, 135, 158, 156v, 158v, k. 158v i 168, odpis KRS k. 735 – 736, historia choroby ESKULAP k. 593, zeznania świadka G. S. k. 452 – 426, zeznania świadka E. M. k. 360 – 362, zeznania świadka B. B. k. 362 – 364, zeznania świadka E. P. k. 427 – 428, zeznania świadka E. B. (1) k. 428 – 429, zeznania świadka M. K. k. 427, zeznania świadka D. K. k. 475 – 476, zeznania świadka A. M. k. 477 – 478, zeznania świadka S. L. k. 478 – 479, zeznania świadka R. R. (1) k. 480 – 481

W okresie marca - maja 2009 r. powód w związku z dużym obrzękiem stawu kolanowego i związanymi z tym dolegliwościami bólowymi zwrócił się o pomoc do lekarza rodzinnego G. G.. Sama rana pooperacyjna była zamknięta, zagojona, czysta. W tym czasie powód wymagał opieki, był unieruchomiony, pojawiały się okresowe poprawy, że wstawał z łóżka, ale i okresy, kiedy był pacjentem leżącym.

Dowód: zeznania świadka G. G. k. 358 – 360, zeznania świadka E. M. k. 360 – 362, zeznania świadka B. B. k. 362 , zeznania powoda k. 364 – 368 oraz e – protokół rozp rawy z dnia 1 grudnia 2016 roku, dokumentacja medyczna – k. 593

Powodem opiekowała się głównie żona, która nigdy nie pracowała. Pomagała jej córka powoda. Żadne z dzieci powoda nie rezygnowały z pracy po to, aby się nim opiekować.

Dowód: zeznania świadka E. M. k. 360 – 362, zeznania świadka B. B. k. 362 – 364, zeznania powoda k. 364 – 368 oraz e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku.

W wyniku badania bakteriologicznego powoda z dnia 17 czerwca 2009 roku, wykonanym w Laboratorium (...) w P. wyhodowano szczep bakteryjny *Staphylococcus aureus* MSSA (gronkowiec złocisty metycylinowrażliwy). Stwierdzono obecność bakterii wrażliwych na wszystkie badane antybiotyki: Amikacynę, Erytromycynę, Gentamycynę, Klindamycynę, Metycyline i Biseptol.

Dowód: wynik badania z dnia 17 czerwca 2009 roku k. 14.

Powód ponownie zgłosił na oddział prowadzony przez pozwanego w dniu 2 lipca 2009 roku. Rozpoznano wówczas u powoda zmiany zwyrodnieniowe stawów kolanowych, uraz kolana, krwiak kolana, stan po endoprotezoplastyce kolana lewego.

W dniu 2 lipca 2009 roku powód został reoperowany. Wykonano rewizję stawu kolanowego lewego, ewakuację krwiaka, założono gąbkę z gentaminy. Uzyskano jałowy wynik badania bakteriologicznego. Po uzyskaniu poprawy powód w dniu 16 lipca 2009 roku został przeniesiony z Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu na Oddział Chirurgiczny. Zalecono stosowanie leków: Fragmin 5000 1x dziennie przez 30 dni, Refastin doraźnie w razie bólu, Augmentin 625 mg 2x1 tabletki, Aescin 3x2 tabletki, chodzenie w asekuracji dwóch kul łokciowych, ćwiczenia zwieszające zakres ruchowy w stawie, ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego.

W trakcie pobytu pozwanego w pozwanej placówce na Oddziale Chirurgicznym w dniach od 16 lipca 2009 roku do 6 sierpnia 2009 roku z rozpoznaniem zapalenia lewego stawu kolanowego po endoprotezo plastyce, w badaniach posiewu z punktu stawu kolanowego z dnia 3 sierpnia 2009 roku wyhodowano Staphylococcus epidermidis MRCNS MLS czyli gronkowiec naskórkowy koagulazo – ujemny metycylinooporny szczep oporny na Amikacynę, Ciprofloksacynę, Erytromecynę, Gentamycynę, Klindamycynę, Metycylinę i Biseptol. Przy wypisie zalecono kontrolę na oddziale w razie dolegliwości i stosowanie leków: Transtec 52,5, Rafastin 0,1 (30 tabl.), Milurit 0,1 (1x1).

Dowód: karta informacyjna k. 15, 16, zeznania świadka E. M. k. 360 – 362, zeznania powoda k. 364 – 368 oraz e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku.

W dniu 3 września 2009 roku w wymazie z gardła i nosa powoda wyhodowano Staphylococcus epidermidis MRCNS MLS.

Dowód: wynik badania k. 17, opinia biegłego W. W. k. 532 – 549 wraz z opinią uzupełniającą k. 611 – 616.

U powoda nadal utrzymywał się ból lewego kolana. Ze względu na odczuwalne dolegliwości powód zgłosił się do Kliniki Ortopedii i Traumatologii Szpitala Klinicznego w B., gdzie kontynuowano leczenie.

Powód w Klinice Ortopedii w B. przebywał od dnia 22 października 2009 roku do dnia 27 listopada 2009 roku. W dniu 29 października 2009 roku operacyjnie usunięto powodowi ze stawu kolanowego lewego endoprotezę stawową i wszczepiono spacer z antybiotykiem. W posiewie z płynu stawowego z dnia 29 października 2010 roku uzyskano Staphylococcus aureus MSSA i MRSA. Chorego w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu w dniu 27 listopada 2009 roku z zaleceniami dalszego leczenia pod kontrolą poradni ortopedycznej oraz stosowania leków: Octanisept, Fraxiparine 0,4 ml 1x1 przez 14 dni, Ciprinol 2x500 mg, a także jałowych gazików. Zalecono także poruszanie się przy pomocy dwóch kul łokciowych lub balkonika, rehabilitację wg schematu z kliniki, a także badania CRP i OB co 14 dni.

Dowód: karta leczenia k. 18, dokumentacja medyczna k. 240 – 286v.

Powód ponownie zgłosił się do Kliniki Ortopedii w B. w dniu 15 marca 2010 roku w celu kontynuacji leczenia – implantacji endoprotezy stawu kolanowego lewego. Powód po wykonaniu dalszej diagnostyki w dniu 18 marca 2010 roku był operowany i założono mu następną endoprotezę stawu kolanowego. Powoda wypisano do domu w dniu 1 kwietnia 2010 roku w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszego leczenia, poruszenia się przy pomocy kul łokciowych, regularnej zmiany opatrunków, rehabilitacji wg schematu z kliniki, rehabilitacji na oddziale od 1 kwietnia 2010 r., a także stosowanie leków Clexane 40 mg podskórnym 1x1 przez 30 dni i Nimesil 2x1 w razie bólu.

W dniach od 1 kwietnia 2010 roku do 22 kwietnia 2010 roku powód przebywał na rehabilitacji na Oddziale Wczesnej Rehabilitacji w Schorzeniach Ortopedyczno – Urazowych Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. J. w B..

Dowód: karta leczenia k. 19, dokumentacja medyczna k. 287 – 330v.

Powód odczuwa obecnie dolegliwości bólowe w okolicy lewej kończyny dolnej, szczególnie w okolicy stawu kolanowego lewego. Okresowo odczuwa dolegliwości bólowe w okolicy kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego. Ma trudności z wykonywaniem wysiłku fizycznego nawet stosunkowo niewielkiego, nasilają się wówczas dolegliwości bólowe. Powód ma również trudności z chodzeniem, zwłaszcza w przypadku pokonywania większych dystansów. Porusza się przy pomocy kuli łokciowej, jedynie czasem, w domu jej nie potrzebuje. Dolegliwości bólowe nasilają się po wysiłku, chodzeniu, wchodzeniu po schodach.

Powód zażywa takie leki jak: Tramal, Ketonal Duo, Olfen duo, a także Pyralginę w zastrzykach.

Powód otrzymuje rentę inwalidzka w wysokości około 540 zł.

Dowód: faktury k. 22 – 82, 571 – 592, odcinek rentowy k. 85, opinia biegłego lek. med. A. B. z dnia 23 kwietnia 2016 roku k. 675 – 686, wyjaśnienia do opinii biegłego lek. med. A. B. e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku, zeznania powoda zeznania powoda k. 364 – 368 oraz e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku.

Niemożliwym jest ustalenie dokładnej daty wystąpienia ropnego zapalenia lewego stawu kolanowego u powoda. Objawy zapalenia ropnego zostały stwierdzone w chwili przyjęcia do szpitala w Ś. w dniu 2 lipca 2009 roku. Proces ropny pojawił się u powoda jednak wcześniej, prawdopodobnie o jeden do dwóch miesięcy wcześniej. Trudno ustalić datę tego powikłania.

Nie można też w pełni stwierdzić, że zakażenie powoda gronkowcem złocistym było związane z zabiegiem operacyjnym z dnia 12 listopada 2008 roku lub innymi świadczeniami po zabiegu. Nie można podać dokładnej daty wystąpienia zakażenia. Nie można ustalić, czy do zakażenia doszło w dniu operacji i czy powód opuścił szpital z niezakażoną endoprotezą, czy też do zakażenia doszło później. Samo leczenie powoda w pozwanym szpitalu było prawidłowe. Konieczność kolejnych operacji wynikała z zakażenia, które spowodowało obłuzowanie endoprotezy.

Brak dokumentacji medycznej powoda za okres listopad 2008 – czerwiec 2009, w tym badań np. parametrów zapalenia, uniemożliwia precyzyjne wskazanie daty pojawienia się objawów zapalenia, niemniej informacje o wykonywanych kilku nakłuciach odbarczających staw kolanowy oraz stwierdzone później powikłanie, tj. ropne zapalenie stawu jako powikłanie operacji implantacji endoprotezy, świadczą o tym, że zakażenie rozwijało się już o wiele wcześniej, prawdopodobnie pod koniec 2008 roku.

Powód doznał 10 % trwałego uszczerbku na zdrowiu za wymienione obrażenia i powikłania (zgodnie z pkt 156 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania Dz. U. 234.1974.2002 tj. inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi stawu – koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna, dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki).

Dowód: opinia biegłego lek. med. A. B. z dnia 23 kwietnia 2016 roku k. 675 – 686, wyjaśnienia do opinii biegłego lek. med. A. B. e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku, opinia biegłego dr W. W. z dnia 25 kwietnia 2014 roku (k. 532 - 549) wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 23 listopada 2014 roku (k. 611 - 616), zeznania powoda k. 364 – 367 i e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku.

Gronkowce złociste (*Staphylococcus aureus*) są drobnoustrojami bardzo szeroko rozpowszechnionymi w otoczeniu człowieka, kolonizującymi skórę 25 – 30% osób zdrowych, głównie w miejscach wilgotnych i owłosionych (nozdrza, okolica okołoodbytnicza). Rezerwuarem gronkowców może być również środowisko, jednak jego rola w powstaniu zakażeń szpitalnych jest mniejsza. Uważa się, że brudny, źle sprzątny oddział może być rezerwuarem gronkowców powodujących zakażenia u hospitalizowanych pacjentów, jednak najczęściej zakażenie jest przenoszone przez ręce personelu drogą bezpośredniego kontaktu i w mniejszym stopniu drogą powietrzną (cząsteczki kurzu, chorzy na zapalenie płuc). Zagrozeniem dla chorych hospitalizowanych mogą być zarówno drobnoustroje szpitalne, jak i flora bakteryjna. Źródłem zakażenia szczepami gronkowców w szpitalu są ludzie – personel oraz chorzy.

Do zakażenia *Staphylococcus aureus* MSSA, czyli gronkowcem metycylino – wrażliwym dochodzi na drodze uszkodzenia ciągłości skóry lub błon śluzowych, w tym również na skutek mikro – urazów. Okres wylegania jest dość krótki, zwykle kilkudniowy, dość trudny do określenia co zależy od osobniczej wrażliwości chorego.

Nawet przy stosowaniu rutynowych czynności zapobiegającym zakażeniom, może dojść do zakażeń.

Zmienność flory bakteryjnej (gronkowcowej) jest typowa dla zakażeń przewlekłych utrzymujących się kilka lub kilkanaście miesięcy, na co ma wpływ kilka czynników m.in. kolejne nadkażenia podczas manipulacji związanych ze zmianą opatrunków oraz czyszczeniem chirurgicznym rany, możliwością dodatkowych zakażeń podczas nakłuwania stawu i ewakuacji np. krwi (krwiaka) czy ropnej wydzieliny (płynu stawowego). Zmienność flory bakteryjnej wynika z lekoodporności nabywanej podczas kolejnych stosowanych antybiotykoterapii.

W przypadku pozwanej placówki wg Rocznych Raportów o Zakażeniach Zakładowych w 2008 i 2009 roku Oddziału Ortopedycznego Szpitala w Ś. odnotowywano pojedyncze zakażenia *Staphylococcus aureus*, tj. zarówno w 2008 roku, jak i w 2009 roku tylko po 1 przypadku. Leczeni w pozwanej placówce pacjenci byli w niewielkim stopniu narażeni na zakażenia wewnątrzszpitalne.

Dowód: opinia biegłego dr W. W. z dnia 25 kwietnia 2014 roku (k. 532 - 549) wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 23 listopada 2014 roku (k. 611 - 616), podsumowanie monitorowania zakażeń szpitalnych k. 170 – 179

Sytuacja powoda mieści się w definicji zakażenia wewnątrzszpitalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – przy wszczępieniu endoprotez, jeśli ujawniły się do roku od zabiegu.

Bakterie gronkowca złocistego metycylinowrażliwego stanowiące florę bakteryjną powoda najprawdopodobniej nie były źródłem zakażenia.

Usunięcie drenu zmniejszyło szansę zakażenia.

Powód w dniu operacji i kilka dni po zabiegu (12.11-17.11.2008 r.) otrzymywał antybiotyk, jako profilaktykę okołoperacyjną przeciwzakażeniową.

Dowód: opinia biegłego dr W. W. z dnia 25 kwietnia 2014 roku (k. 532 - 549) wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 23 listopada 2014 roku (k. 611 - 616).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o:

- częściowo zeznania powoda k. 364 - 367, e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku,
- częściowo zeznania świadka E. M. k. 360 – 362,
- częściowo zeznania świadka B. B. k. 362 – 364,
- zeznania świadka G. G. k. 358 - 360,
- zeznania świadka G. S. k. 425 – 426,
- zeznania świadka M. K. k. 427,
- zeznania świadka E. P. k. 427 – 428,
- zeznania świadka E. B. (2) k. 428 – 429,
- zeznania świadka D. K. k. 475 – 476,
- częściowo zeznania świadka A. M. k. 477 – 478,

- częściowo zeznania świadka S. L. k. 478 – 479,
- częściowo zeznania świadka R. R. (1) k. 480 – 481,
- opinię biegłego dr W. W. z dnia 25 kwietnia 2014 roku (k. 532 - 549) wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 23 listopada 2014 roku (k. 611 - 616),
- opinię biegłego ortopedy lek. med. A. B. z dnia 23 kwietnia 2016 roku (k. 675 – 686) wraz z wyjaśnieniami do opinii e – protokół rozprawy z dnia 1 grudnia 2016 roku,
- dokumenty wyszczególnione powyżej.

Zeznania powoda **Z. M.** Sąd ocenił jako wiarygodne w części. Sąd odmówił im mocy dowodowej w zakresie, w jakim powód dokonywał własnych ocen postępowania medycznego w pozwanym szpitalu i jego skutków, wobec wymogu w tym zakresie wiedzy specjalnej, której powód nie posiada. Sąd odmówił im wiarygodności co do postępowania lekarzy pozwanego w zakresie, w jakim nie znalazły one potwierdzenia w pozostałym materiale dowodowym. Niewiarygodne były zeznania powoda co do tego, że zawsze stosował się do zaleceń lekarskich – przeciwna okoliczność wynika nie tylko z zeznań przesłuchanych w sprawie lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w pozwanym szpitalu, lecz także ze sporządzanej na bieżąco w pozwanym szpitalu dokumentacji medycznej, której nieprawdziwości powód nie wykazał. Sąd uznał także za całkowicie gołosłowne twierdzenie powoda, że w czasie przenoszenia powoda z sali operacyjnej na oddział, personel medyczny przez swoją nieuwagę wyrwał dren z kolana powoda (tj. że zahaczono drenem o futrynę). Twierdzeniom powoda przeczą dokonane w dokumentacji medycznej wpisy, gdzie odnotowano na k. 156v, że w dniu 13 listopada 2008 roku z drenu wyciekło do zbiornika 100 ml krwistej wydzieliny, a w dniu 14 listopada 2008 został on usunięty. Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania prawdziwości tego dokumentu, pomimo, że w ocenie powoda był on sfalszowany (oświadczenie powoda k. 423). Powód reprezentowany przez fachowego pełnomocnika nie przedstawił żadnych dowodów na poparcie twierdzeń powoda. Znamionym jest, że świadkowie zawnioskowani przez powoda A. M., R. R. (1) i S. L. co prawda stwierdzili podczas wizyty u powoda brak drenu, jednak odwiedzili oni powoda w szpitalu dwa dni po zabiegu, tj. 14 listopada 2008 roku, a więc w dniu, kiedy zgodnie z dokumentacją medyczną dren został powodowi planowo usunięty. Tym samym skoro w tym dniu dren został usunięty, świadkowie faktycznie mogli stwierdzić jego brak, co nie świadczy o tym, że drenu nie było już bezpośrednio po zabiegu. Sąd nie dał także wiary twierdzeniom powoda, że lekarze byli ciągle zajęci i zaangażowani w prace remontowe. Twierdzeniom powoda w ocenie Sądu przeczy już sama ilość wpisów dokonana w karcie leczenia powoda przez personel medyczny pozwanego szpitala. W sprawie powód także nie wykazał, że wizyta pokontrolna nie odbyła się z uwagi na nieobecność dr S.. Powód okoliczności tej w procesie nie wykazał. Powód nie przedstawił także żadnych obiektywnych dowodów na poparcie swoich twierdzeń o bałaganie panującym na oddziale w związku z remontem. Powód wskazywał, że na oddziale wszechobecny był kurz. Zeznania powoda w tym zakresie są subiektywne. Oddział posiadał stosowne zezwolenia Sanepidu na prowadzenie działalności leczniczej równoległe z prowadzonym remontem. Niewielką moc dowodową miały w tym zakresie zeznania przesłuchanych w sprawie świadków, o czym będzie mowa poniżej. Nadto R. R. (1) wyraźnie stwierdził, że na sali powoda nie było kurzu, pyłu. Niewiarygodne były też twierdzenia powoda, że stosował się do zaleceń lekarskich i sam nie zmieniał opatrunków. Przeczy temu nie tylko dokumentacja medyczna, zeznania lekarzy i pielęgniarek, lecz także zeznania żony powoda E. M., która przyznała, że pomagała powodowi przy zmianach opatrunków, przemywaniu rany. W pozostałym zakresie, zwłaszcza co do odczuć powoda, odczuwanych dolegliwości Sąd dał tym zeznaniom wiarę, jako nie negowanym przez materiał dowodowy. Powód przyznał, że po pobycie w Szpitalu w listopadzie 2008 r. nie zgłosił się do poradni ortopedycznej. W tym miejscu zaznaczenia wymaga, że powód nie naprowadził Sądu na żadne dowody, z których wynikałoby, że koszty jego leczenia po opuszczeniu szpitala w Ś. i to w związku ze skutkami tego leczenia wynosiły ok. 500 zł miesięcznie. Niewystarczające są bowiem w tym zakresie jedynie zeznania najbliższej rodziny powoda.

Zeznania świadka **E. M.** (żony powoda) Sąd ocenił jako wiarygodne jedynie w części. Sąd odmówił wiarygodności zeznaniom świadka w tej części, w której świadek zeznawała, że zmuszona była pomagać mężowi bezpośrednio po operacji z uwagi na brak zainteresowania powodem przez personel szpitala. Przeczy temu nie tylko zeznania

świadków – lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w pozwanych szpitalu, lecz także dokumentacja medyczna. Niezgodnie z prawdą podaje też świadek, że mąż cały czas w szpitalu leżał – jak wynika z dokumentacji medycznej powód wbrew zaleceniom już w drugiej dobie po zabiegu udał się do toalety. Z przyczyn opisanych przy ocenie zeznań powoda także niewiarygodne były twierdzenia świadka o wyrwaniu drenu z kolana powoda, a także o kurzu i bałaganie na oddziale. Sąd podkreśla, że zeznania świadka są rozbieżne w zakresie, jakim świadek twierdziła początkowo, że nie zmieniała opatrunku mężowi, co wpływa na ocenę ich wartości dowodowej. Świadek w dalszej części zeznań przyznaje, że sytuacje takie miały miejsce. Z tych samych przyczyn Sąd odmówił częściowo wiarygodności zeznaniom świadka **B. B.** (córki powoda).

Zeznania świadka **G. G.** – lekarza rodzinnego powoda – Sąd ocenił jako wiarygodne, choć w niewielkim zakresie przydatne dla poczynienia ustaleń. Świadek był lekarzem rodzinnym powoda w latach 2008 i 2009. Świadek wiedział, że powód przechodził operację LDK w pozwanej placówce. Zeznania świadka potwierdzają także, że powód przeszedł 9 punkcji, które nie przyniosły efektu. U powoda stosowano plastry narkotyczne w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych. Co istotne świadek przyznał, że gdy powód się do niego zwrócił o pomoc w związku z bólem kolana lewego wiosną 2009 r. rana była zamknięta, zagojona, czysta, zakażenie było wewnątrz stawu kolanowego.

Wiarygodne były również zeznania świadka **G. S.** - kierownika oddziału urazowo - ortopedycznego, który operował powoda w listopadzie 2008 roku. Z zeznań świadka wynika, że powód nie stosował się do zaleceń pooperacyjnych, w drugiej dobie po zabiegu wstał z łóżka, sam lub z pomocą rodziny zdejmował opatrunki, pomimo tego, że jest to czynność zastrzeżona dla personelu medycznego. Okoliczności te potwierdziła dokumentacja medyczna, zeznania świadków D. K., E. B. (2), E. P., M. K.. Świadek zeznał, że powód nie pojawił się na kontroli, a do szpitala zgłosił dopiero wtedy kiedy pojawił się wysięk i to po dokonaniu punkcji w innym ośrodku leczniczym – czego powód nie zanegował. Całkowicie wiarygodne były także zeznania świadka na okoliczność założenia powodowi drenu. Świadek przyznał, że nie ma wiedzy na temat tego, czy coś się działo z drenem po zabiegu. Lekarz jednocześnie wskazał, że niektórzy lekarze praktykują nie włączanie do leczenia drenu – co potwierdził biegły sądowy A. B.. Sąd nie znalazł także podstaw, by kwestionować zeznania świadka w zakresie, w jakim twierdził, że pozwana placówka posiadała zgody Sanepidu na operacje w czasie remontu, że ściana oddzielała część remontowaną i nie mogła być z foli, gdyż były w niej drzwi, odbywały się częste kontrole Sanepidu, nie było kontaktu między robotnikami a pacjentami. Potwierdzili to też świadkowie M. K. i E. P..

Świadkowie **E. P.** i **E. B. (2)** są pielęgniarkami pracującymi na oddziale ortopedii. Opisały zachowanie powoda na oddziale. Zeznania świadków były obiektywne, szczerze, zgodne z dokumentacją medyczną. Wynika z nich jednoznacznie, że powód nie stosował się do zaleceń lekarskich.

W sprawie z punktu widzenia procesowego wartościowe okazały się zeznania świadka **D. K.** – pielęgniarki na oddziale ortopedii. Świadek choć wskazał, że nie pamięta szczegółów dotyczących hospitalizacji powoda to wskazał, że jest autorem zapisu w karcie powoda dotyczącym udania się przez niego do toalety wbrew zaleceniom lekarskim.

Wiarygodne jedynie w niewielkim zakresie były zeznania świadków **A. M.**, **R. R. (1)** i **S. L.**. Świadkowie są znajomymi powoda, którzy odwiedzili powoda w szpitalu dwa dni po zabiegu, tj. 14 listopada 2008 roku, a więc w dniu, kiedy zgodnie z dokumentacją medyczną dren został powodowi usunięty. Tym samym skoro w tym dniu dren został usunięty, świadkowie faktycznie mogli stwierdzić jego brak. Świadkowie nie mieli jednak własnej wiedzy o sposobie jego usunięcia. Świadek A. M. twierdził, że powodowi dren wyrwano w trakcie niefortunnego incydentu, jednak wiedzę w tym zakresie czerpał z przekazu od powoda. Z kolei świadek R. R. (2) twierdził, że dren chyba został wyrwany. Co istotne jednak, świadek S. L. zeznał, że sam powód powiedział mu, że nie wie czemu został wyjęty mu dren. Powód nie mówił więc tej osobie, że dren został mu „wyrwany” w dzień operacji. Powyższe potwierdza, że incydent, na który powołuje się powód w ogóle nie miał miejsca. Niewiarygodne były także twierdzenia świadków o bałaganie, jaki miał panować na oddziale ortopedii w związku z remontem, gdyż pozostają w sprzeczności z zeznaniami M. K., E. P. i G. S., a nadto świadek R. R. (1) wyraźnie zeznał, że na sali, w której leżał powód nie było kurzu, czy innych pyłów związanych z prowadzonym w szpitalu równoległym remontem. Nie zostało też wykazane, aby Sanepid miał zastrzeżenia do przeprowadzanego remontu, na którego przeprowadzenie w szpitalu wyraził zgodę.

Zeznania świadków **S. G.** (k. 475) oraz **B. G.** (k. 475) - pielęgniarek, nie miały znaczenia dla poczynienia ustaleń stanu faktycznego, gdyż osoby te nie dysponowały żadną wiedzą przydatną dla sprawy.

Dokumenty zebrane w aktach sprawy, a wyszczególnione powyżej Sąd ocenił jako wiarygodne. Dokumenty urzędowe, zgodnie z dyspozycją art. 244 § 1 k.p.c. w związku z art.13 § 2 k.p.c. stanowiły dowód tego, co zostało w nich w sposób urzędowy zaświadczone, wobec czego zasługiwały na wiarę. Nie budziły również wątpliwości zgromadzone w sprawie dokumenty prywatne. W myśl art. 245 k.p.c. dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w tym dokumencie. Jednak, choć dokument prywatny nie korzysta z domniemania prawdziwości zawartych w nim oświadczeń, każda zaś osoba mająca w tym interes prawny może twierdzić i dowodzić, że treść złożonych oświadczeń nie odpowiada stanowi rzeczywistości (postanowienie SN z 15 kwietnia 1982 r., III CRN 65/82, Lex nr 8414), to ich wiarygodności nie podważała żadna ze stron, a i Sąd nie znalazł podstaw, by ich wiarygodność zakwestionować z urzędu.

Przystępując do oceny **opinii biegłych** sporządzonych w niniejszej sprawie należy podkreślić, iż w postępowaniu cywilnym dowód w postaci opinii biegłego podlega ocenie na równi z innymi dowodami, a strony są uprawnione do podważania mocy dowodowej opinii biegłych za pomocą wszystkich dostępnych i przewidzianych przez prawo środków dowodowych. Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 roku (sygn. akt I CKN 1170/98) opinia biegłego podlega ocenie – przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 roku, V CKN 1354/00). Kierując się tymi wskazaniem Sąd uznał, że opinia biegłego W. W. wraz z opinią uzupełniającą oraz opinia biegłego A. B. wraz z wyjaśnieniami do opinii zostały sporządzone w sposób rzetelny, jasny i spójny, przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje do ich przygotowania. Wskazują metodykę opracowania, sposób badań, które doprowadziły biegłych do wysnucia ostatecznych wniosków. Wnioski końcowe pisemnych opinii zostały sformułowane w sposób jednoznaczny i kategoriyczny, są wyczerpujące i zostały dostatecznie umotywowane w opinii uzupełniającej lub wyjaśnieniach do opinii.

Biegły epidemiolog W. W. w sposób wyczerpujący odniósł się w opinii uzupełniającej do uwag zgłoszonych do opinii pisemnej. Biegły wyjaśnił, że u powoda nie było wykonywanych badań mikrobiologicznych tuż przed zabiegiem operacyjnym w dniu 12 listopada 2008 roku określających m.in. nosicielstwo u powoda bakterii, w tym bakterii gronkowca złocistego, które mogłyby stanowić źródło endogennego zakażenia pooperacyjnego. Wyhodowane zaś kilka miesięcy później w czerwcu 2009 roku prawdopodobnie z ropnej wydzieliny stawowej uzyskanej na drodze punkcji stawu kolanowego szczepu MSSA wcale nie oznacza, że byłaby to flora bakteryjna wyizolowana z badań powoda na nosicielstwo w listopadzie 2008 roku. Biegły wytłumaczył, że w sprawie nie identyfikowano bakterii MSSA metodą PCR bowiem nie są one w Polsce wykonywane rutynowo. Zdaniem biegłego najprawdopodobniej bakterie gronkowca złocistego metycylinowrażliwego MSSA stanowiącymi florę bakteryjną powoda nie były źródłem zakażenia stawu kolanowego lewego powoda. Dalej biegły także wyjaśnił, że do zapobiegania okołoperacyjnych zakażeń bakteryjnych pacjentów służą wszystkie działania aseptyczne i postępowanie antyseptyczne ujęte w ostatnich latach w procedury zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Należą do nich precyzyjnie określone techniki mycia rąk przez członków zespołów operacyjnych, zasady sterylizacji narzędzi chirurgicznych itd. Ponadto zgłaszający się do planowanego zabiegu operacyjnego przechodzi badanie wstępne podczas, którego możliwe jest zdyskwalifikowanie ew. odroczenie operacji przy stwierdzeniu u pacjenta stanu gorączkowego, czy innych objawów toczącej się infekcji np. układu oddechowego, moczowego, czy przewodu pokarmowego. Innym działaniem profilaktycznym mającym ochronić pacjentów przed zakażeniami okołoperacyjnymi jest podawanie antybiotyków w dniu zabiegu i ew. jeszcze przez okres 1 – 2 dni po operacji. Powód również otrzymał w dniu operacji i jeszcze kilka dni po zabiegu tj. w dniach do 12 do 17 listopada 2008 roku antybiotyk Trafazolin (dożylnie w dawce 3 x dz. 1,0 g). Nawet jednak przy stosowaniu prawidłowych czynności zapobiegającym zakażeniom, może dojść do zakażeń. Biegły wyjaśnił też, że powód miał po zabiegu w przychodni lekarza rodzinnego zalecone następujące leki związane z zakażeniem tj. Tramal, Dolargan, Zaldiar Diloratio ret, Dialacin, Biodacyna oraz Clonadamycin.

Opinia pisemna biegłego ortopedy A. B., jak i jego zeznania tworzą jedną logiczną całość, nie zawierają wewnętrznych sprzeczności. Są wyczerpujące, stanowcze, prawidłowo umotywowane i oparte na badaniu powoda, materiale dowodowym zebrany w sprawie, a także wiedzy medycznej i doświadczeniu biegłego.

Biegły w ustnych wyjaśnieniach do opinii wskazał, że w Polsce zakażenia wewnątrzszpitalne kształtują się na poziomie 7%, w najlepszych klinikach na świecie poziom ten jest zbliżony wynosi 4,5%. Według definicji WHO, gdy wszczepiany jest implant w przypadku ujawnienia się zakażenia w ciągu roku od daty zabiegu uważa się, że mamy do czynienia z zakażeniem wewnątrzszpitalnym. W ocenie biegłego ryzyko zakażenia wzrasta, gdy pacjent nie stosuje się do zaleceń lekarskich. W przypadku powoda można przypuszczać, że pierwotne zakażenie powoda stanowił gronkowiec skórny, w posiewie z dnia 29 października 2009 roku na k. 248 wyhodowano gronkowca MSSA metycylinowrażliwego, a w posiewie z dnia 9 listopada 2009 roku na k. 249 wyhodowano już bakterię gronkowca metycylinoopornego. Biegły wyjaśnił, że parametry CRP i OB u każdego pacjenta po tego typu zabiegach rosną, jednak na skutek urazu operacyjnego mogą one notować tendencję zwyżkową. W przypadku powoda nie można mówić o nieprzyjęciu implantu. Konieczność kolejnych operacji wynikała z zakażenia, które doprowadziło do obłuzowania endoprotezy, a leczenie powoda w pozwany szpitalu było prawidłowe.

Na rozprawie z dnia 6 września 2016 roku oddalono złożone dnia 2 sierpnia 2016 r. wnioski powoda o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków o nazwiskach B., K. i S.. Świadkowie G. S. i M. K. zostali już bowiem wcześniej przesłuchani i ponowne ich przysłuchanie było zbędne. Nadto wnioski te zostały złożone po terminie (art. 207 k.p.c.), nie powstały żadne nowe okoliczności uzasadniające ich powołanie dopiero na tym etapie postępowania (w szczególności kwestia punkcji kolana, brak dokumentacji świadczącej o punkcjach, były znane już od początku procesu), a ich przeprowadzenie doprowadziłoby do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania. W związku też z tym Sąd oddalił wniosek o uzupełniającą opinię biegłego epidemiologa, która zgodnie z wnioskiem powoda miałyby być przeprowadzona po zeznaniach ww. świadków.

Sąd oddalił nadto wniosek powoda o dowód z opinii biegłego z dziedziny anestezjologii. Wniosek został złożony po terminie (art. 207 k.p.c.), nie powstały żadne nowe okoliczności uzasadniające jego powołanie dopiero na tym etapie postępowania, jego przeprowadzenie doprowadziłoby do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania. Nadto dowód ten, z uwagi na brak podstaw do uwzględnienia powództwa co do zasady, był nieprzydatny dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Poza sporem w niniejszej sprawie była legitymacja bierna pozwanej. Zgodnie z aktualnym wpisem do Krajowego Rejestru Sądowego oznaczenie strony pozwanej to Samodzielny Publiczny Zakład Opieki zdrowotnej Szpital w Ś. (vide KRS nr (...) k. 735 – 736 v).

Powód domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kwoty 271.500 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od 31 dnia po dacie doręczenia pozwu pozwanyemu do dnia zapłaty w tym: kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 11.000 zł tytułem odszkodowania za opiekę od 1 grudnia 2008 roku do 30 września 2010 roku tj. po 500 zł miesięcznie, kwoty 10.500 zł skapitalizowanej renty za okres od 1 grudnia 2008 do końca października 2011 roku tj. 35 miesięcy. Powód wniósł także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty odszkodowawczej po 300 zł miesięcznie począwszy od dnia 1 listopada 2011 roku, płatnej do dnia 5 – tego każdego bieżącego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki w płatności każdej z rat, a także o ustalenie, że pozwany ponosić będzie odpowiedzialność za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki objętego pozwem czynu niedozwolonego.

Należy w związku z tym zauważyć, że placówka medyczna ponosi na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. Ogólnymi przesłankami odpowiedzialności deliktowej zgodnie z tym przepisem są: szkoda (majątkowa lub niemajątkowa), wina sprawcy, bezprawność czynu, a także związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy szkodą a czynem zobowiązanego. Nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na

podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych. Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że placówka medyczna ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 czerwca 2015 r. I ACa 221/15).

Jak przy tym słusznie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r. (V CSK 287/09), zachowanie lekarza przy wyborze metody leczenia czy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiegające na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza (art. 355§1 k.c.), przemawia za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec ten jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje, posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Chodzi zatem o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.). Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Przy tym skoro pojęcie bezprawności w prawie cywilnym rozumie się szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego, to wśród nich mieści się też przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

Jednocześnie zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. W tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich "normalne następstwo", o którym mowa w art. 361 § 1 k.c. nie musi oznaczać skutku koniecznego. Jest tak dlatego, że proces chorobowy zachodzący w organizmie pacjenta nie zawsze da się przewidzieć z całkowitą pewnością, stąd też w judykaturze stwierdza się, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego w tej kategorii spraw, odpowiadającego wymogom zawartym w art. 361 § 1 k.c., może wystarczyć ustalenie istnienia odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r. V CSK 353/13).

W tak zwanych „procesach lekarskich” (jak w niniejszej sprawie) dotyczących zakażenia gronkowcem złocistym udowodnienie, iż do zakażenia doszło w danej placówce medycznej w zasadzie nie jest możliwe. W doktrynie ugruntowane jest stanowisko, że w takich przypadkach sąd może, po rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy, uznać za wystarczające znaczny stopień prawdopodobieństwa, że do zakażenia doszło w danym miejscu i w danym czasie. Nie można bowiem wymagać od poszkodowanego ścisłego i jednoznacznego wykazania drogi zakażenia – taki bowiem dowód uwzględniając zasady doświadczenia życiowego oraz stan wiedzy i nauki – nie jest możliwy do przeprowadzenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998r. sygn. akt II CKN 625/97, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 09 lutego 2000r. sygn. akt I ACa 69/00). W tego rodzaju sprawach powszechnie stosowanym i aprobowanym przez orzecznictwo jest dowód *prima facie*, gdzie ustalony zespół okoliczności faktycznych uzasadnia przyjęcie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy hospitalizacją danego pacjenta w

szpitalu, a niedołożeniem przez pracowników tej placówki należytej staranności w przestrzeganiu reżimu sanitarnego, a późniejszym zachorowaniem poszkodowanego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 09 lutego 2001r. sygn. akt I ACa 69/00). Dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) 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 (wyrok SN z dnia 02 czerwca 2010 r. III CSK 245/09).

Nie można też zakładać, iż zakażenie pacjenta w szpitalu w toku leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego. Nie można zatem zasadnie wywodzić, że w takiej sytuacji szpital naruszył ogólny obowiązek zapewnienia powodowi maksimum bezpieczeństwa sanitarnego i tym samym istnieją podstawy do przypisania pozwanemu odpowiedzialności odszkodowawczej na podstawie art. 430 k.c. w związku z wystąpieniem winy członków personelu medycznego w postaci niedbalstwa (art. 355 § 2 k.c.). Niezbędne byłoby bowiem wykazanie skonkretyzowanych uchybień personelu operacyjnego i pomocniczego. Obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa w toku leczenia szpitalnego i podejmowania czynności operacyjnych nie może prowadzić do zmiany zasady odpowiedzialności lekarza i innego personelu szpitala z zasady winy (ujmowanej także jako tzw. wina anonimowa) w zasadę ryzyka. Zgodnie z art. 430 k.c., przesłanką odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala jest – jak wskazano powyżej - zawsze wina lekarza i ewentualnie innych jeszcze osób tworzących personel medyczny i uczestniczących w leczeniu szpitalnym. Jeżeli personelowi medycznemu nie można przypisać uchybień wskazujących na jego winę, nie można także dostrzegać między ich czynnościami a uszczerbkiem powoda adekwatnego związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016 r. I CSK 1031/14, wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 31 marca 2016 r. I ACa 1162/15).

Odnosząc powyższe uwagi do okoliczności niniejszej sprawy należy stwierdzić, że materiał dowodowy nie pozwala na ustalenie ani daty wystąpienia ropnego zapalenia lewego stawu kolanowego u powoda, ani daty wystąpienia zakażenia gronkowcem złocistym. Jak wynika z opinii biegłych sądowych proces ropny pojawił się u powoda prawdopodobnie o jeden do dwóch miesięcy przed hospitalizacją w Szpitalu w Ś. w dniu 2 lipca 2009 r. (co potwierdza też fakt zgłoszenia się przez powoda do lekarza rodzinnego z takimi objawami w okresie marca - maja 2009 r.). Z kolei informacje o wykonywanych kilku nakłuciach odbarczających staw kolanowy oraz stwierdzone później powikłanie, tj. wskazane powyżej ropne zapalenie stawu, świadczą o tym, że zakażenie gronkowcem rozwijało się już prawdopodobnie pod koniec 2008 roku. Nie można jednak w pełni stwierdzić, że zakażenie powoda gronkowcem złocistym było związane z zabiegiem operacyjnym z dnia 12 listopada 2008 roku lub innymi świadczeniami po zabiegu, czy do zakażenia doszło w dniu operacji i czy powód opuścił szpital z niezakażoną endoprotezą, czy do zakażenia doszło później. Zaznaczyć należy, że pierwotnie był to szczep gronkowca złocistego metycylinowrażliwego, a następnie w badaniach mikrobiologicznych zidentyfikowano szczepy gronkowcowe jako metycylinooporne. W wyniku badania z dnia 29 października 2009 roku zidentyfikowano szczepy MSSA i MRSA. Taka zmienność flory bakteryjnej jest typowa dla zakażeń przewlekłych utrzymujących się kilka/kilkanaście miesięcy, na co ma wpływ kilka czynników m.in. kolejne nadkażenia podczas manipulacji związanych ze zmianą opatrunków oraz czyszczeniem rany, możliwością dodatkowych zakażeń podczas nakłuwania stawu i ewakuacji np. krwi, czy ropnej wydzieliny. Tymczasem w niniejszej sprawie po opuszczeniu szpitala po zabiegu z listopada 2008 roku, powód miał w domu zmieniane opatrunki i czyszczoną ranę i to nie tylko przez pielęgniarkę, lecz też żonę, która obmywała rany, miał wykonywane punkcje stawu i ewakuację płynów i to nie tylko w ramach szpitala. Powyższe zabiegi mogły również spowodować powstanie przedmiotowego zakażenia.

Samo leczenie powoda w pozwanym szpitalu było natomiast prawidłowe, a konieczność kolejnych operacji wynikała z zakażenia, które spowodowało obłuzowanie endoprotezy.

Podkreślić trzeba, że powód wbrew zaleceniom lekarskim otrzymanym przy wypisie ze szpitala w dniu 16 listopada 2008 r. nie podjął leczenia w poradni ortopedycznej. Spowodowało to brak dokumentacji medycznej powoda za okres od listopada 2008 roku do czerwca 2009 roku (w tym badań np. parametrów zapalenia), co – jak wynika z opinii

biegłych - uniemożliwia precyzyjne wskazanie daty pojawienia się objawów zapalenia, a tym samym ustalenie, czy do zakażenia doszło w pozwany szpitalu. Powyższa okoliczność obciąża powoda.

Należy w tym miejscu wskazać, że oboje biegli zaznaczyli, iż sytuacja jaka ma miejsce w niniejszej sprawie mieści się w definicji zakażenia wewnątrzszpitalnego (definicji Światowej Organizacji Zdrowia – WHO), wg. której są to zakażenia, które zostały nabyte przez pacjentów w czasie hospitalizacji, a które nie manifestowały się w chwili przyjęcia do szpitala i nie były w fazie utajenia, a ujawniły się w trakcie hospitalizacji lub po opuszczeniu szpitala, nawet do miesiąca, gdy pacjent był operowany, zaś w sytuacji wszczepienia endoprotez czy metalowych elementów osteosyntezy do roku od zabiegu. Sąd nie jest tą definicją związany, o opisane powyżej okoliczności nie pozwalają na przyjęcie, że do zakażenia doszło w pozwany szpitalu. Niemniej nawet jeśli przyjąć, że definicja ta wraz ze stwierdzoną przez biegłego epidemiologa okolicznością, że zakażenie gronkowcem rozwijało się już prawdopodobnie pod koniec 2008 roku (powód opuścił szpital w dniu 19 listopada 2008 r.) pozwalają na przyjęcie, że z dużym prawdopodobieństwem zakażenie powoda gronkowcem złocistym jest wynikiem powikłania pooperacyjnego, to i tak nie jest to wystarczające do przypisania pozwanemu Szpitalowi odpowiedzialności za szkodę powoda.

Nawet bowiem uznanie, iż do zakażenia doszło z dużym prawdopodobieństwem w związku z pobylem powoda w pozwanej placówce, nie przesądza o uznaniu odpowiedzialności pozwanego szpitala za szkodę wynikłą z zakażenia.

Jak wskazano powyżej powód winien był wykazać istnienie wszelkich przesłanek roszczenia odszkodowawczego, w tym przesłankę zawinienia po stronie członków jego personelu (art. 415 k.c.). Zaznaczyć przy tym trzeba, że w świetle utrwalonej judykatury nie było konieczne udowodnienia zawinienia ze strony konkretnej osoby, za którą odpowiedzialność ponosi szpital, lecz wystarczyło wykazanie tzw. winy organizacyjnej, przejawiającej się np. w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym w stosunku do standardów, jakich wymagał stan pacjenta i zasady wiedzy medycznej. Oczywistym jest nadto, że konieczne było przy tym wykazanie, że to właśnie wskutek konkretnych zaniedbań w tym zakresie powstało lub zwiększyło się ryzyko zakażenia (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 25 stycznia 2001 r., IV CKN 232/00, z 11 maja 2005 r., III CK 652/04).

Powód nie wykazał jednak przesłanki zawinienia. W terapii powoda personel medyczny pozwanego nie dopuścił się nieprawidłowości. Postępowanie diagnostyczne, leczenie przebiegały w sposób poprawny, zgodny ze sztuką medyczną i aktualnie obowiązującą wiedzą w tym zakresie – co potwierdziła opinia biegłego. Powód w dniu operacji i kilka dni po zabiegu (12-17 listopada 2008 r.) otrzymywał antybiotyk, jako profilaktykę okołoperacyjną, mającą zapobiegać zakażeniu – co jak wynika z opinii biegłego epidemiologa było postępowaniem prawidłowym. Wbrew twierdzeniom powoda, powodowi nie został „wyrwany” dren tuż po zabiegu. Jak ustalono powód posiadał dren w ranie, który planowo został usunięty w dniu 14 listopada 2008 r. Znamiennym jest nadto, że jak wskazał biegły epidemiolog i ortopeda, nawet brak tego drenu nie byłby postępowaniem niewłaściwym. Biegły ortopeda wyjaśnił, że w takich przypadkach, jak powoda stosuje się albo dren, albo ewakuację płynu punkcjami. Biegły epidemiolog zaznaczył nadto, że dość wczesne usunięcie drenu zamknęło drogę komunikacji stawu kolanowego ze środowiskiem zewnętrznym i zmniejszyło szanse zakażenia przez ciągłość, co było zdecydowanie korzystne dla powoda.

Postępowanie dowodowe nie potwierdziło także zasadności podnoszonych przez powoda zarzutów co do utrzymania czystości w pozwany szpitalu. W sprawie bezspornie w trakcie pobytu powoda w listopadzie 2008 roku w placówce leczniczej miał miejsce remont. Pozwany szpital posiadał jednak stosowne zgody Sanepidu na prowadzenie działalności leczniczej równoległe do odbywającego się remontu. Zatem musiały przez szpital zostać spełnione odpowiednie warunki sanitarne. Oddział także działał pod nadzorem epidemiologicznym. Ściana gipsowo – kartonowa oddzielała część remontowaną oddziału od części, gdzie przebywali pacjenci. Na drzwiach była zamontowana dodatkowa folia. Nie dochodziło w tym czasie także do kontaktów robotników z pacjentami. Znamiennym jest, że o kurzu na oddziale zeznawali jedynie najbliżsi i znajomi powoda i to nie wszyscy. Zdaniem znajomego powoda świadka R. R. (1) nie było na sali widać ani kurzu, ani pyłu. Przede wszystkim jednak z dokumentów zebranych w aktach sprawy wynika, że pozwana placówka winna zostać oceniona pozytywnie pod kątem epidemiologicznym i to w okresie pobytu powoda w szpitalu w 2008 r. Z raportów Zakładowej Komisji ds. Zakażeń Rocznych Raportów o Zakażeniach Zakładowych w 2008 i 2009 roku na Oddziale Ortopedycznym pozwanego Szpitala

w Ś. odnotowywano jedynie pojedyncze zakażenia staphylococcus aureus (w każdym roku po 1 przypadku). Taki niewielki odsetek zachorowań pozwala uznać, że leczeni w pozwanej placówce pacjenci byli w niewielkim stopniu narażeni na zakażenia wewnątrzszpitalne – co potwierdził biegły epidemiolog.

W tym stanie rzeczy stwierdzić trzeba, że strona powodowa nie wykazała takich zaniedbań szpitala w okresie pobytu powoda w listopadzie 2008 r., które w nieuzasadniony sposób zwiększałyby niebezpieczeństwo zakażenia powoda gronkowcem i skutkowałyby wystąpieniem takiego zakażenia. Nawet gdyby przyjąć, że zakażenie miało miejsce w czasie leczenia powoda w pozwanym Szpitalu w listopadzie 2008 r., to jego wystąpienie i rozwój mieściły się w statystycznie przewidywalnym ryzyku związanym z zabiegiem chirurgicznym, jakiemu został poddany powód, zwłaszcza przy uwzględnieniu towarzyszących mu istotnych czynników tego ryzyka. Powtórzyć trzeba, że zabieg został przeprowadzony w osłonie antybiotykowej, którą uznano za przewidlwo dostosowaną do stanu powoda i czynników ryzyka, a w postępowaniu personelu szpitalu nie wykazano żadnych nieprawidłowości, podobnie jak nie została skutecznie zakwestionowana prawidłowość samego zabiegu.

W konsekwencji powództwo podlegało oddaleniu, o czym orzeczono w pkt 1. sentencji wyroku.

Rozstrzygnięcie o kosztach zawarte w punkcie 2. wyroku Sąd oparł o art. 102 k.p.c. Treść powołanego przepisu stanowi, że w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przepis ten znajduje zastosowanie, gdy wprawdzie strona co do zasady winna zostać obciążona obowiązkiem zwrotu kosztów procesu (w związku z przegraniem czy częściowym przegraniem procesu), jednak z uwagi na jej sytuację materialną, osobistą bądź charakter sprawy obciążenie jej kosztami procesu byłoby niezasadne. W orzecznictwie utrwalono pogląd, że cytowany przepis znajduje zastosowanie, gdy sprawa ma charakter wątpliwy bądź dyskusyjny, dochodzone roszczenie wynika z niejasno sformułowanych przepisów prawa, bądź też gdy strona znajduje się w wyjątkowo ciężkiej sytuacji majątkowej, a wytaczając powództwo była subiektywnie przeświadczona o zasadności dochodzonego roszczenia.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy stwierdzić trzeba, że mimo faktu, iż żądanie powoda nie zasługiwało na uwzględnienie, to jednak sprawa należy do spraw skomplikowanych pod kątem dowodzenia. Powód mógł na etapie formułowania pozwu jedynie subiektywnie ocenić, że brak objawów zapalenia i zakażenia przed zabiegiem sugeruje istnienie pewnych przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala. Nadto za nieobciążaniem powoda kosztami procesu przemawia jego trudna sytuacja materialna, stanowiąca podstawę zwolnienia go od kosztów sądowych w całości, a także stan zdrowia powoda. Z kolei pozwany wygrał proces i był również w całości zwolniony od kosztów sądowych.

W związku z tym Sąd uznał, że w niniejszej sprawie zachodziły podstawy do zastosowania przepisu art. 102 k.p.c. i odstąpienia od obciążania stron obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

SSO Agnieszka Śliwa