

Sygn. akt: I C 363/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 maja 2023 r.

Sąd Rejonowy w Gdyni I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: sędzia Joanna Jank

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 17 maja 2023 r. w G.

sprawy z **powództwa R. L.**

przeciwko Szpitalu (...) Sp. z o.o. w G.

o zadośćuczynienie

I. oddała powództwo,

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2017 zł (dwa tysiące siedemnaście złotych) z tytułu zwrotu kosztów postępowania,

III. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania w pozostałym zakresie, przejmując nieuiszczone koszty sądowe na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gdyni.

UZASADNIENIE

Powód R. L. wniósł pozew przeciwko Szpitalom (...) sp. z o.o. z siedzibą w G. o zapłatę kwoty 50.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 22 stycznia 2014r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę.

W uzasadnieniu pozwu powód podniósł, że w dniu 17 stycznia 2014r. przewrócił się na oblodzonej i nieodśnieżonej nawierzchni i upadł, w wyniku czego poczuł ból prawej nogi. Wezwani na miejsce zdarzenia ratownicy medyczni uszytywnili powodowi kończynę i przewieźli na (...) Szpitala (...). W. a P.. W trakcie badań stwierdzono, że doszło do złamania przynasady dalszej części piszczelowej i złamania podgłogowego kości strzałkowej, co wymagało przeprowadzenia w dniu 22 stycznia 2014r. operacji repozycji złamania piszczeli i zespolenia jej płytą i śrubami. Po zabiegu powód gorączkował, co było powodem włączenia antybiotykoterapii dożylniej i wykonania badania U. D. celem wykluczenia ewentualnej zakrzepicy żył. Dopiero w dniu 27 stycznia 2014r. powód został wypisany ze szpitala. Mimo podjęcia leczenia ortopedycznego, powód nie mógł w pełni obciążać prawej kończyny, lecz jedynie w 30 %. W postępowaniu odszkodowawczym stwierdzono 25 % uszczerbek na zdrowiu. W krótkim czasie po wypisaniu ze szpitala stwierdzono u powoda zakażenie gronkowcem złocistym metycilinowrażliwym, co nie miało miejsca przed zabiegiem. Przed tą datą powód nie przechodził bowiem innego zabiegu, nie miał stwierdzonego zakażenia. Zdaniem powoda problemów z pooperacyjnym gojeniem rany i wysokim gorączkowaniem nie daje się wytłumaczyć w inny sposób aniżeli tym, że w trakcie hospitalizacji doszło do zakażenia go gronkowcem, najprawdopodobniej podczas zabiegu. Powód wskazał, że w marcu 2014r. zaczął się źle czuć, rozpoznano u niego zatorowość płucną, nieustannie odczuwał silny ból i obrzęk w nodze, przyjmował znaczne ilości środków przeciwbólowych, po wypisaniu ze szpitala rana pooperacyjna nie goiła się, pojawiała się opuchlizna, potem odczuwał silny ból a noga zaczęła czerwienić. Jako podstawę odpowiedzialności pozwanego wskazano przepisy art. 415 k.c. i art. 430 k.c.

(pozew, k. 3-6v)

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. W pierwszej kolejności pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczeń powoda, wskazując, że nie doszło do przerwania biegu przedawnienia poprzez zawezwanie do próby ugodowej, gdyż czynność ta nie zmierzała do zaspokojenia roszczenia. Niezależnie od powyższego pozwany podniósł, że prowadził proces udzielania świadczeń zdrowotnych powodowi zgodnie z należytą starannością oraz aktualną wiedzą medyczną. Jak wyjaśnił w pierwszej dobie po zabiegu temperatura ciała powoda wzrosła do 38,5 #C i natychmiast spadła do poziomu prawidłowego. Podczas pobytu w oddziale nie wystąpiły już żadne niepokojące objawy, a gojenie rany przebiegało prawidłowo. Pozwany zwrócił uwagę, że złamanie kości piszczelowej w odcinku dalszym należy do najtrudniejszych w leczeniu. W dniu przyjęcia do szpitala unieruchomiono powodowi kończynę w opatrunku gipsowym w najlepszym z możliwych do uzyskania ustawieniu odłamów kostnych, co spowodowało zmniejszenie dolegliwości bólowych i zabezpieczenie powłok skórnych przed dalszym uszkodzeniem. Po uzyskaniu poprawy stanu skóry przeprowadzono zabieg operacyjny, w trakcie którego uzyskano anatomiczne ustawienie odłamów, co korzystnie wpływa na gojenie. Operację przeprowadzono przy zastosowaniu profilaktyki antybiotykowej wg obowiązującego protokołu i zgodnie z zasadami leczenia operacyjnego z zachowaniem najwyższej ostrożności. Stan miejscowy rany nie budził niepokoju – rana była sucha, czysta, niezaczerwieniona. W badaniu mikrobiologicznym wykluczono obecności infekcji bakteryjnej, a poziom (...) był tylko nieco podwyższony. Badanie dopplerowskie wykluczyło istnienie zmian zakrzepowych. Dodatkowo rozpoczęto podawanie dożylnie dwóch antybiotyków o szerokim spektrum działania. Dalszy pobyt powoda był niepowikłany. Niezmienione zapalnie były także miejsca wkłucia wenflonu. Zdaniem pozwanego powód nie wykazał, że nie był zakażony bakterią lub nie był nosicielem gronkowca przed pierwszą hospitalizacją w styczniu 2014 roku. Na powyższą okoliczność nie przedstawił bowiem żadnych dowodów. Bakteria, którą stwierdzono u powoda nie jest szczepem typowym dla środowiska szpitalnego. Odnosząc się natomiast do zarzutów powoda dotyczących stanu kończyny, pozwany wskazał, że unieruchomienie wiąże się ze zmniejszeniem siły mięśniowej i nie stanowi to żadnego odchylenia od normy. Złamanie kończyn dolnych zawsze jest związane z większym ryzykiem wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo – zatorowej, jednak u powoda wdrożono odpowiednią profilaktykę jeszcze podczas pobytu w szpitalu. Z ostrożności pozwany podniósł, że wysokość zadośćuczynienia jest rażąco wygórowana, a także wskazał, że odsetki winny zostać zasądzone ewentualnie od dnia wyrokowania.

(odpowiedź na pozew, k. 66-80)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 17 stycznia 2014 roku powód R. L. poślizgnął się i upadł na oblodzonej i nieodśnieżonej nawierzchni.

(okoliczność bezsporna)

Z miejsca zdarzenia powód został odwieziony karetką pogotowia ratunkowego na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...). W. a P. w G., gdzie zastosowano unieruchomienie udowe i skierowano go na Oddział (...) Urazowo – Ortopedycznej. Po rozpoznaniu złamania przynasady dalszej prawej kości piszczelowej i złamania podgłowego kości strzałkowej, powód został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.

W dniu 22 stycznia 2014 roku wykonano zabieg repozycji złamania i zespolenia płytą (...) i śrubami. Zabieg przeprowadził lek. K. Ś.. Przed nacięciem skóry nastąpiło obmycie i jałowe obłożenie pola operacyjnego. Operacja polegała na anatomicznym ustawieniu złamanych odłamów kostnych i zespoleniu ich śrubami. Materiał użyty do zabiegu został wysterylizowany i nie upłynęły daty ważności sterylizacji. Przed zabiegiem podano powodowi profilaktycznie antybiotyk Z.. Na podstawie pooperacyjnego badania RTG stwierdzono prawidłowe ustawienie odłamów. Antybiotyk Z. (750 mg 3 razy dziennie) podawano jeszcze w dniach 22 i 23 stycznia 2014 roku.

W dniu 23 stycznia 2014r. w godzinach wieczornych stwierdzono u powoda wzrost temperatury ciała do 38,5 C. Do leczenia włączono antybiotyki A. (3 x 1,2 dożylnie) i A. (3 x 500). Pomiary temperatury w kolejnych dniach wykazały, że temperatura jest w normie.

W dniu 23 stycznia 2014 roku pobrano posiew krwi w celu wykonania badania mikrobiologicznego w warunkach tlenowych i beztlenowych. Po pięciu dobach inkubacji posiew dał wynik ujemny.

W badaniu laboratoryjnym wykonanym w dniu 23 stycznia 2014r. w godzinach porannych uzyskano wynik (...) 88,4 mg/l, natomiast w badaniu wykonanym w dniu 24 stycznia 2014r. także w godzinach porannych uzyskano wynik 202,5 mg/l.

W trakcie hospitalizacji nie zaobserwowano cech zapalnych w miejscu wkłucia ani powikłań w gojeniu rany pooperacyjnej.

W trakcie leczenia – poza wspomnianymi antybiotykami – powód otrzymywał leki: C., F. (lek przeciwzakrzepowy), L., P., T., M. D., E..

W dniu 27 stycznia 2014 roku wykonano u powoda badanie USG doppler układu żylnego kończyn dolnych. W badaniu nie uwidoczniło cech zakrzepicy żył głębokich i powierzchownych kończyny dolnej prawej, a jedynie niewielkiego stopnia niewydolność zastawkową żył podudzia.

W dniu 27 stycznia 2014 roku powód został wypisany ze szpitala z zaleceniami kontynuowania dalszego leczenia w poradni ortopedycznej, zmiany opatrunku, usunięcia szwów w 11-13 dobie po operacji, chodzenia o kulach bez obciążania chorej kończyny do wygojenia ran, pilnego zgłoszenia się do szpitala w przypadku wystąpienia zaburzeń gojenia rany (takich jak: zaczerwienienie, wzrost ucieplenia, wyciek treści płynnej z rany), a także zapisano leki F., A., X., D., C. 3 forte. Przy wypisie wskazano, że rana operacyjna goi się prawidłowo.

(dowód: dokumentacja medyczna leczenia powoda, k. 88, zeznania świadka K. Ś., płyta CD k. 171, zeznania świadka T. D., płyta CD k. 171)

Kilka dni po zabiegu prawa dolna kończyna powoda była spuchnięta.

(dowód: przesłuchanie powoda, płyta CD k. 254)

W dniu 17 marca 2014 roku powód został przyjęty na Oddział Kardiologiczny Szpitala (...). W. a P. w G. z rozpoznaniem zatorowości płucnej. W wyniku zastosowania leczenia przeciwkrzepliwego uzyskano poprawę stanu ogólnego i ustąpienie duszności. Powód został wypisany w dniu 2 kwietnia 2014 roku w stanie dobrym.

(dowód: dokumentacja medyczna leczenia powoda, k. 88)

Następnie, w okresie od 14 kwietnia do 12 maja 2014 roku powód przebywał w (...) Centrum Medycznym w P. celem leczenia rehabilitacyjnego. Przy przyjęciu powód zgłaszał obrzęk kończyny dolnej prawej, poruszał się z utykaniem na tę kończynę. W badaniu stwierdzono obrzęk podudzia i stopy ww. kończyny, w stawie skokowym ograniczenia ruchów, a także osłabienie siły mięśniowej. Leczenie usprawniające (pole magnetyczne, laser, masaż wirowy, ćwiczenia czynne) przebiegało bez powikłań. Po leczeniu nie uzyskano jednak poprawy obrzęku i siły mięśniowej kończyny dolnej prawej i w stanie ogólnym dobrym powód został wypisany do domu.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 23-23v, przesłuchanie powoda, płyta CD k. 254)

W dniu 15 maja 2014 roku powód zgłosił się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...). W. a P. w G. z powodu zaczerwienienia i bólu okolicy operowanej. Po stwierdzeniu podejrzenia zespołu pozakrzepowego, zwolniono powoda do domu z zaleceniem kontroli w poradni ortopedycznej za 10 dni, chodzenia przy pomocy kul

łokciowych z odciążeniem chorej kończyny, przepisano leki D. i L., a także wskazaniem do wykonania badania USG dopplerowskiego w trybie ambulatoryjnym.

(dowód: dokumentacja medyczna leczenia powoda, k. 88)

W dniu 14 stycznia 2015 roku powód został przyjęty na Oddział (...) Urazowo – Ortopedycznej Szpitala (...). W. a P. w G. ze wstępnym rozpoznaniem przewlekłego stanu zapalnego podudzia prawego w celu wykonania w trybie planowym zabiegu usunięcia materiału zespalającego z nasady dalszej prawej kości piszczelowej z powodu podejrzenia uczulenia na materiał. Zabieg został wykonany w dniu 15 stycznia 2015 roku. W trakcie hospitalizacji nie stwierdzono podwyższonej temperatury, a podczas zmiany opatrunków stwierdzono, że rana jest czysta.

W dniu 17 stycznia 2015 roku powód został wypisany do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniami kontroli w dniu 23 stycznia 2015r., chodzenia przy pomocy kul łokciowych do czasu wygojenia rany, układania kończyny w pozycji przeciwobrękowej i pilnego zgłoszenia się na izbę przyjęć w razie wystąpienia powikłania gojenia rany po leczeniu operacyjnym. Nadto, wystawiono powodowi recepty C., P. C..

(dowód: dokumentacja medyczna leczenia powoda, k. 88)

W dniu 23 kwietnia 2015 roku powód zgłosił się z dolegliwościami podudzia prawego do (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. A. G. (...) w W.. W scyntygrafii stwierdzono cechy przewlekłego zapalenia, a w badaniu RTG cechy zrostu kostnego mostem kostnym z ogniskiem hipodensyjnym. Nadto, stwierdzono, że skóra z zespołem pozakrzepowym, bez wycieków, (...) wynosił 6 mg/l. Powód został wstępnie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.

W okresie od 11 czerwca do 19 czerwca 2015 roku powód był hospitalizowany na Oddziale VI Zapaleń Kości (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. A. G. (...) w W. z powodu zapalenia prawej kości piszczelowej. W czasie hospitalizacji odnotowano następujące wyniki (...) (ilościowo): 7,9 mg/l (11 czerwca 2015r.), 60,0 mg/l (15 czerwca 2015r.), 28,2 mg/l (16 czerwca 2015r.), 26,4 mg/l (17 czerwca 2015r.). W dniu 12 czerwca 2015 roku powód został poddany zabiegowi operacyjnemu wycięcia ogniska zapalnego z nasady dalszej kości piszczelowej prawej, rekonstrukcji ubytku preparatem kościozastępczym BonAlive. W dniu 12 czerwca 2015 roku pobrano posiew do badania mikrobiologicznego. Z pobranego posiewu wyhodowano *S. aureus* (...) (++) wrażliwy na K., Gentamycynę, A., C., Erytromycynę, K.. W toku leczenia zastosowano antybiotykoterapię systemową C. i A.. Stwierdzono, że gojenie ran przebiega prawidłowo i w stanie ogólnym dobrym powód został wypisany ze szpitala.

(dowód: wynik badania mikrobiologicznego z dnia 17 czerwca 2015r., k. 22, dokumentacja medyczna leczenia powoda, k. 114-155, przesłuchanie powoda, płyta CD k. 254)

W dniu 17 stycznia 2017 roku powód złożył w Sądzie Rejonowym w Gdyni wniosek o zawezwanie pozwanego do próby ugodowej w sprawie o zapłatę kwoty 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia doręczenia wniosku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę powstałą wskutek nieprawidłowego leczenia powoda po wypadku z dnia 14 stycznia 2014r. w szczególności zakażenia powoda gronkowcem w trakcie zabiegu operacyjnego. Na posiedzeniu w dniu 22 lutego 2017 roku pomiędzy stronami nie doszło do zawarcia ugody.

(dowód: wniosek o zawezwanie do próby ugodowej, k. 2-4, protokół z dnia 22 lutego 2017r., k. 35)

Do zakażenia powoda nie doszło podczas leczenia w Szpitalu (...). W. a P. w G.. Powód został zarażony, a następnie zakażony swoim endogennym *S. aureus* (...), którego był nosicielem, lub stał się nosicielem ze środowiska zarażenia. Bakteria *S. aureus* (...) nie jest szpitalnym drobnoustrojem alarmowym. Jeżeli doszłoby do zakażenia śródoperacyjnego i pooperacyjnego, to w ciągu czterech dni widoczne byłyby skutki takiego zakażenia w postaci podwyższonej temperatury, wysięków ropnych, ogólnego osłabienia i wycieńczenia organizmu. Toksyny *S. aureus* (...) niszczyłyby także w widocznych diagnostycznie wynikach stan pooperacyjny po repozyycji kości. Ochrona mikrobiologiczna przed i po zabiegu oraz badania mikrobiologiczne zostały wykonane prawidłowo, zgodnie z

zasadami sztuki lekarskiej. Fakt podania antybiotyków po stwierdzeniu gorączki nie wpłynął na zafalszowanie wyników posiewu.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu mikrobiologii S. C., k. 184-193 wraz z ustną opinią uzupełniającą, płyta CD k. 244)

W trakcie hospitalizacji powoda w Szpitalu (...). W. a P. w G. w dniach 17-27 stycznia 2014 roku, w tym w czasie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego zespolenia złamań, dochowano wszelkich procedur medycznych, w tym w zakresie profilaktyki okołoperacyjnej. Przeprowadzono prawidłowe leczenie antybiotykami, profilaktykę przeciwzkrzepową, zastosowano w czasie operacji sterylne materiały, nie odnotowano żadnych powikłań śródoperacyjnych ani nietypowego przebiegu operacji, przeprowadzono diagnostykę w kierunku zakażenia bakteryjnego (w tym posiewy krwi).

Objawy jak gorączka, rosnący wskaźnik (...), opuchlizna są wystarczającym wskazaniem do zdiagnozowania początkowego stadium zapalenia kości. Niemniej, wzrost temperatury u pacjenta po zabiegu operacyjnym jest typowy. Natomiast, krótkotrwały jednorazowy wzrost temperatury i prawidłowa temperatura w następnych dniach są nietypowe dla zakażenia. Wskaźnik (...) nie wskazuje lokalizacji procesu zapalnego i musi być oceniany w kontekście innych badań (np. posiewu). Obrzęk kończyny po urazie i leczeniu operacyjnym jest objawem typowym i wobec wyników całości badań nie świadczy o obecności u powoda stanu zapalnego. W czasie pobytu powoda w szpitalu nie odnotowano zaczerwienienia ani wzmożonego ucieplenia kończyny.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii R. P., k. 273-275)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, dowodu z zeznań świadków T. D. i K. Ś., dowodu z przesłuchania powoda, a także dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu mikrobiologii i ortopedii.

Oceniając zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy Sąd nie dopatrywał się żadnych podstaw do kwestionowania wiarygodności i mocy dowodowej dokumentów powołanych w ustaleniach stanu faktycznego. Przede wszystkim, w ocenie Sądu, nie ma żadnych podstaw, aby przyjmować, że sporządzona m.in. przez personel medyczny zatrudniony w pozwanej placówce medycznej dokumentacja medyczna dotycząca leczenia powoda została w jakikolwiek zmanipulowana, a zapisy dotyczące przebiegu procesu leczenia nie były zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Podkreślić bowiem należy, iż w czasie, gdy powstawała przedmiotowa dokumentacja powód nie pozostawał w sporze z pozwanym, którego pracownicy sporządzali przedmiotową dokumentację. Nadto, powód nie przedstawił żadnych wiarygodnych dowodów, które pozwalałyby podważyć wiarygodność ww. dokumentacji medycznej.

Nadto, za wiarygodne należało uznać zeznania świadków T. D. i K. Ś.. Zważyć należało, że zeznania pierwszego ze wskazanych świadków co do przebiegu hospitalizacji powoda, zastosowanego leczenia, wyników przeprowadzonych w tym czasie badań korelują z treścią dokumentacji medycznej. Podobnie, Sąd nie znalazł sprzeczności pomiędzy opisem zabiegu znajdującym się w dokumentacji medycznej (sporządzonym po operacji) a zeznaniami świadka K. Ś., który jako operator wykonał u powoda zabieg operacyjny w dniu 22 stycznia 2014 roku, w zakresie dotyczącym przygotowania pola operacyjnego, przebiegu operacji korelują z zapisami opisem.

Sąd nie znalazł również podstaw do kwestionowania wiarygodności zeznań powoda R. L. co do przebiegu leczenia, a także jego stanu zdrowia po hospitalizacji w styczniu 2014 roku. W ocenie Sądu zeznania powoda są szczerze, wewnętrznie spójne i w znacznym zakresie znajdują potwierdzenie w dołączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej.

W ocenie Sądu brak było także podstaw do kwestionowania dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu mikrobiologii S. C.. W ocenie Sądu opinia przedłożona w niniejszej sprawie przez biegłego stanowi wiarygodny dowód w sprawie, ponieważ została sporządzona w sposób rzetelny, profesjonalny i z zachowaniem należytych standardów,

co czyni ją w pełni przydatną do rozstrzygnięcia sprawy. Biegły przedstawione w opinii wnioski dotyczące przyczyn zakażenia powoda poparł wszechstronną analizą dokumentacji medycznej. Opinia biegłego jest logiczna, spójna, a wnioski konkretne. Nadto, w opinii uzupełniającej biegły w sposób rzeczowy i przekonujący odniósł się do wszystkich zarzutów strony powodowej i w ten sposób obronił swoją opinię.

Za w pełni wiarygodny i przydatny dowód do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy Sąd uznał także opinię biegłego sądowego z zakresu ortopedii R. P.. Opinia przedłożona przez biegłego również jest fachowa, jasna, spójna i zrozumiała i nie budzi żadnych wątpliwości w świetle zasad logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego. Ponadto, przedmiotowa opinia nie była kwestionowana przez żadną ze stron.

Na podstawie art. 235² § 1 pkt 2 k.p.c. Sąd pominął wniosek o dopuszczenie dowodu z zeznań świadków A. S. i M. S., ponieważ wnioskowane dowody nie dotyczyły zasady odpowiedzialności pozwanego, a okoliczności mających wpływ na wysokość roszczenia powoda. Z uwagi na oddalenie powództwa co do zasady, dowody na wysokość roszczenia nie miały wpływu na rozstrzygnięcie.

Przechodząc do szczegółowych rozważań należy wskazać, że w niniejszej sprawie powód dochodził w stosunku do pozwanego zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną zakażeniem go bakterią *S. aureus* (...) w trakcie hospitalizacji w pozwanej placówce medycznej w okresie 17-27 stycznia 2014 roku, co według niego miało narazić go na cierpienia i spowodować zapalenie kości. Powództwo było zatem oparte na przepisach art. 430 k.c. w zw. z art. 445 k.c. Zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie 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. W świetle powołanego powyżej przepisu przesłanką odpowiedzialności przełożonego jest wyrządzenie szkody z winy jego podwładnego, przy czym wystarczy tu istnienie winy bezimiennej, jeśli tylko poszkodowany wykaże, że szkoda była wynikiem zachowania osoby podlegającej określönemu zwierzchnictwu i wykonująca określoną czynność dla powierzającego i w jego interesie (por. wyrok SA w Białymstoku z 29 września 2014 r., I ACa 233/14, L.; wyrok SA w Łodzi z 8 października 2014 r., I ACa 627/14, L.; wyrok SA w Gdańsku z 9 października 2014 r., V ACa 674/13, L., wyrok SA w Szczecinie z 26 października 2016r., I ACa 1163/15, L.). W myśl natomiast art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Podkreślić należy, iż roszczenie o zadośćuczynienie jako wynikające z czynu niedozwolonego zależy od wykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej w postaci: zawinionego czynu niedozwolonego; szkody; związku przyczynowego między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą. Ciężar wykazania wymienionych przesłanek – zgodnie z treścią art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. – spoczywał na stronie wywodzącej z nich skutki prawne, a zatem na stronie powodowej.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczenia. Pozwany bowiem wskazywał, że złożenie przez powoda wniosku o zawezwanie do próby ugodowej nie odniosło skutku w postaci przerwania biegu przedawnienia, gdyż celem złożenia tego wniosku nie było dochodzenie roszczenia, a tylko przerwanie biegu przedawnienia. Zgodnie z art. 442¹ § 1 k.c. roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. W myśl art. 123 § 1 pkt 1 k.c. bieg przedawnienia przerywa się przez każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem polubownym, przedsięwziętą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpieczenia roszczenia. W judykaturze dość powszechnie przyjmuje się, że pierwsze zawezwanie do próby ugodowej stanowi czynność przedsięwziętą w celu wskazanym w art. 123 § 1 pkt 1 k.c. i przerywa bieg przedawnienia i generalnie dopiero w przypadku kolejnych wezwań wskazuje się, że skutek przewidziany w ww. przepisie nastąpi tylko wówczas gdy w okolicznościach sprawy zaistnieje podstawa do oceny, że czynność tą przedsięwziętą w celu wskazanym w przepisie (zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 25 stycznia 2023 r., I AGa 157/22, L.). W rozpatrywanym przypadku wezwanie do próby ugodowej,

jakie w dniu 17 stycznia 2017 roku zostało skierowane do tut. Sądu było pierwszym tego typu wnioskiem. Sąd należało uznać, że przerwało ono bieg terminu przedawnienia. Posiedzenie pojednawcze miało miejsce w dniu 22 lutego 2017 roku i od tego momentu terminu przedawnienia rozpoczął biec na nowo. Należy mieć przy tym na względzie treść art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r. poz. 1104), zgodnie z którym do roszczeń powstałych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy i w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych stosuje się od dnia wejścia w życie tej ustawy przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą nowelizującą. W chwili wejścia w życie ww. ustawy tj. w dniu 9 lipca 2018r. roszczenie nie było jeszcze przedawnione, a zatem zastosowanie znajdą nowe przepisy, a więc również art. 118 k.c. w nowym brzmieniu, co oznacza, że koniec terminu przedawnienia przypada na ostatni dzień roku kalendarzowego. Mając na względzie, iż pozew został wniesiony przed dniem 31 grudnia 2020 roku roszczenie bez wątpienia nie uległo przedawnieniu.

Przechodząc już do kwestii merytorycznych wskazać należy, iż w niniejszej sprawie bezsporne w świetle przedłożonej dokumentacji medycznej było, że w dniu 17 czerwca 2015 roku podczas pobytu w szpitalu w Szpitalu (...) im. prof. A. G. (...) w W.

stwierdzono u niego zakażenie bakterią *S. aureus* (...). Kwestią sporną pozostawało natomiast źródło zakażenia tj. stwierdzenie czy do zainfekowania powoda doszło podczas hospitalizacji w pozwanej placówce medycznej w styczniu 2014 roku, a także, czy w trakcie udzielania powodowi świadczeń medycznych w tym szpitalu dopuszczono się jakichkolwiek zaniedbań, które mogły skutkować zakażeniem, bądź błędem diagnostycznym w postaci niezdiagnozowania początkowego stanu zapalenia kości.

W odniesieniu do kwestii zakażenia Sąd orzekający miał na uwadze pogląd prawny wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 lutego 2012r., IV CSK 245/11, LEX nr 1164750, iż „w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być - gdy chodzi o zdrowie ludzkie - absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego. Dlatego też wymaganie całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego byłoby w znaczącej liczbie wypadków nierealne”.

Zdaniem Sądu zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy, w szczególności opinie biegłych z zakresu mikrobiologii i ortopedii, nie pozwoliły na stwierdzenie, że do zakażenia doszło w trakcie hospitalizacji powoda w styczniu 2014 roku. Zgodnie z jednoznaczną opinią biegłego z zakresu mikrobiologii do zakażenia powoda nie doszło podczas leczenia w Szpitalu (...). W. a P. w G.. Powód został zarażony, a następnie zakażony swoim endogennym *S. aureus* (...), którego był nosicielem, lub stał się nosicielem ze środowiska zarażenia. Bakteria *S. aureus* (...) nie jest tzw. bakteria szpitalną, odporną na działanie antybiotyków. Jeżeli doszłoby do zakażenia śródoperacyjnego i pooperacyjnego, to w ciągu czterech dni widoczne byłyby skutki takiego zakażenia w postaci podwyższonej temperatury (38 - 39#), wysięków ropnych, ogólnego osłabienia i wycieńczenia organizmu. Takie objawy u powoda nie wystąpiły Toksyny *S. aureus* (...) niszczyłyby także w widocznych diagnostycznie wynikach stan pooperacyjny po repozycji kości. Doszłoby do otwarcia i ropienia rany, czego również u powoda nie stwierdzono. Biegły wskazał też, że fakt podania powodowi antybiotyków po stwierdzeniu jednorazowej gorączki nie wpłynął na zafałszowanie wyników posiewu, ponieważ antybiotyk nie zabiłby wszystkich bakterii w tak krótkim czasie. Ochrona mikrobiologiczna przed i po zabiegu oraz badania mikrobiologiczne zostały wykonane prawidłowo, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

W przekonaniu Sądu opinia biegłego mikrobiologa w sposób jasny i przekonujący wyklucza prawdopodobieństwo zakażenia powoda w szpitalu na skutek jakichkolwiek zaniedbań personelu medycznego.

Również biegły ortopeda nie dopatrywał się w postępowaniu personelu medycznego pozwanego szpitala jakichkolwiek nieprawidłowości, które mogłyby doprowadzić do zakażenia powoda, względnie, które wykluczyłyby odpowiednio wczesną diagnostykę i reakcję na zakażenie Zgodnie z opinią biegłego w trakcie hospitalizacji powoda w Szpitalu

(...). W. a P. w G. w dniach 17-27 stycznia 2014 roku, dochowano wszelkich procedur medycznych, w tym w zakresie profilaktyki okołoperacyjnej. Przeprowadzono prawidłowe leczenie antybiotykami, profilaktykę przeciwzakrzepową, zastosowano w czasie operacji sterylne materiały, nie odnotowano żadnych powikłań śródoperacyjnych ani nietypowego przebiegu operacji, przeprowadzono diagnostykę w kierunku zakażenia bakteryjnego (w tym posiewy krwi). Biegły zauważył wprawdzie, że objawy takie jak gorączka, rosnący wskaźnik (...), opuchlizna są wystarczającym wskazaniem do zdiagnozowania początkowego stadium zapalenia kości. Niemniej, wzrost temperatury u pacjenta po zabiegu operacyjnym jest typowy. Natomiast, krótkotrwały jednorazowy wzrost temperatury i prawidłowa temperatura w następnych dniach, co miało miejsce w przypadku powoda, są nietypowe dla zakażenia. O ile podwyższony wskaźnik (...) może wskazywać na stan zapalny, o tyle nie wskazuje on lokalizacji procesu zapalnego i musi być oceniany w kontekście innych badań (np. posiewu). W przypadku powoda, po wystąpieniu gorączki od razu zlecono posiew, którego wynik był negatywny. Występował wprawdzie obrzęk nogi po urazie i leczeniu operacyjnym, ale jest on objawem typowym i wobec wyników całości badań nie świadczy o obecności u powoda stanu zapalnego. W czasie pobytu powoda w szpitalu nie odnotowano zaczerwienienia ani wzmożonego ucieplenia kończyny, które mogłyby wskazywać na nieprawidłowo przebiegający proces gojenia. Omawiana opinia potwierdza wiarygodność zeznań świadków T. D. (lekarza prowadzącego powoda) oraz K. Ś. (lekarza – operatora), którzy opisali przebieg operacji oraz leczenia pooperacyjnego i profilaktyki przedoperacyjnej.

Opierając się na omówionych opiniach biegłych oraz zeznaniach świadków i dokumentacji medycznej powoda Sąd uznał, że brak jest podstaw do powiązania ze sobą faktu zakażenia powoda bakterią gronkowca z postępowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala, któremu nie sposób zarzucić jakichkolwiek zaniedbań w zakresie stosowania procedur medycznych w związku z leczeniem powoda.

Z tych względów powództwo należało oddalić.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. i art. 102 k.p.c. obciążając powoda jedynie częścią kosztów zastępstwa procesowego należnych pozwanemu (przy stawce wynagrodzenia radowskiego wynoszącej 3600 zł sąd zasądził od powoda kwotę 2000 zł) uznając, iż w sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony przypadek dający podstawę do odstąpienia od obciążania powoda kosztami postępowania. W ocenie sądu decyzja o wytoczeniu powództwa nie może być uznana za wyraz nieuzasadnionej roszczeniowości powoda. Jego stan zdrowia, mimo przeprowadzonej operacji nie poprawiał się, powód nie mógł obciążać kończyny, gorączkował, przyjmował antybiotyki, a po ponad roku od przeprowadzenia operacji zdiagnozowano u niego zakażenie gronkowcem i zapalenie kości. W ocenie Sądu, w takiej sytuacji powód mógł w sposób usprawiedliwiony przypuszczać, że zdiagnozowane zakażenie ma związek z przeprowadzoną operacją. Biorąc zaś pod uwagę niewielkie dochody w gospodarstwie domowym powoda (z oświadczenia majątkowego powoda wynika, że wraz z małżonką dysponują miesięcznie kwotą ok 4500 zł) oraz istotny wzrost podstawowych kosztów utrzymania w ostatnim czasie, Sąd uznał, że obciążenie powoda wszystkimi kosztami procesu przekroczy jego możliwości finansowe. Z drugiej jednak strony, ponieważ stroną przeciwną był szpital, a zła sytuacja finansowa tego typu placówek medycznych jest faktem notoryjnym, Sąd uznał, że sprawiedliwym będzie zasądzenie na rzecz pozwanego kwoty 2000zł, z której poniesieniem się powód mógł liczyć się od momentu wszczęcia procesu i powinien był poczynić stosowne oszczędności.