

*I ACa 57/17*

**WYROK**  
**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**Dnia** 18 sierpnia 2017 r.

**Sąd Apelacyjny w Łodzi Wydział I Cywilny**

**w składzie:**

<b>Przewodniczący</b>	SSA	Krzysztof Depczyński (spr.)
<b>Sędziowie:</b>	SSA	D. L.
	SSA	J. W.
<b>Protokolant</b> stażysta	P. D.	

**porozpoznaniu w dniu** 9 sierpnia 2017 r. **w Ł.**

**na rozprawie**

**sprawy powództwa** M. L. (1)

**przeciwko** (...) Centrum Medycznemu spółce ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P.

**o** zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie

**na skutek apelacji** powoda

**od wyroku** Sądu Okręgowego w Łodzi

**z dnia** 2 listopada 2016 r.

**sygn. akt** II C 1606/13

I. **oddala apelację;**

II. **nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.**

**Sygn. akt** I ACa 57/17

**UZASADNIENIE**

**Zaskarżonym wyrokiem z dnia 2 listopada 2016 r., w sprawie z powództwa M. L. (1) przeciwko (...) Centrum Medycznemu spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P., o zadośćuczynienie, odszkodowanie i renty, Sąd Okręgowy w Łodzi:**

1/ umorzył postępowanie w zakresie żądania renty wyrównawczej za listopad 2013 roku w kwocie 800 zł oraz renty na zwiększone potrzeby za listopad 2013 roku w kwocie 500 zł;

2/ oddalił powództwo w pozostałej części;

3/ nie obciążył powoda kosztami procesu.

**Przytoczony wyrok został oparty na następujących ustaleniach faktycznych:**

W dniu 22 listopada 2010r. M. L. (1) spadł z dachu budynku doznając urazu lewego podudzia.

Z miejsca wypadku powód został przewieziony karetką Pogotowia (...) w unieruchomieniu szyną K. do (...) Centrum Medycznego sp. z o.o. i umieszczony na Oddziale (...) Urazowo – Ortopedycznej. Przy przyjęciu - po wykonaniu rtg - stwierdzono złamanie wieloodłamowe nasady dalszej nogi lewej. Był to uraz o charakterze złamania zamkniętego. Ostatecznie rozpoznano wieloodłamowe złamanie na pograniczu trzonu i przynasady dalszej lewej kości piszczelowej z przemieszczeniem trzonu kości piszczelowej ku tyłowi. W dniu przyjęcia założono powodowi wyciąg bezpośredni za guz piętowy. Wdrożono profilaktykę przeciwzakrzepową, zastosowano okłady z lodu. Po ustąpieniu obrzęku pourazowego, w dniu 3 grudnia 2010 r. M. L. (1) poddano zabiegowi operacyjnemu: zespolono odłamy śrubami HCS oraz płytą LCP, założono drenaż ssący. Po zabiegu kończynę unieruchomiono w szynie gipsowej podudziowo – stopowej. Zabieg wykonano w osłonie antybiotykowej (biotrakson). Przez dren ewakuowało się 340 ml krwiaka. Dren usunięto w 3 - ej dobie, odnotowując, iż rana pooperacyjna goi się bez powikłań poprzez rychłozrost. Podczas opatrunku w 5 - ej dobie usunięto z rany ok. 10 ml shemolizowanego krwiaka. W dniach 8 i 10 grudnia 2010r. brzegi rany były bez odczynu zapalnego – rana goiła się przez rychłozrost. Od 6 grudnia 2010r. powód był pionizowany przez rehabilitanta. Od 8 grudnia 2010r. włączono dodatkowo amoksiklav. W dniu 21 grudnia 2010r. powód został wypisany do domu w gipsie podudziowo - stopowym. W epikryzie odnotowano obecność utrzymującego się, niewielkiego wycieku w dolnym biegunie rany, pozostała część rany wygojona przez rychłozrost. Zalecono powodowi chodzenie z asekuracją kul bez obciążania operowanej kończyny, dalszą opiekę w poradni ortopedycznej – w związku ze zmianą opatrunku lub natychmiast w przypadku dolegliwości ze strony kończyny dolnej. Wystawiono recepty na fraxiparynę, cyclogfort, refastin, polprazol, dalacin C.

W obserwacjach pielęgniarskich w dniu 11 grudnia 2010r. odnotowano, iż powód bez zlecenia lekarza zdjął opatrunek z rany pooperacyjnej.

W dniu 22 grudnia 2010r. M. L. (1) zgłosił się do S. P. ZOZ w Ł. (...) na zmianę opatrunku. Tego dnia odnotowano obecność wycieku surowiczo – ropnego. Lekarz zalecił stosowanie dalacinu C 3x1 tabletki.

Z uwagi na okres świąteczny i nieobecność lekarza w (...) w Ł. powód korzystał z doraźnej pomocy medycznej na izbie przyjęć szpitala w Ł. (w drugi dzień (...) Bożego Narodzenia) oraz w pozwanej placówce jeżdżąc tam trzykrotnie na zmianę opatrunku, ostatni raz w Nowy Rok.

Kolejną wizytę w (...) w Ł. powód odbył w dniu 10 stycznia 2011r. W ocenie klinicznej z tego dnia opisano obecność punktowej przetoki – bez wycieku. Jej istnienie odnotowywano podczas kolejnych wizyt w dniach 14 stycznia, 21 stycznia, 26 stycznia 2011r. W dniu 31 stycznia 2011r. w historii choroby zapisano: przetoka pod strupem, a w dniach 7 i 25 lutego 2011r. - bez wycieku. Po wykonaniu rtg, w którym stwierdzono: szpara złamania zawoalowana, powód w dniu 25 lutego 2011r. został skierowany na rehabilitację. Od 1 marca 2011r. zalecono powodowi stopniowe obciążanie. W dniu 1 kwietnia 2011r. odnotowano okresowe sączenie z przetoki, wdrożono dalacin C. Rtg z dnia 27 kwietnia 2011r. wykazał zrost odłamów.

W połowie stycznia 2011r. lekarz w Poradni w Ł. wytłumaczył I. A. jak ma zmieniać powodowi opatrunki. Zalecił mycie rąk, zakładanie jednorazowych rękawiczek, przemywanie rany wodą utlenioną, okładanie jej gazą, a nie watą. Opatrunek miał być zmieniany jak przesiąknięcie – co najmniej raz w tygodniu.

Po opuszczeniu pozwanej placówki medycznej powód w pierwszym okresie czasu głównie polegał z nogą wzniesioną wyżej. Później po pokoju i po podwórzu poruszał się o kulach lub przy pomocy innych osób. Skarżył się na ból nogi. Opatrunek na nodze ciągle przesiąkał – był brudny od ropy i krwi, pościel, w której spał powód także. Gdy powodowi spływała wydzielina po pięcie wycierał ją gazą sam lub robił to ktoś z domowników. Po zdjęciu gipsu powód czasami odwijał bandaż i sprawdzał stan nogi. Jeszcze mając gips kąpał się w wannie trzymając nogę wyżej, aby jej nie zamoczyć. Pomiędzy wizytami w poradni powód nie zmieniał opatrunku na nodze, bo I. A. brzydziła się wykonywaniem tej czynności. Jeśli noga puchła i wyglądała gorzej konkubina zawoziła powoda do lekarza.

Na opatrunki do poradni M. L. (1) był podwożony samochodem przez członków rodziny i znajomych. Powód nie poniósł z tego powodu żadnych kosztów.

Od 25 lutego 2011r. powód pozostawał pod opieką S.P.ZOZ w Ł. (...).

W dniu 6 maja 2011r. lekarz z S.P.ZOZ w Ł. skierował powoda do szpitala celem usunięcia metalu.

W okresie od 18 do 25 maja 2011r. M. L. (1) ponownie był hospitalizowany na Oddziale Ortopedycznym pozwanego. W dniu 19 maja 2011r. usunięto powodowi elementy zespolenia metalowego w osłonie antybiotykowej, stosując zinacef. W rozpoznaniu ostatecznym wpisano: wygojone złamanie nasady dalszej podudzia lewego z owrzodzeniem skóry. W dniu 25 maja 2011r. pobrano materiał na posiew. Wyhodowano gronkowca złocistego (...). Dnia 25 maja 2011r. wypisano powoda na jego żądanie do domu z zaleceniem dalszego leczenia w (...) - opatrunki. Obowiązywał zakaz obciążania nogi przez 4 tygodnie. Wystawiono recepty na zinnat, fraxiparynę, lacidofil.

Od 30 maja 2011r. M. L. (1) ponownie pozostawał pod opieką (...) w Ł.. Dalsze leczenie, łącznie z rehabilitacją trwało do zamknięcia przetoki w listopadzie 2011r.

Od sierpnia 2011r. powód był ponownie kierowany na rehabilitację.

W dniach 24 września 2012r. i 13 grudnia 2012r. powód odbył wizyty lekarskie w Szpitalu św. Ł. w B..

W styczniu 2013r. w Centrum Medycznym (...) sp. z o.o. przeprowadzono u powoda odpłatnie zabieg artroskopii stawu skokowego. W czasie zabiegu oczyszczono staw z drobnych ciał wolnych, usunięto tkanki bliznowate ze zmienionej błony maziowej uzyskując większy zakres ruchu biernego, mniejszą sztywność. Powód został wypisany do domu z zaleceniem nie obciążania operowanej kończyny i chodzenia przy pomocy kul łokciowych.

W okresie od 21 lutego do 16 marca 2013r. powód przebywał na rehabilitacji w Szpitalu (...) w C.. Podczas pobytu w C. powód poczuł się tak dobrze, że postanowił pójść na spacer bez kul łokciowych. Na skutek przeciążenia nogi nie był jednak w stanie samodzielnie wrócić do budynku, został przewieziony samochodem. Jego stan znacznie się pogorszył. Od 22 lipca 2013r. powód pozostaje pod opieką (...)P.ZOZ w Ł..

Do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło podczas pobytu w Oddziale Ortopedycznym pozwanego w grudniu 2010r. Za zakażenie odpowiadają uraz operacyjny i wprowadzone implanty metalowe. Zakażenie to nie jest błędem w sztuce medycznej, lecz powikłaniem leczenia. Gdyby nie wykonano operacji to nie byłoby zakażenia, ale stopień zniszczenia stawu przez uraz nie dawał powodowi żadnych szans na korzystny wynik leczenia bezoperacyjnego. Z kolei rozległość operacji podyktowana była stopniem skomplikowania złamania. Zabieg przeprowadzono w osłonie antybiotykowej z zachowaniem standardów ortopedycznych w zakresie przeprowadzonej osteosyntezy. Zatem skutki postępowania lekarskiego nie są wynikiem błędu a wyłącznie powikłaniem. Stwierdzenie i określenie szczepu bakterii i celowana antybiotykoterapia najczęściej nie rozwiązuje problemu infekcji. Rozwój zakażenia kości powoduje strefę martwicy i z tym jest związany zasadniczy problem wnikania antybiotyku do ognisk infekcji. Trwałym elementem podtrzymującym infekcję jest obok martwaków kostnych obecność implantów, wokół których rozwija się infekcyjna osteoliza z ogniskami ropy. Jednym racjonalnym, postępowaniem jest mechaniczne (operacyjne) usunięcie źródła infekcji a więc wszczepów metalowych i nekrotycznie zmienionej tkanki kostnej i tkanek miękkich. U powoda (jak zresztą u każdego chorego z tego typu powikłaniem) możliwe było to do przeprowadzenia

dopiero po uzyskaniu zrostu złamania. W drodze kolejnego zabiegu usunięto zespolenie i zakażoną ziarninę. W efekcie doszło do powolnego wyciszenia stanu zapalnego i zamknięcia się przetok ropnych.

W czasie pobytu powoda w pozwanej placówce medycznej w listopadzie i grudniu 2010r. nie doszło do jakiegokolwiek zaniedbania. Wykonano wszystkie niezbędne czynności, aby nie doszło do zakażenia, w tym zastosowano antybiotykoterapię. Nie było również podstaw do wykonania posiewu z rany, bowiem w dniu wypisu nie było z niej wysięku – nie było żadnych objawów zakażenia – powód nie gorączkował, rana była zasklepią, odbywał się rychłozrost (tj. gojenie się rany bez powikłań). Natomiast niewielki wyciek surowiczy był efektem przebiegu prawidłowego leczenia. Dopiero po wypisaniu ze szpitala pojawiły się objawy zakażenia i wówczas podejmowano kolejne czynności zmierzające do opanowania stanu zapalnego. Ponadto wykonanie posiewu w czasie pobytu powoda u pozwanego było niecelowe z uwagi na to, iż w czasie zastosowanej antybiotykoterapii nie uzyskano by spodziewanych efektów wzrostu bakteryjnego. Natomiast wykonanie posiewu po zakończeniu leczenia antybiotykami pozwoliłoby na celowaną antybiotykoterapię. Powstanie przetoki było wskazaniem do wykonania badania na posiew. Wyciek surowiczo – ropny jest wskazaniem do badania bakteriologicznego.

Zakażenie gronkowcem w sposób istotny wpłynęło na rekonwalescencję powoda, wydłużyło i skomplikowało przebieg leczenia. Po kolejnej operacji usunięcia podtrzymujących infekcję zakażonych implantów uzyskano wyciszenie procesu zapalnego. W efekcie zakażenia, ale też i wskutek pourazowego uszkodzenia stawu skokowego doszło do poważnego inwalidztwa powoda. Można w przybliżeniu przyjąć, że do obecnego stanu ortopedycznego powoda przyczyniły się zarówno uraz jak i skutki infekcji kostnej.

Konsekwencje zakażenia w przyszłości trudno oddzielić od konsekwencji spowodowanych samym ciężkim wieloodłamowym, zmiażdżeniowym złamaniem dalszej nasady piszczeli. W efekcie urazu jak i powikłań w leczeniu doszło do rozległego zniszczenia stawu kwalifikującego powoda do operacyjnego usztywnienia stawu skokowego. Obecnie u powoda istnieje znacznego stopnia dysfunkcja lokomocyjna ograniczająca możliwość przemieszczania się.

Cierpienia fizyczne związane są zarówno z doznanym urazem, jak i przedłużającym się procesem leczenia infekcji kostnej.

Zakażenie nie łączyło się z koniecznością przedłużonego okresu rehabilitacji. Wręcz przeciwnie, powikłanie zakażeniem ogranicza wskazania do stosowania rehabilitacji.

Leczenie ortopedyczne powoda związane z zakażeniem dotyczyło konieczności zmiany opatrunków, okresowej antybiotykoterapii.

Całkowita wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu u powoda to 25% (pkt 162 c), przy czym udział uszczerbku spowodowany samym zakażeniem to 10%, a uszczerbek spowodowany złamaniem to 15%.

Powód wymagał pomocy osób trzecich w związku z powikłaniem ropnym zabiegu w wymiarze ok. 1 godziny dziennie w czasie pierwszego roku od wypadku.

Przedłużający się proces leczenia i inwalidztwo w postaci znacznego stopnia dysfunkcji lokomocyjnej ograniczającej możliwość przemieszczania się były i są źródłem dużego cierpienia psychicznego powoda. Z osoby sprawnej życiowo, z dużym poczuciem własnej wartości, niezależności stał się osobą niepełnosprawną, w pewnej mierze zależną od pomocy innych osób. W sposób zdecydowany wpłynęło to negatywnie na jego samoocenę, poczucie własnej wartości, funkcjonowanie w podstawowych rolach społecznych. Powód do tej pory nie jest w stanie zaakceptować swoich ograniczeń, a jego stan psychiczny jest powodem leczenia psychiatrycznego. Powód wymaga pomocy psychologicznej.

U powoda doszło do zagojenia się rany, nie ma sączących treścią ropną przetok w okolicy ran pooperacyjnych, a więc doszło do opanowania zakażenia gronkowcowego i jego wyleczenia. Powód nie wymaga dalszego leczenia, wskazane są jedynie okresowe kontrole parametrów stanu zapalnego: morfologia, OB, białko CRP, mukoproteidy i rtg stawu skokowego.

Opracowane i stosowane przez pozwanego procedury postępowania personelu medycznego są nowoczesnymi standardami postępowania mającego na celu wyeliminowanie, ewentualnie znaczne zminimalizowanie przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych w tej placówce, zaś brak uwag pokontrolnych potwierdza dobry stan sanitarno – epidemiologiczny pozwanego.

Przed wypadkiem powód zatrudniał się na dyskotekach, jako ochroniarz, nie miał stałej pracy. W dniu 18 listopada 2010r. został zatrudniony, jako pracownik fizyczny na podstawie umowy o pracę w firmie (...) należącej do jego brata. Umowę zawarto na okres od 18 listopada 2010 r. do 31 grudnia 2011r. ustalając wynagrodzenie na kwotę 1317 zł brutto. Wcześniej powód pomagał bratu w prowadzeniu działalności polegającej na montowaniu instalacji gazowej w pojazdach.

Po zdarzeniu M. L. (1) przez dziewięć miesięcy otrzymywał zasiłek chorobowy. Potem przez pół roku był zarejestrowany, jako bezrobotny i uzyskiwał z tego tytułu zasiłek. Obecnie nie ma własnych źródeł dochodu. Pożycza pieniądze od brata G. L.. Dużo czasu spędza przed telewizorem oraz korzystając z internetu.

Powód mieszka z konkubiną I. A., dwoma córkami oraz matką. Razem prowadzą gospodarstwo domowe. W niektórych czynnościach jak przynoszenie węgla czy rąbanie drewna pomagają powodowi brat i znajomi.

Orzeczeniami z 3 października 2012r. i 14 listopada 2014r. (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Ł. uznał, że u powoda istnieje umiarkowany stopień niepełnosprawności od dnia wypadku.

W świetle tak poczynionych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy uznał powództwo za bezzasadne w świetle art. 430 k.c. Podkreślił przy tym, że wykazanie przesłanek odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej - z mocy art. 6 k.c. - było rzeczą strony powodowej. To na strony ustawodawca w myśl art. 3 k.p.c. nałożył obowiązek przedstawiania dowodów i to na stronie - zgodnie z przepisem art. 6 k.c. - ciąży ciężar udowodnienia faktu, z którego wywodzi ona skutki prawne. Zdaniem Sądu I instancji, powód w tym procesie nie zdołał udowodnić, że doznał szkody na skutek błędu medycznego popełnionego przez pracowników pozwanej Spółki.

W ocenie Sądu meriti w niniejszej sprawie nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej. Zebrany w sprawie materiał dowodowy, w szczególności jednoznaczne opinie biegłych sądowych wskazują na to, iż pomoc medyczna udzielona powodowi podczas jego pobytu w pozwanej placówce w listopadzie i grudniu 2010r. została udzielona zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie zasadami i nie popełniono jakichkolwiek zaniedbań. Zabieg zespolenia odłamów kostnych śrubami HCS oraz płytą LCP przeprowadzono po uprzednim przygotowaniu do niego powoda i zastosowaniu antybiotykoterapii. W przypadku powoda doszło natomiast do nieoczekiwanego powikłania, którego nie dało się wykluczyć ani przed zabiegiem, ani w jego trakcie, ani też po operacji. Zakażenie gronkowcem złocistym powoda nie stanowi błędu medycznego, lecz powikłanie po rozległej i trudnej operacji trzonu i przynasady dalszej lewej kości piszczelowej. Wiąże się z wszczepieniem elementów metalowych. Przy czym, podkreślał Sąd a quo, należy pamiętać, że zabieg zespolenia był zabiegiem koniecznym do przeprowadzenia u powoda. Również stan rany po zabiegu nie stwarzał podstaw do podjęcia innych czynności medycznych niż wykonano. Powód nie gorączkował, nie skarżył się na nasilający się ból ze strony goleni lewej. Rana goiła się bez powikłań poprzez rychłozrost, nie było odczynu zapalnego brzegów rany, niewielka ilość wycieku surowiczego świadczyła tylko o przedłużonym procesie gojenia się, nie było wysięku patologicznego. W dniu wypisu nie było podstaw do wykonania posiewu z rany – nie było materiału pozwalającego na wykonanie takiego badania. Ponadto wykonanie posiewu w czasie pobytu powoda u pozwanego było niecelowe z uwagi na to, iż w czasie zastosowanej antybiotykoterapii nie uzyskano by spodziewanych efektów wzrostu bakteryjnego.

Natomiast powstanie przetoki i wyciek surowiczo – ropny były już wskazaniem do wykonania badania bakteriologicznego – wykonania wymazu z rany i sporządzenia antybiogramu w celu zastosowania celowanej antybiotykoterapii. Po raz pierwszy u powoda wyciek surowiczo-ropny odnotował lekarz ze (...) w Ł. w dniu 22 grudnia 2010r. i zalecił stosowanie dalacinu C. Wprawdzie powód w okresie świąteczno – noworocznym korzystał między innymi z pomocy pozwanego Centrum Medycznego, lecz pomoc ta miała zdaniem Sądu Okręgowego, jedynie

charakter doraźny, polegający na bieżącej zmianie opatrunku. Dlatego też nie można przyjąć, że to na pozwanym zaczął ciążyć obowiązek skierowania powoda na badania bakteriologiczne. Tym bardziej, że powód nie przedstawił w tym zakresie żadnej dokumentacji medycznej, która pozwoliłaby na ustalenie, jakie dokładnie czynności zostały względem powoda podjęte w tym okresie.

Począwszy od stycznia 2011r. do czasu drugiego pobytu w pozwanej placówce M. L. (1) pozostawał pod opieką (...) w Ł., a więc odrębnego od pozwanego Centrum Medycznego placówki służby zdrowia. To w dokumentacji z tej poradni w dniu 10 stycznia 2011r. odnotowano po raz pierwszy istnienie punktowej przetoki, co wskazywałoby ponownie na konieczność wykonania badania bakteriologicznego.

W okresie od 18 do 25 maja 2011r. M. L. (1) po raz drugi był hospitalizowany na Oddziale Ortopedycznym pozwanego. W dniu 19 maja 2011r. usunięto powodowi elementy zespolenia metalowego w osłonie antybiotykowej. W rozpoznaniu ostatecznym wpisano: wygojone złamanie nasady dalszej podudzia lewego z owrzodzeniem skóry. W dniu 25 maja 2011r. pobrano materiał na posiew i wyhodowano gronkowca złocistego MRSA w celu zastosowania celowanej antybiotykoterapii. Również w tym okresie nie dopuszczono się jakichkolwiek zaniedbań w leczeniu powoda.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznał, że nie zostały wykazane przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej, a tym samym brak jest podstaw do uwzględnienia powództwa.

Z uwagi na trudną sytuację zdrowotną i materialną M. L. (1), a także charakter sprawy, na podstawie art. 102 k.p.c., Sąd I instancji nie obciążył powoda kosztami procesu.

**Apelację** od powyższego wyroku wywiódł powód zaskarżając go w całości i zarzucając:

1/ obrazę przepisów prawa materialnego, tj.:

- art. 430 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że powód nie wykazał przesłanek odpowiedzialności pozwanego za poniesioną przez powoda szkodę, tj. nie udźwignął ciężaru udowodnienia, że pozwanemu można przypisać winę za zakażenie powoda w placówce pozwanego gronkowcem złocistym MRSA;

2/ obrazę przepisów prawa procesowego, która mogła mieć wpływ na wynik postępowania, tj.

- art. 231 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i odstąpienie od przyjęcia domniemania faktycznego, iż pozwanej można przypisać winę za zakażenie powoda drobnoustrojem chorobotwórczym - gronkowcem złocistym MRSA, podczas gdy w toku postępowania ustalono, że do zakażenia powoda doszło w trakcie zabiegu operacyjnego przeprowadzonego w placówce pozwanej;

- art. 233 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę dowodów i poczynienie błędnych ustaleń faktycznych w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy, w szczególności pominięcie okoliczności, iż w placówce pozwanej zgodnie z załączonymi do odpowiedzi na pozew protokołami sanitarnymi nie był zachowany należyty reżim sanitarny, a także ustalenie, iż u powoda nie utrzymywał się w okresie po zabiegu operacyjnym w dniu 3 grudnia 2010 r. do dnia wypisu powoda z placówki pozwanej w dniu 21 grudnia 2010 roku wysięk z rany pooperacyjnej, uzasadniający wykonanie badania bakteriologicznego oraz ustalenie, iż w trakcie hospitalizacji powoda w placówce pozwanej w okresie od 18 do 25 maja 2011 roku nie dopuszczono się zaniedbań w leczeniu powoda, mimo iż posiew mikrobiologiczny z rany powoda, wykazujący zakażenie drobnoustrojem chorobotwórczym - gronkowcem złocistym MRSA wykonano dopiero ostatniego dnia drugiego pobytu powoda w pozwanej placówce tj. 25 maja 2011 r.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie na rzecz powoda od pozwanej: 10 193,00 zł tytułem odszkodowania za szkodę na osobie wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanej odpisu pozwu do dnia zapłaty, 30.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanej odpisu pozwu do dnia zapłaty, 800,00 zł renty z tytułu niezdolności do pracy, płatnej co miesiąc do 10 dnia miesiąca, za okres od dnia wytoczenia powództwa wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat, 500,00 zł renty z tytułu zwiększonych potrzeb, płatnej co miesiąc do 15 dnia

miesiąca, za okres od dnia wytoczenia powództwa wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności którejkolwiek z rat, 22 400,00 zł tytułem skapitalizowanej renty z tytułu niezdolności do pracy za okres od 1 lipca 2011 roku do 31 października 2013 roku, 17 000,00 zł tytułem skapitalizowanej renty z tytułu zwiększonych potrzeb za okres od 1 stycznia 2011 roku do 31 października 2013 r. Nadto skarżący wniósł o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji a także ustalenia odpowiedzialności pozwanej za szkody, które mogą powstać w przyszłości, wynikające z zakażenia powoda gronkowcem złocistym MRSA w czasie hospitalizacji w okresie od 22 listopada 2010 roku do 21 grudnia 2010 r. w placówce pozwanej, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania, oraz zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, w postępowaniu przed sądem I i II instancji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się niezasadna.

Wbrew zapatrywaniom apelującego, zaskarżone orzeczenie należało uznać za prawidłowe, stanowiące wynik właściwej oceny zebranego materiału dowodowego. Sąd Apelacyjny podziela poczynione przez Sąd pierwszej instancji ustalenia i w konsekwencji przyjmuje za swoje. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji w sposób właściwy zastosował również odpowiednie przepisy prawa materialnego do stanu faktycznego niniejszej sprawy.

Na wstępie koniecznym jest odniesienie się do sformułowanych przez skarżącego zarzutów naruszenia przepisów postępowania, gdyż wnioski w tym zakresie z istoty swej determinują rozważania co do pozostałych zarzutów apelacyjnych, bowiem jedynie nieobarczone błędem ustalenia faktyczne, będące wynikiem należyście przeprowadzonego postępowania mogą być podstawą oceny prawidłowości kwestionowanego rozstrzygnięcia w kontekście twierdzeń o naruszeniu przepisów prawa materialnego.

W ramach zarzutów naruszenia prawa procesowego skarżący wskazywał na naruszenie art. 233 § 1 k.p.c., zgodnie z treścią którego Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

Wskazać należy, iż ocena wiarygodności i mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami, lub gdy wnioskowanie Sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

W kontekście powyższych uwag należy stwierdzić, iż wbrew twierdzeniom apelującego w rozpoznawanej sprawie Sąd Okręgowy, dokonał prawidłowej oceny materiału dowodowego i nie naruszył dyspozycji art. 233 § 1 k.p.c. Przeprowadzona przez ten Sąd ocena materiału dowodowego w tym zakresie jest logiczna i zgodna z zasadami doświadczenia życiowego, zaś wszelkie podniesione w tym zakresie zarzuty stanowią w istocie jedynie niczym nieuzasadnioną polemikę z prawidłowymi i nieobarczonymi jakimkolwiek błędem ustaleniami Sądu pierwszej instancji.

Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności z opinii biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych W. W. (1) oraz E. S. wynika, że w przypadku pooperacyjnego zakażenia rany, do którego doszło u powoda, nie ma wątpliwości, że mamy do czynienia z zakażeniem zakładowym, związanym z leczeniem operacyjnym powoda. Zatem prawidłowo ustalił Sąd a quo, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło podczas pobytu w Oddziale Ortopedycznym pozwanego w grudniu 2010 r. wskazując, że za zakażenie odpowiadają uraz operacyjny i wprowadzone implanty metalowe. Prawidłowe jest zatem ustalenie, że pomiędzy zabiegiem przeprowadzonym u powoda w dniu 10 grudnia 2010 r. a zakażeniem rany gronkowcem zachodzi adekwatny związek przyczynowy. Ustalenie to per se nie prowadzi jednak do stwierdzenia odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej za szkodę wynikłą z zakażenia.

Co do zasady ciężar dowodu przesłanek odpowiedzialności obciąża stronę powodową. Sąd Okręgowy obszernie uzasadnił, że w przypadku roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej w procesie leczniczym, zwłaszcza zaś będącej następstwem zakażenia szpitalnego, rygoryzm ciężaru dowodu jest w znacznym stopniu złagodzony. W orzecznictwie utrwalone jest stanowisko, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. W szczególności zaś nie można wymagać od poszkodowanego wykazania, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniechanie, ani w sposób absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą. Wystarczające jest wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. ( wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68, z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69 i z dnia 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76).

Zgodnie z zaprezentowanym poglądem orzecznictwa, należy zgodzić się z apelującym, że wykazanie przez powoda, że do zakażenia doszło podczas jego pobytu w pozwanym szpitalu, teoretycznie wystarcza do przyjęcia w drodze domniemania faktycznego, że zakażenie było spowodowane zaniechaniem ze strony personelu szpitalnego. W przedmiotowej sprawie domniemanie to zostało jednak obalone (art. 231 k.p.c.). Zgodnie z przepisem art. 231 k.p.c. sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Fakt domniemany nie wymaga dowodzenia ale dowodzenia wymagają fakty składające się na podstawę faktyczną domniemania. Domniemanie nie może być sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego. Orzeczenie sądu może być oparte na domniemaniu faktycznym tylko wówczas, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki. Nadto, w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, ale, co istotne, przy braku dowodu przeciwnego. /zob. wyrok SN z 17.05.2007 r. w sprawie III CSK 429/06/.

W realiach niniejszej sprawy został wykazany dowód przeciwny. Opinie biegłych z zakresu chorób zakaźnych oraz ortopedii potwierdziły po pierwsze, że w przypadku powoda był zachowany, na każdym etapie jego leczenia w pozwanej placówce, wymagany dla zapobieżenia zakażeniu reżim sanitarny. Odnosząc się do oceny epidemiologicznej pozwanej placówki biegły W. W. wskazywał, że opracowane procedury postępowania personelu medycznego są nowoczesnymi standardami postępowania mającego na celu wyeliminowanie, ewentualnie znaczne zminimalizowanie przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych w tej placówce, zaś brak uwag pokontrolnych potwierdza dobry stan sanitarno – higieniczny Szpitala w P.. Wbrew twierdzeniom skarżącego, załączone do akt protokoły kontroli sanitarnych przeprowadzonych w analizowanym okresie w rubryce „nieprawidłowości...” nie zawierają jakichkolwiek wpisów, poza tym dokumenty te były przedmiotem oceny przez biegłych sądowych. Biegły W. W. podkreślał też, że zakażenia o etiologii gronkowcowej są częstym powikłaniem zabiegów ortopedycznych, zarówno w Polsce jak i na świecie, będąc niejako zmorą zabiegowych oddziałów ortopedyczno-urazowych. Także i w tym przypadku zakażenie powoda gronkowcem złocistym należy uznać za powikłanie pooperacyjne. Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie wykazało, by w pozwanym szpitalu doszło do takich zaniechań, które można by uznać za wzmagające ryzyko zakażenia powoda, w stopniu uzasadniającym przypisanie pozwanemu odpowiedzialności odszkodowawczej.



Biegły W. W. kilkakrotnie podkreślał, że ze strony pozwanej nie doszło do żadnego zaniedbania wobec powoda. Pacjent otrzymał terapię antybiotykową a objawy zakażenia pojawiały się dopiero po wypisaniu powoda ze szpitala, zakażenie było powikłaniem a nie błędem w sztuce medycznej. Podobnie wypowiedział się biegły z zakresu ortopedii J. F. wskazując, że skutki postępowania lekarskiego u powoda nie są wynikiem błędu a jedynie powikłaniem. Biegły ortopeda przyłączył się do opinii biegłego E. W. w zakresie nie popełnienia błędu lekarskiego. Biegły ortopeda podkreślał, że pozwany podjął działania zapobiegawcze, zabieg był wykonany w osłonie antybiotykowej, profilaktyka była jak najbardziej prawidłowa. Nie było ogólnych ani miejscowych objawów zakażenia, rana goiła się przez rychłozrost, utrzymywał się tylko niewielki wyciek surowicy, bez obrazu wycieku zapalnego, być może wyciek w dolnym biegunie rany zakwalifikowano jako proces przedłużonego gojenia się rany, dlatego postępowanie lekarskie ominęło pobranie materiału do badania.

Odnosząc się do podniesionego w apelacji zarzutu niewykonania badań bakteriologicznych wskazać należy, iż biegły zakaźnik W. W. podkreślał, że w dniu wypisu powoda z pozwanego szpitala stan powoda był ogólnie dobry, nie było z czego robić posiewu, bo nie było wysięku z rany, podjęto czynności, które miały chronić chorego przed zakażeniem. W dniu wypisu nie było wysięku patologicznego, nie było wskazań do zlecenia posiewu. W trakcie pobytu zawsze jest niewielka ilość płynu surowiczego w przebiegu leczenia po zabiegu, najistotniejsze jest jednak to, że w dacie wypisu opisano, że nie było wysięku patologicznego. Podczas kolejnego pobytu powoda w pozwanej placówce materiał na posiew nie został wprawdzie pobrany w dacie przyjęcia tj. 18 maja 2011 r. tylko w dacie wypisu, jednakże jak wynika z opinii biegłych, zlecenie badania w okresie poprzedzającym 25 maja 2011 r. mogło być niecelowe, gdyż nie uzyskano by spodziewanych efektów wzrostu bakteryjnego z uwagi na włączoną antybiotykoterapię. Biegły J. F. podkreślał, że niepobranie wymazu było niedopatrzaniem, ale nie rzutowało na przebieg leczenia powoda. Ponadto stwierdzenie i określenie szczepu bakterii i celowana antybiotykoterapia najczęściej nie rozwiązuje problemu infekcji. Jedynym racjonalnym postępowaniem jest operacyjne usunięcie źródła infekcji a więc wszczepów metalowych i nekrotycznie zmienionej tkanki kostnej i tkanek miękkich. Kluczowym jest stwierdzenie biegłych W. W. i J. F., że analiza dokumentacji medycznej nie dostarcza żadnych informacji wskazujących na to, aby w przypadku powoda nie wykonano niezbędnych czynności, które skutkowałyby powikłaniem, jakiego doznał.

Także kolejny biegły z zakresu chorób zakaźnych, E. H. S. nie podważyła wcześniejszych opinii. Również wskazywała, że mimo, iż u powoda doszło do zakażenia zakładowego, nie można mówić o błędzie medycznym. U powoda został przeprowadzony skomplikowany zabieg, sam charakter złamania był wyjątkowo trudny do leczenia i to wszystko sprzyja wystąpieniu zakażenia. Samo zakażenie nie jest błędem w sztuce medycznej, jest zdarzeniem towarzyszącym leczeniu. Odnosnie do zaniechania wykonania badań bakteriologicznych, także i ta biegła stwierdziła, że ich niewykonanie nie musiało skutkować wydłużeniem okresu leczenia, nie wiadomo, jakie byłyby skutki leczenia, gdyby szczep bakterii został wykryty wcześniej.

Prawidłowo także uznał Sąd Okręgowy, że obowiązek skierowania powoda na badania bakteriologiczne nie ciążył na pozwanym także po opuszczeniu przez M. L. pozwanej placówki, mimo, że powód korzystał kilkakrotnie z pomocy pozwanego albowiem była to tylko pomoc doraźna, polegająca na zmianie opatrunku. Zasadniczo, począwszy od stycznia 2011r. do czasu drugiego pobytu w pozwanej placówce, M. L. (1) pozostawał pod opieką (...) w Ł., a więc odrębnego od pozwanego Centrum Medycznego placówki służby zdrowia. To w dokumentacji z tej poradni w dniu 10 stycznia 2011r. odnotowano po raz pierwszy istnienie punktowej przetoki, co wskazywałoby ponownie na konieczność wykonania badania bakteriologicznego.

Reasumując zatem, Sąd Okręgowy, opierając się na opiniach niezależnych biegłych sądowych, prawidłowo ustalił stan faktyczny sprawy, nie naruszając art. 233 k.p.c. Przywoływane w uzasadnieniu do apelacji wyrwane z kontekstu fragmenty opinii biegłych, z których miałyby wynikać wnioski o rzekomych nieprawidłowościach, nie mogą być analizowane w oderwaniu od ostatecznych stanowczych wniosków wynikających z opinii wszystkich biegłych co do tego, że w realiach niniejszej sprawy nie doszło do zaniedbań personelu medycznego pozwanego szpitala ani błędu medycznego.

Odpowiedzialność pozwanego Szpitala, jako osoby prawnej należy oceniać za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 KC), bądź własne działania bądź zaniechania, których skutkiem była niewłaściwa organizacja pracy mogąca prowadzić do zakażenia - art. 416 KC. W świetle poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych uzasadniona była ocena Sądu meriti, że w niniejszej sprawie nie została spełniona przesłanka zawinienia po stronie pozwanej placówki służby zdrowia w postaci 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 jak i zasad wiedzy medycznej.

Reasumując, Sąd Apelacyjny uznał, że nie doszło do naruszenia przez Sąd I instancji ani przepisu art. 231 k.p.c. ani art. 233 k.p.c. Sąd Okręgowy dokonał prawidłowej oceny dowodów i wyprowadził z nich trafne wnioski, które Sąd Apelacyjny w całości popiera.

Nie naruszył również Sąd Okręgowy przepisu art. 6 k.c. Na powódzie bowiem spoczywał ciężar wykazania przesłanek z art. 430 k.c., czemu nie sprostał w niniejszym procesie, nie tylko w zakresie udowodnienia okoliczności, z których wywodzi korzystne dla siebie skutki prawne, ale także w zakresie ich dostatecznego uprawdopodobnienia. Jak już wyżej wspomniano, z opinii wszystkich biegłych powołanych w sprawie wynika, że za zakażeniem powoda gronkowcem nie stoi jakiegokolwiek zawinione działanie lub zaniechanie personelu pozwanego Szpitala. Skoro zatem nie można uznać za wykazane przesłanek odpowiedzialności pozwanego, to brak było podstaw do uwzględnienia powództwa na podstawie art. 430 k.c. Orzeczenie Sądu I instancji należy uznać za prawidłowe.

Mając na uwadze przytoczone okoliczności Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., mając na uwadze charakter roszczenia oraz sytuację materialną i zdrowotną powoda.