

Sygn. akt I ACa 944/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 lutego 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi - I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SA Jacek Świerczyński

Protokolant: sekr. sąd. Paulina Działońska

po rozpoznaniu w dniu 8 lutego 2022 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa B. K.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. (...) w Ł.

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 11 maja 2021 r., sygn. akt I C 2033/16

1. **oddala apelację,**

2. **przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz adwokat A. R. kwotę 3.321 (trzy tysiące trzysta dwadzieścia jeden) zł brutto tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt I ACa 944/21

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 11 maja 2021 roku Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo B. K. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) im. (...) w Ł. o zadośćuczynienie, odszkodowanie i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość (punkt 1), nie obciążył B. K. obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego na rzecz pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł. (punkt 2), przyznał i nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi adwokat A. R. kwotę 4.428 złotych tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu powodowi (punkt 3) oraz nie obciążył B. K. obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi (punkt 4).

Powyższy wyrok zapadł w oparciu o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne, które Sąd Apelacyjny podziela, a przedstawiały się one w najważniejszych elementach następująco:

Powód B. K. został przyjęty do Szpitala im. (...) na Oddział Kliniczny Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego w dniu 9 kwietnia 2014 r. w celu operacyjnego leczenia guza podstawy przedniego dołu czaszki po stronie prawej. Guz został wykryty u powoda incydentalnie podczas diagnostyki obrazowej wykonanej w 2013 r. po przebytym urazie głowy. W dniu 10 kwietnia 2014 r. pobrano od powoda wymazy bakteriologiczne tzw. „zerowe” z

nosa i pachwiny. Bezpośrednio przed pobraniem wymazów powód miał się samodzielnie wykąpać używając mydła antybakteryjnego otrzymanego od personelu szpitala. Personel szpitala kąpie jedynie tych pacjentów, którzy nie mogą tego zrobić sami, kiedy są zależni od pomocy osób trzecich.

W dniu 10 kwietnia 2014 r. dokonano u powoda operacyjnego usunięcia guza wyrastającego z prawego nerwu wzrokowego. W badaniu histopatologicznym ustalono, że był to gwiaździak (A. pilocyticum) – łagodny glejak z komórek tkanki podporowej mózgu. Z Indywidualnej karty zleceń wynika, że powód poza lekami związanymi z przygotowaniem i prowadzeniem anestezjologicznym zabiegu, otrzymywał od 10.04.2014 r. (godz. 15.00) do 12.04.2014 r. (godz. 20.00) antybiotyków C. w dawce 2 x 1g. W dniu 13 kwietnia 2014 r. powód, po wykonaniu opatrunku, został wypisany z zaleceniami dalszej opieki w poradni neurochirurgicznej, zdjęcie szwów w dniu 18.04.2014 r., kontrolne badanie MR za 12 miesięcy, 2 miesiące zwolnienia lekarskiego i leki: D. C., D.. W obserwacjach pielęgniarstkich nie odnotowano w okresie pooperacyjnym żadnych uwag dotyczących rany operacyjnej. W Indywidualnej karcie leczenia ran odnotowano tylko zmiany opatrunku i usunięcie drenu odbarczającego w dniu 11.04.2014 r.

Wyniki badań bakteriologicznych wykonanych u powoda w dniu 10.04.2014r. uzyskano w dniu 14.04.2014 r. i 15.04.2014 r. Z pobranych wymazów wyhodowano szczep gronkowca złocistego (S. aureus) wrażliwy na wszystkie antybiotyki.

W pierwszych dniach po operacji powód był bardzo słaby, nie mógł się wysłowić. Po powrocie do domu powód sam zmieniał sobie opatrunki, kompresy były czyste, nic się z rany nie sączyło. Rana była sucha, wyglądała dobrze. W dniu 18 kwietnia 2014 r. powodowi zdjęto szwy.

Podczas weekendu majowego w 2014 r. powód był u swojej rodziny pod O.. Nagle doszło u niego do napadu padaczkowego, podczas którego doszło do pęknięcia rany pooperacyjnej. Sączyła się z niej krew i ropa. Wezwano karetkę pogotowia, która przewiozła powoda do szpitala w O., a następnie - z uwagi na brak oddziału neurochirurgicznego - do pozwanego szpitala. W pozwanym szpitalu nie było wolnych miejsc na salach chorych, więc powoda położono na korytarzu. Przeważnie w takich sytuacjach przy łóżku pacjenta znajduje się statyw na kroplówki i taboret. Bezpośrednio po zwolnieniu łóżka przez wypisywanego pacjenta, pacjenci z korytarza są przenoszeni na salę.

W dniach 04.05 - 20.05.2014 r. powód był hospitalizowany w Oddziale Neurochirurgicznym pozwanego szpitala w związku z wystąpieniem napadu padaczkowego. W badaniu bakteriologicznym wymazu z rany pooperacyjnej z 6 maja 2014 r. wyhodowano szczep gronkowca złocistego (S. aureus) wrażliwy na wszystkie antybiotyki. Od 9 maja 2014 r. wdrożono leczenie antybiotykami. W dniu 10 maja 2014 r. przeprowadzono leczenie reoperacyjne – dokonano rewizji rany, usunięto płat kostny objęty infekcją i wykonano plastykę brzegów skóry. W dniu 20 maja 2014 r. powód został wypisany do domu bez objawów infekcji (...), z dobrze gojącą się raną, po zdjęciu szwów.

Po wyjściu ze szpitala powód był osłabiony, zmęczony, zauważalne były epizody utraty pamięci. Dłużej niż zwykle odpowiadał na pytania, zaś w sytuacjach emocjonalnych zaczynał się jąkać. Nadto widoczny był ubytek czaszki w operowanym miejscu.

W dniach 14 - 23 października 2015 r. powód był hospitalizowany w Oddziale Neurochirurgicznym szpitala w Z. w celu wykonania plastyki ubytku kości czaszki w okolicy czołowej prawej, który powstał w związku z przebyciem w dniu 10.04.2014r. operacji usunięcia guza prawego nerwu wzrokowego oraz reoperacji w dniu 10.05.2014r. z powodu infekcji płata skórno-mięśniowego, podczas którego usunięto płat kostny i opracowano zakażoną ranę. W dniu 16.10.2015 r. przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym operację plastyki ubytku kości czaszki płytką C.. Rana pooperacyjna goiła się dobrze, powód nie gorączkował. Z uwagi na rokowanie odzyskania zdolności do pracy, orzeczeniem z 3 kwietnia 2015r. przyznano powodowi prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy.

Pozwany Szpital w okresie od lipca 2013 r. do sierpnia 2015 r. realizował inwestycję polegającą na rozbudowie i przebudowie skrzydła północnego budynku głównego szpitala na pięciu kondygnacjach wraz z budową wewnętrznego szybu windowego łączącego wszystkie kondygnacje wraz z dostawą wyposażenia. W umowie zawartej z wykonawcą

zastrzeżono, że w trakcie wykonywania robót budowlanych stanowiących przedmiot zamówienia będą funkcjonowały zarówno Budynek Główny jak i pozostałe budynki znajdujące się w kompleksie szpitalnym. Z uwagi na złożoność prac – opisana inwestycja przebiegała wieloetapowo. Do września 2014 r. oddział neurochirurgiczny funkcjonował w dawnej lokalizacji, w przebudowywanym skrzydle północnym. Funkcjonujący w pozwanym szpitalu Zespół (...) nie widział konieczności wyłączenia części placówki na czas niezbędny do przeprowadzenia remontu. Podczas trwania prac remontowych – w październiku 2013 r. oraz w lipcu 2014 r. w pozwanym szpitalu przeprowadzono kontrolę stanu sanitarnego, która nie wykazała istotnych naruszeń – zalecono doprowadzenie do właściwego stanu sanitarnego sufit i ściany w węźle sanitarnym pacjentów.

W związku z prowadzonym remontem robotnicy w odzieży roboczej znajdowali się w okolicy prowadzonych prac. Nie było ich na sali pooperacyjnej, ale kręcili się po korytarzu. Firma zewnętrzna zabezpieczała brezentem okolice remontowane, aby do części w której przebywali pacjenci nie dostawał się kurz.

Gronkowce złociste (*S. aureus*) są drobnoustrojami bardzo szeroko rozpowszechnionymi w otoczeniu człowieka, kolonizującymi skórę 25 – 30 % osób zdrowych, głównie w miejscach wilgotnych i owłosionych. Rezerwuarem gronkowców może być również środowisko, jednak jego rola w powstawaniu zakażeń szpitalnych jest mniejsza. Zagrożeniem dla chorych hospitalizowanych mogą być zarówno drobnoustroje szpitalne, jak i własna flora bakteryjna. Nie wszyscy chorzy są jednakowo narażeni na zakażenia szpitalne – wyższym ryzykiem są obarczeni chorzy w podeszłym wieku, z poważną chorobą podstawową obniżającą odporność (np. cukrzyca, choroby nowotworowe), przyjmujący leki immunosupresyjne, chorzy z niewydolnością krążenia. Źródłem zakażenia szczepami gronkowców w szpitalu są ludzie – skolonizowany personel oraz chorzy. Drobnoustroje te podzielono na grupy, tj. metycylinowrażliwe (...), oraz wywołujące groźniejsze zakażenia szczepy metycylinooporne (...). Wykrycie ogniska epidemicznego o etiologii *S. aureus*, a zwłaszcza wywołanego przez szczepy odporne na metycylinę ((...)), do którego konieczne jest wystąpienie co najmniej dwóch zachorowań zakwalifikowanych jako zakażenie szpitalne, uruchamia odpowiednie procedury postępowania przeciwepidemicznego, które prowadzą zespoły ds. zakażeń szpitalnych.

W dniu przyjęcia powoda do Oddziału Neurochirurgicznego pozwanego Szpitala (w kwietniu 2014 r.) nie odnotowano, aby wykazywał on jawne objawy choroby zakaźnej, w szczególności choroby o etiologii bakteryjnej, zatem jego stan zdrowia był dobry i nie spowodował decyzji o ewentualnym przesunięciu terminu zabiegu operacyjnego. Pobierane w dniu 10 kwietnia 2014 r. wymazy w kierunku nosicielstwa (kolonizacji) szczepów bakteryjnych z nozdrzy, pachwiny były rutynowymi badaniami bakteriologicznymi, które wynikały z zaleceń epidemiologicznych i wykonywano je wszystkim pacjentom trafiającym do Oddziału Intensywnej Terapii, ewentualnie do O. Pooperacyjnych, bez względu na obecność (lub brak) objawów chorobowych. Niemniej, na podstawie opisanych badań mikrobiologicznych wykazano, że powód podczas pobytu w Oddziale Neurochirurgicznym był nosicielem bakterii gronkowca złocistego, a tym samym potencjalnym źródłem zakażenia endogennego. Powód został ponownie przyjęty do Oddziału Neurochirurgicznego w dniu 4 maja 2014 r. z objawami zakażenia rany pooperacyjnej, a w posiewach materiału pobranego z rany z dnia 6 maja 2014 r. wyhodowano bakterie *S. aureus*. Ponieważ od wypisu z Oddziału upłynęły 22 dni – powyższa definicja mieści się w definicji zakażenia wewnątrzszpitalnego, 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.

Natomiast źródłem przedmiotowych bakterii gronkowca złocistego wyhodowanego z rany pooperacyjnej powoda w dniu 6 maja 2014 r. prawdopodobnie była flora endogenna stwierdzona u powoda podczas pierwszej hospitalizacji, ponieważ u powoda stwierdzono zarówno w badaniach przesiewowych, jak i w posiewach podczas drugiej hospitalizacji szczep metycylinowrażliwy ((...)). Jest to szczep bakteryjny dość powszechnie występujący w środowisku zarówno szpitalnym jak i poza szpitalnym.

Z uwagi na brak występowania u powoda jawnych objawów choroby infekcyjnej, w szczególności choroby o etiologii bakteryjnej, nie było przesłanek do przesunięcia terminu zabiegu operacyjnego. Nie było również wskazań do opóźnienia leczenia operacyjnego w celu wyleczenia powoda z nosicielstwa gronkowca złocistego, ponieważ

nosicielstwa nie powodującego objawów chorobowych zakażenia gronkowcowego nie leczy się. Poza tym, jak wynika z informacji dotyczących rozpoznanego u powoda nowotworu – A. pilocysticum guz tkanki podporowej mózgu powodował u powoda osłabienie ostrości wzroku w oku prawym, bóle i zawroty głowy i ewentualne sprolongowanie terminu operacji mogłoby doprowadzić do eskalacji procesu neoplazmatycznego i powstania u powoda nieodwracalnych deficytów neurologicznych.

Gronkowce złociste są dość rozpowszechnione w otoczeniu człowieka (25 – 30% kolonizacji osób zdrowych), zaś zakażenie najczęściej przenoszone jest przez ręce personelu drogą bezpośredniego kontaktu, zaś w mniejszym stopniu drogą powietrzną. Ponieważ u powoda stwierdzono w badaniu przesiewowym w dniu 10 kwietnia 2014 r. obecność nosicielstwa szczepu (...), to dalsze poszukiwania ewentualnych innych źródeł szczepów gronkowca w otoczeniu hospitalizowanego powoda w pozwanym szpitalu nie zmieni dość oczywistego ustalenia, jakim jest zdiagnozowane ewentualne źródło zakażenia, tj. szczep kolonizujący skórę powoda.

Mechanizm zakażenia rany pooperacyjnej może pochodzić z dwóch dróg transmisji zakażenia: krwiopochodną oraz zakażenie w drodze bezpośredniej. U powoda, pacjenta z chorobą nowotworową, a więc z osłabionym układem odpornościowym, przejściowa bakteremia (...) mająca źródło w kolonizacji skóry i otworów jego ciała, która dla osoby w pełni zdrowej nie stanowiłaby żadnego zagrożenia i byłaby szybko zlikwidowana, natomiast u powoda mogła stać się realnym zagrożeniem zakażenia miejsca małej odporności. Innym mechanizmem zakażenia mogła być droga bezpośrednia, w której zastosowanie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej i odkażenie pola operacyjnego mogły okazać się z kilku powodów nieskuteczne: zjadliwość szczepu bakteryjnego, drobne błędy manualne popełniane przez personel szpitala, który nawet nie jest świadomy popełnienia konkretnego błędu skutkującego zakażeniem. Przeprowadzona analiza dokumentacji medycznej nie pozwoliła na jednoznaczne wskazanie, która z podanych dróg transmisji mogła w większym stopniu przyczynić się do zakażenia rany pooperacyjnej powoda.

Wyniki badań bakteriologicznych, w których stwierdzono u powoda nosicielstwo (...) w wymazach z nosa i pachwiny uzyskano już w okresie pooperacyjnym. Jednocześnie w obserwacjach lekarskich jak również pielęgniarskich okresu pooperacyjnego nie odnotowano uwag odnośnie rany pooperacyjnej, jak również nie odnotowano, aby pacjent gorączkował. W zaleceniach wypisowych z dnia 13.04.2014 r. wyznaczono powodowi na 18.04.2014r. termin zdjęcia szwów w Poradni Neurochirurgicznej - nie zlecono antybiotyku, co wydaje się postępowaniem uzasadnionym.

W dokumentacji brak jest zapisów opisu wizyty powoda z dnia 18.04.2014 r., podczas której zdjęto szwy (była zatem możliwość kontroli rany pooperacyjnej), co nie pozwala na odniesienie się do podjętego wówczas postępowania.

Brak jest uzasadnienia, aby stwierdzić nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego wobec powoda w trakcie jego hospitalizacji w pozwanym szpitalu. Zarówno podczas pierwszej, jak i drugiej hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu zastosowano względem niego antybiotykoterapię, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami.

Zakażenie rany pooperacyjnej u powoda zostało opanowane i wobec braku objawów przewlekłego stanu zapalnego nie doszło z tego tytułu do powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Ze zgromadzonej dokumentacji nie wynika również, aby Oddział Neurochirurgiczny pozwanego szpitala winien być zamknięty z powodów epidemiologicznych, wobec prowadzonych tam prac remontowych.

Stwierdzone w podstawowych badaniach bakteriologicznych u powoda kolonie bakterii S. należy uznać za kolonizację naturalną. W takich przypadkach należy stosować rutynowe przygotowania pola operacyjnego, które wykonane zgodnie z protokołem i podtrzymywane do czasu założenia opatrunku w najbardziej możliwy sposób zabezpieacza przed zakażeniem pola operacyjnego i rany. Wielu chorych na różnych oddziałach może być nosicielem własnych szczepów bakterii, również gronkowca. Próby „przeleczenia” serią antybiotyków nie mają większego znaczenia, gdyż po pierwsze może wytworzyć się lekooporność bakterii, a po drugie do zakażenia może dojść na wielu etapach procesu leczniczego – również w okresie pooperacyjnym.

Biorąc pod uwagę położenie zdiagnozowanego u powoda guza i jego możliwy ucisk na nerw wzrokowy operacja powinna być wykonana niezwłocznie po ustaleniu rozpoznania kierując się stanem możliwego zagrożenia wzroku w prawym oku powoda.

W opisywanym przypadku nie można wykluczyć zaburzeń odporności naturalnej powoda. W pewnym stopniu może to tłumaczyć wystąpienie infekcji płata skórno i kostnego pomimo stosowania profilaktyki i czystości operacji. Kwestie osobnicze, a tym system immunologiczny każdego operowanego, leżą poza możliwościami ingerencji neurochirurgów. Podjęto słuszną decyzję ratowania powoda przed dalszym rozwojem guza kosztem zawsze możliwego powikłania infekcyjnego wpisanego w podstawowe ryzyko operacyjne. A. pilocyticum jest z natury guzem łagodnym, natomiast przy niekorzystnej lokalizacji może uszkadzać struktury otoczenia tak jak u powoda.

Częstość zakażeń w neurochirurgii jest różna w różnych ośrodkach w Polsce i zależy od rodzaju operacji. Przygotowanie pola operacyjnego ale i pozostałe elementy jest dość szczegółowo opisane w wytycznych jako okołoperacyjna profilaktyka antybiotykowa ((...)). W oddziale neurochirurgicznym antybiotykiem stosowanym w (...) jest cefazolina, podawana w dawce od 1 do 2 g na 2-30 minut przed nacięciem tkanek. W praktyce stosowano dwa rodzaje okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej: profilaktykę „jednej dawki” i profilaktykę „krótkoterminową” do 72 godzin po zabiegu.

Ze zgromadzonego materiału nie wynika, że u powoda doszło do zakażenia w trakcie operacji neurochirurgicznej. Po pierwsze dlatego, że operacja wymaga od personelu zachowania odpowiednich procedur dezynfekujących powierzchnię operowaną. Nie mogło również dojść do zanieczyszczenia narzędzi, ponieważ ich czystość mikrobiologiczna jest potwierdzona na opakowaniu, w którym znajdują się narzędzia, a następnie informacje te zapisywane są w dokumentacji medycznej z operacji. Po drugie personel medyczny wykonujący zabieg musi być odpowiednio do niego przygotowany (dokładnie umyć się, założyć sterylną odzież ochronną). Tak samo sam blok operacyjny jest odpowiednio przygotowywany do operacji.

Pomimo zachowania wszelkich procedur istnieje możliwość przeniesienia drobnoustrojów do miejsca operowanego w trakcie zabiegu, szczególnie, kiedy mamy do czynienia z osobą skolonizowaną przez drobnoustroje. Mogło się zdarzyć, że podczas zabiegu sterylne narzędzie miało kontakt z bakteriami bytującymi na powłokach skórnych powoda i tylko takie postępowanie mogłoby spowodować przeniesienie drobnoustrojów. Ale taka sytuacja nie jest działaniem celowym a przypadkowym, gdyż nie da się całkowicie wyjałowić pacjenta przed planowanym zabiegiem. Jednocześnie podkreślenia wymaga, że zakażenia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych mogą powstawać na skutek działań już po zabiegu operacyjnym tzn. w trakcie opieki nad pacjentem czy raną pooperacyjną, i nie tylko personel może być źródłem tego zakażenia. I w tym przypadku należałoby rozważyć, czy faktycznie nie doszło do późnego zakażenia drobnoustrojami endogennymi, biorąc pod uwagę fakt wystąpienia tak późno objawów infekcji rany pooperacyjnej.

Do zakażenia głębokiego może dojść w trakcie operacji oraz drogą krwi, kiedy to bakterie same przedostają się do miejsca operowanego z miejsc ich kolonizacji. W przypadku powoda prawdopodobieństwo wystąpienia każdego z tych sposobów wynosi 50%.

Sam fakt izolowania szczepów drobnoustrojów niepatogennych dla człowieka w danym momencie (nosicielstwo) nie podlega leczeniu, a pacjentów uznaje się za zdrowych, natomiast sama wiedza o fakcie ich bytowania nie zmienia procedur medycznych przed operacją – każdy pacjent traktowany jest jako potencjalne źródło zakażenia i stosowane procedury są identyczne dla wszystkich.

Analizując dokumenty dotyczące nadzoru zakażeń szpitalnych można stwierdzić, że nie ma w nich nic co by naruszało lub było niezgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz wytycznymi czy rekomendacjami.

Odnosząc się do trwających prac remontowych w pozwanym szpitalu, z punktu widzenia epidemiologii remontowany oddział powinien być zamknięty i nie powinno się przyjmować pacjentów. Tylko wiązałoby się to z odłożeniem w

czasie zabiegów ratujących życie pacjentów oraz zabiegów planowych. Wszelkie prace remontowe stwarzają wyzwanie dla pracowników podmiotów leczniczych, aby zachować odpowiednią czystość w pomieszczeniach, głównie w salach chorych. Jednak nie powinno mieć to znaczenia na bloku operacyjnym, na którym nie trwały w tym okresie prace remontowe.

Dla wystąpienia zakażenia określonym drobnoustrojem konieczne jest działanie na odpowiednio osłabiony organizm odpowiedniej ilości odpowiednio zjadliwego drobnoustroju. Nie wystarczy dla powstania zakażenia działanie jedynie zjadliwego drobnoustroju jako takiego, konieczna jest jego odpowiednia ilość a także odpowiednio zmodyfikowany (osłabiony) w danym momencie organizm. Przy tym wszystkie rany, także te chirurgiczne, są skażone przez bakterie. Wśród ran chirurgicznych jedynie nieliczne demonstrują uchwytne klinicznie objawy zakażenia. U większości pacjentów infekcja nie rozwija się, gdyż układ odpornościowy jest w stanie skutecznie zwalczać patogeny w miejscu operowanym. O tym czy dojdzie do rozwoju zakażenia w miejscu operowanym decyduje ostatecznie efekt wzajemnej współpracy: dawki bakterii, zjadliwości tychże, mikrośrodowisko rany, wrodzona oraz nabyta odporność gospodarza. Objawy zakażenia mogą pojawić się do 30 dni od zabiegu lub do roku, bądź wyjątkowo później, jeśli wszczepiono implant. Najczęściej obserwuje się niepowikłane, łagodne zakażenia ran chirurgicznych, które rozwijają się najczęściej w cztery - osiem dni po zabiegu. Rzadziej występujące zakażenia głębokie i narządowe mogą prowadzić do powikłań.

Za skutek zakażenia, najprawdopodobniej własnym szczepem gronkowca złocistego powoda, należy uznać konieczność dodatkowego leczenia, w trakcie którego m.in. wycięto brzegi skóry zakażonej rany pooperacyjnej i usunięto płat kostny oraz stosowano poliantybiotykoterapię. Brak jest obiektywnych dostatecznych podstaw do przyjmowania, że w wyniku zakażenia u powoda po pierwotnym zabiegu neurochirurgicznym i dalszym leczeniu neurochirurgicznym zakażonej rany pooperacyjnej doszło do trwałego uszczerbku na jego zdrowiu. Zastosowane leczenie było skuteczne i okazało się wystarczające w leczeniu powstałego zakażenia.

W przypadku powoda ubytek kości jego czaszki został 16 października 2015r. zrekonstruowany płytką C. i gdyby przyczyną jego reoperacji nie było najprawdopodobniej zakażenie własnym szczepem gronkowca złocistego, można byłoby przyjmować długotrwały, tj. od 10.05.2014 r. do 16.10.2015 r. uszczerbek na zdrowiu w wysokości 10 % wg pkt. 3b rozporządzenia (...) z 18.12.2002 r. Sąd wskazał, że brak jest obiektywnych podstaw do przyjmowania, że wygląd nowopowstałej blizny różnił się od pierwotnej blizny pooperacyjnej w zakresie takich jej cech morfologicznych jak np. długość i szerokość. Brak jest też obiektywnych danych do przyjmowania, że konieczność reoperacji powoda z punktu widzenia chirurgii plastycznej spowodowała trwały uszczerbek na zdrowiu powoda.

Ogólny stan zdrowia powoda należy uznać za utrwalony, który nie ulegnie już istotnej zmianie.

B. K. ma 39 lat. Przed operacją prowadził własną auto-szkołę. Obecnie z uwagi na stan zdrowia (martwica stawu biodrowego) nie pracuje, pobiera zasiłek w wysokości 700 zł miesięcznie. Nie ma żadnych oszczędności ani majątku. Prowadzi gospodarstwo domowe z żoną, która pracuje i zarabia 1.700 zł miesięcznie. Małżonkowie wychowują 9-letnie bliźnięta.

Powyższy stan faktyczny, Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o materiał dowodowy zebrany w przedmiotowej sprawie.

Sąd I instancji za podstawę prawną roszczeń powoda uznał art. 445 § 1 k.c. w zw. art. 430 k.c., a także art. 189 k.p.c.

Opierając się na treści art. 430 k.c. Sąd wskazał, że w obecnym stanie prawnym zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze nie ma wątpliwości, iż lekarz – pomimo znacznej samodzielności i niezależności w zakresie czynności diagnozy i terapii – pozostaje podwładnym zakładu leczniczego. Podlega on bowiem (podobnie jak pozostali personel medyczny) ogólno-organizacyjnemu zwierzchnictwu szpitala i zobowiązany jest stosować się do ustalonych przez zakład reguł dotyczących w szczególności miejsca i czasu wykonywania pracy. Tzw. „wewnętrzna” niezależność lekarza w dziedzinie diagnozy i terapii nie ma natomiast znaczenia. Decydujące znaczenie ma bowiem fakt, iż lekarz zatrudniony w zakładzie leczniczym nie dokonuje czynności leczniczych we własnym interesie i na własny rachunek, lecz w interesie i na rachunek przełożonego (zakładu leczniczego).

W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii czy też innego personelu medycznego. Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta. Gdy przedmiotem rozważań jest zakażenie powstałe u pacjenta przez błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego, których nie sposób przypisać konkretnej osobie (wina anonimowa) bez znaczenia pozostaje stosunek prawny, na podstawie których czynności wykonują w danym szpitalu lekarze operujący danego pacjenta.

Opierając się na doktrynie i orzecznictwie Sąd Okręgowy wskazał, że szpital ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się takie fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

Do obowiązków jednostek leczniczych należy ochrona zdrowia pacjentów, zatem każda tego typu jednostka winna dołożyć wszelkich możliwych środków by zapobiec pogorszeniu się stanu zdrowia przyjętych pacjentów, a więc i jakimkolwiek zakażeniom wirusowym czy też bakteryjnym. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną (art. 355 k.c.). Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów połączonych z możliwością naruszenia naczyń krwionośnych pacjenta, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego.

Sąd Okręgowy wskazał, że miernikiem właściwego zachowania jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.). W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta, to świadczy to, że tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego.

Sąd I instancji uznał, że bezspornym jest fakt powstania szkody w wyniku zakażenia gronkowcem u powoda. Bezspornym jest również okoliczność wykonania zabiegu operacyjnego powoda w pozwanym szpitalu w dniu 10 kwietnia 2014 roku, w którym to powód upatruje zdarzenia szkodzącego, czyli zakażenia go gronkowcem wskutek zarzucanej personelowi medycznemu niestaranności.

Jednakże Sąd Okręgowy stwierdził, że obowiązkiem powoda było wykazanie związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu, a powstałą szkodą. W orzecznictwie utrwalony jest przy tym pogląd, zgodnie z którym w „procesach lekarskich” niemożliwe jest poczynienie pewności ustalenia co do przyczynowości, ponieważ w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko natomiast o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie ze strony personelu szpitala było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony.

Sąd I instancji wskazał, że pogląd powyższy, utrwalony w orzecznictwie, wynika z faktu praktycznej niemożliwości – ze względu na właściwości procesów biologicznych – przeprowadzenia dowodu bezpośredniego i uzyskania pewności konkretnego źródła i momentu zainfekowania organizmu człowieka. Z tego względu możliwe jest posłużenie się konstrukcją domniemania faktycznego przewidzianego w przepisie art. 231 k.p.c. Jednakże, aby ustalić w ten sposób związek przyczynowy, musi istnieć szereg okoliczności na związek ów wskazujących i w ten sposób czyniących go

wysoce prawdopodobnym, a jednocześnie ustalone okoliczności muszą wskazywać na małe prawdopodobieństwo powstania szkody w wyniku innych czynników.

W ocenie Sądu Okręgowego zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przyjęcie, iż do bakteryjnego zakażenia u powoda doszło na skutek niewłaściwego postępowania personelu medycznego w procesie leczenia w pozwanym szpitalu. Nie sposób stwierdzić czy powód został zakażony podczas zabiegu w dniu 10 kwietnia 2014 roku, ani aby było to wysoce prawdopodobne. Brak jest takich podstaw z uwagi na fakt, iż obecność gronkowca złocistego (*S. aureus*) stwierdzono badaniem w wymazie pobranym od powoda w dniu 10 kwietnia 2014 r., zatem dalsze poszukiwania ewentualnych innych źródeł szczepów gronkowca w otoczeniu hospitalizowanego powoda w pozwanym szpitalu nie zmieni dość oczywistego ustalenia, jakim jest zdiagnozowane ewentualne źródło zakażenia, tj. szczep kolonizujący skórę powoda.

Uwzględniając powyższe rozważa Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że nie sposób stwierdzić nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego wobec powoda w trakcie jego hospitalizacji w pozwanym szpitalu. Zarówno podczas pierwszej, jak i drugiej hospitalizacji powoda w pozwanym szpitalu zastosowano względem niego antybiotykoterapię, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami. Zakażenie rany pooperacyjnej u powoda zostało opanowane i wobec braku objawów przewlekłego stanu zapalnego nie doszło z tego tytułu do powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu. W konsekwencji w ocenie Sądu w przedmiotowej sprawie powód nie wykazał, iż wysoce prawdopodobnym jest, że do zakażenia bakteryjnego rany operacyjnej doszło u niego w wyniku pobytu w szpitalu i zaniedbań personelu medycznego (art. 415 k.c.).

Sąd I instancji uznał, że nie ma również podstaw, aby przyjąć, że niezastosowanie antybiotykoterapii 30 minut przed operacją w dniu 10 kwietnia 2014 r. stanowiło o nieprawidłowościach w zastosowanym leczeniu. Dopuszczalna jest bowiem antybiotykoterapia tzw. „krótkoterminowa” – do 72 godzin po zabiegu. Nie było zatem wyjątkowych przyczyn leżących po stronie pacjenta (zakażenie endogenne), ale także wyjątkowych okoliczności wynikających z sytuacji epidemiologicznej szpitala. Brak zatem podstaw aby przyjąć, że zastosowanie innego schematu antybiotykoterapii przy zabiegu w dniu 10 kwietnia 2014 roku uchroniłoby powoda przed zakażeniem gronkowcem.

Biorąc powyższe pod uwagę, w ocenie Sądu Okręgowego, leczenie powoda po zabiegu w dniu 10 kwietnia 2014 roku było prowadzone prawidłowo, powód podlegał specjalistycznej kontroli a decyzje terapeutyczne były podejmowane z uwzględnieniem aktualnego stanu klinicznego, dotychczasowego przebiegu choroby i stosowanego uprzednio leczenia.

Sąd I instancji stanął na stanowisku, iż przedstawiony przez powoda materiał dowodowy nie potwierdził, że istnieją podstawy odpowiedzialności pozwanego Szpitala na podstawie przepisu art. 430 k.c. Skoro nieudowodniona została sama zasada odpowiedzialności pozwanego, to niecelowym było badanie przez Sąd wysokości poniesionej przez powoda szkody, jak też rozmiarów doznanej przez niego krzywdy na gruncie art. 445 § 1 k.c.

Wobec podniesienia przez powoda naruszenia jego prawa jako pacjenta, poprzez nie zapewnienie mu właściwych warunków bytowych podczas pobytu na oddziale, Sąd Okręgowy wskazał, że należy rozważyć podstawy odpowiedzialności pozwanego Szpitala na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417 ze zm.), zgodnie z którym, w razie zawinonego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

Sąd I instancji stwierdził, że z zebranego w sprawie materiału dowodowego, wynika, że powód przebywał na oddziale pozwanego szpitala w okresie, kiedy prowadzony był tam remont. Niewątpliwie wszystkie związane z pracami remontowymi odgłosy, zwłaszcza dla pacjenta po operacji, stanowią znaczny dyskomfort. Jednakże podkreślenia wymaga, że szpital posiadał wymagane prawem zezwolenia na prowadzenie remontu bez konieczności wyłączenia oddziału z funkcjonowania. Nadto w przypadku powoda przesunięcie zabiegu na dalszy termin mogłoby się wiązać

z nieodwracalnymi uszkodzeniami w jego układzie nerwowym. Dodatkowo pobyt powoda w pozwanym szpitalu ograniczony był do kilku dni.

Zatem – w ocenie Sądu Okręgowego – w pozwanym Szpitalu nie doszło do naruszenia prawa powoda, jako pacjenta, a zatem brak jest podstaw do zasądzenia na rzecz powoda stosownego zadośćuczynienia w związku z naruszeniem praw pacjenta.

Mając powyższe na uwadze Sąd oddalił powództwo w całości. Jednakże rozstrzygając o kosztach sądowych Sąd I instancji uznał, że wystąpiły podstawy do zastosowania art. 102 k.p.c.

Koszty pełnomocnika z urzędu Sąd przyznał w wysokości 3.600 zł zgodnie z § 8 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U.2016.1714 ze zm.), powiększonej o stawkę VAT zgodnie z § 4 ust. 3 w/w rozporządzenia. Na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 102 k.p.c. nie został obciążony nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Od powyższego wyroku powód wniósł apelację i zaskarżając go w części, tj. w zakresie oddalającym powództwo co do kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia, zarzucił mu:

1. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że opinia biegłego dr n. med. W. W. nie dawała podstaw do przyjęcia, iż z wysokim prawdopodobieństwem zakażenie do którego doszło u powoda było zakażeniem szpitalnym;
2. naruszenie art. 231 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i odstąpienie od przyjęcia domniemania faktycznego, że pozwanemu można przypisać winę za zakażenie powoda gronkowcem złocistym, w sytuacji gdy z materiału dowodowego wynika wysokie prawdopodobieństwo, iż do zakażenia powoda mogło dojść w trakcie zabiegu operacyjnego przeprowadzonego w placówce pozwanej;
3. naruszenie art. 233 § 1 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, że w pozwanej placówce nie był zachowany należyty reżim sanitarny, a opinia biegłego dr n. med. A. M. (1) wskazuje, iż w związku z trwającym na oddziale remontem, z punktu widzenia epidemiologii oddział ten powinien być zamknięty i nie powinno się przyjmować pacjentów;
4. naruszenie art. 361 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie i niezasadne uznanie braku istnienia adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wykonaną u powoda w dniu 10 kwietnia 2014 roku operacją, a zakażeniem miejsca operowanego stwierdzonym po w/w zabiegu operacyjnym, w sytuacji gdy ten związek przyczynowo-skutkowy został potwierdzony w zgromadzonym materiale dowodowym;
5. naruszenie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. poprzez ich niezastosowanie i w konsekwencji oddalenie powództwa o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, w sytuacji wykazania przez powoda zarówno przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala, jak również wykazanie przez niego krzywdy i jej rozmiaru wywołanego szkodą, za którą pozwany szpital ponosi odpowiedzialność.

Mając powyższe na względzie wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego szpitala na rzecz powoda kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 18 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanego szpitala na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie w I i w II instancji. Ewentualnie wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie w tym zakresie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Łodzi i zasądzenie na rzecz pełnomocnika kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

W trakcie rozprawy apelacyjnej w dniu 8 lutego 2022 r. pozwany wniósł o oddalenie apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest niezasadna.

Zgodnie z treścią art. 387 § 2¹ k.p.c. w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji:

1) wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, chyba że sąd drugiej instancji zmienił lub uzupełnił te ustalenia; jeżeli sąd drugiej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe lub odmiennie ocenił dowody przeprowadzone przed sądem pierwszej instancji, uzasadnienie powinno także zawierać ustalenie faktów, które sąd drugiej instancji uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej;

2) wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa powinno objąć ocenę poszczególnych zarzutów apelacyjnych, a poza tym może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne oceny sądu pierwszej instancji.

Biorąc pod uwagę dyspozycję wyżej przywołanego przepisu Sąd II instancji wskazuje, że w całości przyjmuje jako własne ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Okręgowego, co czyni zbędnym ich ponowne przywoływanie w tym miejscu. Natomiast konieczne jest odniesienie się do poszczególnych zarzutów zawartych w apelacji.

Odnosząc się w pierwszym rzędzie do kwestii naruszenia prawa procesowego wskazać należy, iż Sąd II instancji, nie podzielił zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd stoi na stanowisku, że dla wykazania naruszenia tej regulacji konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu. W szczególności strona skarżąca powinna wykazać, jakie kryteria oceny naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 grudnia 2006 r., VI ACa 567/06, LEX nr 558390). Skarżący może tylko wskazywać, posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że Sąd rażąco naruszył zasady logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego i że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 2004 r., II CK 369/03, LEX nr 174131). Uwzględnienie przez Sąd w ocenie materiału dowodowego powszechnych i obiektywnych zasad doświadczenia życiowego nie usprawiedliwia zarzutu przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów na tej tylko podstawie, że indywidualne i subiektywne doświadczenia strony są od tych zasad odmienne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, OSNP 2000 nr 19 poz. 732). Zatem apelujący powinien był wykazać w wywiedzionej apelacji, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, gdyż tylko takie uchybienie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 października 2012 r., I ACa 209/12, LEX nr 1223145). Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego. Jeżeli wnioski wyprowadzone przez Sąd orzekający z zebranego materiału dowodowego są logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena tego sądu nie narusza przepisu art. 233 § 1 k.p.c. i musi się ostać, choćby z materiału tego dawały się wysnuć również wnioski odmienne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2005 r., IV CK 122/05, LEX nr 187124).

Przenosząc powyżej przywołane orzeczenia na kanwę niniejszej sprawy należy stwierdzić, że wbrew twierdzeniom skarżącego Sąd Okręgowy prawidłowo ocenił przedstawione w sprawie dowody, w tym dowód w postaci opinii biegłego W. W.. Choć biegły ten w swojej opinii z dnia 21 listopada 2020 r. wskazał, że wcześniejsze zakażenia w pozwanym szpitalu mogły wynikać z powtarzających się manualnych błędów personelu, często niestety nieświadomych takiego postępowania, to jednak twierdzenie to jest w uznaniu Sądu Apelacyjnego, niewystarczające do przyjęcia, iż między

zdarzeniem wywołującym szkodę a działaniami pozwanego szpitalu istnieje związek przyczynowo – skutkowy. W swojej pierwotnej opinii biegły wskazał, że brak jest informacji, aby stwierdzić nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego wobec powoda w trakcie jego hospitalizacji. W dodatku w opinii uzupełniającej z dnia 12 września 2018 roku biegły bezpośrednio wskazał, że po stwierdzeniu u powoda obecność nosicielstwa szczepu (...) dalsze poszukiwanie ewentualnych źródeł szczepów gronowska w otoczeniu hospitalizowanego powoda w pozwanym szpitalu nie zmieni dość oczywistego ustalenia, jakim jest zdiagnozowanie ewentualnego źródła zakażenia, tj. szczepu kolonizującego skórę powoda. W dalszej części biegły wskazał, że nie jest wykluczona możliwość zakażenia rany pooperacyjnej z innego egzogenego źródła znajdującego się w otoczeniu hospitalizowanego powoda, ale wobec powyższego dywagacje na temat źródeł (...) pozostają w sferze dyskusji akademickiej. Stanowisko to zostało także potwierdzone w opinii biegłej A. M. (2), która bezpośrednio stwierdziła, że prawdopodobieństwo wynosi 50 %, co jest niewystarczającym by uznać odpowiedzialność pozwanego szpitala za powstałą szkodę.

W ocenie Sądu II instancji nie sposób także przyjąć, że Sąd naruszył dyspozycję tego przepisu odnośnie oceny opinii biegłej sporządzonej przez biegłą A. M. (2). Choć rzeczywiście w opinii pojawiło się stwierdzenie, że z punktu widzenia epidemiologii oddział powinien być zamknięty i nie powinno się przyjmować pacjentów, to jednak jednocześnie biegła wskazała, iż wiązałyby to się z odłożeniem w czasie zabiegów ratujących życie pacjentów oraz zabiegów planowanych. Dodatkowo biegła stanęła na stanowisku, że remont mógł mieć wpływ na utrzymanie standardów higienicznych w salach chorych, ale jednocześnie uznała, że przy odpowiednich wysiłkach nie musi i wskazała, że nie powinno to mieć znaczenia na bloku operacyjnym, na którym nie trwały w tym okresie prace remontowe.

Sąd nie dostrzegł podstaw także do stwierdzenia naruszenia art. 231 k.p.c. Należy podzielić stanowisko, iż w procesach "medycznych" wykazywanie wszystkich etapów związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wskazywanym jako sprawcze a szkodą może być nader utrudnione, a nawet niemożliwe. Dlatego w orzecznictwie dopuszcza się tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.), które wymagają wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą pacjenta nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 74/67, OSN z 1968 r. Nr 2, poz. 26; z dnia 7 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA z 1969 r., nr 7 - 8, poz. 155; z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975 Nr 4, poz. 94; z dnia 6 listopada 1998 r., III CKN 4/98, nie publ.; z dnia 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00, nie publ.; z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, nie publ.; z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, nie publ.; z dnia 17 maja 2007 r.; III CSK 429/06, nie publ.; z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, nie publ.; z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, nie publ.; z dnia 26 marca 2015 r., V CSK 357/14, nie publ., z dnia 30 kwietnia 2021 r. (...) 44/21, LEX nr 3220059). W przedmiotowej sprawie ten ciąg zdarzeń został przerwany poprzez stwierdzenie, że B. K. był nosicielem bakterii gronkowca złocistego i poprzez wykazanie opiniami biegłych, iż prawdopodobieństwo zakażenia się go w inny sposób stanowi 50 %, co nie można uznać za wysoki stopień prawdopodobieństwa. Należy zwrócić także uwagę, że żadnej z opinii biegłych nie dostrzeżono uchybień w działaniach pozwanego szpitala.

Przechodząc do rozważań odnośnie naruszeń prawa materialnego Sąd Apelacyjny stanął na stanowisku, że i te argumenty przytoczone przez powoda są niezasadne.

Sąd II instancji stoi na stanowisku, że związek przyczynowy, o którym mowa w art. 361 k.c., należy pojmować jako obiektywne powiązanie ze sobą zjawiska nazwanego przyczyną ze zjawiskiem określonym jako skutek. Istnienie związku przyczynowego jako zjawiska obiektywnego jest determinowane okolicznościami faktycznymi konkretnej sprawy. Koncepcja adekwatnego związku przyczynowego przyjmuje, że następstwa normalne badanej przyczyny nie muszą stanowić jej skutków czasowo "bezpośrednich", bowiem obowiązek odszkodowawczy powstaje zarówno w przypadku prostych powiązań kauzalnych, jak i bardziej złożonych, w których relacje kauzalne są wielocłonowe. Z art. 361 § 2 k.c. wynika, że zakres zobowiązania sprawcy do naprawienia szkody jest wyznaczony przez adekwatny związek przyczynowy, czyli sprawca odpowiada w granicach normalnych następstw działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). Normalnymi następstwami zdarzenia, z którego wynikła szkoda, są następstwa,

jakie tego rodzaju zdarzenie jest w ogóle w stanie wywołać i w zwyczajnym biegu rzeczy, a nie tylko na skutek szczególnego zbiegu okoliczności, z reguły je wywołuje. Natomiast anormalne jest następstwo, gdy doszło do niego z powodu zdarzenia niezwyklego, nienormalnego, niemieszczącego się w granicach doświadczenia życiowego, na skutek nadzwyczajnego zbiegu okoliczności, którego przeciętnie nie bierze się w rachubę. W granicach normalnego, zwykłego przebiegu zdarzeń odpowiedzialność za szkodę może powodować nie tylko przyczyna bezpośrednio ją wywołująca, lecz także dalsza, pośrednia, chyba że jej następstwa pozostają w tak luźnym związku przyczynowym, iż ich uwzględnienie wykraczałoby poza normalną prawidłowość zjawisk, ocenianą według doświadczenia życiowego i aktualnego stanu wiedzy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 lutego 2021 r. I (...) 107/21 LEX nr 3160479, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 lutego 2006 r., III CSK 135/05, LEX nr 201033). Sąd Apelacyjny podziela stanowisko przyjęte przez Sąd I instancji, że w przedmiotowej sprawie nie został wykazany związek przyczynowy pomiędzy działaniami pozwanego szpitala a szkodą jaka powstała po stronie powoda. Nie może budzić wątpliwości, że do zakażenia mogło dojść w szpitalu, jednak przyczyna takiego stanu rzeczy nie leży po stronie szpitala. Z ustalonego w sprawie stanu faktycznego wynika, że powód już stawiając się w jednostce medycznej był nosicielem przedmiotowej bakterii. Dopuszczeni w sprawie biegli nie wskazali by postępowanie personelu medycznego w zakresie opieki nad pacjentem było nieprawidłowe i że to ono doprowadziło do zakażenia B. K., zaś prawdopodobieństwo, iż mimo powyższych ustaleń to pozwany odpowiada za zakażenie powoda bakterią gronkowca złocistego nie jest wysokie.

Biorąc powyższe pod uwagę nie sposób podzielić argumentacji powoda, że orzekając w przedmiotowej sprawie Sąd Okręgowy naruszył art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. i w zw. z art. 430 k.c. Sąd Apelacyjny nie kwestionuje faktu, że powód wskutek zdarzeń, które były przedmiotem niniejszego procesu, wywołały u powoda krzywdę. Jednakże całe postępowanie dowodowe nie dało podstaw do przyjęcia, że z dużym prawdopodobieństwem to pozwany szpital jest odpowiedzialny za jego krzywdę. Związek przyczynowy, o którym mowa w art. 361 § 1 k.c. ma dla odpowiedzialności deliktowej podwójne znaczenie, gdyż nie tylko stanowi samodzielną przesłankę tej odpowiedzialności, ale także wyznacza zakres szkody przypisywalnej pozwanemu. Zarówno zadośćuczynienie jak i odszkodowanie przyznawane na podstawie art. 445 § 1 oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. musi pozostawać w związku przyczynowym działaniem lub zaniechaniem sprawcy, ocenionym jako bezprawne i przez niego zawinione (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2021 r. (...) 35/21, LEX nr 3150759). Biorą pod uwagę, że w przedmiotowej sprawie powód nie wykazał związku przyczynowego między powstałą szkodą a działaniem pozwanego nie było podstaw do zasądzenia na jego rzecz odpowiedniego odszkodowania na mocy przywołanych przepisów.

Na zakończenie i jedynie na marginesie należy wskazać, że wzięwszy pod uwagę, iż skarżący nie stawia w apelacji żadnych zarzutów dotyczących naruszenia art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2020.849 t.j.), zgodnie z którym, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., Sąd Apelacyjny czuł się zwolniony od głębszych rozważań w zakresie ewentualnej odpowiedzialności pozwanego szpitala na tej podstawie prawnej. Można jedynie skonstatować, że Sąd II instancji w całości podziela konkluzję Sądu I instancji, iż szpital posiadał wszystkie wymagane prawem zezwolenia na prowadzenie remontu bez konieczności wyłączenia oddziału z funkcjonowania. Nadto, w przypadku powoda przesunięcie zabiegu na dalszy termin mogłoby się wiązać z nieodwracalnymi uszkodzeniami w jego układzie nerwowym, co zostało potwierdzone w opinii biegłej A. M. (2). W płaszczyźnie ewentualnej odpowiedzialności pozwanego z tej podstawy prawnej (art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) w zakresie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny odwołuje się do swoich wcześniejszych rozważań dotyczących nieskuteczności zarzutu z przywołanego przepisu, gdzie zagadnienie to zostało omówione, a jego główna teza sprowadzała się do stwierdzenia, że wykonywane w szpitalu prace remontowe (w jego innych częściach) nie miały znaczenia (nie powinny mieć znaczenia) na bloku operacyjnym, na którym nie trwały w tym okresie prace remontowe.

Mając powyższe Sąd II instancji uznał apelację za niezasadną i na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił ją.

Strona pozwana nie wniosła pisemnej odpowiedzi na apelację, w trakcie rozprawy apelacyjnej w dniu 8 lutego 2022 r. pełnomocnik pozwanego wnosząc o oddalenie apelacji również nie wnioskował o te koszty, stąd też nie było podstawy do rozstrzygnięcia o tych kosztach ani pozytywnie, ani negatywnie.

Koszty pełnomocnika z urzędu przyznano w wysokości 3.321,00 zł brutto zgodnie z art. 29 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o advokaturze w zw. z § 16 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 8 pkt 6 i w zw. z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu.