

Sygn. akt V ACa 514/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Lucjan Modrzyk
Sędziowie:	SA Jadwiga Galas SA Olga Gornowicz-Owczarek (spr.)
Protokolant:	Diana Pantuchowicz

po rozpoznaniu w dniu 7 listopada 2017 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa L. B.

przeciwko (...) w R.Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w R.

o zapłatę i rentę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach

z dnia 22 kwietnia 2016 r., sygn. akt I C 187/13

1. oddala apelację;
2. zasądza od powoda na rzecz pozwanej kwotę 2.500 (dwa tysiące pięćset) złotych tytułem części kosztów postępowania apelacyjnego, a w pozostałym zakresie nie obciąża powoda tymi kosztami.

SSA Olga Gornowicz-Owczarek	SSA Lucjan Modrzyk	SSA Jadwiga Galas
-----------------------------	--------------------	-------------------

Sygn. akt V ACa 514/16

UZASADNIENIE

Powód L. B. domaga się zasądzenia od pozwanego (...) w Rudzie Śląskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością kwoty 100.000zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty tytułem

zadośćuczynienia oraz kwoty 92.107,47zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania, zasądzenia kwoty 10.000zł miesięcznie tytułem renty z powodu utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość, płatnej do 10. dnia każdego następującego po sobie miesiąca kalendarzowego na wskazany przez powoda rachunek bankowy wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek z rat, począwszy od dnia doręczenia odpisu pozwu pozwanej do dnia zapłaty, ustalenie odpowiedzialności pozwanej za szkody mogące się pojawić z przyszłości oraz zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa adwokackiego. W uzasadnieniu wskazano, że powód dochodzi roszczeń z tytułu szkody, jakiej doznał w związku z zakażeniem szpitalnym w trakcie pobytu w placówce pozwanej, tj. bakterią staphylococcus ureus szczepu MSSA. W dniu 3 marca 2012 roku podczas jazdy na nartach powód doznał urazu lewego przedramienia, po zaopatrzeniu urazu przez ratowników GOPR szyną K. udał się do pozwanej placówki, gdzie rozpoznano u niego wieloodłamowe złamanie G. lewego przedramienia z ubytkiem kości i poddano go zabiegowi operacyjnemu. Powód zarzucił, że zabieg był przeprowadzany w porze nocnej w okolicznościach uzasadniających wątpliwości co do stanu aseptyki sali operacyjnej, nie zastosowano właściwej profilaktyki antybiotykowej, a wdrożone w późniejszym czasie leczenie antybiotykiem było prowadzone niewłaściwie, w wyniku czego wywiązała się infekcja skutkująca wystąpieniem szeregu dalszych negatywnych następstw, bowiem cały proces gojenia ran został wydłużony i wiązał się z silnymi dolegliwościami bólowymi, znaczącym obniżeniem komfortu życia oraz praktycznym wykluczeniem normalnej aktywności życiowej, utratą możliwości wykonywania pracy zarobkowej i wykonywania usług na rzecz osób trzecich. Niezależnie od tego podnosił, że nie został pouczony o innych, alternatywnych metodach leczenia doznanego przez niego urazu. Jednocześnie wywodził, że aktualne jego dochody są kilkukrotnie niższe, aniżeli w okresie, gdy miał zdolność do pracy zarobkowej. Podkreślał, iż zakażenie, którego doznał, stanowi jaskrawy przejaw niedbalstwa pozwanej, w odniesieniu do którego nie można przyjąć, że pacjent obejmuje takie ryzyko swoją zgodą, wyrażoną przed zabiegiem. W toku postępowania powód podnosił również, że pozwana nie zdiagnozowała u niego martwicy kości, a rozpoznania takiego dokonała dopiero inna placówka medyczna.

Pozwana Szpital Miejski w (...) Sp. z o.o. wniosła o oddalenie powództwa w całości i obciążenie powoda kosztami procesu. Wykluczyła zakażenie podczas zabiegu, podnosząc, że stosuje wymagane procedury zabezpieczające. Zdaniem pozwanej, ujawnione zakażenie gronkowcem złocistym typu MSSA biorąc pod uwagę krótki okres pobytu powoda w szpitalu czasie pierwszej hospitalizacji, dalsze leczenie w poradni, ujawnienie zakażenia gronkowcem złocistym o pełnej wrażliwości na antybiotyki po 20 dniach od zabiegu, wskazuje na wystąpienie zakażenia wywołanego przez drobnoustrojów stale lub okresowo kolonizujący organizm powoda i stanowiący jego florę bakteryjną stałą lub przejściową.

Wyrokiem z dnia 22 kwietnia 2016 r. Sąd Okręgowy w Gliwicach oddalił powództwo i odstąpił od obciążania powoda kosztami postępowania.

Sąd Okręgowy poczynił następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 3 marca 2012 r. powód uległ wypadkowi podczas jazdy na nartach i doznał złamania lewego przedramienia. Bezpośrednio po wypadku Ratownicy GOPR zaopatrzyli powoda szyną K.. Następnie powód udał się do pozwanego szpitala, gdzie rozpoznano wieloodłamowe złamanie lewego przedramienia typu G. z ubytkiem kości i niezwłocznie poddano go zabiegowi operacyjnemu. Przed zabiegiem jednorazowo profilaktycznie podano powodowi biofuroksym. Sprzęt używany w bloku operacyjnym, w którym przeprowadzono zabieg, jest częściowo sprzętem jednorazowym, częściowo sprzętem wielorazowego użytku, podlegającym sterylizowaniu na terenie szpitala. Z raportu epidemiologicznego i przeprowadzonej kontroli wynika, iż nie stwierdzono istotnych uchybień w zakresie aseptyki sali operacyjnej i narzędzi chirurgicznych. Nie stwierdzono też w okresie, w którym doszło do infekcji u powoda, innych przypadków zakażenia pacjentów tego samego rodzaju patogenem. W dniu 6 marca 2012 r. wypisano powoda ze szpitala bez żadnych niepokojących objawów. Stan powoda w dniu wypisu określono jako dobry, natomiast przebieg leczenia pooperacyjnego jako niepowikłany. W dniu 12 marca 2012 roku powód zgłosił się do poradni ortopedycznej

pozwaney placówki, gdzie zdjęto gips i założono opatrunek unieruchamiający. Podczas kolejnej wizyty w dniu 19 marca 2012 roku wycięto okienko w opatrunku unieruchamiającym i usunięto szwy.

W dniu 23 marca 2012 r. podczas kontroli w przychodni przyszpitalnej stwierdzono u powoda ból i obrzęk operowanego przedramienia. Pobrano posiew i ewakuowano treść ropną. Zalecono antybiotyk – Dalacin C, zastosowano również sączek do rany. W dokumentacji medycznej nie odnotowano dawki stosowanego antybiotyku. Na podstawie wyników badań laboratoryjnych stwierdzono, że doszło do zakażenia gronkowcem złocistym MSSA wrażliwym na cefoxitin, ciprofloksacyne, klindamycyne, erytromycyne, gentamycyne, moxifloksacyne, oxacylinę, tetracyklinę i biseptol. Podczas kontroli w dniu 26 marca 2012 r. nie stwierdzono wycieku z rany i usunięto sączek. Podczas kolejnej kontroli w dniu 2 kwietnia 2012 r. również stwierdzono, że rana jest sucha. Ponownie zalecono Dalacin C (nie odnotowano w dokumentacji, w jakiej dawce). W dniach 7 i 14 maja 2012 r. podczas wizyt kontrolnych w poradni stwierdzono ponowny wyciek z rany. W dalszym ciągu stosowano Dalacin C 0,3. W dniu 28 maja 2012 r. odnotowano w dokumentacji, że przetoka jest sucha, ale pacjent odczuwa dolegliwości bólowe. W dniu 11 czerwca 2012 r. otwarto przetokę i ewakuowano niewielką ilość treści ropnej. Dnia 25 czerwca 2012r. wykonano RTG i stwierdzono brak zrostu odłamów kostnych i zagięcie płyty zespalającej. W następnym dniu wykonano zabieg usunięcia płyty i w ramach antybiotykoterapii zastosowano Klindamycyne. W trakcie kolejnych kontroli w poradni przyszpitalnej w czerwcu i lipcu 2012 r. nie ujawniono cech utrzymywania się infekcji. W dniu 1 sierpnia 2012 r. ponownie stwierdzono wyciek z rany i zastosowano antybiotyk Cipronex. W trakcie kolejnej kontroli nie odnotowano wycieku, ale ponownie zalecono Cipronex. W opinii lekarza kontrolującego stan powoda w poradni przyszpitalnej zrost kości zaczął następować w tym okresie prawidłowo. Ostatecznie powód jesienią 2012 r. zdecydował się na zmianę placówki medycznej i kontynuował dalsze leczenie w (...) w P., gdzie zdiagnozowano u powoda stan po leczonym operacyjnie złamaniu kości przedramienia lewego, powikłanym procesem zapalnym i martwicą kości promieniowej. Powodowi zalecono wykonanie autoszczepionki, a po jej uzyskaniu w listopadzie 2012 r. poddano go kolejnemu zabiegowi operacyjnemu – resekcji martwaków kostnych oraz przeszczepów autogennych. Lekarz prowadzący powoda w P. zwrócił powodowi uwagę, że stan ręki jest ciężki, z uwagi na długotrwałe usztywnienie może ona nawet przy niewielkich urazach ulegać poważnemu uszkodzeniu.

Do września 2013 r. przedramię powoda usztywnione było w stabilizatorze zewnętrznym. Do chwili obecnej ręka nie odzyskała sprawności. Z uwagi na to, że kość promieniowa jest obecnie znacznie krótsza, ruchomość nadgarstka jest bardzo ograniczona, powód nie jest w stanie wykonywać w nadgarstku jakichkolwiek ruchów skrętnych ani ruchów na boki. Ma trudności z pisaniem na komputerze, ktoś musi mu pomagać w pracy biurowej. Ograniczenia te nie podlegają rehabilitacji. Z tego powodu w marcu 2014 roku przeprowadzono u powoda kolejny zabieg operacyjny – osteotomię skracającą kości łokciowej lewej i zespolenia płytą.

Od maja 2013 roku powód był leczony psychiatrycznie z powodu zaburzeń adaptacyjnych.

Sąd Okręgowy przytoczył wnioski opinii biegłego sądowego S. G. (ortopedy traumatologa), z których wynikało, że leczenie operacyjne, jakie zastosowano u powoda było postępowaniem prawidłowym. Złamania, jakiego doznał powód podlegają leczeniu operacyjnemu i nie ma innych metod alternatywnych. Wykonanie zabiegu w trybie pilnym uzasadnione było zwichnięciem głowy kości łokciowej, który to uraz wymaga pilnej repozycji. Zarówno po zabiegu, jak i po stwierdzeniu infekcji, podjęte działania były prawidłowe, stosowano odpowiednią terapię antybiotykową i usunięto zespolenie metalowe, które w przypadku tego rodzaju powikłań może być elementem wpływającym na zaostrzenie stanu zapalnego.

Zakażenie, do którego doszło u powoda, było zakażeniem szpitalnym w rozumieniu art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013,poz.947), tj. nie pozostawało w okresie wylegania w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wystąpiło po udzieleniu tych świadczeń w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres wylegania. Niemniej, biorąc pod uwagę rodzaj patogenu zakażenie miało prawdopodobnie charakter endogeny – własną mikroflorą powoda. Zakażenia endogenne są najczęściej następstwem przerwania ciągłości barier naturalnych np. skóry – wyniku zabiegu chirurgicznego. Jak wyjaśniła biegła ds. chorób zakaźnych E. O., taki charakter zakażenia (własną mikroflora pacjenta) ma większość

zakażeń, do jakich dochodzi w miejscu zabiegu operacyjnego. Wynika to z faktu, że kolonizacja skóry gronkowcem złocistym jest zjawiskiem powszechnym, a standardowe przygotowanie skóry do zabiegu antyseptykami nie zapewnia całkowitego wyjałowienia pola operacyjnego. Bakterie pomimo starannego wyjałowienia skóry są obecne w ranie w momencie jej zszywania, ponieważ zasiedlają głębsze warstwy naskórka, mieszki włosowe, gruczoły łojowe, a stosowane środki antyseptyczne nie mogą ich w całości wyeliminować. Możliwość rozwoju choroby zależna jest od wydolności układu odpornościowego pacjenta. Biegła zaznaczyła, iż jednoznacznie nie można wykluczyć możliwości zakażenia egzogenego patogenem przejściowo kolonizującym personel, innych chorych lub odwiedzających.

Antybiotykoterapia wdrożona u powoda po stwierdzeniu infekcji była prawidłowa, nie miała ona istotnego znaczenia w procesie gojenia się ran, wspomagała jedynie stosowane leczenie chirurgiczne. Przeprowadzono szereg posiewów, a antybiotyk stosowany był zgodnie ze stwierdzoną lekowrażliwością bakterii.

Powód z zawodu jest księgowym. W roku 2011 uzyskał uprawnienia do prowadzenia ksiąg rachunkowych i wpis na stosowną listę Ministra Finansów. Przed wypadkiem i operacją pracował na umowę o pracę w dwóch zakładach pracy (...) s.c. i (...) Spółka z o.o. Jego dochody z tego tytułu wynosiły łącznie około 1.400 zł. Oprócz tego powód prowadził własną działalność gospodarczą i osiągał z tego tytułu dochód w wysokości około 7.000 zł. netto miesięcznie. Dodatkowo powód w lutym 2012 r. zawarł umowę z C. S., w której to umowie zobowiązywał się dokonywać czynności na jej zlecenie, za co miał uzyskiwać dochód nie niższy niż 3.000 zł miesięcznie. Po pierwszej operacji powód pracował w dotychczasowym wymiarze czasu pracy, z tym zastrzeżeniem, że z uwagi na komplikacje związane z leczeniem złamania nie wykonywał regularnie czynności zlecanych przez C. S.. Po sugestii lekarza (co nastąpiło dopiero podczas leczenia w P.) powód zrezygnował z pracy zarobkowej. W marcu 2013 r. zawiesił działalność gospodarczą. Decyzją ZUS z dnia 30 kwietnia 2013 r. i 27 listopada 2013 r. przyznano mu zasiłek rehabilitacyjny, który wynosił około 1.400 zł netto.

W tych okolicznościach Sąd Okręgowy uznał żądanie pozwu za niezasadne.

Sąd Okręgowy stwierdził, iż wprawdzie postępowanie dowodowe jednoznacznie wykazało, że zakażenie, jakiego doznał powód, ma charakter zakażenia szpitalnego w rozumieniu art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ale okoliczność ta nie przesądza automatycznie o odpowiedzialności pozwanej. Odpowiedzialność pozwanej opiera się bowiem o podstawowe przesłanki odpowiedzialności deliktowej określonej w art. 415 k.c., czyli niezbędne jest istnienie szkody, bezprawność działania sprawcy (czyn sprawcy noszący znamiona winy) i związek przyczynowy pomiędzy czynem a szkodą, a ciężar dowodzenia tych przesłanek leży na stronie powodowej.

Wyraził pogląd, że stwierdzenie związku przyczynowego, jeśli chodzi o zdrowie ludzkie, z reguły nie może być absolutnie pewne, w związku z czym do przyjęcia go wystarcza, że jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. Nie zwalnia to jednakże strony z powinności udowodnienia tego związku w co najmniej wysokim stopniu prawdopodobieństwa. Stosownie do art. 361 § 1 k.c. dla przyjęcia odpowiedzialności sprawcy konieczne jest wykazanie, że pomiędzy jego bezprawnym i zawinionym zachowaniem a stanem zdrowia poszkodowanego zachodzi adekwatny związek przyczynowy, tj. taki związek, który pozwala na stwierdzenie, że to bezprawne i zawinione zachowanie jest przyczyną stanu zdrowia. Nie można więc przyjąć wnioskowania opartego na założeniu, że szkoda (krzywda) pacjenta w każdym przypadku oznacza zawinione zaniedbania ze strony pracowników szpitala. Odpowiedzialności szpitala nie można bowiem wywodzić z samego faktu powstania szkody, lecz musi ona wynikać z podjęcia przez jego personel niezgodnych z prawem i zasadami sztuki medycznej działań lub zaniechań.

W sprawie nie ma podstaw do przyjęcia z wysokim stopniem prawdopodobieństwa, iż pozwana dopuściła się bezprawnych działań lub zaniechań pozostających w związku przyczynowym z doznaną przez powoda szkodą. Z opinii biegłej ds. chorób zakaźnych wynika, iż u pozwanej w okresie istotnym dla sprawy nie stwierdzono zagrożenia epidemiologicznego ani zakażeń patogenem, jaki wywołał infekcję powoda. Nie stwierdzono też żadnych nieprawidłowości odnośnie sterylizacji sprzętu. Gronkowiec złocisty typu MSSA, którym zakażony był powód, jest drobnoustrojem występującym powszechnie na skórze ludzkiej, a w większości wypadków zakażenie nim podczas

zabiegów operacyjnych ma charakter endogenny (własną mikroflora pacjenta) i wynika z obiektywnej niemożności całkowitego wyjałowienia pola operacyjnego. Okoliczność, czy do rozwoju zakażenia dojdzie czy też nie, zależna jest w dużej mierze od funkcjonowania układu odpornościowego pacjenta. Biegła co prawda nie wykluczyła, że zakażenie mogło mieć charakter egzogenny (patogen przeniesiony został np. na rękach personelu), niemniej z wywodów opinii wynika, iż możliwość tę biegła traktuje jako mniej prawdopodobną, na co wskazuje na to zarówno układ wypowiedzi, w którym biegła na pierwszym miejscu stawia tezę o prawdopodobieństwie zakażenia endogenego, a także wywody dotyczące mechanizmu jego powstawania (braku możliwości wyjałowienia pola operacyjnego) oraz wywody wskazujące, iż większość tego typu zakażeń ma charakter endogenny. Biegła wyraźnie podkreśliła, że nawet przy zastosowaniu właściwej aseptyki przygotowanie pola operacyjnego w taki sposób, aby całkowicie wykluczyć ryzyko zakażenia, nie jest możliwe. Do zakażeń dochodzi zatem nawet przy dołożeniu przez personel należytej staranności i postępowaniu zgodnym z wymogami sztuki medycznej, jest to więc element ryzyka związanego z przeprowadzeniem zabiegu, a niekoniecznie wynik bezprawnych działań szpitala. W tej sytuacji Sąd Okręgowy przyjął, iż powód nie wykazał, że do infekcji doszło na skutek zawinionego i bezprawnego działania pozwanego.

Sąd Okręgowy stwierdził również, iż powód nie wykazał, aby rozwój infekcji nastąpił na skutek niewłaściwego stosowania antybiotykoterapii. Ani biegła zakresu chorób zakaźnych, ani biegły ortopeda- traumatolog nie dopatrzili się w tym zakresie jakichkolwiek uchybień pozwanej. Co prawda w dokumentacji medycznej powoda nie odnotowano sposobu dawkowania antybiotyku, nie jest to jednak okoliczność pozwalająca na konstruowanie podstaw odpowiedzialności pozwanego za skutki rozwoju zakażenia u powoda; z faktu, że sposób dawkowania nie został opisany w dokumentacji nie wynika bowiem, że był on nieprawidłowy. Ciężar wykazania ewentualnych uchybień w zakresie zalecanego dawkowania antybiotyku spoczywał zgodnie z art. 6 k.c. na powodzie, powód natomiast nie przedstawił na tę okoliczność żadnych dowodów, ograniczając się do podkreślenia, iż dawkowanie nie zostało odnotowane w dokumentacji.

Nietrafne okazały się również zarzuty dotyczące wyboru metody leczenia złamania i przeprowadzenia zabiegu w trybie pilnym. Z opinii ortopedy – traumatologa jednoznacznie wynika, że alternatywne metody leczenia nie wchodziły w grę, a przeprowadzenie zabiegu w trybie pilnym było uzasadnione.

W toku postępowania powód podnosił również, że pozwana nie zdiagnozowała u niego martwicy kości, a rozpoznania takiego dokonała dopiero inna placówka medyczna. Podniesiona okoliczność stanowiła nowy element stanu faktycznego, nie objęty wcześniej żądaniem pozwu. Powód nie rozwijał jednak dalej tego wątku i nie wniósł o uzupełnienie opinii biegłego ortopedy, ewentualnie o dopuszczenie kolejnej opinii celem wykazania, że fakt postawienia w końcowym okresie leczenia u pozwanego niewłaściwej diagnozy może rodzić odpowiedzialność deliktową pozwanego w oparciu o art. 415 k.c. Sam fakt postawienia niewłaściwej diagnozy (zrostu kości) został w toku postępowania udowodniony, niemniej powód z tego faktu nie wywodził żadnych skutków i w żaden sposób nie wykazał, że miało to jakiegokolwiek negatywne konsekwencje dla dalszego leczenia.

O kosztach Sąd orzekł na zasadzie art. 102 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód, który domagał się uwzględnienia roszczeń dochodzonych w pozwie, jedynie w zakresie renty obniżył żądanie do kwoty 7.000 zł miesięcznie. Wniósł również o zastosowanie art. 102 k.p.c. w razie uznania, że apelacja powoda nie zasługuje na uwzględnienie. Jako wniosek ewentualny powód domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Powód zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to:

- art. 415 k.c. w zw. z art. 416 k.c. poprzez przyjęcie, iż brak jest podstaw do przypisania winy anonimowej czy organizacyjnej pozwanej placówce, pomimo, iż najbardziej prawdopodobnym kanałem zakażenia był kontakt

personelu medycznego z raną operacyjną powoda, a mycie rąk stanowi najważniejszy element profilaktyki przeciwwakazeniowej;

- art. 415 k.c. poprzez jego niezastosowanie w sytuacji, gdy postępowanie dowodowe wykazało, że zaniechano u powoda przeprowadzenia diagnostyki procesu zapalnego, a niedbalstwo w tym zakresie uniemożliwiło stwierdzenie, czy zastosowane działania terapeutyczne są skuteczne;

2. naruszenie przepisów postępowania mające wpływ na treść wyroku, a to:

- art. 231 k.p.c. i art. 6 k.c. poprzez ich niezastosowanie przy ocenie prawidłowości zastosowanej względem powoda antybiotykoterapii, gdy brak jest w dokumentacji medycznej informacji o zastosowanej dawce antybiotyku, a pozwana nie wykazała, jakoby profilaktyka antybiotykowa była prawidłowa w aspekcie wielkości tejże dawki;

- art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że na powodzie jako pacjencie spoczywa obowiązek wykazania winy i związku przyczynowego pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a szkodą w sposób pewny, gdy sprostanie temu obowiązkowi - zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i techniki - nie jest w pełni możliwe, a wystarczające w świetle zapatrywań orzecznictwa pozostaje ustalenie powyższych z wysokim stopniem prawdopodobieństwa;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę dowodu z opinii biegłego lek. E. O. wyrażającą się w przyjęciu, że z uwagi na fakt, iż zakażenie gronkowcem złocistym ma przeważnie charakter endogenny i następuje poprzez kontakt skóry z otoczeniem, brak jest podstaw do przypisania niedbalstwa po stronie pozwanej, gdy jednocześnie tylko lekarze i personel pomocniczy placówki pozwanej mieli bezpośredni kontakt z raną powoda, a powinność mycia rąk stanowi najważniejszy element profilaktyki przeciwbakteryjnej;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę dowodów, przejawiającą się w pominięciu, że raport epidemiologiczny w placówce pozwanej nie uwzględnia szeregu czynników mających istotny wpływ na ryzyko zakażenia pacjenta gronkowcem złocistym, takich jak stan techniczny instalacji wentylacyjnej (klimatyzacji), tzw. mikrobiologiczna czystość sprzętu, wyposażenie sali operacyjnej, pobyt pacjenta po zabiegu operacyjnym na sali chorych, a nie sali pooperacyjnej;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie oceny dowodu z opinii biegłego lek. med. S. G. w aspekcie twierdzenia o nieprawidłowości monitorowania procesu zapalnego u powoda (nieprzeprowadzenie badań CRP, OB, prokalcytoniny), pomimo, iż strona powoda powoływała to twierdzenie w piśmie z dnia 26 października 2015 roku, a znalazły one potwierdzenie zarówno w opinii zasadniczej, jak i uzupełniającej biegłego;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez newszechstronną ocenę dowodów, wyrażającą się w pominięciu, że raport epidemiologiczny nie stwierdzał przypadku zakażenia bakterią gronkowca złocistego, a wyniki posiewów powoda potwierdziły ponad wszelką wątpliwość, że w pozwanej placówce powód doznał zakażenia szpitalnego właśnie tą bakterią;

- art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewyjaśnienie w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, czy Sąd I instancji uznał nieprawidłowości związane z brakiem monitorowania przebiegu stanu zapalnego za nieudowodnione, czy też okoliczność ta nie miała znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy albo czy w tej mierze uznał opinię biegłego lek. med. S. G. za niewiarygodną.

W odpowiedzi na apelację pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda nie odniosła zamierzonego skutku.

Sąd Apelacyjny nie podziela zarzutów o wadliwości poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych, stąd przyjmuje je za własne. Za zasadne należało jednak uznać uzupełnienie postępowania dowodowego w celu wyjaśnienia

wszystkich wątpliwości dotyczących prawidłowości leczenia stwierdzonego zakażenia u powoda. Wobec tego Sąd Apelacyjny zlecił biegłemu sądowemu lekarzowi ortopedzie traumatologowi udzielenie dodatkowych odpowiedzi. Biegły wyjaśnił swoje wcześniejsze wnioski i wskazał, że brak podania dawkowania antybiotyku w historii choroby nie ma wpływu na wynik leczenia, a stanowi jedynie kwestię oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej. Dawka leku jest uzależniona od masy ciała pacjenta. Nie ma żadnej formuły, w jakiej dawce powinno się stosować antybiotyk, a dawki powinno się przyjmować według zaleceń producenta. Dawka dzienna i jednorazowa nie powinna przekraczać dolnego i górnego progu dawkowania. U powoda nie było żadnych przerw w podawaniu antybiotyku, gdyż nie można stosować leku Dalacin C przez pełne dwa miesiące, ponieważ może dojść do wystąpienia groźnych powikłań, głównie do rzekomobłonistego zapalenia jelita grubego. Antybiotyk stosuje się przez 14 dni, a przy braku jego skuteczności zmienia się sposób leczenia lub lek. U powoda stosowano antybiotyk w trzech seriach po około 14 dni. Wcześniej już ustalono, że rodzaj antybiotyku został prawidłowo dobrany do lekoodporności bakterii.

Również brak wykonania w przychodni pozwanej oznaczenia CRP i prokalcytoniny nie miało wpływu na wynik leczenia. Badania te jedynie pozwalają na monitorowanie skuteczności leczenia, co z kolei może prowadzić do zmiany sposobu leczenia w razie stwierdzenia jego nieskuteczności. Brak tych badań nie wpłynął zatem na przebieg leczenia, a ich wykonanie jest fakultatywne. Ostatecznie bowiem biegły stwierdził, że przebieg leczenia był prawidłowy, co potwierdzają dodatkowo udzielone odpowiedzi. W odpowiedzi na opinie uzupełniające biegłego powód odwoływał się do praw pacjenta, w ramach których miałby uprawnienie do otrzymania takich świadczeń. Należy jednak podkreślić, że okoliczność ta nie mieściła się w opisie stanu faktycznego, który był podstawą żądań pozwu, nie była zatem przedmiotem postępowania dowodowego. Brak wykonania badań stanowił dla powoda uzasadnienie wadliwego prowadzenia procesu leczniczego i w tym znaczeniu był badany.

Uzupełnienie opinii pozwala na stwierdzenie z pełnym przekonaniem, że leczenie powoda w zakładzie leczniczym pozwanej po zdiagnozowaniu zakażenia gronkowcem złocistym przebiegało w sposób zgodny ze sztuką lekarską i nie prowadziło do jego przewleczenia bądź narażenia powoda na inne negatywne skutki zdrowotne. Nie można bowiem wnioskować o nieprawidłowościach w podejmowanych działaniach leczniczych z faktu, iż w dokumentacji medycznej nie zaznaczono dawki antybiotyku. Niepełność dokumentacji medycznej nie wpływa na stan zdrowia pacjenta i nie dowodzi zawinienia personelu pozwanej w podejmowanych czynnościach leczniczych. Powód musiałby bowiem wywodzić, że dawkowanie to było w rzeczywistości nieprawidłowe, a brak wskazania dawki w dokumentacji stanowiłby jedną z poszlak takiego dowodzenia. Tymczasem strona powodowa opiera się wyłącznie na fakcie braku odpowiednich zapisów w dokumentacji medycznej, nie twierdząc natomiast, że dawki te wadliwie ustalono. Powód nie podaje, w jakich dawkach faktycznie zalecono mu stosowanie leku, co pozwoliłoby na ocenę przez specjalistę z dziedziny medycyny, że dawki te były błędnie dobrane. Nie powołuje się również na żadne inne fakty, które by zastosowanie złej dawki co najmniej uprawdopodobniało. Nie ma zatem w sprawie innych faktów, na podstawie których można by było budować domniemania faktyczne opisane w art. 231 k.p.c.

Artykuł 231 k.p.c. stanowi, że sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (domniemanie faktyczne). Zastosowanie tego przepisu polega na ustaleniu określonego faktu (lub jego braku) istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy za pomocą wnioskowania uwzględniającego reguły logicznego rozumowania, zasady wiedzy i doświadczenia życiowego na podstawie innych ustalonych w sprawie faktów. Skorzystanie z możliwości poczynienia ustaleń faktycznych przy zastosowaniu domniemania faktycznego, powinno mieć miejsce tylko w razie braku bezpośrednich środków dowodowych albo, gdy istnieją znaczne utrudnienia dla wykazania istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy faktu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2010 r., sygn. akt I CSK 11/10, z dnia 12 kwietnia 2001 r., sygn.. akt II CKN 410/00, z dnia 18 maja 2012 r., sygn. akt IV CSK 486/11, z dnia 26 marca 2015 r., sygn.. akt V CSK 312/14). Domniemanie faktyczne nie powinno być stosowane wtedy, gdy wynik rozumowania, na którym jest oparte, jest w dużym stopniu niepewny, a jednocześnie istnieje obiektywna możliwość, nie wiążąca się z nadmiernymi trudnościami, wykazania spornego faktu przez stronę środkami dowodowymi. Zastosowanie domniemania faktycznego zawsze należy ocenić in concreto przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności danej sprawy. Zastosowanie art. 231 k.p.c. nie wpływa na ciężar dowodu w znaczeniu materialnoprawnym (wynikającym

z art. 6 k.c.), gdyż pozwala jedynie na ustalenie spornego faktu bez przeprowadzenia postępowania dowodowego. W takim wypadku twierdzenia i dowodzenia wymagają jedynie fakty składające się na podstawie faktyczną domniemania. W razie zastosowania domniemania faktycznego strony, na której spoczywał ciężar dowodu, nie dotkną negatywne konsekwencje wynikające z nieprzedstawienia przez nią dowodów na okoliczność, z której istnieniem wiąże ona korzystne dla siebie skutki prawne. Innymi słowy, zastosowanie domniemania faktycznego zwalnia tę stronę z konieczności przedstawienia bezpośrednich dowodów na sporny fakt, jeżeli wykaże ona inne okoliczności uzasadniające ustalenie istotnego dla rozstrzygnięcia sprawy faktu na podstawie wnioskowania opartego na podstawie art. 231 k.p.c. Dowód prima facie, który jest oparty na konstrukcji domniemań faktycznych, zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, niemniej jednak wymaga wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste.

Wbrew temu, co twierdzi apelacja, Sąd Okręgowy wyszedł z założenia, że udowodnienie zawinienia przy tzw. błędzie w sztuce lekarskiej jest wysoce utrudnione, stąd w doktrynie i orzecznictwie dopuszcza się w tym względzie wykazanie wysokiego prawdopodobieństwa w spowodowaniu określonej szkody u pacjenta. W takich sytuacjach, przy ocenie związku przyczynowo - skutkowego Sąd Najwyższy dopuszcza kierowanie się kategorią stopnia prawdopodobieństwa, a nie pewności. W wyroku z dnia 22 lutego 2012 r. (sygn. akt IV CSK 254/11), stanowiącym podsumowanie dotychczasowego orzecznictwa w tej materii, Sąd Najwyższy stwierdził, że 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 trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. Dlatego też istnienie w tych sprawach związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być ustalone w sposób absolutnie pewny, a tym samym wymaganie tu całkowitej pewności byłoby w znacznej liczbie wypadków nierealne. Stanowisko to zostało wyrażone wprost przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Inną natomiast kwestią jest nieuprawdopodobnienie w należyтым stopniu prawdopodobieństwa zaistnienia związku przyczynowego. Sąd Okręgowy zasadnie i wyraźnie wskazał, że wadliwe jest rozumowanie oparte na założeniu, że skoro powstała szkoda, to świadczy ona o zaniedbaniach personelu medycznego, a taki wywód skarżący prowadzi.

Biegła sądowa z zakresu chorób zakaźnych za bardziej prawdopodobną przyczynę zakażenia powoda w okolicznościach sprawy uznała zakażenie własną florą bakteryjną pacjenta. Uzasadniła to nie tylko wynikami raportu epidemiologicznego, do którego odwołuje się w dalszej części wyводу, ale przede wszystkim rodzajem patogenu – gronkowiec MSSA, z ogólną wrażliwością na antybiotyki. To doprowadziło do wniosku, że prawdopodobnie doszło do zakażenia endogennego. Odnosząc się do kwestionowanego przez apelującego raportu sama biegła wskazała na jego nieprecyzyjność z tego powodu, iż w dokumentacji zakażeń zakładowych nie stwierdzono przypadku zakażenia gronkowcem MSSA, czyli przypadku powoda. Wyjaśniała przy okazji, że raport o sytuacji epidemiologicznej nie obejmuje zakażeń stwierdzanych w trakcie kontroli poszpitalnych w poradni. Wydając zatem opinię miała świadomość nieścisłości tego dokumentu. Nie było już natomiast przesłanek do podważenia wyników kontroli aseptyki sali operacyjnej i narzędzi chirurgicznych, które nie pozwalały na stwierdzenie istotnych uchybień w tym zakresie.

Biegła przyjęła również, iż do zakażenia doszło najprawdopodobniej w trakcie zabiegu chirurgicznego, co wiąże się z naruszeniem ciągłości barier naturalnych. Za zakażenie miejsca operowanego przyjmuje się zakażenie, które rozwija się do 30 dni od zabiegu i do roku, jeśli podczas zabiegu zostało wprowadzone ciało obce, co sprzyja rozwojowi bakterii (kwestię tę omówił biegły lekarz ortopeda traumatolog S. G.). W przypadku powoda zostały spełnione oba te kryteria. Bez znaczenia wobec tego pozostają argumenty apelacji, że złamanie pacjenta miało charakter zamknięty, co wyklucza pierwotną infekcję okolicy przyrannej. Wniosek opinii nie sprowadza się bowiem do stwierdzenia, że do zakażenia doszło jeszcze przed rozpoczęciem zabiegu, ale w jego trakcie, tyle, że zakażenie nastąpiło z własnej flory bakteryjnej pacjenta. Nawet zachowanie standardowych zasad antyseptycznych nie zapewnia całkowitego wyjałowienia pola operacyjnego w takich sytuacjach. To, że złamanie nie spowodowało przerwania ciągłości tkanki nie stoi w sprzeczności z wynikami opinii.

Za nietrafione tym samym należało uznać argumentację apelacji o złym stanie sali szpitalnych u pozwanej jako możliwą przyczynę zakażenia. W okolicznościach sprawy nie wskazano na jakąkolwiek sytuację, która mogłaby uzasadnić przypuszczenie, że do zakażenia doszło po zabiegu chirurgicznym, a nie w jego trakcie, jak to wnioskowała biegła sądowa za zakresu chorób zakaźnych. Nie ma zatem żadnych podstaw do powiązania faktu stanu sali szpitalnej ze stanem zdrowia powoda.

Biegła zaznaczyła również, że zjawiskiem powszechnym jest kolonizacja skóry człowieka gronkowcem złocistym. Bakterie zasiedlają głębsze warstwy naskórka, mieszki włosowe, gruczoły łojowe. Wskazała również, co akcentuje apelacja, iż przy wydolnym układzie odpornościowym nie dochodzi do rozwoju zakażenia, jednak dodatkowo zaznaczyła, że reguła ta ma zastosowanie do większości pacjentów, co nie oznacza, że sprawdza się w każdym przypadku. Wyjaśniła biegła również, że stała mikroflora człowieka jest niechorobotwórcza, może jednak wywołać ciężkie zakażenia u pacjentów z niedoborem odporności lub po wszczepieniu ciała obcego, co miało miejsce w powoda. Higiena rąk jest najważniejszym czynnikiem zapobiegającym rozprzestrzenianiu się zarazków. Logiczności tego stwierdzenia trudno zaprzeczyć. Jednak nie ma żadnych powodów, aby przypuszczać w okolicznościach sprawy, że ten podstawowy obowiązek przez personel pozwanego szpitala nie został zachowany.

Nie jest wobec tego prawidłowe rozumowanie przedstawione w apelacji, że Sąd Okręgowy dał wiarę alternatywnej wersji zdarzeń, uwalniającej pozwaną od odpowiedzialności, przy istnieniu innej wersji, która zasługiwałaby na miano równie prawdopodobnej. Powód nie wykazał żadnych faktów, które przemawiałyby za wysokim prawdopodobieństwem istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je jako oczywiste, a które uzasadniałyby istnienie odpowiedzialności pozwanej.

Niepowodzenie medyczne objęte jest pojęciem dozwolonego ryzyka, a poinformowany o nim pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie. Oczywiście, pacjent nie obejmuje zgodą skutków każdej postaci winy lekarza. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony. Z tego względu każdorazowo ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga poczynienia nie budzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r., sygn. akt IV CSK 396/15). Postępowanie dowodowe przeprowadzone w sprawie prowadziło do wysoce prawdopodobnego stwierdzenia, że u powoda doszło do zakażenia endogennego, a przebieg leczenia tego zakażenia był prawidłowy. Stąd zarzuty o naruszeniu przez Sąd Okręgowy art. 233 § 1 k.p.c. były nieuzasadnione, a istniejące jeszcze wątpliwości co do intencji wypowiedzi biegłego lekarza ortopedy traumatologa, do czego odwoływał się zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c., zostały wyjaśnione w postępowaniu odwoławczym.

Wobec powyższego apelacja powoda jako bezzasadna została oddalona w myśl art. 385 k.p.c.

W odniesieniu do kosztów postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny zastosował art. 102 k.p.c. i obciążył powoda jedynie częścią kosztów tego postępowania. Wobec przegranej powoda jest on zobowiązany do zwrotu poniesionych przez stronę przeciwną kosztów postępowania odwoławczego w myśl art. 98 k.p.c. Wydatki pozwanej ograniczyły się do wynagrodzenia pełnomocnika procesowego, które wynosiło 10.800 zł. Wysokość tego wynagrodzenia określono na podstawie § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych. Sąd Apelacyjny postanowił obciążyć powoda w około 25% tymi kosztami, uznając, że zachodziły ku temu szczególne okoliczności. Powód na skutek powikłania, jakiego doznał po złamaniu ręki, ma ograniczone możliwości zarobkowe, co wynika z wniosku o zwolnienie go od ponoszenia kosztów sądowych. Nadal odczuwa skutki zdarzenia, a posiadane oszczędności zostały spożytkowane na poprawę jego sytuacji zdrowotnej. W dodatku można przyjąć, że część okoliczności faktycznych, które były podstawą żądania pozwu, nie zostały o tyle wyjaśnione, że niezbędne było uzupełnienie postępowania dowodowego. Jednak podstawowa teza o braku podstaw do stwierdzenia, iż do zakażenia gronkowcem doszło z przyczyn leżących po stronie pozwanej, została przez Sąd Okręgowy wyczerpująco wyjaśniona, a powód wnoszący mimo to apelację także w tym zakresie musiał godzić się z ewentualną przegraną. Zgodnie z poglądem wyrażonym w postanowieniu Sądu Najwyższego z

dnia 18 czerwca 2014 r. (sygn. akt V CZ 40/14,) przekonanie strony o zasadności zajmowanego stanowiska, które w pewnych przypadkach może przemawiać za nieobciążaniem jej kosztami przegranego procesu przed sądem pierwszej instancji, przestaje być aktualne w postępowaniu apelacyjnym, bowiem strona ma możliwość zweryfikowania swojego stanowiska. W ocenie Sądu Apelacyjnego, powód reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika po zapoznaniu się z uzasadnieniem wyroku Sądu I instancji powinien był zmienić swoje przekonanie o zasadności dochodzonego roszczenia, a kwestionując niekorzystny dla siebie wyrok powinien był uwzględnić konieczność ponoszenia związanych z tym konsekwencji procesowych. W związku z powyższym, zdaniem Sądu Apelacyjnego, brak jest szczególnych okoliczności przemawiających za odstąpieniem od obciążania powódki kosztami postępowania odwoławczego w całości.

SSA Olga Gornowicz-Owczarek SSA Lucjan Modrzyk SSA Jadwiga Galas