

Sygn. akt I A Ca 313/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 grudnia 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Bogusław Dobrowolski (spr.)
Sędziowie	:	SA Krzysztof Chojnowski SA Jarosław Marek Kamiński
Protokolant	:	Iwona Aldona Zakrzewska

po rozpoznaniu w dniu 23 grudnia 2014 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. N.**

przeciwko (...) **w O.**

o zapłatę

na skutek apelacji **powódki**

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 22 listopada 2013 r. sygn. akt I C 458/12

I. **oddala apelację;**

II. **odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu w instancji odwoławczej.**

UZASADNIENIE

Powódka A. N. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego (...)w O. zadośćuczynienia w wysokości 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu oraz zasądzenia kosztów zastępstwa procesowego oraz kosztów procesu. Wyjaśniła, że została przyjęta do pozwanego dwukrotnie w okresach 16 lutego 2010 r. - 19 lutego 2010 r. i od 1 lipca 2010 r. - 6 lipca 2010 r., w celu przeprowadzenia artroskopii stawu kolanowego lewego oraz artroskopowej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego. Została wypisana w dniu 6 lipca 2010 r. w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami. Od dnia wykonania zabiegu operacyjnego w pozwanej placówce jej stan się pogorszył i w trybie pilnym trafiła w dniu 10 lipca 2010 r. na szpitalny oddział ratunkowy z ostrym stanem zapalnym stawu kolanowego. Pomimo zleconego leczenia antybiotykowego jej stan się nie poprawił, co skutkowało tym, że w dniu 12 lipca 2010 r. pobrano materiał do badania mikrobiologicznego,

wynik wykazał staphylococcus auricularis. W dniu 15 lutego 2010 r. otrzymany przez powódkę wynik badania wykazał bakterię staphylococcus epidemiris. Powódka twierdziła, że nie ma możliwości, aby zaraziła się bakterią w innej placówce niż w pozwanej podczas przeprowadzonego zabiegu, ponieważ w okresie poprzedzającym nie była poddawana innym zabiegom chirurgicznym. Zakażenie miało istotne znaczenie co do prawidłowości wykonanego zabiegu rekonstrukcji więzadła krzyżowego. Brak zachowania należytej staranności podczas wykonania zabiegu operacyjnego spowodował, iż powódka zmuszona była poddać się ponownej artroskopii stawu kolanowego w W.. Utrzymujący się stan zapalny spowodował wydłużenie się czasu do przeprowadzenia zabiegu rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego stanu kolanowego przez co wydłużył się okres powrotu do czynnego uprawiania sportu, przez co powódka utraciła jedyne źródło dochodu jakim był kontrakt zawodowy. Do dnia dzisiejszego powódka nie odzyskała sprawności stawu kolanowego.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa. Wyjaśnił, że dnia 12 lipca 2010 r. pobrano od powódki ze stawu kolanowego płyn, z którego wyhodowano staphylococcus auricularis. Zaprzeczył twierdzeniom powódki, jakoby nie była poddana uprzednio żadnym zabiegom chirurgicznym. Powódka doznała skręcenia stawu kolanowego lewego w 2009 r. W związku z tym urazem była leczona w szpitalu w J. na oddziale ortopedii. W wywiadzie powódka podała, że miała jeszcze w innych placówkach wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne. Także w 2007 r. powódka miał wykonywany zabieg artroskopii. Podkreślił, że jeszcze przed pierwszym zabiegiem w pozwanej placówce, w dniu 11 lutego 2010 r. z kolana powódki pobrano płyn oraz poddano go badaniu bakteriologicznemu. Z wyniku badania wynika, że wyhodowano bakterię staphylococcus epidemiris - gronkowca naskórnego. Powódka była świadoma przedmiotowego zakażenia i była poinformowana o tym że istnieje możliwość zaostrzenia się istniejącej infekcji. Zabieg obarczony był ryzykiem zakażenia gronkowcem, którego była nosicielem, zastosowania implantu, czasu trwania zabiegu (ponad dwie godziny) oraz faktu, że był to już kolejny zabieg wykonany w przeciągu zaledwie kilku miesięcy. Przed zabiegiem włączono terapię antybiotykową. Pomimo przedsięwziętych czynności w przebiegu pooperacyjnym doszło do zapalenia bakterią auricularis. Nie jest to bakteria szpitalna. Przeprowadzone kontrole sanitarne nie wykazały istotnych uchybień naruszających wymagania epidemiologiczne i higieniczne. Nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w procesie sterylizacji w pozwanym zakładzie. Pozwany zaprzeczył, aby zabieg rekonstrukcji więzadła krzyżowego został przeprowadzony nieprawidłowo. Powódce przedstawiono cele planowanych zabiegów, ryzyko oraz potencjalne powikłania, w tym możliwość zaostrzenia się istniejącej infekcji i powódka nie zgłaszała jakichkolwiek zastrzeżeń. Pozwany zakwestionował roszczenia powódki także co do wysokości podając, że żądane przez nią kwoty są rażąco wygórowane.

Sąd Okręgowy w Olsztynie wyrokiem z dnia 22 listopada 2013 r., oddalił powództwo i nie obciążył powódki kosztami procesu.

Według ustaleń tego Sądu powódka uległa kontuzji polegającej na skręceniu stawu kolanowego w dniu 7 listopada 2009 r. z uszkodzeniem ACL, LCL, MM i chrząstki kłykcia przyśrodkowego kości. Dnia 24 listopada 2009 r. przeprowadzono artroskopię zwiadowczą stawu kolanowego lewego na Oddziale Ortopedii, Traumatologii Mikrochirurgii i Chirurgii Ręki, (...) w J.. Dnia 15 lutego 2010 r., przeprowadzono u powódki punkcja stawu kolanowego lewego i wykonano badanie bakteriologiczne. Wyniki badań wykazały, że wyhodowano Staphylococcus epidermidis. W tym samym dniu powódka otrzymała skierowanie do szpitala.

Pierwszy pobyt powódki w pozwanej placówce miał miejsce w okresie 16 - 19 lutego 2010 r. w celu przygotowania do rekonstrukcji (czyszczenie). Powódka przyjęta została do (...) pozwanego szpitala z zastarzałym uszkodzeniem ACL, przerostem kikuta pęczelowego typu „Oko Cyklopa”, uszkodzeniem łąkotki bocznej. Podejrzeniem zapalenia stawu kolanowego. Wykonano zabieg, do domu powódka otrzymała antybiotyk Cipronex 2 x 500 mg. Karta zleceń zawierała zlecenie antybiotyku Proxacin 2 x 200 od 16 do 18 lutego 2010 r. Rehabilitacja przeprowadzana była w tym samym szpitalu, w okresie 12 marca 2010 r. - 14 kwietnia 2010 r. W rozpoznaniu wpisano przykurcz stawu kolanowego lewego, stan po artroskopowej meniscektomii i resekcji kikuta pęczelowego ACL, powikłanej ropnym zapaleniem stawu kolanowego lewego, zastarzałe uszkodzenie ACL stawu kolanowego lewego, niedoczynność tarczycy. Powódka była

wówczas przyjęta bez cech ropnego zapalenia stawu, ostrego, konsultujący ortopeda zaproponował nadal antybiotyk Cipronex 2 x 1000 mg (kontynuacja wcześniej rozpoczętego leczenia).

Kolejny pobyt powódki w pozwanym szpitalu w związku z rekonstrukcją miał miejsce w okresie 1 lipca 2010 r. - 6 lipca 2010 r. W rozpoznaniu wpisano zastarzałe całkowite uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego. W dniu 2 lipca 2010 r. wykonano artroskopową rekonstrukcję więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego metodą ezloc-washerlock. W leczeniu stosowano B.. W opisie szczegółowym zabiegu wykonanego w dniu 2 lipca 2010 r. wpisano brak cech zmian pozapalnych lub zapalnych. Płyn stawowy czysty. W karcie obserwacji lekarskiej znajdują się wpisy: 5.07- rana czysta bez cech infekcji, 6.07- po zabiegu, rana czysta, goi się prawidłowo, punkcja stawu kolanowego 10 ml krwistej treści ze skrzepami.

Historia choroby Klinicznego Oddziału Ratunkowego zawiera wpis, że powódka przyjęta w trybie nieplanowym, bez skierowania, zgłosiła się do (...) w dniu 23 sierpnia 2010 r. z powodu obrzęku i dolegliwości bólowych prawego kolana, tydzień temu artroskopia i rekonstrukcja więzadła krzyżowego. W badaniu przedmiotowym obrzęk i tkliwość kolana prawego. Rozpoznanie: stan zapalny w obrębie stawu kolanowego, stan po (...), w zaleceniach antybiotyk D. C. 300 mg 1 tabl. 3 x dz. Z wywiadu stany podgorączkowe (...) 21 mg/l punkcja uzyskano 30 ml płynu wysiękowego. W historii choroby z Poradni (...) Urazowej i Ortopedii odnotowano wizytę powódki w dniu 25 lutego 2010 r. Kolejna wizyta miała miejsce dnia 8 lipca 2010 r. w związku z kontrolą po rekonstrukcji. Stwierdzono: punkcja krwiaka ok. 40 ml. Stany podgorączkowe kontrola (...) Następny zapis jest z dnia 12 lipca 2010 r. (...) 10 mg/l - ewakuowano 20 ml (posiew i antybiogram). Wyhodowano gronkowca koagulazo (+), 16 lipca 2010 S. auricularis. Wynik wydano chorej dnia 6 sierpnia 2010 r.

W okresie 15 - 16 lipca 2011 r. powódka przebywała w (...)w W. w związku z rozpoznaniem przebytej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego kolana lewego z nieanatomiczną lokalizacją kanału na udzie oraz na piszczeli, wtórną niestabilnością kolana, chondromalacją IV stopnia kłykcia przyśrodkowego kości udowej i zapaleniem błony maziowej. Zastosowane postępowanie artroskopię stawu kolanowego lewego, usunięto przerośniętą błonę maziową. Usunięto przeszczep z uda i kołkowanie kanału kością alogeniczną - kolek. Na otwarto usunięto śrubę z piszczeli, oczyszczono kanał piszczelowy, przeszczepy kości allogennej”.

W protokole kontroli sanitarnej z dnia 22 kwietnia 2010 r. na oddziale chirurgii urazowo - ortopedycznej znajduje się wpis o nie stwierdzonych uchybieniach. Podobny zapis znalazł się w protokole kontroli z dnia 4 maja 2010 r. na bloku operacyjnym - bez uchybień epidemiologicznych, jak i w ocenie skuteczności sterylizacji u pozwanego. W protokole kontroli bakteriologicznej w Oddziale Ortopedii z dnia 2 lutego 2010 r. nie stwierdzono istotnych uchybień. Tak samo w protokole kontroli bakteriologicznej na bloku operacyjnym z dnia 9 marca 2010 r. u pozwanego zawiera wpis.

Powódka ma 27 lat. Uprawiała czynnie sport od 17 roku życia. Skończyła (...)w O., kierunek resocjalizacja. Przed wypadkiem grałam zawodowo w siatkówkę. Na chwilę obecną nie byłaby w stanie przejść testów sprawnościowych, zaś zamierzała podjąć pracę w policji. Na chwilę obecną szuka pracy. Pozostaje na utrzymaniu rodziców.

Sąd Okręgowy wskazał następnie na opinię biegłych z zakresu chorób zakaźnych oraz ortopedii i traumatologii, z której wynikało, że jednoznacznie trudno jest określić przyczynę zakażenia. Uraz zmieniający warunki anatomiczne w kolanie, wynacznienie krwi z jej zastojem w postaci krwiaka, manipulacje naruszające ciągłość powłok i pozostawiające wrota zakażenia po zabiegu, stwarzają dogodne warunki rozwoju bakterii, tych które mogą znaleźć się we krwi jak i pochodzące z zewnątrz. Zakażenie ujawniło się w pewnym odstępie czasu, po zabiegu w J., zatem nie było to zakażenie rany pooperacyjnej. Mogło mieć charakter krwiopochodny, z lokalizacją w miejscu stwarzającym do tego warunki. Mogło mieć związek z wprowadzeniem do tkanek głębokich bakterii w czasie zabiegu. Skóra każdego człowieka skolonizowana jest gronkowcami z grupy S., a każde naruszenie ciągłości skóry lub śluzówek stwarza potencjalne ryzyko przejściowej bakteriemii z osadzeniem się bakterii w miejscu często odległym, lub w bezpośrednim w stosunku do naruszonej ciągłości tkanek. Bakterie mogą zostać wprowadzone również w miejsce operowane. Kolejny zabieg, z zastosowaniem ciał obcych, z obecnością tkanek martwiczych, z obecnością zapalenia wywołanego samą destrukcją tkanek stwarza ryzyko zakażenia podobnie bakteriami endogennymi jak i

wprowadzonymi w czasie zabiegu. Wprowadzenie bakterii w czasie zabiegu, wg biegłych jest nieuniknione, natomiast stosowane procedury redukują takie ryzyko i jego skutki do minimum (antybiotykowa profilaktyka okołoperacyjna, dezynfekcja miejsca operowanego, zabezpieczenie pola operacyjnego, stosowanie sterylnych narzędzi i materiałów itd., stosowanie antybiotyku po operacji). Zabieg rekonstrukcji powikłany był zapaleniem, z obecnością *S. auricularis*. Eliminacja bakterii potwierdzono wynikiem badania mikrobiologicznego po około 3 tygodniach w dniu 9 sierpnia 2010 r. Powikłanie zapalne uszkodzonych tkanek wydłużyło proces rehabilitacji i leczenia, wymagało dłuższego przyjmowania antybiotyków. Nie miało istotnego, bezpośredniego wpływu na skuteczność operacji naprawczych. Po zabiegu rekonstrukcji (...) w stawie kolanowym zawsze występuje wysięk. W początkowym okresie po zabiegu jest on drenowany. Taki dren z reguły utrzymuje się przez okres 2 dni. Po jego usunięciu wysięk w stawie występuje nadal i utrzymuje się w reguły przez okres kilku tygodni po zabiegu. Występowanie wysięku w stawie po zabiegu operacyjnym rekonstrukcji spowodowane jest podrażnieniem stawu, rozległością zabiegu. W przeważającej większości przypadków wysięk samoistnie ustępuje w miarę usprawniania i rehabilitacji. Zdaniem biegłych procedury lecznicze przeprowadzone w pozwanej placówce były prawidłowe. Zabieg przeprowadzony w W. był zaś kolejnym zabiegiem podjętym jako dalszy etap leczenia uszkodzenia powstałego wskutek urazu.

Powódka w trakcie wypadku doznała znacznego złożonego uszkodzenia stawu kolanowego lewego. Na podstawie dostępnej w aktach dokumentacji medycznej biegli nie byli w stanie ustalić czy kolejny zabieg w (...) w W. był zabiegiem koniecznym. Pomimo zastosowanego pierwotnie leczenia dolegliwości ze strony stawu kolanowego lewego mogły się utrzymywać. Dostępny w aktach wynik badania TK stawu kolanowego lewego z dnia 9 czerwca 2011 r. nie wskazuje na istotne błędy przy pierwszym zabiegu rekonstrukcji. Brak korzystnego efektu zabiegu operacyjnego oraz utrzymujące się dolegliwości ze strony stawu kolanowego lewego nie mógł być traktowany jako powikłanie. Proces leczenia obrażeń pourazowych stawu kolanowego za pomocą rekonstrukcji jest zabiegiem złożonym, często wieloetapowym. Uszkodzenie stawu kolanowego powódki było znaczne i nie dotyczyło tylko i wyłącznie uszkodzenia (...). W procesie leczenia dokonano zabiegów artroskopowych, a w okresie pooperacyjnym stwierdzono powikłanie w postaci stanu zapalnego (po pierwszej artroskopii i po rekonstrukcji). Proces zapalny stawu kolanowego wpłynął na wydłużenie procesu leczniczego, prawdopodobnie wpłynął również na gorszy efekt zabiegu. Niemniej proces zapalny został opanowany i zlikwidowany antybiotykoterapią co potwierdza wynik z dnia 9 sierpnia 2012 r. Leczenie w W. polegało na usunięciu elementów mocujących przeszczep (...), zakałkowaniu kanałów kostnych oraz opracowaniu uszkodzeń chrząstki. Skuteczność leczenia zależała od wielu czynników. Stan zapalny spowodowany obecnością bakterii był relatywnie krótki, bez obecności zmian ropnych, martwiczych, przetoki itd. Dokumentacja nie wskazuje aby proces ten doprowadził do uszkodzenia przeszczepu, czy też powierzchni stawowych.

Zdaniem biegłego z zakresu chorób zakaźnych analiza dokumentacji z przebiegu leczenia w pozwanym szpitalu nie skazywała na uchybienia w postępowaniu lub stanie sanitarnym. Dokumentacja jest pełna, szczegółowa, dotyczy opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, wykonanych zabiegów, użytych leków i narzędzi. W obu zabiegach zastosowana była profilaktyka antybiotykowa okołoperacyjna. Rana pooperacyjna była starannie obserwowana, co znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji lekarskiej, pielęgniarskiej, przy pojawieniu się objawów niepokojących, wykonywano posiewy, badania monitorujące odczyn zapalny, stosowano leczenie antybiotykiem. W protokołach kontroli Sanepidu nie stwierdzono uchybień, które mogły by mieć związek ze skutkami zabiegów u powódki. Dokumentacja medyczna nie wskazuje również, aby wybór metody leczenia miał wpływ na wystąpienie powikłań zapalnych. Istnieje związek czasowy ujawnienia się zmian zapalnych towarzyszących zmianom pourazowym. Jednak stan urazu, obecność krwiaków, tkanek gorzej ukrwionych, jak i zabieg predysponują do osiedlania się bakterii. Gronkowce znajdują się w znacznej ilości na skórze każdego człowieka, przejściowo mogą znajdować się we krwi. W określonych sytuacjach predysponujących jak zabieg, uraz słuźczenie, obecność krwiaków jak i operacja z zastosowaniem ciał obcych (kolonizowanych przez bakterie z tworzeniem biofilmu), powodują zakażenie miejsca operowanego.

Według biegłych sposób gojenia się rany pooperacyjnej u powódki nie wskazywał na złą pielęgnację. Jeśli zakażenie ujawnia się później to trudno wskazać na bezpośrednią przyczynę, jest to ryzyko zabiegu, na które składa się wiele czynników, które jest zmniejszane przez stosowanie odpowiednich procedur. W czasie zabiegu stosowana

była profilaktyka okołoperacyjna, stosowany był antybiotyk po zabiegu. Z chwilą ujawnienia się nacieku zapalnego zastosowano inny antybiotyk, ewakuowano treść płynną uzyskując w dniu 9 sierpnia 2010 r. płyn bez wzrostu bakteryjnego. Obecność jałowego płynu, wskazuje według biegłych, na dodatkowe czynniki wpływające na gojenie się i sprawność kolana. Zabieg rekonstrukcji powikłany był zapaleniem bakteryjnym, o niedużym nasileniu (świadczy o tym stan podgorączkowy, (...) 21 mg/L), wyeliminowany leczeniem antybiotykowym. Ponadto długotrwale utrzymujący się po zabiegu rekonstrukcji wysięk w stawie jest objawem bardzo często obserwowanym i z reguły nie wymaga stosowania dodatkowych czynności.

Zdaniem biegłych w znajdującej się w aktach sprawy dokumentacji nie ma dokumentacji wskazujących na uchybienia w opiece pielęgniarskiej, lekarskiej, stanie sanitarnym szpitala (w tym oddziału ortopedii, bloku operacyjnego).

Według Sądu Okręgowego podstawą prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala stanowi art. 471 k.c. w zw. z art. 474 k.c. przy zbiegu z odpowiedzialnością deliktową. Podstawową okolicznością, za którą pozwany szpital może ponieść odpowiedzialność jest, zgodnie z art. 472 k.c., niezachowanie należytej staranności. W tym kontekście istotne było to, że biegli zgodnie wskazali, iż procedury lecznicze przeprowadzone w pozwanej placówce były prawidłowe. Zabieg przeprowadzony w W. był kolejnym zabiegiem podjętym, jako dalszy etap leczenia uszkodzenia powstałego wskutek urazu. Jeśli dochodzi do zakażenia rany pooperacyjnej z powodu złej pielęgnacji sposób jej gojenia wskazuje na zakażenie - i takiej sytuacji, wg. biegłych, nie było u powódki. Jeśli zakażenie ujawnia się później, trudno wskazać na bezpośrednią przyczynę, jest to ryzyko zabiegu, na które składa się wiele czynników, które jest zmniejszane przez stosowanie odpowiednich procedur. W czasie zabiegu stosowana była profilaktyka okołoperacyjna, stosowany był antybiotyk po zabiegu. Z chwilą ujawnienia się nacieku zapalnego zastosowano inny antybiotyk, ewakuowano treść płynną uzyskując w dniu 9 sierpnia 2010 r. płyn bez wzrostu bakteryjnego. Obecność jałowego płynu wskazywała na dodatkowe czynniki wpływające na gojenie się i sprawność kolana. Zatem zabieg rekonstrukcji powikłany był zapaleniem bakteryjnym o niedużym nasileniu (świadczy o tym stan podgorączkowy, (...) 21 mg/L), wyeliminowany leczeniem antybiotykowym. W znajdującej się w aktach sprawy dokumentacji nie ma danych wskazujących na uchybienia w opiece pielęgniarskiej, lekarskiej, stanie sanitarnym szpitala (w tym oddziału ortopedii, bloku operacyjnego).

Dlatego Sąd Okręgowy przyjął za biegłymi, że wprawdzie do zakażenia powódki doszło, lecz nie w wyniku błędu w sztuce lekarskiej, czy zaniedbań, ale na skutek powikłania zabiegu. Zabieg natomiast sam w sobie był jednym z etapów procesu leczenia, zaś ten przeprowadzony w W. nie stanowił „poprawiania ujemnych” skutków zabiegów w pozwanej placówce, a jedynie kolejny etap całego procesu leczenia. Sąd Okręgowy uznał, że brak jest podstaw do uwzględnienia żądań powódki związanych z nieprawidłowo wykonaną operacją oraz zakażeniem powódki. Zobowiązanie pozwanego, działającego przez podległy mu personel medyczny, polega na dołożeniu należytej staranności, co oznacza, że odpowiada on tylko za brak tej staranności, a nie za wynik leczenia. Wysokie wymagania staranności, jakiej oczekuje się od lekarzy, nie mogą przekładać się na przypisywanie im obowiązków praktycznie niemożliwych do wykonania. Przyjęcie odmiennego stanowiska oznaczałoby, że lekarze, a w konsekwencji zatrudniające ich szpitale, odpowiadałoby za wynik wykonywanych przez nich niebezpiecznych, aczkolwiek stanowiących często jedyną szansę ratunku dla zdrowia i życia pacjenta, operacji. Z powyższych względów przyjmuje się, że tylko zabieg wykraczający poza zasady wiedzy i etyki lekarskiej cechuje się bezprawnością i stanowi podstawę do przypisania lekarzowi (szpitalowi) odpowiedzialności odszkodowawczej.

Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na ustalenie, iż zabieg przeprowadzony w pozwanej placówce wykonany został niezgodnie ze sztuką oraz że zakażenie nie stanowiło ryzyka - typowego powikłania. Powyższe skutkuje przyjęciem braku odpowiedzialności pozwanego szpitala za skutki powikłania pooperacyjnych u powódki w postaci zakażenia powódki. A sam zabieg przeprowadzono prawidłowo, zaś sam w sobie stanowił jedynie jeden z kilku etapów procesu leczenia. Dlatego na podstawie art. 471 k.c. w zw. z art. 474 k.c., Sąd Okręgowy oddalił żądania powódki.

Sąd ten na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powódki kosztami procesu na rzecz pozwanego.

Apelację od tego wyroku w części oddalającej powództwo do kwoty 50.000 zł wniosła powódka. Zarzuciła Sądowi Okręgowemu:

1) nierozpoznanie części istoty sprawy, tj. w zakresie dotyczącym nieprawidłowości przeprowadzenia operacji pod kątem ortopedycznym, związanym z umieszczeniem przez pozwanego zbyt długich śrub, umieszczenia ich pod niewłaściwym kątem oraz złej lokalizacji kanałów kości - Sąd I instancji rozważał bowiem w istocie zagadnienia związane z zakażeniem szpitalnym, które stanowiło tylko część podstawy faktycznej powództwa;

2) błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, tj. dowolne przyjęcie, że zabieg przeprowadzony w (...) w W. „nie stanowił „poprawiania ujemnych” skutków zabiegów w pozwanej placówce, a jedynie kolejny etap całego procesu leczenia” - podczas gdy ustalenie takie jest dowolne, nie wynika z opinii biegłych i jest sprzeczne z materiałem dowodowym - zabieg przeprowadzony w W. polegał bowiem na usunięciu przeszczepu, śruby mocującej, zakołkowaniu kanałów kostnych (z jednoczesnym zaleceniem wykonania rekonstrukcji za 6 miesięcy), czyli usuwał/niwelował to co zostało błędnie wykonane przez pozwanego, a po zabiegu tym stan zdrowia powódki poprawił się znacznie;

3) naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego i krytycznego rozważenia materiału dowodowego i dowolną ocenę dowodów sprzeczną z zasadami logiki, polegające na:

-bezkrytycznym przyjęciu twierdzeń i wniosków wynikających z opinii biegłych, podczas gdy opinia ta jest niepełna, wewnętrznie sprzeczna, a przede wszystkim dotyczy wyłącznie kwestii związanych z zakażeniem powódki gronkowcem, podczas gdy powódka prócz zakażenia szpitalnego zarzucała nieprawidłowość w wykonaniu zabiegu operacyjnego (polegającą na umieszczeniu przez pozwanego zbyt długich śrub oraz złej lokalizacji kanałów kości), która miała pociągnąć za sobą konieczność poddania się kolejnemu zabiegowi operacyjnemu,

-bezkrytycznym przyjęciu twierdzeń i wniosków wynikających z opinii biegłych, podczas gdy opinia ta jest błędna, stwierdzając, że nie można ustalić czy zabieg w (...)w W. był zabiegiem koniecznym - podczas gdy z dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza Ł. L., specjalistę z zakresu ortopedii i traumatologii, wynika jednoznacznie, że przed operacją w tymże szpitalu stwierdzono patologię w zakresie rekonstrukcji stawu (wpisy w dokumentacji: zbyt długa śruba piszczelowa, nieanatomiczne ułożenie kanałów), a lekarz ten był operatorem powódki i stwierdził, że przeprowadzany zabieg ma charakter naprawczy/poprawczy po wcześniej przeprowadzonej operacji u pozwanego,

-karty leczenia z (...) - dokumentacji sporządzonej przez lekarza Ł. L., specjalistę z zakresu ortopedii i traumatologii, z której wprost wynika, że u pacjentki występuje nieprawidłowa lokalizacja kanału udowego, śruba przebija kość i jest zbyt długa,

-wyniku badania TK sporządzonego przez lekarza J. S., specjalistę z zakresu radiologii, w którym to wyniku wyraźnie wskazuje się na przebicie kości i wyźłobienie,

-wyniku badania (...) (na które ani biegli ani Sąd w ogóle się nie powołali), który zawiera stwierdzenia „Mocowanie piszczelowe poprzeczną śrubą tytanową z bolcami W., końcówka śruby przebija kość piszczelowa i odpiera odcinek bliższy k. strzałkowej (wbicie w korówkę)”;

4) obrazę art. 3 k.p.c. poprzez wydanie orzeczenia niezgodnego z rzeczywistym stanem faktycznym, a tym samym poprzez naruszenie zasady prawdy materialnej - w szczególności poprzez zaniechanie przeprowadzenia pogłębionego postępowania dowodowego (np. poprzez przesłuchanie biegłych i powódki) w sytuacji, gdy w opinii biegłych zawarto stwierdzenie, że nie są oni w stanie na podstawie doręczonej im dokumentacji wypowiedzieć się na temat przyczyn i charakteru zabiegu w szpitalu (...)w W., a ze złożonej do akt dokumentacji medycznej wynikają wprost nieprawidłowości w leczeniu powódki u pozwanego.

Na podstawie tych zarzutów powódka domagała się zmiany zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w kwocie 50.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, ewentualnie jego uchylenia i przekazania sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania.

Powódka ponadto wniosła o:

- 1) dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu ortopedii na okoliczność ustalenia prawidłowości wykonania zabiegu rekonstrukcji u pozwanego pod kątem ortopedycznym, biorąc pod uwagę twierdzenia (poparte dokumentami sporządzonymi przez lekarza ortopedę i lekarza radiologa), iż zastosowana śruba przebijała kość, doszło do wyłobienia, zaś kanały kości były źle zlokalizowane/ustawione, względnie wniosła o wezwanie na rozprawę dotychczasowego biegłego celem jego przesłuchania,
- 2) dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka (...) - lekarza specjalistę z zakresu ortopedii i traumatologii, który operował powódkę po zabiegach wykonanych u pozwanego - i przesłuchanie go na okoliczności powodu wykonania zabiegu w szpitalu MSWiA, ustalenia czy był to zabieg eliminujący nieprawidłowości we wcześniejszym leczeniu, jeżeli tak - to jakie,
- 3) przeprowadzenie dowodu z załączonych do apelacji dokumentów na okoliczność nieprawidłowości leczenia powódki u pozwanego.

Pozwany domagał się oddalenia tej apelacji.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja powódki nie zasługiwała na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że w obecnie obowiązującym systemie środków zaskarżenia sąd apelacyjny jest sądem merytorycznym, rozpoznającym nie tylko środek odwoławczy, ale także sprawę. Podstawowym celem postępowania apelacyjnego jest naprawienie błędów popełnionych zarówno przez sąd, jak też przez strony - przy czym chodzi tutaj zarówno o błędy natury prawnej, jak i faktycznej. Powyższe oznacza, że sąd odwoławczy niezależnie od podniesionych przez stronę zarzutów, ma obowiązek dokonania samodzielnej oceny prawidłowości zastosowanych przez sąd I instancji przepisów prawa materialnego.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, że pomimo braku w apelacji strony powodowej zarzutów natury materialnej, Sąd Apelacyjny był zobligowany rozważyć prawidłowość wskazanej przez Sąd I instancji materialnoprawnej podstawy odpowiedzialności pozwanego (...) w O.. Treść roszczenia powódki oraz stan faktyczny sprawy determinują przyjęcie reżimu deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej wskazanego wyżej podmiotu, tj. na gruncie przepisów art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 416 k.c., nie zaś wskazanej przez Sąd I instancji odpowiedzialności kontraktowej (art. 471 k.c. w zw. z art. 474 k.c.). Zauważyć bowiem wypada, że powódka w niniejszej sprawie podstawy swego roszczenia nie wywodziła z niewykonania (czy nienależytego wykonania) przez pozwanego określonego zobowiązania, ale powoływała się na wyrządzenie jej szkody poprzez zakażenie bakterią gronkowca (*staphylococcus auricularis*) oraz nieprawidłowo przeprowadzony zabieg operacyjny w lipcu 2010 r. (artroskopowa rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego). Szkada na osobie pacjenta (zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstrój zdrowia, cierpienia fizyczne i krzywda moralna) jest konsekwencją czynu niedozwolonego. Źródłem roszczenia powódki jest więc określony delikt, a nie czynność prawna (charakterystyczna dla odpowiedzialności kontraktowej). Nadto zwrócić należy uwagę na charakter dochodzonego przez powódkę roszczenia - zadośćuczynienie, czyli świadczenie będące formą rekompensaty pieniężnej za poniesioną szkodę niemajątkową na osobie (krzywdę). Natomiast w ramach odpowiedzialności kontraktowej dłużnik ponosi odpowiedzialność jedynie za szkodę majątkową, będącą następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania - zatem ten reżim odpowiedzialności nie przewiduje roszczenia o zadośćuczynienie.

Wobec powyższych uwag, podstawy materialnoprawnej odpowiedzialności pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej należy więc upatrywać w odpowiedzialności deliktowej. Prawidłowa kwalifikacja podstawy odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego jest o tyle istotna, że implikuje określenie przesłanek, które muszą być udowodnione przez stronę powodową, by móc obciążyć pozwanego Zakład obowiązkiem naprawienia wyrządzonej szkody. Do przesłanek odpowiedzialności deliktowej na podstawie art. 415 k.c. zalicza się: powstanie szkody, czyn niedozwolony i związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. W ramach niniejszego postępowania na powódce spoczywał zatem obowiązek wykazania, że zakażenie gronkowcem oraz konieczność poddania się kolejnemu zabiegowi w (...)w W. było związane z bezprawnym i zawinionym zachowaniem pracowników pozwanego. Wykazanie tych przesłanek skutkowałoby przyjęciem odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c., tj. powstaniem po jego stronie obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej z winy podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności. Jak wynika z powyższego - odpowiedzialność odszkodowawcza zatrudniającej lekarza jednostki służby zdrowia, aktualizuje się dopiero wówczas, gdy zatrudnionym w nim pracownikom przypisać można, co najmniej niedbalstwo (w postaci działań czy zaniechań) w zakresie przeprowadzanych procedur medycznych - w tym wszelakich zabiegów. Podkreślenia przy tym wymaga, że dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej nie jest konieczne wykazanie winy konkretnego pracownika, a wystarczająca jest tzw. wina anonimowa.

Istotną kwestią dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy było zatem ustalenie czy wykonany zabieg operacyjny w lipcu 2010 r. został przeprowadzony w sposób nieprawidłowy i sprzeczny z zasadami sztuki lekarskiej (wskutek zawinonego zachowania lekarza).

W tym miejscu wskazać należy, że na stronie powodowej nie ciążył obowiązek wykazania ponad wszelką wątpliwość istnienia związku przyczynowego między czynem niedozwolonym a powstałą szkodą. Judykatura i doktryna dostrzegły bowiem fakt, że przy szkodach na osobie dowód istnienia związku przyczynowego jest częstokroć niemożliwy do przeprowadzenia z absolutną pewnością, wypracowały zatem zgodne stanowisko, że w „procesach medycznych” wystarczające jest jedynie wysokie prawdopodobieństwo. W konsekwencji, dla przyjęcia wykazania związku przyczynowego wystarczająca jest wysoka doza prawdopodobieństwa jego istnienia.

Sąd Okręgowy czyniąc ustalenia w tym zakresie, oparł się przede wszystkim na dowodzie z opinii biegłych sądowych z zakresu epidemiologii i chorób zakaźnych oraz ortopedii i traumatologii, a także korespondujących z nią dowodach z dokumentacji medycznej powódki i zeznań świadków. Z powyższego materiału dowodowego wyprowadził wnioski, że jakkolwiek w pozwanym Zakładzie doszło do zakażenia powódki gronkowcem, to jednak nie był to wynik błędu w sztuce lekarskiej, czy też zaniedbań ze strony personelu medycznego, ale efekt pozabiegowych powikłań. Natomiast zabieg operacyjny przeprowadzony w (...) w W. stanowił dalszy etap całego procesu leczenia i nie polegał na „poprawieniu ujemnych” skutków zabiegu w pozwanej placówce. W świetle zajętego przez biegłych stanowiska (niekwestionowanego przez strony w toku postępowania), że procedury lecznicze przeprowadzone w pozwanym Zakładzie były prawidłowe, a zabieg został wykonany z należyłą starannością, Sąd Okręgowy oddalił powództwo jako niezasadne.

Na etapie postępowania apelacyjnego, ze względu na skoncentrowanie (we wniesionym środku odwoławczym) praktycznie całej uwagi skarżącego jedynie na ewentualnych nieprawidłowościach zabiegu pod kątem ortopedycznym (umieszczenie zbyt długich śrub, niewłaściwy kąt ich wstawienia, zła lokalizacja kanałów kości) - zaistniała potrzeba wysłuchania autorów opinii na rozprawie - celem wyjaśnienia podniesionych kwestii.

Biegły sądowy z zakresu (...) podtrzymał swoje stanowisko wyrażone w pisemnej opinii i stwierdził, że wprowadzenie zbyt długiej śruby mocującej przeszczep w kanale piszczelowym wcale nie świadczy o nieprawidłowości wykonania samego zabiegu. Ze względu na bardzo bliskie usytuowanie obok siebie kości piszczelowej i strzałkowej w odcinku bliższym, czasami wystąpić może błąd pomiaru i wówczas dochodzi do pewnego rodzaju „przewiercenia”. Jakkolwiek zatem ocena długości śruby obarczona jest ryzykiem błędu w pomiarze, to samo użycie dłuższej śruby nie jest jeszcze równoznaczne z błędnym zabiegiem. Dłuższa śruba nie ma bowiem wpływu na ostateczny efekt zabiegu. Czasami z niewiadomych przyczyn zdarza się, że mimo prawidłowego zabiegu i braku procesu zapalnego, u pacjenta dochodzi do osteolizy, czyli zaniku kostnego w miejscu wywiercenia kanałów i wprowadzenia więzadła krzyżowego. W ocenie

biegłego u powódki doszło właśnie do osteolizy i pożądanym było ponowne wykonanie zabiegu rekonstrukcji. W celu wykonania takiego zabiegu niezbędnym jest usunięcie śruby tytanowej i ponowne wypełnienie tkanką kostną miejsc wywierconych otworów (by umożliwić ponowne osadzenie przeszczepu). Biegły nie miał wątpliwości, że w tym konkretnym przypadku, tj. dotyczącym powódki - fakt dokonania kolejnego zabiegu w (...) w W. nie świadczy o nieprawidłowości zabiegu przeprowadzonego w lipcu 2010 r. w pozwanym Zakładzie. Wskazał także, że czasami na skutek jakichś potknięć czy też wzmożonej eksploatacji miejsca przeszczepu, dochodzi do ponownego uszkodzenia więzadła. Uszkodzić je może również proces zapalny, tak więc kolejna rekonstrukcja wcale nie świadczy o błędnym zabiegu. Zdaniem biegłego proces leczenia w pozwanej placówce przebiegał prawidłowo, zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami ortopedycznymi. Odnosząc się do podnoszonych przez stronę skarżącą ograniczeń ruchowych, biegły stwierdził, że zbyt długa śruba z racji tego, że przebiega poza stawem, nie może powodować tego typu ograniczeń. Zabieg rekonstrukcji wiąże się natomiast ze znacznymi dolegliwościami bólowymi, które utrzymują się z reguły do dwóch tygodni po jego przeprowadzeniu. Stąd też po takim zabiegu nie jest wykluczone stosowanie nawet środków przeciwbólowych o podłożu narkotycznym. W przypadku tego typu zabiegów nie ma też kontroli radiologicznej, elementy będące przedmiotem rekonstrukcji nie podlegają bowiem uwidocznieniu w obrazie radiologicznym, a samo mocowanie tych elementów w kości jest poza obrębem samego stawu. Zatem, nie ma obiektywnej potrzeby przeprowadzania tego typu badań (nagranie z rozprawy z dnia 23 grudnia 2014 r.).

Z uwagi na fakt, iż powódka nie sformułowała w apelacji zarzutów odnośnie poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń w przedmiocie zakażenia gronkowcem, trudno jest wywnioskować w czym strona skarżąca upatruje nieprawidłowości w zapadłym rozstrzygnięciu. Tym niemniej w tym miejscu stwierdzić należy, że biegła sądowa z zakresu epidemiologii i chorób zakaźnych prof. J. Z. również podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie. Stwierdziła nadto, że szpitalne szczepy gronkowca są wielooporowe, a u pacjentki wynik badania nie wskazywał na wielooporowość, została ona skutecznie przeleczona antybiotykiem, zatem występujący u niej szczep gronkowca nie był szczepem szpitalnym. Biegła wyjaśniła również, że nawet najbardziej sterylny zabieg niesie ze sobą ryzyko wprowadzenia do organizmu patogenu, przede wszystkim ze skóry chorego. Skóra człowieka nie jest bowiem gładką powierzchnią, którą można dokładnie wysterylizować. Na czas zabiegu można jedynie zminimalizować ilość bakterii ale nie jest możliwym całkowite ich wyeliminowanie. W ocenie biegłej, zabieg przeprowadzony w pozwanym Zakładzie został wykonany prawidłowo, zgodnie z obowiązującymi procedurami (nagranie z rozprawy z dnia 23 grudnia 2014 r.).

Wobec tak uzupełnionego postępowania dowodowego, w ocenie Sądu Apelacyjnego dostatecznie zostały wyjaśnione sporne kwestie. Biegli zaprezentowali swoje stanowisko w sposób wyczerpujący i stanowczy, co pozwalało uznać sporządzoną przez nich opinię za jasną, rzetelną i logiczną, a co za tym idzie - w pełni przydatną dla potrzeb orzekania w instancji odwoławczej. Podkreślenia przy tym wymaga, że korespondowała ona z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w sprawie, a w toku postępowania nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Dlatego Sąd Apelacyjny pominął wnioski dowodowe zawarte w apelacji (nota bene do tej decyzji nie zostały wniesione zastrzeżenie na podstawie art. 162 k.p.c.).

Kompleksowa ocena materiału dowodowego pozwala zatem wyprowadzić wniosek, że negatywne następstwa zabiegu z lipca 2010 r. nie były wynikiem jakichkolwiek nieprawidłowości ze strony pozwanego. Przeprowadzony zabieg był zgodny z zasadami sztuki medycznej oraz obowiązującymi standardami leczenia, zaś powstałe powikłania mieściły się w granicach ryzyka związanego z tego typu zabiegami. Tym samym, nie można przypisać pozwanej dopuszczenia się czynu niedozwolonego, polegającego na przeprowadzeniu leczenia w sposób niezgodny z obowiązującą sztuką lekarską.

Wobec powyższego, wbrew zarzutom apelacji i pomimo nieprawidłowo wskazanej przez Sąd I instancji materialnoprawnej podstawy odpowiedzialności pozwanego, zaskarżone orzeczenie jest trafne i odpowiada prawu.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania odwoławczego postanowił na zasadzie art. 102 k.p.c. i art. 108 § 1 zd. 1 k.p.c. odstępując od obciążania powódki tymi kosztami, mimo iż przegrała ona sprawę w całości. Sąd Apelacyjny miał tutaj na względzie trudną sytuację materialną strony oraz charakter dochodzonego przez nią roszczenia.