

Sygn. akt I ACa 223/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 marca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Dariusz Małkiński (spr.)
Sędziowie	:	SSA Jadwiga Chojnowska SSA Magdalena Pankowicz
Protokolant	:	Urszula Westfal

po rozpoznaniu w dniu 3 marca 2017 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **S. C.**

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

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Ostrołęce

z dnia 4 listopada 2015 r. sygn. akt I C 715/10

I. **oddala apelację;**

II. **odstępuje od obciążania powoda kosztami instancji odwoławczej.**

(...)

UZASADNIENIE

Powód S. C. wystąpił przeciwko pozwanemu (...) w O., który z dniem 4 października 2012 r. zmienił nazwę na (...) w O.", o zapłatę kwoty 141.330 zł, w tym: 3.300 zł tytułem zwrotu poniesionych kosztów leczenia, 40.000 zł celem pokrycia dalszych wydatków na leczenie oraz 100.000 zł na poczet zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 marca 2010 r. do dnia zapłaty, a także kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy w Ostrołęce w wyroku zaocznym z dnia 1 grudnia 2010 r. zadośćuczynił powyższemu żądaniu.

Pozwany w sprzeciwie od wyroku zaocznego wniósł o jego uchylenie i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz skarżącego kosztów sądowych oraz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych; domagał się ponadto zawieszenia rygoru natychmiastowej wykonalności nadanej zaskarżonemu wyrokowi.

W postanowieniu z dnia 2 marca 2011 r. oddalono na zasadzie art. 194 § 1 k.p.c. wniosek pozwanego o dopozwanie (...) S.A. w W. jako ubezpieczyciela pozwanego, zawiadamiając go jednak o toczącym się postępowaniu na podstawie art. 84 § 2 k.p.c.

Wyrokiem z dnia 4 listopada 2015 r. wydanym w sprawie o sygn. akt: I C 715/10 Sąd Okręgowy w Ostrołęce uchylił wyrok zaoczny z dnia 1 grudnia 2010 r. i powództwo w całości oddalił; odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu należnymi stronie pozwanej oraz nakazał powodowi S. C. zwrot na rzecz pozwanego (...)w O. spełnionego świadczenia w kwocie 103.330 zł, oddalając wniosek pozwanego w pozostałym zakresie.

Rozstrzygnięciu powyższemu towarzyszyły następujące ustalenia faktyczne i prawne:

W dniu 18 października 2008 r. ok. g. 22:00, w trakcie rodzinnej uroczystości powód doznał udaru mózgu i został przewieziony do (...)w O. na Oddział Neurologii. Zdiagnozowano tam udar niedokrwienny mózgu z niedowładem połowiczy lewostronnym. W wywiadzie ustalono, że pacjent cierpi na cukrzycę typu II leczoną insuliną, nadciśnienie tętnicze, stabilną chorobę wieńcową, przebył dwa zawały serca (w 1995 r. i 2001 r.) i zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego (2001 r.). Stężenie alkoholu etylowego oznaczonego we krwi powoda wynosiło 3,29‰. W badaniu przedmiotowym stwierdzono m.in. osłabienie siły mięśniowej lewych kończyn z dodatnim objawem B. po lewej stronie, zaś w badaniu EKG: sinistrogram patologiczny, rytm zatokowy o częstości nieco podwyższonej, z pojedynczymi dodatkowymi pobudzeniami komorowymi. W wyniku przeprowadzenia dodatkowych badań głowy pacjenta techniką tomografii komputerowej stwierdzono jamę malacyjną w prawej okolicy czołowo- skroniowej. Zlecono rehabilitację i leczenie farmakologiczne. Badanie krwi w dniu następnym wykazało zaburzenia lipidowe. W kolejnych dniach ogólny stan zdrowia powoda był jednak dobry. Poddany został on kolejnym badaniom i konsultacjom, w następstwie czego rozpoznano u niego retinopatię cukrzycową. Później rozpoczęto rehabilitację powoda. Dokonywano też u niego wkłuc donaczyniowych w obrębie prawego i lewego przedramienia, m.in. w dniu 25 października 2008 r., po usunięciu wkłucia z prawego przedramienia, założono je w obrębie lewego przedramienia. Zostało ono usunięte dnia 27 października 2008 r. W dniu 28 października 2008 r. wystąpiło u powoda nieznaczne podwyższenie temperatury ciała, zgłaszał on ponadto bóle w okolicy lewego nadgarstka w miejscu po wkłuciu donaczyniowym. Zaobserwowano u niego odczyn zapalny i stwierdzono zapalenie żył przedramienia. W badaniach laboratoryjnych krwi nie wykazano istotnych odchyleń od normy i do leczenia włączono antybiotyki – A.. W kolejnych dniach kontynuowano antybiotykoterapię oraz stosowano okłady z A. na nacieki zapalne w okolicy lewego nadgarstka. W dniu 31 października 2008 r. pobrano wymaz z miejsca wkłucia, w badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono jednak istotnych odchyleń od normy. Wynik posiewu z miejsca wkłucia nie wykazał obecności drobnoustrojów. Ślad po nacieku zabił się. W dniu 3 listopada 2008 r. powód nie zgodził się na proponowane leczenie cukrzycy pod postacią intensywnej insulinoterapii. W dniu 4 listopada 2008 r. zmieniono drogę podawania mu antybiotyku z dożylną na doustną a następnie pionizowano. W dniu 7 listopada 2008 r. powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, neurologicznie stabilnym, z niedowładem połowicznym lewostronnym, ze skierowaniem na Oddział (...) (...)w P..

Kilkanaście kolejnych dni powód spędził w domu, był rehabilitowany przez siostrzenicę. Poruszał się o kuli. Jego stan był na tyle dobry, że mógł pozostać sam w domu i nie wymagał stałej, bezpośredniej opieki, samodzielnie przygotowywał też sobie jedzenie.

W dniu 24 listopada 2008 r. powód został przyjęty na Oddział (...)w P. celem kontynuowania rehabilitacji. Zgłaszał tam osłabienie siły lewych kończyn oraz problemy z chodzeniem. Zastosowano więc wobec niego zabiegi fizykoterapii i kinezyterapii. W dniu 25 listopada 2008 r. w badaniach laboratoryjnych krwi stwierdzono u powoda obniżenie liczby białych krwinek oraz wykładniki niewielkiego stopnia niedokrwistości. W dniu 27 listopada 2008 r. zaobserwowano zaś drżenie lewej kończyny górnej, następnie dolnej, wystąpiła też u powoda utrata przytomności i następne

porażenie lewostronne. Po podaniu leków stan powoda uległ jednak poprawie. Wykonana w dniu 28 listopada 2008 r. tomografia komputerowa głowy wykazała u powoda ognisko zawału z zakresu unaczynienia tętnicy przedniej mózgu i bliżną korowo-podkorową w prawej okolicy czołowo-skroniowej. Powód został skierowany do Oddziału (...) w O. w celu dalszego leczenia.

W dniu 28 listopada 2008 r. w trakcie ponownego przyjęcia na Oddział(...)w O. stan ogólny powoda oceniono jako dobry. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono u niego zmniejszenie liczby białych krwinek. Badanie bakteriologiczne wymazu z gardła wykazało poza tym wzrost bakterii *Aureococcus viridans* i *Corynebacterium species*. W dniu 29 listopada 2008 r. wystąpił u powoda epizod drgawek ogniskowych w obrębie lewych kończyn z następowym pogłębieniem niedowładu. Wykonana w dniu 30 listopada 2008 r. tomografia komputerowa głowy nie wykazała istotnych zmian w porównaniu z poprzednim badaniem. W dniu 1 grudnia 2008 r. wykonano rezonans magnetyczny głowy pacjenta, który wykazał rozlane ognisko w prawym płacie czołowym, odpowiadające starej łożu poudarowej, ognisko w prawej okolicy czołowo-ciemieniowej otoczone strefą obrzęku, mogące odpowiadać zmianie nowotworowej (podejrzewano glejaka mózgu) oraz ognisko w obrębie kory płata czołowego, mogące odpowiadać kolejnej zmianie nowotworowej. Zapis badania EEG wskazywał też na dyskretne zmiany w okolicach skroniowych. W badaniach laboratoryjnych krwi stwierdzono z kolei nieznaczne zwiększenie parametrów stanu zapalnego. Stosowano leczenie przeciwoobrzękowe i przeciwpadaczkowe powoda. W dniu 4 grudnia 2008 r. wykonano tomografię komputerową jego głowy, która wykazała m.in. w prawym płacie ciemieniowym obrączkowato wzmocniający się nieregularny obszar z palczastym obrzękiem i w prawym płacie czołowym jamę malacyjną łączącą się z przestrzenią podpajęczą. W dniu 5 grudnia 2008 r. przeprowadzono konsultację neurochirurgiczną z lekarzem(...)w W., po której zakwalifikowano powoda do zabiegu stereobiopsji. W kolejnych dniach uzyskano poprawę stanu neurologicznego. W dniu 10 grudnia 2008 r. przeprowadzono kolejną konsultację neurochirurgiczną, w której wysunięto podejrzenie ropnia mózgu. W wykonanych w dniu 13 grudnia 2008 r. badaniach laboratoryjnych stwierdzono w dalszym ciągu obecność wykładników stanu zapalnego. W dniu 14 grudnia 2008 r. powód został wypisany z Oddziału na własną prośbę w stanie stabilnym, ze skierowaniem do (...) w B..

W dniu 14 grudnia 2008 r. powód został przyjęty do(...)w B.. Był konsultowany internistycznie, kardiologicznie, endokrynologicznie i anestezyjologicznie celem przygotowania do zabiegu operacyjnego usunięcia guza mózgu. W dniu 18 grudnia 2008 r. przeszedł zabieg kraniotomii prawej okolicy czołowo-ciemieniowej z przejściem na lewą stronę. Okazało się, że wytworzył się w jego głowie ropień mózgu, którego torebka pękła w trakcie zabiegu i wydobyła się z niego duża ilość treści ropnej. Twór guzowaty usunięto w całości. W badaniach bakteriologicznych treści pobranej podczas zabiegu stwierdzono wzrost bakterii *Staphylococcus aureus* MSSA (gronkowiec złocisty wrażliwy na metycylinę). W kolejnych dniach po zabiegu operacyjnym stan powoda był dobry, w kontrolnej tomografii głowy wykonanej w dniu 23 grudnia 2008 r. stwierdzono prawidłowy proces gojenia się mózgu. W dniu 24 grudnia powód został wypisany do domu.

W dniu 8 stycznia 2009 r. powód został ponownie przyjęty do (...)w B. z powodu podejrzenia ropniaka nadtwardówkowego. Stwierdzono obrzęk tkanek miękkich w miejscu przebytego zabiegu. W dniu 9 stycznia 2009 r. odtworzono u powoda kraniotomię w okolicy ciemieniowej obustronnie, usunięto treść ropną spod skóry i kości oraz usunięto płat kostny. W badaniach bakteriologicznych krwi pobranej w dniu 8 stycznia 2009 r. nie wykazano wzrostu bakterii, natomiast w badaniu ropy pobranej w trakcie zabiegu stwierdzono wzrost bakterii *Staphylococcus aureus*. W dniu 20 stycznia 2009 r. powód został wypisany do domu.

Powód przyjmował po operacji szereg antybiotyków mających zapobiec dalszej infekcji. Poruszał się na wózku inwalidzkim. Terapia antybiotykowa trwała ok. pół roku a po niej rozpoczęła się rehabilitacja jego kończyn lewych. W jej wyniku po dłuższym czasie ręka powoda powróciła do sprawności. Noga pozostała nadal niesprawna, powód poruszał się o kuli. Na przeszczep ubytku w kościach czaszki miał oczekiwać ok. 2 lata z uwagi na zakażenie gronkowcem.

W dniach 9-17 stycznia 2012 r. powód był hospitalizowany w (...) w B. celem uzupełnienia ubytku kości czaszki. Został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Po indukcji znieczulenia i intubacji wystąpiła tachykardia na przemian z

bradykardią, a w badaniu EKG cechy niedokrwienia mięśnia sercowego. Z uwagi na to odstąpiono od planowanego zabiegu.

Na skutek ograniczenia sprawności fizycznej i przebytej operacji skutkującej ubytkiem kości pokrywy czaszki stan psychiczny powoda znacząco się pogorszył. Przed chorobą był bardzo aktywny fizycznie, udzielał się towarzysko, społecznie, opiekował się wnuczką i pracował jako grafik komputerowy. Po przebytych zabiegach korzystał z pomocy psychiatrycznej, odbył kilka sesji psychologicznych. Do dziś odczuwa permanentne poczucie zagrożenia życia, lęk przed przypadkowym urazem mózgu w okolicy, która jest chroniona tylko skórą. Wstydzi się niepełnosprawności, zniekształcenia głowy, krępuje chodzeniem o lasce, zależnością od innych. Znacznie ograniczył życie towarzyskie. Miewa stany chwiejności nastroju. Odczuwa dyskomfort spowodowany pogorszeniem sytuacji finansowej rodziny. Powód otrzymuje rentę, pracuje również w zakładzie pracy chronionej, wykonuje tam projekty graficzne. Aktualnie przebywa na zwolnieniu lekarskim, ponieważ po poślizgnięciu się na schodach uszkodził odcinek L1 kręgosłupa.

Pismem z dnia 29 stycznia 2010 r. powód, reprezentowany przez pełnomocnika, wezwał(...) w O., w związku z zakażeniem szpitalnym, do zapłaty kwoty 143.330 zł w terminie 7 dnia od otrzymania wezwania. Kserokopia pisma została przekazana ubezpieczycielowi – (...) S.A. w W.. Pismem z dnia 13 lipca 2010 r. ubezpieczyciel poinformował powoda, że w związku z likwidacją zgłoszonej szkody ustalona została kwota świadczenia tytułem zadośćuczynienia w wysokości 2.000 zł. Pismem z dnia 6 września 2010 r. ubezpieczyciel poinformował dodatkowo, że w związku z przedmiotową szkodą – rozwojem infekcji gronkowcowej będącej następstwem nieprawidłowego postępowania personelu medycznego(...) w O. przyznano powodowi zadośćuczynienie w wysokości 40.000 zł.

W następstwie egzekucji prowadzonej na podstawie wyroku zaocznego z dnia 1 grudnia 2010 r. pozwany wypłacił powodowi 103.330 zł.

W pozwanym Szpitalu od 1994 r. działa (...) Mocą zarządzenia Nr (...) z dnia 12 stycznia 2007 r. powołano też w nim Komitet Kontroli Zakażeń Zakładowych. Zespół opracowuje, wdraża i aktualizuje procedury medyczne, w tym zakładania wkłuc dożylnych, zarówno centralnych, jak i obwodowych, procedury monitorowania i pielęgnacji miejsca wkłucia oraz postępowania w przypadku wystąpienia odczynu zapalnego w miejscu wkłucia. Wkłucia wykonywane są przy użyciu sprzętu jednorazowego użytku. Używany w oddziałach sterylny materiał opatrunkowy poddawany jest procesowi sterylizacji w Centralnej Sterylizatorni Szpitala, gdzie każdy proces sterylizacji jest monitorowany, a jego skuteczność jest dokumentowana. Protokoły pokontrolne nie stwierdziły odstępstw od obowiązujących procedur. Zespół prowadzi bieżący nadzór nad stanem epidemiologicznym oddziałów, prowadzi nadzór nad prawidłową izolacją pacjentów ze względów epidemiologicznych. Monitoruje i analizuje zasady racjonalnej antybiotykoterapii oraz monitoruje występowanie patogenów alarmowych. Prowadzi systematyczne szkolenia z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz systematyczne kontrole z zakresu przestrzegania procedur medycznych.

Przeprowadzone w latach 2007–2008 kontrole sanitarne nie wykazały uchybień w powyższym zakresie.

W okresie pobytu powoda w pozwanym Szpitalu nie odnotowano tam pacjentów, u których przed i po tym okresie stwierdzono zakażenie gronkowcem. W placówce w okresie roku przed i po dacie szkody także nie stwierdzono przypadków zakażenia pacjentów gronkowcem. Jeśli chodzi o ogniska epidemiczne w latach 2006-2008, w placówce wystąpiło: w 2006 r. - 1 ognisko w Oddziale Kardiologicznym (rotawirusy), w 2007 r. - 2 ogniska w Oddziale Chorób Płuc (rotawirusy) i Oddziale Neurologicznym (norowirusy), w 2008 r. - 1 ognisko w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (posocznica).

Sąd ustalając pochodzenie zakażenia powoda zgodził się z wnioskami opinii sporządzonej w sprawie przez biegłych specjalistów Katedry Medycyny Sądowej U.M. w Ł. (prof. zw. dr hab. n. med. S. S. (1), prof. dr hab. n. med. M. Z., prof. nadzw. dr hab. n. med. A. P., dr. n. med. D. K., dr n. med. L. Ż. i lek. med. S. S. (2)) a za niemiarodajną uznał opinię sporządzoną w sprawie przez biegłą sądową z zakresu chorób zakaźnych i wewnętrznych lek. med. L. K. (1), która opowiedziała się za uznaniem odpowiedzialności Szpitala za zakażenie powoda gronkowcem złocistym. Z uwagi na nieuiszczenie przez powoda zaliczki na poczet wydatków związanych z dowodem z opinii U.J. C.M. w K. postanowieniem z dnia 17 września 2015 r. Sąd uchylił postanowienie dowodowe z 23 kwietnia 2015 r. i

pominał wniosek dowodowy strony powodowej. Na rozprawie w dniu 4 listopada 2015 r. Sąd oddalił również wnioski dowodowe pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego specjalisty z zakresu chorób zakaźnych.

W ocenie Sądu powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Podstawą prawną odpowiedzialności pozwanego Szpitala jest art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. W związku z tym, że kwestionował on swoją odpowiedzialność co do zasady, na powódzie spoczywał obowiązek wykazania jej przesłanek. Wbrew twierdzeniom strony powodowej, nie można przyjąć, że wypłacenie powodowi przed wszczęciem postępowania przez ubezpieczyciela Szpitala pewnych kwot tytułem zadośćuczynienia stanowiło uznanie powództwa przez pozwanego.

W niniejszej sprawie brak jest podstaw do stwierdzenia zobowiązania pozwanego z tytułu czynu niedozwolonego, gdyż nie udowodnione zostało, że szkoda i zarazem krzywda powoda w postaci skutków zakażenia gronkowcem złocistym ze wszystkimi tego konsekwencjami jest rezultatem zaniedbania pracowników pozwanego. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Powód, co jest bezsporne, doznawał i doznaje cierpienia psychicznego i fizycznego w związku z zakażeniem gronkowcem, ale pozostałe przesłanki odpowiedzialności pozwanego nie zostały udowodnione.

Z materiału dowodowego niewątpliwie wynika, że u powoda rozwinął się ropień mózgu. W sprawie nie ma jednak wystarczających dowodów, aby odpowiedzialność za powyższe przypisać pozwanemu. W tych warunkach powód winien w przede wszystkim wykazać, że do jego zakażenia gronkowcem złocistym doszło wskutek zawinionego działania personelu pozwanego (wprowadzenia bakterii do krwioobiegu powoda) lub też, że zastosowane wobec niego procedury medyczne, jako pacjenta o podwyższonym ryzyku, były niezgodne z zasadami nauk medycznych. Opinia instytutu nie wykazała nie tylko w stopniu pewnym, ale także wysoce prawdopodobnym, że powód został zainfekowany bakterią gronkowca złocistego w pozwanym Szpitalu. W jej konkluzjach specjaliści wskazali, że zgromadzony materiał dowodowy nie pozwala na określenie z całkowitą pewnością, w którym momencie doszło do zakażenia powoda gronkowcem złocistym, tym samym brak jest medycznego potwierdzenia, że nastąpiło to w okresie pobytu powoda u pozwanego. Z równym prawdopodobieństwem do zakażenia powoda mogło dojść między 18 października–7 listopada 2008 r., jak też w późniejszym okresie, przy czym zakażenie to mogło nie być związane z jakimikolwiek procedurami medycznymi. Stwierdzony w treści ropnej pobranej podczas zabiegu szczep bakterii, tj. *Staphylococcus aureus* MSSA, nie posiada cech świadczących o tym, że do zarażenia nim mogło dojść u pozwanego. Wszystkie wyniki badań wskazują na to, że gronkowiec złocisty występujący u powoda był „metacylowrażliwy” (MSSA), czym różni się o szczepów teście bakterii występujących w środowisku szpitalnym. Gronkowiec MSSA jest klasycznym gronkowcem naskórkowym, bytującym w fizjologicznej florze człowieka. Jakakolwiek choroba, załamanie układu odpornościowego, zwiększa prawdopodobieństwo translokacji flory bakteryjnej i zakażenia. Stąd nie ma wystarczających dowodów ku temu aby przyjąć, że sam proces infekcji nastąpił w trakcie pobytu powoda w szpitalu. Jakkolwiek na pierwszy rzut oka wiele wskazywać może, że zakażenie i w konsekwencji wytworzenie się ropnia miało swoje źródło w miejscu wkłucia wenflonu, jednakże opinia instytutu nie pozwala na przyjęcia takiego prostego rozumowania. Bardzo rzadko zdarza się, aby ropień na skórze poprzedzał zakażenie tkanki mózgowej. Zakażenie ośrodkowego układu nerwowego mogło powstać również z infekcji z innego miejsca, np. z uzębienia, z ropnych migdałków czy z drobnego uszkodzenia na skórze, także w czasie między pierwszym a drugim pobytom powoda na oddziale neurologicznym. W ocenie specjalistów instytutu, odczyn zapalny na skórze w następstwie wkłucia wenflonu spowodował u powoda zakażenie miejscowe, a nie uogólnione. To ostatnie mogłoby skutkować ropniem mózgu, niezależnie od podawanego antybiotyku, zaś u chorego ujawniłyby się w badaniach laboratoryjnych podwyższone parametry zapalne i wystąpienia klinicznych objawów stanu septycznego, na co nie wskazuje dokumentacja medyczna.

Z powyższą opinią nie stoją w sprzeczności zeznania świadka M. K. (1), lekarza pracującego w pozwanym szpitalu, która nie miała nigdy bezpośredniego kontaktu z powodem i opinie swoje wyrażała na podstawie dokumentacji medycznej. Jej stwierdzenie, że do zakażenia doszło podczas pobytu powoda w Szpitalu nie opierało się na medycznej analizie procesu namnażania gronkowca, a jedynie nawiązywało do stanowiska procesowego pozwanego wyrażanego

na ówczesnym etapie postępowania. Jej wypowiedź nie wskazuje także na powinność wszczęcia innej procedury antybiotykowej, czy odmiennego sposobu pielęgnacji ciała w okolicach wklucia. Nawet więc gdyby założyć, że źródłem zakażenia powoda było to miejsce, i że tam właśnie doszło do przeniknięcia gronkowca z powłok skórnych, to ryzykiem rozwoju zakażenia w sposób atypowy, świadek i tak obciążyla powoda. Ogólna wymowa tych zeznań była taka, że Szpital nie mógł zapobiec powstaniu ropnia i miały one w istocie charakter opiniujący a nie faktograficzny.

Materiał dowodowy zebrany w sprawie nie wskazuje również na niewłaściwe zastosowanie wobec powoda przez personel pozwanego procedur medycznych, tj. niezachowanie szczególnych środków ostrożności wobec pacjenta o podwyższonym ryzyku zakażenia. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i prawie medycznym poglądem, szpital jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia (art. 355 k.c.). 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. Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności. W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminują możliwość zakażenia innymi chorobami.

Powód bezspornie przyjęty został na Oddział po udarze niedokrwiennym mózgu, w stanie upojenia alkoholowego, w trakcie wywiadu ustalono schorzenia towarzyszące: cukrzycę typu II, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię. Włączone przez personel leczenie farmakologiczne – na co wskazali w specjaliści instytutu w sporządzonej opinii – było w pełni dostosowane do stanu klinicznego pacjenta oraz schorzeń, na które cierpiał przewlekłe. Jakkolwiek cukrzyca i stan po udarze niedokrwiennym mózgu zwiększały ryzyko zakażenia u powoda, to nie wymagały zastosowania wyjątkowych środków ostrożności. Spekulacje strony powodowej o konieczności przeprowadzenia u powoda szerszego wywiadu, położenia w izolatce czy wdrożeniu innego rodzaju antybiotykoterapii, nie znajdują potwierdzenia w żadnych procedurach czy przepisach. W przypadku powoda przestrzegano standardowych procedur chroniących przed zakażeniem, stosowano codzienną pielęgnację wkluć, były one w odpowiednim czasie zmieniane. Sam stan powoda, w jakim znajdował się on przy przyjęciu na Oddział, był czynnikiem sprzyjającym spadkowi odporności i mógł uwolnić rozsiew bakterii.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy potwierdził, że leczenie powoda i zastosowane wobec niego procedury były prawidłowe i zgodne z zasadami wiedzy medycznej. Szpital nie może więc odpowiadać za okoliczności i zdarzenia, za które odpowiedzialności nie ponosi, na które nie miał wpływu i które były od niego niezależne lub działały się poza nim.

Jednocześnie Sąd Okręgowy zważył, że nawet gdyby założyć, że proces infekcyjny u powoda rozpoczął się w trakcie jego pobytu w Szpitalu, to odpowiedzialność pozwanego byłaby wyłączona z uwagi na brak związku przyczynowego między przedostaniem się bakterii do krwioobiegu pacjenta a niewłaściwą opieką ze strony personelu pozwanej jednostki. W świetle art. 361 § 1 k.c. nie jest co prawda wymagane istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pozwanego, a szkodą powstałą u powoda, jako „przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej”. Za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła, należy też uznać takie, które mają charakter pośredni. Do zaistnienia adekwatnego związku przyczynowego wystarczające jest bowiem ustalenie ciągu zdarzeń, w którym jedno z nich jest koniecznym warunkiem „przyczyną wystąpienia następnego. Konieczne jest, by powiązania pomiędzy poszczególnymi wydarzeniami były normalne, tzn. typowe, oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a nie będące rezultatem jakiegoś zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności. Wskazać też należy, że istnienie związku przyczynowego zwłaszcza, gdy chodzi o zdrowie ludzkie nie zawsze da się ustalić z pewnością wykluczającą wszelkie wątpliwości. Tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste. Dowód taki nie wystarcza, w razie wykazania okoliczności uprawdopodobniającej inną przyczynę zakażenia. W realiach rozpoznawanej sprawy

niemożliwe było ustalenie w sposób pewny, gdzie i kiedy doszło u powoda do zakażenia gronkowcem złocistym. Stopień prawdopodobieństwa, że do zakażenia u powoda doszło w czasie hospitalizacji u pozwanego jest zbyt niski.

Materiał dowodowy zebrany w sprawie nie wskazuje, aby stan sanitarny Oddziału, w którym przebywał powód, jak również stosowane przez personel medyczny procedury w zakresie przestrzegania zasad higieny (pielęgnacji wkluc) cechowały nieprawidłowości, które chociażby teoretycznie mogły zwiększyć prawdopodobieństwo zakażenia powoda. Przeciwnie – wyniki przeprowadzanych kontroli Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego wskazują na brak takich uchybień, które pozwoliłyby uznać, że pozwany szpital nie uczynił zadość normom w zakresie sterylizacji i dezynfekcji. Jak wynika z opinii instytutu powód był pacjentem wysokiego ryzyka rozwoju zakażenia, jednak w pozwanym Szpitalu nie dopuszczono się żadnych zaniedbań w zakresie sprawowanej opieki medycznej. Biegli w istocie wykluczyli możliwość zakażenia powoda bakterią gronkowca na skutek ewentualnych nieprawidłowości w tej mierze.

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. 444 § 1 k.c. i art. 445 § 1 k.c. a przeprowadzenie dowodów na te okoliczności było bezprzedmiotowe. W konsekwencji powyższego rozstrzygnięcia, nieprzydatnym okazał się dowód z opinii biegłego z zakresu psychologii B. B. przeprowadzony na okoliczność następstw zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Jedynie marginalnie zauważyć można, że wysokość roszczenia odszkodowawczego nie została w żaden sposób wykazana.

Na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Sąd w oparciu o art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przepis ten urzeczywistnia zasadę słuszności i jest wyjątkiem od obowiązującej zasady odpowiedzialności za wynik procesu. W art. 102 k.p.c. ustawodawca odwołuje się do pojęcia "wypadków szczególnie uzasadnionych". Do szeregu okoliczności, które powinny być brane pod uwagę w takiej sytuacji należą przede wszystkim fakty związane z przebiegiem procesu. W niniejszej sprawie, odstępując od obciążania powoda zwrotem kosztów procesu na rzecz strony pozwanej, Sąd miał na uwadze trudną sytuację życiową, w jakiej znalazł się powód, charakter przedmiotowej sprawy oraz subiektywne przekonanie w/w o zasadności powództwa. Obciążenie powoda kosztami procesu byłoby dla niego zbyt uciążliwe i mogłoby znacznie pogorszyć jego trudną sytuację osobistą i majątkową.

Z uwagi na uchylenie wyroku zaocznego z dnia 1 grudnia 2010 r. i oddalenie powództwa w całości, konieczne stało się rozstrzygnięcie wniosku pozwanego o zwrot spełnionego świadczenia w zakresie kwoty 103.330 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 marca 2010 r. do 19 grudnia 2010 r. Zgodnie z art. 338 § 1 k.p.c., uchylając lub zmieniając wyrok, któremu nadany został rygor natychmiastowej wykonalności, sąd na wniosek pozwanego orzeka w orzeczeniu kończącym postępowanie o zwrocie spełnionego lub wyegzekwowanego świadczenia lub o przywróceniu poprzedniego stanu. W ocenie Sądu Okręgowego wniosek pozwanego niewątpliwie znajdował uzasadnienie w obowiązku nałożonym wyrokiem zaocznym, któremu z urzędu nadano rygor natychmiastowej wykonalności. W jego wykonaniu pozwany bezspornie uiścił na rzecz powoda kwotę 103.330 zł. Dlatego, wobec oddalenia powództwa w całości, wniosek o zwrot spełnionego świadczenia w zakresie należności głównej zasługiwał na uwzględnienie. Został on natomiast oddalony przez Sąd w części obejmującej odsetki, albowiem w ramach przepisu o nienależnym świadczeniu, będącym podstawą rozstrzygnięcia w tym zakresie, nie mieści się żądanie zapłaty odsetek. Przeświadczenie strony, egzekwującej świadczenie zasądzone natychmiast wykonalnym wyrokiem, o tym, że należy się jej ono, wyłącza jej złą wiarę i obowiązek naprawienia szkody przekraczającej wartość wyegzekwowanego świadczenia, ale nie zwalnia z obowiązku zwrotu wyegzekwowanego świadczenia jako nienależnego, gdy odpadła podstawa tego świadczenia wskutek oddalenia powództwa (art. 410 § 2 k.c.).

Apelację od tego wyroku złożył powód, który zaskarżył rozstrzygnięcie w części, tj. co do punktu 1 i 3, zarzucając naruszenie następujących przepisów prawa materialnego i procesowego:

1. art. 233 § 1 k. p. c. w zw. z art. 6 k. c. i art. 232 k. p. c. przez dowolną ocenę dowodów polegającą na zaniechaniu wszechstronnej analizy materiału dowodowego w sprawie i prowadzącą do przyjęcia, że:

- w niniejszej sprawie brak jest podstaw do stwierdzenia zobowiązania pozwanego z tytułu czynu niedozwolonego, gdyż nie udowodniono, że szkoda i zarazem krzywda powoda w postaci przejścia zakażenia gronkowcem złocistym ze wszystkimi tego konsekwencjami jest rezultatem czynności pracowników pozwanego Szpitala wobec jego osoby;
- w stosunku do twierdzących uruchomiono zasadę dowodową, o której traktuje art. 6 k.c.;
- nie można przyjąć, że wypłacenie powodowi przed wszczęciem postępowania przez ubezpieczyciela Szpitala pewnych kwot tytułem zadośćuczynienia stanowiło uznanie powództwa przez pozwanego,
- pozostałe przesłanki (za wyjątkiem doznanych przez powoda cierpień psychicznych i fizycznych w związku z zakażeniem gronkowcem) nie zostały w ocenie Sądu w niniejszej sprawie przez stronę powodową udowodnione;
- w sprawie nie ma jednak wystarczających dowodów, aby odpowiedzialność za powyższe (tj. zakażeniem powoda gronkowcem złocistym) przypisać pozwanemu;
- ze względu na treść stawianych zarzutów powód winien przede wszystkim wykazać zaistnienie zdarzenia wywołującego szkodę (i krzywdę) w związku z pobytem na Oddziale(...), tj. że do zakażenia gronkowcem złocistym doszło wskutek zawinionego działania personelu pozwanego (wprowadzenie bakterii do krwiobiegu powoda) lub też, że zastosowane procedury medyczne wobec powoda, jako pacjenta o podwyższonym ryzyku, były niezgodne z zasadami sztuki medycznej;
- opinia (specjalistów z Katedry Medycyny Sądowej U.M. w Ł.) nie wykazała nie tylko prawdziwości, ale także wysokiego prawdopodobieństwa, z powód został zainfekowany bakterią gronkowca złocistego w pozwanym Szpitalu. W jego konkluzjach specjaliści wskazali, że zgromadzony materiał nie pozwala na określenie z całkowitą pewnością, w którym momencie doszło do zakażenia powoda gronkowcem złocistym a tym samym brak jest dowodów, że nastąpiło to w okresie pobytu powoda w Szpitalu, z równym prawdopodobieństwem do jego zakażenia mogło dojść między 18 października a 7 listopada 2008 roku, jak też w późniejszym okresie, przy czym zakażenie to mogło nie być związane z jakimkolwiek procedurami medycznymi;
- nie ma wystarczających dowodów na przyjęcie, że sam proces infekcji nastąpił w trakcie pobytu powoda w Szpitalu;
- jakkolwiek na pierwszy rzut oka wiele wskazywać może, że zakażenie i w konsekwencji wytworzenia się ropnia miało swoje źródło w miejscu wkłucia wenflonu, jednakże opinia instytutu nie pozwala na przyjęcie takiego prostego rozumowania;
- zakażenie ośrodkowego układu nerwowego mogło powstać również w następstwie infekcji w innym miejscu, np. uzębieniu, na ropnych migdałkach czy z drobnego uszkodzenia na skórze, także w czasie między pierwszym a drugim pobytem powoda na Oddziale Neurologicznym;
- odczyn zapalny na skórze w następstwie obecności wenflonu spowodował u powoda zakażenie miejscowe a nie ogólne;
- z opinią biegłych z Katedry Medycyny Sądowej U.M. w Ł. nie stoją w sprzeczności zeznania świadka M. K. (1);
- świadek M. K. (1) nie miała nigdy bezpośredniego kontaktu z powodem;
- świadek M. K. (1) nie wskazała na uchybienia Szpitala,
- materiał dowodowy zebrany w sprawie nie wskazuje również na niewłaściwe zastosowanie przez personel pozwanego procedur medycznych wobec powoda, tj. niezachowanie szczególnych środków ostrożności wobec pacjenta o podwyższonym ryzyku;
- u powoda przestrzegano standardowych procedur chroniących przed zakażeniem;

- nie było podstaw, aby uznać, że zdarzenie polegające na zakażeniu powoda bakterią gronkowca nastąpiło w trakcie pobytu w pozwanym Szpitalu, ponieważ strona powodowa nie wykazała żadnej z tych okoliczności;

- zgromadzony w sprawie materiał dowodowy prowadzi do wniosku, że leczenie i zastosowanie procedur względem powoda było prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy medycznej i bez uchybień;

- nawet gdyby założyć, że proces infekcji u powoda rozpoczął się w trakcie jego pobytu w szpitalu, to odpowiedzialność pozwanego byłaby wyłączona z uwagi na brak związku przyczynowego między przedostaniem się bakterii do krwiobiegu pacjenta, a niewłaściwą opieką ze strony personelu pozwanego Szpitala;

- materiał dowodowy zebrany w sprawie nie wskazuje, aby stan sanitarny oddziału, na którym przebywał powód, jak również stosowane przez personel medyczny procedury w zakresie przestrzegania zasad higieny cechowały nieprawidłowością, które chociażby teoretycznie mogły zwiększyć prawdopodobieństwo zakażenia powoda;

- opinia sporządzoną przez biegłą sądową z zakresu chorób zakaźnych i wewnętrznych lek. med. L. K. (1) jest niemiernodajna, nie przemawia za uznaniem odpowiedzialności Szpitala za zakażenie powoda gronkowcem złocistym, zaś jej pochopne i nieuzasadnione wnioski bazowały głównie na przypuszczeniach strony powodowej oraz nie odniosła się ona w wystarczającej mierze do zgromadzonej w aktach dokumentacji medycznej;

2. naruszenie art. 5 k. c. i art. 6 k. c. w związku z art. 232 k. p. c. poprzez poczynienie ustaleń szczegółowo wymienionych w poprzednim punkcie apelacji;

3. naruszenie art. 233 k. p. c. i art. 328 § 2 k. p. c. poprzez brak analizy i nie odniesienie się w uzasadnieniu wyroku do faktów wskazujących, że:

a) pozwany w trakcie postępowania likwidacyjnego zakwalifikował i zatwierdził zakażenie jako szpitalne;

b) M. K. (1) pełniąca u pozwanego funkcję kierownika zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych zeznała, że to podczas pobytu powoda w szpitalu doszło do zakażenia oraz miało ono związek z wykonywaniem zabiegów wkłucia obwodowego;

c) ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej oraz zeznań świadków jednoznacznie wynika, że w dniu 28 października 2008 roku, gdy w pełni wytworzył się czop ropny, przeniesiono wenflon na drugie przedramię powoda a wymazu nie zrobiono, chociaż istniał materiał na jego pobranie na końcówce wenflonu a ponadto przyjęcie, że:

- zgromadzony w sprawie materiał dowodowy prowadzi do wniosku, że leczenie i zastosowanie procedur względem powoda było prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy medycznej i bez uchybień;

- nawet gdyby założyć, że proces infekcji u powoda rozpoczął się w trakcie jego pobytu w Szpitalu, to odpowiedzialność pozwanego byłaby wyłączona z uwagi na brak związku przyczynowego między przedostaniem się bakterii do krwiobiegu pacjenta a niewłaściwą opieką ze strony personelu pozwanego;

- materiał dowodowy zebrany w sprawie nie wskazuje, aby stan sanitarny Oddziału, na którym przebywał powód, jak również stosowane przez personel medyczny procedury w zakresie przestrzegania zasad higieny cechowały nieprawidłowością, które chociażby teoretycznie mogły zwiększyć prawdopodobieństwo zakażenia powoda;

- opinia sporządzoną przez biegłą sądową z zakresu chorób zakaźnych i wewnętrznych jest niemiernodajna, nie przemawia za uznaniem odpowiedzialności Szpitala za zakażenie powoda gronkowcem złocistym, zaś jej pochopne i nieuzasadnione wnioski bazowały głównie na przypuszczeniach strony powodowej, nie odniosła się też ona w wystarczającej mierze do zgromadzonej w aktach dokumentacji medycznej;

3. naruszenie art. 233 k. p. c. i art. 328 § 2 k. p. c. poprzez pominięcie okoliczności wskazanych we wcześniejszym punkcie apelacji;

4. naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, to jest:

a) przesłuchania świadka L. C. oraz świadków E. B. i T. B., z których wynika, że czynności wykonane przez personel pozwanego wobec powoda wskazują na szereg zaniedbań;

b) przesłuchania świadka M. K. (1), który wskazał, że zakażenie powoda miało związek z wykonywaniem zabiegów wkłucia obwodowego;

c) wniosków zawartych w opinii biegłej sądowej L. K. (1) oraz biegłej sądowej A. G.;

5. naruszenie art. 6 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie i uznanie, iż w niniejszej sprawie brak jest podstaw do stwierdzenia zobowiązania pozwanego z tytułu czynu niedozwolonego;

6. naruszenie przepisu art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. i art. 355 k.c. poprzez jego niezastosowanie w sytuacji, gdy:

a) uznać należało że czynności wykonane przez personel pozwanego wobec powoda wskazują na szereg zaniedbań, a co za tym idzie z całą pewnością leczenie i zastosowanie procedur względem powoda było nieprawidłowe;

b) zawinione działanie pracowników pozwanego doprowadziło do zakażenia powoda gronkowcem złocistym;

7. naruszenie art. 217 k.p.c., 227 k.p.c. i 232 k.p.c. przez oddalenie wniosku dowodowego zawartego w piśmie z dnia 31 sierpnia 2015 roku zmierzającego do wydania nowej opinii oraz wniosku zgłoszonego na rozprawie w dniu 4 listopada 2015 roku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego specjalisty z zakresu chorób zakaźnych celem wydania opinii w przedmiocie: „jaki jest stopień prawdopodobieństwa, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło u pozwanego”;

8. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez pominięcie w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku podstawy prawnej oddalenia wniosków dowodowych powoda, tj. wniosku dowodowego z dnia 31 sierpnia 2015 roku oraz wniosku zgłoszonego na rozprawie w dniu 4 listopada 2015 roku.

Wskazując na powyższe zarzuty, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 141.330 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 marca 2010 roku do dnia zapłaty a ponadto zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania za I i II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Pozwany w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie na jego rzecz od skarżącego kosztów procesu odwoławczego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda jest niezasadna.

Fundamentalne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy ustalenia faktyczne Sądu I instancji dotyczące przebiegu zakażenia powoda oraz rodzaju i prawidłowości czynności leczniczych podejmowanych wobec niego przez personel pozwanego są (poza jednym ich fragmentem, o którym mowa będzie w kolejnych partiach tego uzasadnienia) logiczne, spójne i należyście powiązane z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, dlatego w zasadniczym ich zrzębie Sąd Apelacyjny uznał je za integralny składnik własnej argumentacji.

Odnosząc się na wstępie do obszernie artykułowanych w apelacji zarzutów przekroczenia w skarżonym orzeczeniu granic swobodnej oceny dowodów, podkreślić należy, w ślad za wielokroć już przytaczanym poglądem judykatury, że jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby

w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo- skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. S.N. w wyroku z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, Lex nr 56906).

Sąd Apelacyjny procedując w warunkach apelacji pełnej dokonał ponownej analizy zebranego materiału dowodowego i uzupełnił go o dodatkowe wyjaśnienia zespołu opiniującego w niniejszej sprawie, badając m.in. datowanie zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Niewątpliwie bowiem powód przed 18.10.2008 r., kiedy doznał udaru mózgu, nie wykazywał jakichkolwiek oznak świadczących o rozwijającym się w jego organizmie zakażeniu wywołanym przez bakterie gronkowca złocistego, nie sposób więc zakładać, że w stopniu wysoce prawdopodobnym mogło się ono rozwinąć, z jakichkolwiek przyczyn (leczenie stomatologiczne, angina itp.) przed powyższą datą. Z drugiej strony pierwsze ślady procesu infekcyjnego trwającego w łożu poudarowej, którego finalnym efektem był otorbiony ropień mózgu powoda, widoczne były już w początkach grudnia 2008 r. a postać wiarygodnego rozpoznania (diagnozy) przyjęły w okresie 4-14.12. 2008 r., kiedy po kolejnych badaniach i konsultacjach powód został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Reasumując, zakażenie organizmu powoda, z prawdopodobieństwem wysokim, może być wiązane z okresem 18.10- 4.12.2008 r. , w którym powód spędził poza szpitalami zaledwie 17 dni (7- 24.11.2008 r.), zaś 35 dni (18.10- 7.11 i 24.11- 14.12. 2008 r.) przebywał w pozwanej placówce.

Biegli opiniujący w ramach instytutu już w opinii głównej (k. 357) przyznawali, że do zakażenia powoda z równym (połowicznym) prawdopodobieństwem mogło dojść u pozwanego jak też w innych miejscach. Wysłuchani po raz kolejny na etapie postępowania apelacyjnego zgodzili się jednak, że zainicjowanie zakażenia najprawdopodobniej miało miejsce po 18.10.2008 r. (nagranie z rozprawy dnia 26.10.2016 r., znaczniki czasowe od 00:08:17 do 00:19:48); jeżeli konkluzję tej treści powiąże się z długotrwałością pobytu powoda w pozwanym Szpitalu i brakiem jakichkolwiek przesłanek wskazujących na inne okoliczności i lokalizację zakażenia, należy uznać, że prawdopodobieństwo rozpoczęcia się przedmiotowej infekcji w okresie leczenia powoda u pozwanego jest wysokie w stopniu graniczącym z pewnością. W tych warunkach podważane w apelacji powoda niestanowcze stwierdzenie zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, że apelujący nie wykazał swojego zakażenia w trakcie hospitalizacji u pozwanego (por. k. 760) zostało ocenione przez Sąd odwoławczy jako błędne, co jeszcze nie pozwala na obciążenie pozwanego odpowiedzialnością za szkodę, która niewątpliwie dotknęła powoda.

Specyfika dowodzenia przyczynowości szkody w tzw. procesach lekarskich i szerokie stosowanie dowodu prima facie nie pozwala bowiem w zupełności oderwać oceny takich spraw od kwestii zawinionego (bezprawnego) zachowania personelu szpitalnego oraz obiektywnego przebiegu procesu chorobowego.

W tym miejscu przyznać trzeba, że w starszym orzecnictwie przekonanie o wystarczającym dla ustalenia odpowiedzialności szpitala uprawdopodobnieniu, że do zakażenia doszło w trakcie prowadzonego w nim leczenia (tak np. S.N. w wyroku z dnia 17 czerwca 1969 r., (...)) było powszechne, zaś jego obecność w nowszej judykaturze, chociaż rzadsza, jest ciągle zauważalna (por. S.A. w R. w wyroku z dnia 23 sierpnia 2012 r., I A Ca 693/11, Legalis nr 698010).

Z drugiej strony w ostatnich latach przewagę zyskał jednak pogląd, aprobowany także przez niniejszy Sąd, wedle którego konieczne jest przynajmniej przybliżone określenie charakteru bezprawnego zachowania anonimowego członka personelu medycznego jako wysoce prawdopodobnej przyczyny szkody. Nasilenie owego prawdopodobieństwa nie może więc być mierne, czy nawet średnie, ale powinno oscylować wokół prawdopodobieństwa znacznego, bo tylko takie może być uznane za prawnie istotne. W przywołanym przez powoda w jego piśmie z dnia 26 listopada 2016 r. (k. 856) wyroku S.N. z dnia 23 marca 2007 r., V CSK 477/06, zakwestionowano np. (w ślad za sądami obu instancji) stopień prawdopodobieństwa zakażenia powoda przez personel medyczny pozwanego określony przez biegłych na 40- 50 %, zaś aktualne orzecznictwo jest w tej materii podobnie lub bardziej wymagające.

Zindywidualizowany katalog potencjalnych zaniedbań pracowników pozwanego nie został w niniejszej sprawie nakreślony szeroko. Powód wskazywał przede wszystkim na wprowadzenie do jego organizmu bytującej na skórze bakterii gronkowca złocistego w trakcie próby uzyskania materiału na wymaz, kiedy pielęgniarka pozwanego miała wycisnąć ogniska ropy powstałe wokół wenflonu. Pozwany zaprzecza, aby podobne zdarzenie miało miejsce, zaś jedynym dowodem mającym potwierdzić takie zachowanie są zeznania osób bezpośrednio zainteresowanych treścią rozstrzygnięcia, a mianowicie powoda (k. 727) i jego żony (oraz pełnomocnika) L. C. (k. 117v.). Zeznająca w charakterze świadka M. K. (1), lekarz zatrudniony w pozwanym Szpitalu, przyznała z kolei, że do wprowadzenia bakterii doszło w następstwie wkłucia obwodowego (zob. k. 127), chociaż nie wyjaśniła bliżej na czym oparła swoje przekonanie. Nie podważając zasadniczo innych zeznań powyższych świadków, trudno jednak zgodzić się z zawartymi w nich opiniami na temat źródła i sposobu zakażenia powoda.

Bakterie gronkowca złocistego w postaci nieantybiotykoopornej należą niewątpliwie do kategorii flory występującej nie tylko na skórze ale także w jelitach człowieka. Istnienie jej w warunkach stabilnej odporności danego organizmu jest czynnikiem obojętnym dla funkcjonowania człowieka. Dopiero całkowite lub częściowe zniesienie bariery immunologicznej doprowadza do swobodnego namnażania bakterii i staje się czynnikiem chorobowym (por. wyjaśnienia biegłych na rozprawie apelacyjnej znaczniki czasowe od 00:43:18 do 00:51:19). Bakteria ta może również występować w krwioobiegu, nie dając uogólnionych wykładników zakażenia przed osłabieniem odporności pacjenta z innych przyczyn. Biegli opiniujący w sprawie dość jednoznacznie wskazali właśnie na krwiopochodny charakter zjawisk, które doprowadziły do powstania zakażenia ropnego w mózgu powoda.

Zakażenie gronkowcem złocistym w trakcie leczenia szpitalnego jest zjawiskiem częstym i nie zawsze zawinionym. Liczna grupa tego typu przypadków klasyfikowana jest bowiem jako powikłania lub tzw. zdarzenia niepożądane, których nie da się uniknąć nawet w prawidłowo diagnozowanych i leczonych procesach chorobowych.

W tym miejscu zgodzić się trzeba z poglądem, wedle którego, „jeżeli zebrany materiał dowodowy nie wykazał, że przyczyną zakażenia powoda gronkowcem złocistym było jakieś bliżej zindywidualizowane zaniedbanie personelu medycznego, mogły bowiem pojawić się także inne przyczyny takiego zagrożenia, tj. utrata właściwej odporności przez powoda związana z jego ogólnym stanem zdrowia, to nie można zakładać, że zakażenie pacjenta w szpitalu w trakcie leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego” (tak S.N. w wyroku z dnia 14 stycznia 2016 r., I CSK 1031/14, Legalis nr 1433120, por. także S.A. w L. w wyroku z dnia 6 listopada 2013 r., I A Ca 429/13, L.).

Bezspornie powód, jako osoba cierpiąca na cukrzycę, jeszcze przed udarem zaliczał się do grupy osób szczególnie podatnych na zakażenia bakteryjne i podatność ta wzrosła niewspółmiernie w następstwie kolejnych schorzeń oraz towarzyszącego im dodatkowego osłabienia bariery immunologicznej; wpływ na odporność powoda miała także jego niezgoda (wyrażonej dnia 3.11.2008 r.) na wdrożenie intensywnej insulinoterapii.

Biegli opiniujący w ramach instytutu, na których opinii oparły się ostatecznie Sądy obu instancji, rzetelnie i dokładnie przeanalizowali w kolejnych edycjach swojej ekspertyzy katalog i znaczenie poszczególnych czynników, które mogły zainicjować przedmiotową infekcję. Argumentując swoje stanowisko w trakcie pierwszej wideokonferencji przeprowadzonej w Sądzie Okręgowym dnia 18 lutego 2015 r. (k. 552- 557) jeden z nich (prof. S. S.) wyjaśnił podsumowująco, że po uwzględnieniu przebiegu terapii, szybkości wystąpienia zmian, braku wykładników laboratoryjnych uogólnionego zakażenia, nie można jednoznacznie przyjąć, że ropień mózgu powoda był związany z odczynem zapalnym jego skóry po wkłuciu wenflonu. Z kolei już na etapie postępowania odwoławczego biegli konsekwentnie wskazywali na niskie prawdopodobieństwo zakażenia prowadzącego do ropnia mózgu poprzez wkłucie obwodowe, szacując je na nie więcej, niż 10 % (por. wyjaśnienia na rozprawie apelacyjnej, znaczniki czasowe od 00:51:19 do 00:52:01), co znacząco nie odbiega od danych przytoczonych przez powoda w ślad za jednym z opracowań specjalistycznych (k. 582), gdzie prawdopodobieństwo zakażenia krwi w następstwie stosowania cewników donaczyniowych określono na ok. 15 %.

Biegli podkreślili ponadto realność innych mechanizmów zakażenia, jak chociażby możliwość samoistnego uruchomienia infekcji w łożu poudarowej na pożywcze zalegającej tam zniszczonej tkanki mózgowej, w czym uczestniczyć mogły drobnoustroje bytujące w organizmie powoda i czemu sprzyjać mógł niezadowolający stan jego odporności. Powstaniu podobnych zagrożeń pozwany nie mógł skutecznie przeciwdziałać (nierealne jest bowiem zaaplikowanie choremu leków chroniących go w takiej sytuacji przed wszystkimi drobnoustrojami). Biegli nie dopatrzili się także w postępowaniu pozwanego (jego personelu medycznego), stosowanych przez niego procedurach i metodach leczenia jakichkolwiek nieprawidłowości, które sprzyjać mogły infekcji powoda; odnieśli się przy tym do całego materiału procesowego (por. k. 446- 468), w tym informacji o zakażeniach (k. 357) oraz podważyli zasadność wniosków końcowych opinii biegłej L. K..

Sąd Apelacyjny przychylił się w tych warunkach do wniosków zespołu opiniującego zawartych w jego opinii pisemnej i dalszych wyjaśnieniach, dostrzegając ich fachowość, udział w pracach zespołu licznej grupy legitymujących się wysokim autorytetem przedstawicieli środowiska profesorskiego, uzupełniające się kompetencje poszczególnych ekspertów, logikę i stanowczość prezentowanego w opinii stanowiska oraz jego należyte powiązanie z treścią materiału dowodowego. Powód kwestionując opinię tego zespołu w zastrzeżeniach do niej nie przedstawił argumentów osłabiających jej wymowę.

W szczególności nie można uznać, że wnioski instytutu osłabia opinia biegłej w zakresie chorób zakaźnych L. K. (1). Stwierdzono w niej co prawda ogólnie (k. 626), że „w stosunku do powoda nie dołożono należytej staranności postępowania w przypadku wystąpienia odczynu zapalnego, biorąc pod uwagę, że był pacjentem wysokiego ryzyka”, ale biegła nie sprecyzowała, czym owe zaniechanie pozwanego (lub błędnie stosowane zabiegi medyczne) się przejawiało. W odpowiedzi na zastrzeżenia pozwanego biegła wyjaśniła (k. 357), że „nie upiera się przy twierdzeniu, iż personel rażąco nie przestrzegał zasad aseptyki, ale niestety musiało to nastąpić, gdyż takie zakażenia dość często mają miejsce w szpitalach”. Konstrukcja tej tezy wskazuje na przyjęcie przez biegłą założenia, że skoro do zakażenia doszło w pozwanym Szpitalu, to jedynym źródłem infekcji (szkody powoda) mogło być „rażące nieprzestrzeganie zasad aseptyki” (co nie jest bynajmniej oczywiste). Widoczne w analizowanej wypowiedzi uproszczenia, którym towarzyszy osłabiająca stanowczość opinii deklaracja, że biegła nie posiada „większej wiedzy, jak mogło dojść do zakażenia” nie pozwalają uznać tego dowodu za wartościowy.

Zachowuje aktualność już od lat wyrażane w orzecznictwie przekonanie, że opinia biegłego podlega ocenie na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania i stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. S.N. w wyroku z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, L. i w wyroku z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00 a ponadto S.A. w K. w wyroku z dnia 14 stycznia 2014 r., I A Ca 1348/13, Legalis nr 1093117 i S.A. w Ł. w wyroku z dnia 3 czerwca 2014 r., I A Ca 1949/13, L.). Oceniana przy użyciu tych kryteriów opinia w/w biegłej jawi się jako: dotknięta wadami analizy i motywowania oraz niestanowcza.

Apelacja powoda podkreśla treść wypowiedzi przedstawicieli personelu medycznego pozwanego, które mają uzasadniać jego odpowiedzialność za przedmiotową szkodę, czego przykładem ma być wystąpienie dyrektora pozwanego lek. med. W. M.. Przyznał on jedynie, że do zakażenia powoda doszło pomimo przestrzegania odpowiednich procedur i prawidłowego leczenia, a więc w żaden sposób nie potwierdził winy pozwanego. Z kolei wspomniany już świadek M. K. wyraziła opinię, że zakażenie miało związek z wykonaniem wkłucia obwodowego, ale nie przedstawiła jakichkolwiek argumentów na jego poparcie; nic też nie wskazuje, aby świadek ten, stykając się pośrednio z problemem dokonywał jakiegokolwiek głębszej analizy ocenianej kwestii. Niewątpliwie na wczesnym etapie postępowania niektórzy przedstawiciele personelu medycznego Szpitala i jego ubezpieczyciel nie wykluczali własnej odpowiedzialności za szkodę powoda, ale na tej podstawie nie sposób budować w niniejszym procesie przekonania o jakichś ukrytych i nieujawnionych w nim przesłankach odpowiedzialności pozwanego. Strona może bowiem zmieniać swoje stanowisko procesowe w miarę gromadzenia materiału dowodowego i pogłębiania własnej wiedzy o danym problemie. W tych warunkach nie można także przypisać istotnego znaczenia procesowego początkowym zamiarom

pozwanego zaspokojenia części roszczeń powoda, które należy raczej traktować jako pojedyncze gesty zapobiegające szybkiemu przeniesieniu sporu na grunt sądowy, bez zbadania niejednoznacznego tła faktycznego sprawy.

Mając na uwadze powyższe, ocenić należy jako niezasadny także zarzut naruszenia art. 217, 227 i 232 k.p.c. sformułowany w kontekście oddalenia wniosku powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego instytutu, a mianowicie C. M. U.J. w K. na okoliczności wcześniej już roztrząsane przez zespół opiniujący z U.M. w Ł.. Niewątpliwie samo niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych (tak S.N. w wyroku z dnia 6 października 2009 r., II UK 47/09, Legalis nr 288243), zaś wykazywanie okoliczności, uzasadniających powołanie kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony, która powinna określić błędy, sprzeczności lub inne wady kwestionowanej opinii, które ją dyskwalifikują lub ewentualnie uzasadniają powołanie dodatkowych opinii (por. S.N. w wyroku z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Legalis nr 285249). Skoro okoliczności niniejszej sprawy zostały dostatecznie wyjaśnione, również w ramach postępowania odwoławczego, a sprzeczności w materiale dowodowym usunięte w drodze eliminacji dowodów uznanych za niemiarodajne, to postulowana przez powoda kontynuacja postępowania dowodowego prowadziłyby jedynie do nieuzasadnionego odwleczenia momentu wydania prawomocnego wyroku.

Końcowo odnosząc się do zarzutu obrazy art. 232 zd. 2 k.p.c., zgodzić się należy z poglądem, że jedynie w wyjątkowych wypadkach dopuszczenie dowodu z urzędu może zostać uznane za obowiązek, którego naruszenie jest uchybieniem procesowym (zob. S.N. w wyroku z dnia 14 grudnia 2000 r., I CKN 661/00, Legalis nr 210851). W szczególności nie dotyczy to sytuacji, gdy strona reprezentowana jest przez pełnomocnika. Należy jednocześnie zauważyć, że przewidziane w analizowanym przepisie uprawnienie sądu do dopuszczenia określonego dowodu z urzędu pozostaje uprawnieniem procesowym w toku całego postępowania dowodowego (także w postępowaniu apelacyjnym) i nie może przekształcić się w procesowy obowiązek sądu (vide: wyrok S.N. z dnia 17 kwietnia 2008 r., I CSK 79/08, Legalis nr 150524).

Sąd Apelacyjny nie dostrzega także przesłanek naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie w uzasadnieniu skarżonego wyroku procesowych podstaw oddalenia wniosków dowodowych powoda. Deficyt ten należy uznać za nieistotny, skoro strona skarżąca nie miała w apelacji problemów z określeniem podstawy prawnoprocesowej kwestionowanego postanowienia dowodowego. Zarzut obrazy powyższego przepisu, aby był skuteczny, winien przede wszystkim wskazywać na takie braki uzasadnienia, które uniemożliwiają przeprowadzenie kontroli instancyjnej orzeczenia; w niniejszej sprawie z pewnością jednak one nie zaistniały.

W tych warunkach apelacja powoda podlegała oddaleniu, o czym orzeczono na zasadzie art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania odwoławczego Sąd Apelacyjny postanowił w zgodzie z art. 102 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c., uznając, że obszernie przytoczone przez Sąd I instancji podstawy odstąpienia od obciążenia powoda kosztami procesu należnymi wygrywającemu spór pozwanemu zachowują aktualność także na etapie II instancji (zob. k. 761).

(...)