

Niniejszy dokument nie stanowi doręczenia w trybie art. 15 zzs⁹ ust. 2 ustawy COVID-19 (Dz.U.2021, poz. 1842)

Sygn. akt I ACa 728/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 lutego 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Andrzej Żelazowski
Protokolant:	Michał Góral

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 11 lutego 2022 r. w Krakowie

sprawy z powództwa J. Ś.

przeciwko (...) (...) Szpitalowi (...) (...) - Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K.

przy udziale Rzecznika Praw Pacjenta

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 28 lutego 2020 r. sygn. akt I C 1290/14

1. oddala apelację;
2. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA Andrzej Żelazowski

Sygn. akt I ACa 728/20

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 11 lutego 2022 r.

Powód J. Ś. pozwem z dnia 11 lipca 2014 r. (k. 2 – 36) skierowanym przeciwko (...) Szpitalowi (...) (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K. wniósł o:

1. zasądzenie od strony pozwanej na jego rzecz kwoty 150 000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia złożenia pozwu do dnia zapłaty, w tym kwoty 100.000,00 zł z tytułu

zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 §1 i art. 448 k.c. oraz kwoty 50.000,00 zł na podstawie art. 4 §1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

2. zasądzenie kwoty 26 192,19 zł tytułem odszkodowania, na którą to kwotę składają się:

- kwota 4 192,19 zł tytułem odszkodowania za poniesione w związku z leczeniem wydatki oraz

- kwota 22 000,00 zł tytułem odszkodowania za utracone korzyści wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia złożenia pozwu do dnia zapłaty;

3. zasądzenie kwoty 2 000,00 zł tytułem miesięcznej renty z powodu całkowitej utraty zdolności do pracy, płatnej do 10 tego każdego miesiąca poczynając od dnia następującego po złożeniu pozwu z ustawowymi odsetkami w razie każdorazowego opóźnienia w zapłacie;

4. zasądzenie kwoty 300,00 zł tytułem miesięcznej renty z powodu zwiększenia się potrzeb powoda, płatnej do 10 tego każdego miesiąca poczynając od dnia następującego po złożeniu pozwu z ustawowymi odsetkami w razie każdorazowego opóźnienia w zapłacie;

5. kwoty 500 zł tytułem miesięcznej renty z powodu zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość, płatnej do 10 tego każdego miesiąca poczynając od dnia następującego po dniu złożenia pozwu z ustawowymi odsetkami w razie każdorazowego opóźnienia w zapłacie;

6. ustalenie, że pozwany będzie odpowiedzialny w przyszłości za dalsze szkody doznane przez powoda, które mogą ujawnić się w przyszłości jako następstwa zakażenia powoda bakterią gronkowca złocistego podczas procesu leczenia w pozwanym szpitalu;

7. zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Na uzasadnienie żądania pozwu J. Ś. wskazał, iż w dniu 8 grudnia 2011 r. w czasie wykonywania prac remontowych jako konserwator, zleconych mu przez pracodawcę uległ wypadkowi przy pracy, doznając wieloodłamowego złamania dalszego końca kości piszczelowej prawej i złamania kostki bocznej prawej, skutkiem czego został w trybie pilnym przyjęty do Kliniki (...) (...) Szpitala (...) (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w K.. Podczas przeprowadzanych badań m.in. morfologii krwi wykazano, że powód nie jest zakażony bakterią gronkowca ani nie ma stanu zapalnego. Kolejno tj. w dniu 12 grudnia 2011r. powód został poddany zabiegowi operacyjnemu krwawej repozycji złamania kości typu „pilon” i stabilizacji wg AO, podczas operacji umieszczono w miejscu złamania kości płytkę AO przykręconą czternastoma śrubami. Podczas zabiegu w szpitalu panowały złe warunki szpitalne, tj. pomieszczenia i urządzenia szpitalne nie były utrzymane w należytych stanie, na ścianach widoczny był grzyb, wadliwe łóżka, niesprawne windy, nieszczelne okna, niesprawne łazienki, nadto panowały bardzo złe warunki lecznicze i sanitarne, jak zaznaczył powód dokonywano zmiany opatrunków niezgodnie z zasadami aseptyki poprzez nieużywanie rękawiczek jednorazowych.

Powód wskazał, iż z karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 27 grudnia 2011r. wynika, iż przebieg operacji był niepowikłany a rana została wygojona przez rychłozrost, a powód został wypisany do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniem kontroli w Poradni (...) (...) Szpitala (...) (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w K. w dniu 19.01.2012 r. lub w razie niepokojących dolegliwości. Jednakże w rzeczywistości w ranie pooperacyjnej pojawił się wyciek ropny i powód uskarżał się na silne bóle miejsca operowanego. Nie pobrano przy tym posiewu z rany w celu przeprowadzenia badań bakteriologicznych i ewentualnego leczenia antybiotykowego, ograniczając się jedynie do poinformowania powoda przez personel szpitala, że stan ten nie jest niepokojący. Powód w trzeciej dobie po wypisaniu go ze szpitala, zgłosił się z wyciekami ropnymi z rany pooperacyjnej, silnym bólem operowanej nogi i w stanie podgorączkowym na badanie kontrolne do Poradni (...) Szpitala (...) (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w K., przeprowadzona kontrola nie stwierdziła

jednak stanu zapalnego ani zmian klinicznych, powodowi zaaplikowano te same leki co w pozwanym szpitalu (F. oraz F. w razie bólu). Powód wskazując na przeprowadzone w dniu 12 stycznia 2012 r. badanie kontrolne zaprzeczył, aby został pobrany posiew z rany pooperacyjnej, co zostało wskazane w karcie informacyjnej. Kolejne wizyty w Poradni potwierdziły stan zapalny rany pooperacyjnej, wyciek wydzieliny lawisto surowiczej, wyciek treści ropnej z przetoki miejsca operowanego, jednakże pomimo faktu, iż powód nadal wymagał leczenia, został on skierowany przez pozwany szpital na rehabilitację polegającą na nagrzewaniu laserami miejsca operowanego. Powód w czasie rehabilitacji od personelu medycznego Szpitala (...) w K. otrzymał informację, że nie powinien odbywać teraz rehabilitacji, ze względu na utrzymujący się stan ropny kości oraz ze względu na możliwość nagrzania się materiału zespalającego kość (płytki AO i śruby). Powód wykonał na własny koszt w dniu 29 marca 2012 r. w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w K. badanie mikrobiologiczne oddając jako materiał do badania wymaz z rany pooperacyjnej, wynik badania wskazywał na zakażenie bakterią gronkowca złocistego, gdyż został wyosobniony staphylococcus aureus metycylinowrażliwy (MSSA). W dniu 4 kwietnia 2012 r. powód przedstawił lekarzowi ww. wyniki badania mikrobiologicznego, i jak podkreślił - dopiero na podstawie tych wyników badań lekarz wpisał do kartoteki informację o rozpoznaniu u niego ww. zakażenia bakterią, odporną na większość antybiotyków. W dniu 18 kwietnia 2012 r. powód został przyjęty do szpitala gdzie zdiagnozowano u niego ropny proces zapalny z przetokami, będący powikłaniem leczonego operacyjnie złamania typu „pilon” dalszych nasad podudzia prawego, wówczas wobec powoda zastosowano antybiotykoterapię zgodnie z antybiogramem uzyskując poprawę stanu miejscowego oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych, zaś leczenie farmakologiczne objęło antybiotyki przeciwbakteryjne C. (C.) oraz A.. Ponadto w wyniku przeprowadzenia dodatkowych badań - wymazu z rany goleni prawej posiew tlenowy - u powoda stwierdzono wystąpienie bakterii enterococcus faecalis (paciorkowiec kałowy). Jak zaznaczył powód - nie stwierdzono jednak zakażenia bakterią gronkowca złocistego, pomimo, że potwierdziły ten fakt badania laboratoryjne przeprowadzone z inicjatywy powoda w dniu 29 marca 2012 r. Stan powoda nadal nie uległ poprawie, a wręcz pojawił się u niego stan ropny w drugiej przetoce goleni prawej. Kolejno zdecydowano o usunięciu zespolenia, powód ponownie trafił do szpitala, gdzie przebywał od 28 czerwca 2012 r. do 5 lipca 2012 r., kiedy to zdiagnozowano u niego złamanie nasad dalszych podudzia prawego leczone operacyjnie, powikłane przedłużonym gojeniem rany z przetokami skórnymi. Zabieg usunięcia powodowi dwóch śrub ciągnących, ze względu na daleko posunięty stan zapalny tkanki podskórnej wykonano 6 sierpnia 2012 r., wówczas również postawiono diagnozę - naciek zapalny okolicy zespolenia podudzia prawego antygenemia HBs. Powód zaznaczył, iż dopiero po ponad ośmiu miesiącach od upływu pierwszej operacji w szpitalu przeprowadzono dodatkowe badanie na obecność gronkowca złocistego, w wyniku którego stwierdzono u powoda gronkowiec złocisty. Powód w odstępach od dwóch do czterech dni odbywał kontrole, podczas których stwierdzono min. „mocno przemoczony opatrunek, zapalenie, zaczerwienie skóry, treść ropną sączącą się z przetoki”. Kolejno w dniach od 19 września 2012 r. do 5 października 2012 r. powód ponownie został przyjęty do szpitala z diagnozą - naciek zapalny rany pooperacyjnej podudzia prawego z przetokami. Jak podkreślił, w kontrolnym posiewie z dnia 1 października 2012 r. nie stwierdzono obecności poprzedniego patogenu staphylococcus aureus, jednakże wciąż zalecano stosowanie antybiotyków przeciwbakteryjnych K. (C.) oraz A..

Powód podniósł, że ww. informacja jest jednak sprzeczna z informacją zamieszczoną w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 14 sierpnia 2012 r., gdzie w wyniku dodatkowych badań stwierdzono występowanie bakterii staphylococcus aureus. Również na obecność bakterii gronkowca złocistego wskazuje wpis w karcie choroby powoda prowadzonej przez Poradnię, zgodnie z którą w dniu 12 września 2012 r. pobrano posiew, a 18 września 2012 r. stwierdzono posiew wskazując, że chodzi o wyniki badań które wykryły u powoda występowanie bakterii gronkowca złocistego (w dacie 29 marca 2012 r.).

Metody lecznicze i podawane antybiotyki (G., (...), opatrunki z przymoczką z G. w celu zmniejszenia zaczerwienienia skóry przetok, stanu zapalnego i obrzęku tkanek) nie przynosiły rezultatów, wobec czego w dniu 1 lutego 2013 r. powód został poddany trzeciemu zabiegowi operacyjnemu wycięcia przetok z usunięciem ogniska ropnego oraz martwaków z dalszej nasady kości piszczelowej w pozwanym szpitalu. Wykonane z dnia 21 marca 2013 r. badanie w pracowni rezonansu magnetycznego, wykazało przewlekłe zapalenie operowanego miejsca prawej nogi powoda. Podczas wizyty kontrolnej w dniu 10 kwietnia 2013 r. zaproponowano powodowi kolejny zabieg, którego niewykonanie mogłoby narazić go na amputację kończyny. Powód odmówił dalszego leczenia w pozwanym szpitalu, od dnia 17 kwietnia

2013 r. pozostając pod opieką (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...)w K., gdzie uzyskał poprawę stanu zdrowia powoda tj. zmniejszenie bądź zahamowanie wydzieliny ropnej z przetok prawej kończyny, a przeprowadzane badania bakteriologiczne pozwalają na stałą kontrolę stanu zdrowa powoda.

Na skutek powyższego (...)Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w K. postanowił zaliczyć powoda do osób niepełnosprawnych o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności na okres od dnia 2 kwietnia 2013 r. do dnia 31 maja 2018 r. Ponadto dniu 11 czerwca 2013 r. lekarz orzecznik ZUS wydał orzeczenie, w którym ustalił, że powód jest całkowicie niezdolny do pracy w wypadkiem przy pracy oraz ustalił 30% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego skutkami wypadku przy pracy z dnia 8 grudnia 2011 r., jako opis naruszenia sprawności organizmu wskazano pourazowa dysfunkcja podudzia prawego. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z dnia 24 lipca 2013 r. przyznał powodowi rentę w wysokości 80% podstawy wymiaru tj. kwotę 1 537,95 zł brutto na okres do dnia 31 października 2014 r.

Obecnie powód pozostaje pod stałą opieką medyczną (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...)w K., nadto przewiduje się przeprowadzenie około 5-6 operacji w celu odzyskania przez powoda względnie zadowalającego stanu zdrowia operowanej kończyny. Powód cały czas odbywa konsultacje medyczne, zgłaszając potrzebę stosowania niezbędnych leków w celu zapobiegania wydzieliny ropnej z przetok operowanej kończyny, możliwości samodzielnego poruszania się jednakże w asyście kul inwalidzkich oraz przechodząc niezbędne okresowe badania bakteriologiczne.

Na skutek urazu i długotrwałego leczenia doszło u powoda do spadku zarówno kondycji fizycznej jak psychicznej, bowiem powód nigdy w takim natężeniu nie korzystał z pomocy lekarzy, nadto przed zabiegiem operacyjnym prowadził aktywny tryb życia, w szczególności głównym jego źródłem utrzymania było wykonywanie prac budowlanych.

Powód zwrócił również uwagę na estetyczny wymiar szkody, bowiem jak podkreślił, wskutek wyropienia ma duży ubytek skórny w miejscu operowanej prawej nogi (ok. 8 - 10 cm). Ponadto zakażenie bakterią gronkowca złocistego, spowodowało znaczne obniżenie odporności jego organizmu, zaś zasklepienie rany pooperacyjnej i rekonstrukcja operowanej kości prawej nogi jest wciąż niemożliwa. Powód wskazał również, iż w dniu 20 stycznia 2014r. przeszedł operację zakażonego miejsca w (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w K., która nie przyniosła zakładanych efektów zrośnięcia się tkanki podskórnej, umożliwiając sklepienie się rany pooperacyjnej i dalsze leczenie w celu rekonstrukcji operowanej kości. Powodem powyższego, był stale utrzymujący się stan zapalny kości spowodowany zakażeniem bakterią gronkowca złocistego. Obecnie powód, ze względu na usunięcie około połowy kości piszczelowej prawej kończyny porusza się za pomocą buta ortopedycznego, aby nie dopuścić do kolejnego złamania kończyny.

Powód postawił stronie pozwanej zarzut zakażenia szpitalnego, wskazując na okoliczność, iż wyizolowany u powoda szczep ma bardzo rozbudowaną lekoodporność, co stanowi istotną przesłankę, że pochodzi on ze środowiska szpitalnego i jednoznacznie wskazuje, że pozwany ponosi odpowiedzialność za zakażenie szpitalne u powoda. Ponadto powód zaznaczył, iż analiza stanu faktycznego sprawy wskazuje, że zakażenie gronkowcem złocistym mające miejsce u powoda, należy zaliczyć do głębokiego zakażenia stosownie do obowiązujących wytycznych CDC NNIS (United States Centers for Disease Control National Nosocomial Infections Surveillance System) dotyczących mianownictwa ZMO.

Kolejnym zarzutem względem strony pozwanej było naruszenie prawa pacjenta do otrzymania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (błąd terapeutyczny polegający na nie przeprowadzeniu koniecznych badań bakteriologicznych), gdzie powód zwrócił uwagę na brak stosownego działania w pierwszych dniach po wypadku i zabiegu, tj. nie pobrania wymazu do badania bakteriologicznego, pomimo iż stan zdrowia powoda wskazywał na taką konieczność.

Ponadto powód zarzucił stronie pozwanej również naruszenie jego prawa do uzyskania pełnej i rzetelnej informacji o swoim stanie zdrowia, podkreślając, iż wpis w historii choroby powoda w Poradni w dniu 12 stycznia 2012 r., świadczący o pobraniu od powoda posiewu budzi poważne wątpliwości, gdyż podczas pięciu kolejnych wizyt powoda

przeprowadzanych w odstępach około tygodnia żaden z lekarzy nie wpisał wyników badania z pobranego posiewu z dnia 12 stycznia 2012 r. Pierwszy wpis w tym zakresie został dokonany w dniu 4 kwietnia 2012 r. na podstawie wyników badań przeprowadzonych samodzielnie przez powoda w dniu 29 marca 2012 r., tj. po niecałym tygodniu od uzyskania przez powoda wyników badania mikrobiologicznego. Powód zaznacza, iż gdyby przyjąć, że faktycznie to badanie zostało przeprowadzone a lekarze dysponowali wynikami badań, to pomijając kwestię obowiązku udokumentowania tego faktu, ciążył na nich obowiązek poinformowania powoda o jego wynikach (dowodem takim mógł być podpis pacjenta w karcie historii choroby powoda podczas którejś z wizyt kontrolnych).

W zakresie przesłanek odpowiedzialności powód wskazuje na szkodę jaką jest uszczerbek na zdrowiu i jego rozstrój, wywołane nieprawidłowo przeprowadzonym procesem leczenia przez personel medyczny pozwanej szpitala. Powód podkreślił również, iż w skutek powyższego zostało naruszone jego dobro osobiste jakim jest zdrowie oraz posiadanie zgodnej z obiektywnymi oczekiwaniami szansy na wyleczenie, zaznaczając, iż gdyby nie błąd lekarzy pozwanej szpitala, powód byłby obecnie zdrowy, a doznany przez niego rozstrój zdrowia i uszczerbek na zdrowiu nie miałyby miejsca, nadto iż zaniedbanie personelu pozwanej szpitala pozbawiło powoda szansy na odzyskanie sprawności fizycznej, gdyż z powodu zakażenia gronkowcem złocistym cierpi na zapalenie kości, które uniemożliwia mu skuteczne zagojenie się rany pooperacyjnej. Ponadto w wyniku przeprowadzanych zabiegów operacyjnych powód stracił ponad połowę kości kończyny prawej i jego obecny stan zdrowia nie pozwala na dokonanie rekonstrukcji kości.

Jako podstawę żądania zadośćuczynienia powód wskazał na art. 445 § 1 k.c., art. 448 k.c. oraz art. 448 k.c. w zw. z art. 4 § 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podnosząc winę strony pozwanej jak i związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zachowaniem personelu medycznego pozwanej szpitala a doznałą przez powoda szkodą.

W zakresie wydatków poniesionych na leczenie powód przedłożył tabelę kosztów, obejmującą wydatki związane z kosztami leczenia i rehabilitacji. Wskazał, że na bieżąco nabywa niezbędne lekarstwa (antybiotyki, opatrunki, bandaże, gaziki, preparaty lecznicze) w celu uzyskania poprawy zdrowia.

Odnosząc się do kwestii odszkodowania za utracone korzyści powód wskazał, że został pozbawiony możliwości uzyskania zarobków i innych korzyści, które mógłby osiągnąć gdyby nie doznał uszczerbku na zdrowiu, jako posiadający 10 - letnie doświadczenie zawodowe w branży budowlanej wykonujący stałe zlecenia, prace malarskie, konserwatorskie, naprawcze uzyskiwał dochody od 3 000 do 3 500 zł miesięcznie, zaś od czasu hospitalizacji u strony pozwanej nie podjął żadnego zatrudnienia. Powód przyjął, iż jego utracone korzyści w okresie od stycznia 2013 r. do lutego 2014 r. osiągają przeciętnie kwotę 2 000,00 zł za każdy miesiąc (suma 22 000,00 zł).

W związku z powyższym powód wskazał również na zasadność zasądzenia na jego rzecz renty uzupełniającej z tytułu utraty zdolności do pracy, renty z tytułu zwiększonych potrzeb oraz renty z tytułu zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość. Ponadto powód podnosząc, iż nie można wskazać w sposób wyczerpujący, a nawet ogólnie przewidzieć, jakie konsekwencje dla zdrowia powoda może jeszcze spowodować zakażenie go bakterią gronkowca złocistego, gdyż na chwilę obecną pozostaje on pod opieką personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej(...) w K., gdzie zaplanowano około sześciu operacji, mających na celu rekonstrukcję kości prawej kończyny, jednakże pierwsza z przeprowadzonych operacji nie odniosła zamierzonych skutków, nie można wykluczyć, że po bezskutecznych próbach rekonstrukcji kości, powód będzie zmuszony poddać się operacji amputacji kończyny, wskazał, że zasadnym jest ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej za skutki zdarzenia na przyszłość.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 8 grudnia 2011 r. J. Ś. wykonywał prace remontowe zleczone mu przez pracodawcę. W trakcie ich wykonywania uległ wypadkowi, w skutek czego w trybie pilnym został przyjęty do Kliniki (...) (...) (...) Szpitala (...) (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w K.. Przeprowadzone badania wykazały u powoda wieloodłamowe złamanie dalszego końca kości piszczelowej prawej i złamanie kostki bocznej prawej.

W dniu 12 grudnia 2011 r. powód został poddany zabiegowi operacyjnemu polegającemu na krwawej repozycji złamania kości typu „pilon” i stabilizacji wg AO. W czasie operacji umieszczono w miejscu złamania kości płytkę AO

przykręconą czternastoma śrubami, stanowiącą materiał zespalający kość. Przebieg operacyjny był niepowikłany, rana została wygojona przez rychłozrost, a powód w dniu 27 grudnia 2011 r. został wypisany do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniem kontroli w Poradni (...) (...) Szpitala (...) (...) - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w K. w dniu 19 stycznia 2012 r. lub w razie niepokojących dolegliwości. W szpitalu panowały standardowe warunki sanitarne zwłaszcza na salach operacyjno-zabiegowych. Grzyb pojawiał się jedynie w sanitariatach (toaletach). Stan szpitala bada Sanepid regularnie. Zaledwie 4 % pacjentów doznaje zakażenia na skutek niewłaściwych warunków sanitarno-higienicznych.

W dniu 30 grudnia 2011 r. powód zgłosił się na badanie kontrolne do Poradni (...) Szpitala (...) (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w K.. W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono stanu zapalnego ani zmian klinicznych. Powodowi zaaplikowano leki.

Na kolejną kontrolę i zmianę opatrunku powód zgłosił się do szpitala w dniu 4 stycznia 2012 r. a kolejno 12 stycznia 2012 r., podczas której stwierdzono niewielki wyciek wydzieliny krwisto-surowiczej po stronie przyśrodkowej i pobrano posiew którego wynik wykazał występowanie u powoda *Staphylococcus aureus* MSSA, nie będący zakażeniem szpitalnym. Podczas kontroli w dniu 8 lutego 2012 r. odnotowano, iż gojenie rany postępuje, jest poprawa. Kolejno zalecono powodowi zabiegi fizykoterapii, zaś podczas kontroli w dniu 14 marca 2012 r. odnotowano że powód chodzi bez obciążenia. Powodowi zalecono rehabilitację stawu skokowego która jest możliwa w przypadku stanu powoda, z wyjątkiem miejsca zakażonego. Po skierowaniu powoda na rehabilitację rehabilitant odesłał powoda do lekarza prowadzącego, ze względu na otwarcie rany u powoda w obrębie stawu skokowego, co jest przeciwwskazaniem do wykonywania rehabilitacji.

W dniu 29 marca 2012 r. powód wykonał na własny koszt badanie wydzieliny ropnej w Centrum (...) w K. którego wynikiem było: *Staphylococcus aureus*, metycylinowrażliwy MSSA, szczep wrażliwy na kloksacylinę, amoksycylinę/kw. klawulanowy, kotrimoksazol, klindamycynę, gentamycynę. Powód leczył się również prywatnie.

Podczas kolejnej kontroli odnotowano, iż powód przerwał rehabilitację z powodu infekcji w okolicy blizny pooperacyjnej z wyciekami treści ropnej. W dniach od 18 do 30 kwietnia 2012 r. powód został przyjęty ponownie do szpitala celem usunięcia materiału zespalającego po operacyjnym leczeniu złamania nasad dalszych podudzia prawego, wówczas badania wykazały złamanie powikłane procesem zapalnym z przetokami. Na nodze pojawił się niewielki obrzęk, zastosowano leczenie farmakologiczne. W dniu 30 kwietnia 2012 r. powód został wypisany w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem kontynuacji antybiotykoterapii.

Przeprowadzona w dniu 19 czerwca 2012 r. kontrola wykazała obecność ropnych przetok z obfitym wypływaniem ropnej treści. Powód przebywał w szpitalu w dniach 28 czerwca do 5 lipca 2012 r., celem usunięcia materiału zespalającego wprowadzonego operacyjnie z powodu złamania nasad dalszych podudzia prawego, stwierdzono wówczas stan powikłany przedłużonym gojeniem rany z przetokami skórnymi. W czasie pobytu powód nie gorączkował, zmieniano u opatrunki, uzyskano poprawę stanu miejscowego, zdecydowano o odroczeniu usunięcia materiału zespalającego. Zalecono chód w asekuracji kul łokciowych z pełnym obciążeniem operowanej kończyny. Podczas kolejnych kontroli ponownie porano posiew wynik okazał się dodatni, tj. wyhodowano *Staphylococcus aureus*. Kolejne kontrole wykazywały wyciek ropy powód został ponownie przyjęty do szpitala w dniu 6 sierpnia 2012 r. W dniu 7 sierpnia 2012 r. wykonano u powoda zabieg usunięcia materiału zespalającego (śruby, płytkę AC)), wycięto przetoki skórne, tkanki pozapalne, rany przepłukano antybiotykiem, wykonano również badania i w stanie ogólnym dobrym w dniu 14 sierpnia 2012 wypisano powoda do domu. W dniu 28 sierpnia 2012 r. usunięto powodowi szwy. Kontrola w dniu września 2012 r. wykazała ubytki skóry suche, bez ewidentnych cech zapalnych, dolna przetoka bez ewidentnego wycieku. Jednakże w dniu 12 września 2012 r. powód zgłosił się ponownie do kontroli gdzie stwierdzono mocno przemoczony opatrunek treścią zapalną, obrzęk, ziarninę oraz czynną przetokę dystalną, wobec czego wykonano toaletę i pobrano wymaz na posiew. W dniach od 19 września do 10 października 2012 r. powód przebywał w szpitalu z powodu przetok ropnych podudzia prawego i nasilenia stanu zapalnego. Poruszał się on samodzielnie, bez asekuracji. Późniejsze kontrole wykazywały poprawę stanu powoda. Powód był informowany o możliwych powikłaniach oraz możliwości amputacji kończyny jako alternatywy do przeprowadzanych zabiegów.

W dniu 21 stycznia 2013 r. powód został ponownie przyjęty do szpitala, gdzie przebywał do dnia 1 marca 2013 r. z powodu nasilenia stanu zapalnego przewlekłego zapalenia dalszej nasady kości piszczelowej prawej. W dniu 1 lutego 2013 r. wykonano u powoda zabieg wycięcia przetoki z usunięciem martwiaków z dalszej nasady kości piszczelowej oraz wykonano badania. W czasie pobytu powód nie gorączkował, zmieniano opatrunki i wdrożono leczenie usprawniające uzyskano wydolny chód wspomagany kulami łokciowymi. Kolejne kontrole nie wykazywały zmian w stanie zdrowia powoda. 17 kwietnia 2013 r. powód odmówił wykonania zalecono mu zabiegu. W dniach 19-31 stycznia 2014 r. ponownie przyjęto powoda do szpitala wciąż jednak nie wykonano zabiegu resekcji martwiaków. Następnie powód podjął leczenie w prywatnej klinice.

W dniu 20 maja 2013 r. (...)Zespół ds. orzekania o niepełnosprawności w K. wydał orzeczenie o umiarkowanych stopniu niepełnosprawności J. Ś.. Lekarz orzecznik ZUS w dniu 11 czerwca 2013 r. orzekł o całkowitej niezdolności do pracy do dnia 30 września 2016 r., pozostającej w związku z wypadkiem przy pracy i w związku ze stanem narządu ruchu. W kolejnym orzeczeniu również z dnia 11 czerwca 2013 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził 30 % uszczerbku na zdrowiu powoda. Decyzją z dnia 24 lipca 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyznał powodowi rentę w wysokości 1 922,4 zł miesięcznie do dnia 31 października 2014 r. Kolejną decyzją z dnia 6 listopada 2014 r. ZUS wznowił wypłatę powodowi renty, przysługującej do dnia 30.09.2016 r. w kwocie 1.320,74 zł miesięcznie.

J. Ś. jest z zawodu budowlancem, malarzem, podejmował się wykonywania dorywczych zleceń uzyskując średni miesięczny dochód w wysokości ok 3 000,00 zł. Po wypadku miał propozycję pracy, jednak nie mógł jej podjąć na skutek wypadku i rekonwalescencji. Przed wypadkiem był człowiekiem sprawnym fizycznie, nie korzystał z pomocy medycznej, jedynie po stracie pracy z pomocy psychologa. Często grywał z kolegami w piłkę (raz w miesiącu), jeździł na rowerze co obecnie jest niemożliwe. Cierpi obecnie na depresję

Jak wynika z opinii sądowno-lekarskiej wydanej przez zespół biegłych z zakresu mikrobiologii oraz specjalisty z zakresu medycyny sądowej, patomorfologa z (...) w S. z dnia 13 stycznia 2017 r., w czasie pobytów powoda w pozwanym szpitalu oraz podczas wizyt kontrolnych w poradni tego szpitala wykonano łącznie 9 posiewów wydzieliny ze zmian zapalnych/przetok/jamy szpikowej w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych. W żadnym z posiewów nie stwierdzono bakterii beztlenowych. Powtarzającym się w posiewach drobnoustrojem był *Staphylococcus aureus*, który izolowano w większości badań w dużej ilości. Drobnoustrój ten jest odpowiedzialny za zakażenie i utrzymujący się potem u powoda przewlekły stan zapalny kości podudzia u powoda. W niektórych posiewach stwierdzano także takie bakterie jak *Staphylococcus MRCNS*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Echerichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* - najczęściej w niewielkiej ilości. Bakterie te należy traktować jako florę przypadkową, nie mającą większego znaczenia klinicznego i nie zawsze wymagającą leczenia. Bakterie te stale lub przejściowo występują na skórze oraz w przewodzie pokarmowym i mogą okresowo kolonizować powierzchnie rany czy ujście przetoki. Przy dłuższym utrzymywaniu się stanu zapalnego mogą jednak współuczestniczyć w utrzymywaniu się procesu zapalnego. Z opinii wynika również pozytywna odpowiedź na pytanie dotyczące oznaczenia w pozwanym szpitalu tzw. metycylinowrażliwości stwierdzonych u powoda bakterii w szczególności *Staphylococcus aureus*, gdyż wrażliwość gronkowców w szpitalu określano na automatycznym analizatorze za pomocą specjalnie zaprojektowanej karty antybiogramowej zawierającej odpowiedni dla określonego drobnoustroju zestaw antybiotyków, a dodatkowo metodą dyfuzyjno-krażkową określano wrażliwość na cefazolinę, amoksylicynę/kw. klawulanowy, arnikacynę. W opinii potwierdzono, iż oznaczanie bądź jego brak przez pozwanego szpitalu tzw. metycylinowrażliwości stwierdzonych u powoda bakterii (w szczególności *Staphylococcus aureus*), nie mógł mieć wpływu na przebieg procesu leczenia powoda, nadto iż w pozwanym szpitalu zastosowano właściwe leczenie wobec powoda. Opiniujący wskazali, iż zakażenie u powoda rozwijało się bardzo powoli ze względu na m.in. stosowane w czasie pobytu w szpitalu antybiotyki skuteczne wobec *Staphylococcus aureus*. Wobec powoda zlecano właściwe badania w kierunku ustalenia zakażenia bakteriologicznego oraz podjęto właściwe leczenie, nadto zastosowane leczenie było prawidłowe. Jak wynika z opinii w zakresie ustalenia związku przyczynowego pomiędzy pobytem powoda w pozwanym szpitalu a nabytym przez niego zakażeniem, nie można wypowiedzieć się precyzyjnie odnośnie czasu zakażenia, z pewnością miało ono miejsce podczas leczenia powoda po doznany przez niego urazie oraz możliwe jest iż doszło do niego podczas pobytu w pozwanym szpitalu.

W opinii uzupełniającej z dnia 21 września 2017 r. biegli podtrzymali dotychczasową argumentację. Wskazali ponadto, iż źródłem zakażenia każdym szczepem *Staphylococcus aureus* zawsze jest nosiciel. Może dojść do zakażenia własnym szczepem nosiciela, który był operowany lub szczepem pochodzącym od innego nosiciela, np. od personelu szpitalnego. Większość nosicieli wśród personelu szpitalnego też „nosi” szczepy metycylinowrażliwe, rzadziej szczepy metycylinooporne. Aby ustalić od kogo pochodził szczep powodujący zakażenie u powoda, czy był szczep własny czy „nosiciela szpitalnego”, należałoby mieć szczepy wyhodowane: z przetoki od powoda, od powoda z nosa (o ile był nosicielem) i od nosicieli spośród personelu (zwykle jest to 20-30%), a następnie przeprowadzić badania genetyczne pokrewieństwa tych wszystkich szczepów (tzw. dochodzenie epiemiologiczne). Zakażenie szczepem *Staphylococcus aureus*, biorąc pod uwagę rodzaj zabiegu ortopedycznego prowadzonego w warunkach przyjęcia nagłego, należy traktować jako powikłanie i powinno być ono odnotowane w statystykach powikłań zabiegów ortopedycznych. W przypadku powoda nie założono karty zgłoszenia zakażenia szpitalnego, gdyż w okresie pierwszego pobytu w szpitalu, w grudniu 2011, nie było jeszcze udokumentowanego rozpoznania zakażenia, a w czasie kolejnych pobytów powoda w szpitalu karty zakażenia szpitalnego nie zakładano, ponieważ powód był przyjmowany z już istniejącym zakażeniem. Biegli ustalili, iż z materiału dowodowego nie wynika, aby mogło dojść do zaniedbań podczas leczenia powoda.

Biegli potwierdzili, iż w dniu 29 marca 2012 r. po raz pierwszy wyhodowano od powoda bakterie *Staphylococcus aureus*, które powtarzały się w dalszych badaniach mikrobiologicznych i były czynnikiem etiologicznym przewlekłego zakażenia, natomiast w badaniu z dnia 12 stycznia 2012 r. wyhodowano pojedyncze kolonie *Staphylococcus MRCNS*, które są gronkowcami należącymi do innego gatunku, które normalnie kolonizują skórę i wyhodowanie ich w niewielkiej ilości z sączącej się rany nie świadczy o zakażeniu.

W opinii uzupełniającej z dnia 18 lipca 2019 r. biegli zaznaczyli, iż zakażenie kości u powoda wywołał *Staphylococcus aureus* MSSA, szczep wrażliwy na metycylinę i inne antybiotyki, powszechnie występujący w formie nosicielstwa w populacji, który nie jest zaliczany do tzw. szczepów szpitalnych. Szczep ten izolowano 8x z wymazów z rany, przetok oraz z wyskrobiny z jamy szpikowej (jest to najbardziej wiarygodny materiał diagnostyczny) w okresie marzec 2012 - styczeń 2014. Posiadał on za każdym razem ten sam profil wrażliwości na antybiotyki, co może wskazywać na utrzymywanie się przez cały czas tego samego szczepu. W zakresie wykonywanych u powoda badań w celu wykrycia i leczenia zakażenia, biegli wskazali, iż powód miał wykonywane liczne badania mikrobiologiczne w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych, każde obejmowało ewentualną izolację gronkowca złocistego MRSA, którego jednak nie wykrywano, zaś wynik z badania z dnia 27 marca 2013 r. jest dyskusyjny. Biegli wskazali, iż u powoda można mówić jedynie o zakażeniu gronkowcem MSSA, ale nie MRSA i MRCNS, a tym samym zakwestionowali związek przyczynowy pomiędzy zakażeniem powoda a pobytem w pozwanym szpitalu. Szczep ten wyizolowano raz, po prawie 1,5 roku od pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu, a profil oporności wskazuje na jego pozaszpitalne pochodzenie. W międzyczasie powód wielokrotnie korzystał z usług różnych poradni, w każdej mogło dojść do kolonizacji tym szczepem, a także poza poradnią.

Ponadto biegli wskazali, że do zakażenia gronkowcem MSSA u powoda prawdopodobnie doszło podczas pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu, jednakże na podstawie załączonych w aktach dokumentów, wcześniejszych opinii nie można jednoznacznie wykazać, że było to związane z zaniedbaniami i niespełnianiem przez szpital podstawowych warunków sanitarnych oraz nieprzestrzeganiem przez personel procedur i instrukcji higienicznych. Istniejący związek przyczynowy pomiędzy działaniem szpitala a wystąpieniem zakażenia powoda jest pośredni i wynika z przyczyn z którymi się zgłosił pacjent do szpitala.

Biegli podtrzymali również, że powód był operowany w warunkach sali operacyjnej i z zastosowaniem właściwej profilaktyki operacyjnej i spełniających standardy antyseptyki i aseptyki narzędzi i opatrunków. W zakresie warunków sanitarno-higienicznych panujących w pozwanym szpitalu podczas leczenia powoda, biegli wskazali, iż warunki te nie mają większego wpływu na występowanie u nosicieli, którzy stanowią ok. 20-30% populacji (w tym u personelu i pacjentów) gronkowca złocistego MRSA, jak również innych gronkowców, tj. MSSA, MSCNS czy MRCNS.

Z opinii sądowej biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii z dnia 4 lipca 2018 r. wynika, że z punktu widzenia urazowo-ortopedycznego leczenie było przeprowadzone w sposób prawidłowy. Biegły potwierdził również,

iż zastosowane leczenie powoda i zastosowane leki pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z zakażeniem, były one ustalane na podstawie antybiogramu w odpowiedniej dawce do wagi powoda i rodzaju zakażenia.

Jak wynika z protokołów kontroli wewnętrznej sanitarno-epidemiologicznej i wyników z kontroli czystości mikrobiologicznej Centralnego Bloku Operacyjnego z 15 grudnia 2011 r. personel medyczny pozwanej prawidłowo realizował procedury higieniczne (stosowanie środków higienicznych, mycie rąk, dezynfekcja, dokumentacja procesów sterylizacji), a na samym Oddziale, gdzie leczony był powód nie stwierdzono istotnych zaniedbań w ocenie stanu higieny otoczenia. Ponadto po przeprowadzeniu kontroli czystości mikrobiologicznej w centralnym bloku operacyjnym sali ortopedycznej w pozwanym szpitalu nie stwierdzono drobnoustrojów alarmowych, w tym MRSA czy MSSA, co wskazuje na niskie ryzyko zakażenia.

Z opinii sądowno-psychologicznej z dnia 2 lutego 2018 r. wynika, iż przebieg leczenia powoda miał wpływ na jego dolegliwości bólowe, dyskomfort fizyczny, trudności w poruszaniu się, samodzielnym funkcjonowaniu powodowały narastanie napięcia i stresu, nadto wpłynął na zmiany w wyglądzie, sposobie poruszania się mógł przyczynić się do pewnego obniżenia poczucia własnej atrakcyjności, na wynikającą ze stanu zdrowia niemożność podjęcia pracy zawodowej, utrzymania rodziny, generowanie kosztów dla rodziny, klótnie domowe, konieczność korzystania ze wsparcia córek, niemożność wspierania potomstwa. Ponadto przyczynił się do narastania poczucia winy, wzrostu poczucia bezwartościowości, obniżenia samooceny, nadto długotrwałość leczenia, brak poprawy, doprowadziła do poczucia braku kontroli nad własnym zdrowiem, poczucia bezradności co najprawdopodobniej doprowadziło do sięgania po mało skuteczne strategie zaradcze. Poczucie utraty kontroli nad własnym zdrowiem w konsekwencji doprowadziło do reagowania apatią, wycofaniem, smutkiem, rozgoryczeniem, poczuciem krzywdy co pogarszało samopoczucie powoda i potęgowało odczuwany stres. Brak postępów w leczeniu, uwagi personelu medycznego, sposób traktowania chorego przyczynił się do silnego ograniczenia zaufania do lekarzy i personelu medycznego, co potęguje lęk w kontekście konieczności kolejnych wizyt, konsultacji etc. Brak widoków na rychłe wyleczenie, negatywne prognozy dotyczące leczenia doprowadziły do wzrostu lęku o własne życie, zdrowie, przyszłość, relacje z bliskimi. W konsekwencji spotęgowało to lęk i stres.

Biegły sądowy stwierdził, że w momencie uzyskania informacji o zakażeniu gronkowcem i po przeczytaniu informacji w Internecie opiniowany odczuwał lęk o własne życie, zdrowie, losy jego relacji rodzinnych, można z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że to zwiększyło stres, uczucie lęku i zachwiało zaufaniem do służb medycznych. Ponadto zaznaczyła, iż leczenie i choroba powoda wiązały się z dolegliwościami natury fizycznej w postaci odczuwanego bólu, utrzymującymi się trudnościami w poruszaniu się, oraz dolegliwościami natury psychicznej w postaci: poczucia spadku własnej atrakcyjności, uczucia spadku własnej wartości jako głowy rodziny, powodowało to stres, lęk, poczucie bezradności utraty kontroli nad własnym życiem, napięcie i rozdrażnienie, przyczyniło się do ograniczania aktywności towarzyskiej, ograniczyło spektrum możliwości przyjemnego zagospodarowania czasu wolnego i odreagowania stresu, przyczyniło się do konfliktów i napięć w relacjach z bliskimi, przyczyniło się do spadku zaufania do personelu medycznego.

W zakresie określenia wpływu zakażenia na aktywność życiową i zawodową powoda biegły skazał, iż można jedynie przypuszczać, że doprowadziło to do: intensyfikacji skupienia powoda na poszukiwaniu informacji o chorobie, zaangażowania w dodatkowe konsultacje lekarskie, szukanie opinii innych lekarzy wzrostu lęku i napięcia co mogło w jakimś stopniu ograniczyć aktywność życiową (w kontekście spędzania czasu wolnego, koncentracji na chorobie, reagowania izolowaniem się i odcinaniem od kontaktów z innymi). Aktywność życiowa i zawodowa powoda była już ograniczona z powodu dysfunkcji podudzia.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Podstawą odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest art. 430 k.c., wedle którego, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej

czynności. Odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na podstawie powołanego przepisu opiera się na zasadzie ryzyka. Podmiot, który powierza wykonanie czynności osobie trzeciej ponosi odpowiedzialność za szkody przez nią wyrządzone pod warunkiem, iż osoba ta ponosi winę. W związku z tym przyjęcie odpowiedzialności strony pozwanej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż personel medyczny szpitala wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Warunkiem przyjęcia, że doszło do błędu medycznego jest ustalenie obiektywnej i zawinionej niezgodności postępowania personelu medycznego ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej. Błąd taki może polegać na niewłaściwym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny) bądź nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd lekarski). Należy przy tym mieć na uwadze wysokie wymagania stawiane lekarzom w zakresie profesjonalizmu postępowania (art. 355 § 2 k.c.), nakazujące szczególnie rygorystyczną ocenę wszelkich nieprawidłowości. O winie lekarza może więc przesądzać nawet stosunkowo niewielka lekkomyślność, czy niedbalstwo przy postępowaniu z pacjentem. Przy ocenie postępowania lekarza trzeba również uwzględnić uzasadnione oczekiwanie pacjenta w zakresie nie narażenia go na pogorszenie stanu zdrowia oraz odpowiednich warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Jak wskazuje bowiem ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjentowi przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8). Jednocześnie trzeba mieć jednak na względzie tzw. ryzyko medyczne – nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się całkowicie wykluczyć ryzyka powstania szkody czy nieosiągnięcia oczekiwanego skutku leczenia (niepowodzenie medyczne).

Samo ustalenie, że działanie lub zaniechanie lekarza, które może zostać zakwalifikowane jako błąd medyczny nie warunkuje jeszcze jednak jego odpowiedzialności za poniesioną przez pacjenta szkodę, leżąca u podstaw roszczeń o odszkodowanie bądź zadośćuczynienie. Konieczne jest bowiem wystąpienie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem lekarza a szkodą. Nie jest jednak wymagane, aby związek ten został ustalony w sposób pewny - w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a nie o pewności. Jeżeli występuje prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, wskazujące, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne komplikacje, których nie można było przewidzieć oraz za inne skutki nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem.

W związku z powyższym warunkiem koniecznym do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej jest wykazanie związku przyczynowego między zdarzeniem, z którym ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy, a wyrządzoną szkodą oraz zawinionego zachowania personelu medycznego, które doprowadziło do jej powstania.

W ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzone postępowanie dowodowe, w sposób jednoznaczny wskazuje, iż żądania powoda są bezzasadne. Powód nie sprostął ciężarowi udowodnienia, iż personel medyczny strony pozwanej ponosi winę za wystąpienie u niego szkody. Podstawowym czynnikiem zapalenia kości u powoda, w następstwie którego doszło u niego do powstania przewlekłego stanu zapalnego kości podudzia prawego było zakażenie bakterią gronkowca *Staphylococcus aureus* (MSSA), która nie jest zaliczana do tzw. szczepów szpitalnych. Jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności z opinii biegłych sam fakt, iż doszło do zakażenia kości u powoda tą bakterią podczas jego pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu nie przesądza o winie personelu medycznego za zaistniały stan rzeczy. Do zakażenia mogło bowiem dojść nie tylko podczas zabiegu operacyjnego, ale także na skutek wniknięcia bakterii w tkanki w okolicy złamania ze skóry powoda w miejscu założenia wyciągu (zakażenie szczepem własnym), a także drogą krwionośną bezpośrednio do kości przy założeniu, że powód był nosicielem bakterii. Ponadto z uwagi na rodzaj zabiegu ortopedycznego wykonanego u powoda w warunkach przyjęcia nagłego, w postaci długiej operacji z krwawą repozycją oraz wprowadzenia materiałów obcych (płytki i śruby) ryzyko wystąpienia u niego gronkowcowego zakażenia było wysokie. Wbrew twierdzeniom powoda postępowanie personelu medycznego było prawidłowe bowiem powód był operowany w warunkach sali operacyjnej z zastosowaniem właściwej profilaktyki operacyjnej i spełniającej

standardy antyseptyki i aseptyki narzędzi i opatrunków. Powód otrzymał także odpowiednią okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową przedłużoną do 5 dni oraz dodatkowo antybiotyk przeciwgronkowcowy- klindamycynę, gdy pojawiły się objawy mogące wskazywać na zakażenie. Zastosowane leczenie było zatem prawidłowe.

Wbrew zarzutom powoda nie doszło u niego do zakażenia bakterią *Staphylococcus MRCNS* czy *Staphylococcus MRSA*. Ponadto z Raportu z Kontroli Wewnętrznej Sanitarno- Epidemioologicznej z dnia 6.06.2011r. przeprowadzonej w pozwanym szpitalu wynika, że personel palcówki prawidłowo realizował procedury higieniczne (stosowanie środków higienicznych, mycie rąk, dezynfekcja, dokumentacja procesów sterylizacji), a na samym Oddziale, gdzie leczony był powód nie stwierdzono istotnych zaniedbań w ocenie stanu higieny otoczenia. Co więcej z protokołu kontroli czystości mikrobiologicznej Centralnego Bloku Operacyjnego u pozwanej wynika, że w pobranych próbkach nie stwierdzono drobnoustrojów alarmowych, w tym MRSA czy MSSA, co wskazuje na niskie ryzyko zakażenia podczas zabiegu.

Sąd Okręgowy wskazał, że nieprawdziwy jest zarzut powoda, iż personel pozwanego szpitala wykonał badanie na obecność gronkowca dopiero po 8 miesiącach od przeprowadzenia pierwotnego zabiegu operacyjnego. Badanie w kierunku obecności bakterii gronkowca zostało wykonane w dniu 12 stycznia 2012r., a zatem w miesiąc po operacji, a wynik tego badania znajduje się w aktach sprawy na k. 315. Przesądzającą okazała się opinia (...) w S. z dnia 18 lipca 2019r. (od k. 1082). Biegli tego (...) zaczynają tą opinię od stwierdzenia, że należy uściślić czynnik etiologiczny przewlekłego zakażenia kości podudzia, do którego doszło u powoda. Biegli nie godzą się z opinią pełnomocnika powoda, że u powoda doszło do zakażenia (nie zarażenia) gronkowcami MRSA, MSSA, MRCNS. Biegli podkreślają, że zakażenie kości u powoda wywołał *Staphylococcus aureus* MSSA, szczep wrażliwy na metycylinę i inne antybiotyki, powszechnie występujący w formie nosicielstwa w populacji ludzkiej, który nie jest zaliczany do tzw. szczepów szpitalnych. Biegli kwestionują wystąpienie zakażenia gronkowcem MRSA u powoda, a tym samym związek przyczynowy z pobytem w pozwanym szpitalu. U powoda możemy mówić jedynie o zakażeniu (określenie „zarażenie” nie jest właściwe) gronkowcem MSSA, ale nie MRSA i MRCNS. Biegli podkreślają ponadto, że raporty zakażeń szpitalnych z 2011r. oraz stan sanitarno-higieniczny nie miały wpływu na wystąpienie zakażenia gronkowcem MSSA. W protokołach kontroli czynności mikrobiologicznej Centralnego Bloku Operacyjnego Sala Ortopedyczna (...)w K. z dnia 15 grudnia 2011r. przeprowadzonej przez (...)Ośrodek Medycyny Prewencyjnej w K. nie stwierdzono w pobranych próbkach drobnoustrojów alarmowych, w tym MRSA, jak również gronkowców MSSA, a także pałeczek Gram-ujemnych. Wykryte w niektórych próbkach w niewielkiej ilości gronkowiec koagulazo-ujemne, metycylino-wrażliwe, czy inne środowiskowe drobnoustroje posiadają znikomy potencjał chorobotwórczy, nie świadczą o złym stanie sanitarno-higienicznym kontrolowanego pomieszczenia, a uzyskane wyniki należy interpretować jako dopuszczalne (nie ma pustki i jałowych pomieszczeń) i wskazują one na niskie ryzyko zakażenia. Późniejsze protokoły z kontroli przeprowadzonej przez (...)Ośrodek Medycyny Prewencyjnej w K. w okresie od 10 grudnia do 14 grudnia 2012r. oraz od 09 grudnia do 13 grudnia 2013r., w tym zamknięcie jednej z sal Kliniki (...) nie mają związku z pierwszym pobytem powoda w pozwanym szpitalu.

Z kolei w opinii (...) w S. z dnia 27 stycznia 2017r. - od k. 750 wynika, że leczenie prowadzone przez pozwanego szpital było prawidłowe. Każdorazowo, po otrzymaniu wyniku badania mikrobiologicznego stosowano celowany antybiotyk, co przedstawiono w szczegółowo opisanej tabeli. Biegli podkreślili, że powód został poddany zabiegowi operacyjnemu obarczonemu dużym ryzykiem zakażenia. Czynnikiem ryzyka to : wielołamowe złamanie, krwawa repozycja, płytka stabilizacyjna, śruby, czas trwania zabiegu - prawie 4 godziny oraz obecność krwiaka. Pierwsze badanie mikrobiologiczne wykonano po ok. 2 tygodniach po wypisie, kiedy pojawił się niewielki wyciek surowiczo-krwisty. W posiewie wyhodowano jednak *Staphylococcus coagulase* - negative MRCNS. Bakterie takie fizjologicznie występują na skórze i rzadki są przyczyną pourazowych zapaleń kości. Jednak, mimo nielicznych kolonii w posiewie, zastosowano przez 2-3 tygodni B., na który ten gronkowiec był wrażliwy. Na ten lek był także wrażliwy, jak się okazało później, rzeczywisty czynnik etiologiczny zakażenia, tj. *Staphylococcus aureus*. To doprowadziło do wystąpienia wydzieliny w ranie (wpis z dnia 15 lutego 2012r.). Leczenie powoda było prawidłowe, w zakresie stosowanej empirycznej i celowanej antybiotykoterapii.

Powód nie wykazał związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem, a działaniem pracowników strony pozwanej. Biorąc pod uwagę prawidłowe wykonanie zabiegu u powoda przez personel medyczny pozwanej, jak i późniejsze

postępowanie i prawidłowo zastosowane leczenie (także w zakresie antybiotykoterapii) należy wskazać, iż brak jest związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pracowników strony pozwanej, a szkodą jakiej doznał powód.

Z uwagi na brak wykazania przez powoda, że w trakcie leczenia w pozwanym szpitalu doszło do uchybień prowadzących do powstania po jego stronie szkody, wniesione przez niego powództwo musiało ulec oddaleniu, o czym Sąd orzekł w pkt I. sentencji wyroku.

O kosztach postępowania Sąd orzekł w punkcie II. sentencji wyroku, przez wzgląd na zasadę słuszności odstępując od obciążania nimi powoda (art. 102 k.p.c.). W tym zakresie Sąd miał na uwadze szczególne okoliczności występujące po stronie powoda, tj. trudną sytuację materialną oraz subiektywne i uzasadnione przekonanie o zasadności dochodzonego roszczenia. Leczenie doznanego przez powoda złamania nie przyniosło oczekiwanego przez niego skutku w postaci całkowitego powrotu do stanu zdrowia sprzed doznania urazu, przy czym powód, jako osoba nie dysponująca wiedzą medyczną, nie rozumiał, dlaczego doszło do takiej sytuacji, rozmiijającej się z jego oczekiwaniami. Przekonanie powoda o zasadności jego roszczeń mogło być zatem uznane jako subiektywnie usprawiedliwione, zwłaszcza że powód w przeciwieństwie do strony pozwanej nie ma doświadczenia, ani fachowej wiedzy w zakresie ustalania przyczyn powstania szkody. Ostateczne rozwianie wątpliwości co do prawidłowości postępowania strony pozwanej nastąpiło zaś dopiero w toku niniejszego postępowania, po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego sądowego.

Powód w apelacji zaskarżył powołany wyrok w całości, zarzucając:

I. Naruszenie przez Sąd Okręgowy przepisów prawa procesowego, mające wpływ na treść orzeczenia wydanego przez Sąd I instancji, to jest:

(1) art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, błędną, wybiórczą i sprzeczną z zasadami logiki i doświadczenia życiowego ocenę materiału dowodowego w postaci:

a) zdjęć wewnętrznych pozwanego szpitala

b) protokołu kontroli sanitarnej stanu sanitarnohigienicznego pozwanego szpitala z 2011 r.

- poprzez ocenę ww. w pkt a) i b) dowodów wbrew logice i zasadami doświadczenia życiowego i ustalenie, że w pozwanym szpitalu panowały standardowe warunki sanitarne, podczas gdy w pozwanym szpitalu panowały wyjątkowo złe warunki sanitarne, które, co najmniej pośrednio, w połączeniu z innymi czynnikami takimi jak zaniedbania personelu pozwanego szpitala w zakresie higieny czy aseptyki i antyseptyki, mogły doprowadzić do zakażenia powoda gronkiem złocistym MSSA,

c) Procedury nadzoru i kontroli zakażeń szpitalnych - poprzez wybiórczą ocenę materiału dowodowego i pominięcie przedmiotowego dowodu dla oceny przestrzegania przez personel szpitala zasad aseptyki i antyseptyki narzędzi oraz prawidłowej realizacji procedur higienicznych oraz procedur zapobiegania zakażeniom, podczas gdy dowód ten wraz z pozostałym materiałem dowodowym, w szczególności zeznaniami świadków i zeznaniami powoda, wskazuje, że personel szpitala niejednokrotnie popełniał uchybienia w przestrzeganiu zasad higieny i realizacji obowiązujących w pozwanym szpitalu procedur,

d) Opinii biegłego sądowego (...) w S. - poprzez wybiórczą ocenę dowodu i ustalenie na podstawie tego dowodu, że przez personel szpitala faktycznie przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki oraz prawidłowej realizacji procedur higienicznych, podczas gdy biegły sądowy, formułując taką tezę, oceniał jedynie protokoły dokumentujące ww. procedury i jednocześnie w opinii sądowej niejednokrotnie podkreślał, że źródłem zakażenia mógł być także ktoś z personelu oddziału lub z otoczenia. Nie wiemy w jakim stopniu zostały rzeczywiście zachowane wszelkie procedury po stronie szpitala podczas zabiegu operacyjnego oraz czy została zachowana najwyższa staranność przy leczeniu powoda

e) zeznań świadka M. Ś. (1)

f) zeznań świadka M. Ś. (2)

g) zeznań powoda

- poprzez wyprowadzenie z zeznań ww. w pkt od e) do g) osób wniosków z nich niewynikających, a nadto sprzecznych z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, tj. ustalenie na podstawie ww. dowodów, że w pozwanym szpitalu panowały standardowe warunki sanitarne zwłaszcza w salach operacyjno – zabiegowych, a także poprzez wybiórczą ocenę materiału dowodowego i pominięcie ww. dowodów dla oceny przestrzegania przez personel szpitala zasad aseptyki i antyseptyki oraz prawidłowej realizacji procedur higienicznych i ustalenie, że personel medyczny pozwanej prawidłowo realizował

procedury higieniczne (stosowanie środków higienicznych, mycie rąk, dezynfekcja, dokumentacja procesów sterylizacji),

h) **zeznań świadka M. Ś. (1)**

i) **zeznań świadka M. Ś. (2)**

- poprzez odmowę nadania ww. w pkt h) i i) zeznaniom właściwej mocy dowodowej, jedynie dlatego, że są to osoby bliskie dla powoda, chociaż zeznania świadków są logiczne, wzajemnie się uzupełniają i znajdują potwierdzenie w innym zebranym materiale dowodowym, w szczególności w zdjęciach pozwanego szpitala, zeznaniach świadka J. J. oraz zeznaniach powoda,

j) zeznań świadka J. J. - przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i odmowę wiarygodności i mocy dowodowej zeznaniom tego świadka, tylko z tego względu, że stwierdził on, że został zarażony gronkowcem w pozwanym szpitalu, choć okoliczności te same w sobie nie mogą dyskwalifikować świadka, a przy tym zeznania tego świadka nie stoją w sprzeczności z istotną częścią materiału dowodowego, w szczególności z zeznaniami M. Ś. (1), M. Ś. (2), zeznaniami powoda, zdjęciami wewnętrznymi szpitala, protokołem kontroli stanu sanitarno-higienicznego pozwanego szpitala, ponadto świadek ten złożył zeznania rzeczowe na obiektywne okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

W konsekwencji nieprawidłowej oceny ww. dowodów Sąd dokonał błędnych ustaleń faktycznych, nie wynikających z materiału dowodowego, które przyjął za podstawę orzeczenia, co miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj. w szczególności błędnie uznał, że:

- „w szpitalu panowały standardowe warunki sanitarne zwłaszcza w salach operacyjno - zabiegowych ”,
- „powód był operowany w warunkach sali operacyjnej i z zastosowaniem właściwej profilaktyki operacyjnej i spełniających standardy antyseptyki i aseptyki narzędzi i opatrunków ”
- „Personel medyczny pozwanej prawidłowo realizował procedury higieniczne (stosowanie środków higienicznych, mycie rąk, dezynfekcja, dokumentacja procesów sterylizacji) ”,

(2) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 § 1 k.p.c. poprzez błędne przyjęcie za nieustalone okoliczności z których wynika, iż personel pozwanego szpitala mógł swoim zawinionym zachowaniem doprowadzić do zakażenia powoda gronkowcem MSSA, pomimo istnienia ku temu dostatecznych podstaw w zebranym materiale dowodowym w postaci, w szczególności zeznań świadków, procedur nadzoru i kontroli zakażeń szpitalnych oraz opinii biegłego sądowego (...) Uniwersytety Medycznego w S., z której wynika, że do zakażenia powoda gronkowcem MSSA doszło z wysokim prawdopodobieństwem w pozwanym szpitalu podczas zabiegu operacyjnego lub innego zabiegu medycznego,

(3) art. 231 § 1 k.p.c. poprzez wyprowadzenie tylko z faktów, iż pozwany szpital posiada odpowiednie procedury w zakresie zapobiegania zakażeniom, zasad higieny, aseptyki i antyseptyki, procedury te wdrożył i były one kontrolowane

raz w roku, faktu, iż procedury te były na co dzień realizowane z należytą starannością przez personel pozwanego szpitala, podczas gdy zgromadzony materiał dowodowy nie pozwala na przyjęcie takiego domniemania.

II. Naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest:

(1) art. 6 k.c. poprzez błędne przyjęcie rozkładu ciężaru dowodu po stronie powoda w zakresie udowodnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego w postaci winy pozwanego szpitala i związku przyczynowego pomiędzy winą szpitala a szkodą powoda, w sytuacji gdy powód wykazał z wysokim stopniem prawdopodobieństwa, że do zakażenia powoda doszło w pozwanym szpitalu podczas zabiegu medycznego lub sprawowania opieki szpitalnej, co w sytuacji braku dowodów na powstanie szkody z uwagi na czynniki pozaszpitalne, przesunęło ciężar dowodu w zakresie winy i związku przyczynowego na pozwanego,

(2) art. 415 k.c. w zw. art. 361 k.c. w zw. z art. 231 k.p.c. poprzez ich niezastosowanie w zakresie, w jakim Sąd przesądził o braku winy pozwanego, oraz nieistnieniu związku przyczynowego pomiędzy szkodą (krzywdą) powoda a winą pozwanego, podczas gdy materiał dowodowy zgromadzony w sprawie dawał podstawę do przeprowadzenia domniemania faktycznego w zakresie powstania szkody powoda z winy szpitala i w związku przyczynowo - skutkowym z działaniem personelu pozwanego szpitala,

(3) art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. w zw. z 231 k.p.c. poprzez błędne przyjęcie, że na skutek zabiegu i leczenia powoda w pozwanym szpitalu powód nie doznał, w wyniku zawinonego działania pozwanego szpitala, krzywdy uzasadniającej stwierdzenie, że należne jest mu z tego tytułu zadośćuczynienie.

Wskazując na powyższe, powód wniósł o:

zmianę wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie I Wydział Cywilny z dnia 28 lutego 2020r., sygn. akt: IC 1290/4 i uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych,

ewentualnie:

uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Krakowie oraz pozostawienie temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach za I i II instancję.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Bezzasadny w szczególności są podniesione w apelacji zarzuty odnoszące się do dokonania przez Sąd Okręgowy błędnych ustaleń na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego bądź błędnej jego oceny. Sąd Okręgowy przeprowadził postępowanie dowodowe prawidłowo, dokonując wszechstronnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, prawidłowo też dokonał jego oceny, szczegółowo odnosząc się do każdego dowodu - zgodnie z regułą wyrażoną w art. 233 §1 k.p.c. Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny aprobuje w całości ustalenia faktyczne Sądu I instancji i przyjmuje je za własne czyniąc podstawą orzeczenia w sprawie. Wobec powyższego brak konieczności ich ponownego, szczegółowego przytaczania.

W orzecznictwie ugruntowany jest pogląd, iż w tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym, lecz wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa - zob. wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, wyrok SN z dnia 26 marca 2015r., V CSK 357/14) – tzw. dowód prima facie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego na tle materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie podzielić należy wywody Sądu Okręgowego zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, iż powód nie sprostował ciężarowi udowodnienia, iż personel medyczny strony pozwanej ponosi odpowiedzialność za doznaną przez powoda szkodę.

Podstawowym czynnikiem zapalenia kości u powoda, w następstwie którego doszło u niego do powstania przewlekłego stanu zapalnego kości podudzia prawego było zakażenie bakterią gronkowca *Staphylococcus aureus* (MSSA), która nie jest zaliczana do tzw. szczepów szpitalnych. Jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności z opinii biegłych (...) w S., którą Sąd Apelacyjny uznaje za miarodajną dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, jakkolwiek nie można wypowiedzieć się precyzyjnie odnośnie czasu zakażenia, z pewnością miało ono miejsce podczas leczenia powoda po doznanych przez niego urazie oraz możliwe jest, iż doszło do niego podczas pobytu w pozwanym szpitalu. Sam jednak fakt, iż doszło do zakażenia kości u powoda tą bakterią podczas jego pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu nie przesądza o winie personelu medycznego za zaistniały stan rzeczy. Do zakażenia mogło bowiem dojść nie tylko podczas zabiegu operacyjnego, ale także na skutek wniknięcia bakterii w tkanki w okolicy złamania ze skóry powoda w miejscu założenia wyciągu (zakażenie szczepem własnym), a także drogą krwionośną bezpośrednio do kości przy założeniu, że powód był nosicielem bakterii. Ponadto z uwagi na rodzaj zabiegu ortopedycznego wykonanego u powoda w warunkach przyjęcia nagłego, w postaci długiej operacji z krwawą repozycją oraz wprowadzenia materiałów obcych (płytki i śruby) ryzyko wystąpienia u niego gronkowcowego zakażenia było wysokie. Wbrew twierdzeniom powoda postępowanie personelu medycznego było prawidłowe bowiem powód był operowany w warunkach sali operacyjnej z zastosowaniem właściwej profilaktyki operacyjnej i spełniającej standardy antyseptyki i aseptyki narzędzi i opatrunków. Powód otrzymał także odpowiednią okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową przedłużoną do 5 dni oraz dodatkowo antybiotyk przeciwgronkowcowy- klindamycynę, gdy pojawiły się objawy mogące wskazywać na zakażenie.

Jak wynika protokołu kontroli czystości mikrobiologicznej Centralnego Bloku Operacyjnego z 15 grudnia 2011 r. (k. 1005) w pozwanym szpitalu nie stwierdzono drobnoustrojów alarmowych, w tym MRSA czy MSSA, co wskazuje na niskie ryzyko zakażenia.

W opinii uzupełniającej z dnia 21 września 2017 r. biegli wskazali, iż źródłem zakażenia każdym szczepem *Staphylococcus aureus* zawsze jest nosiciel. Może dojść do zakażenia własnym szczepem nosiciela, który był operowany lub szczepem pochodzącym od innego nosiciela, np. od personelu szpitalnego (nosicieli spośród personelu zwykle jest 20-30%). Zakażenie szczepem *Staphylococcus aureus*, biorąc pod uwagę rodzaj zabiegu ortopedycznego prowadzonego w warunkach przyjęcia nagłego, należy traktować jako powikłanie. W dniu 29 marca 2012 r. po raz pierwszy wyhodowano od powoda bakterie *Staphylococcus aureus*, które powtarzały się w dalszych badaniach mikrobiologicznych i były czynnikiem etiologicznym przewlekłego zakażenia, natomiast w badaniu z dnia 12 stycznia 2012 r. wyhodowano pojedyncze kolonie *Staphylococcus MRCNS*, które są gronkowcami należącymi do innego gatunku, które normalnie kolonizują skórę i wyhodowanie ich w niewielkiej ilości z sączącej się rany nie świadczy o zakażeniu. W opinii uzupełniającej z dnia 18 lipca 2019 r. biegli zaznaczyli, iż zakażenie kości u powoda wywołał *Staphylococcus aureus* MSSA, szczep wrażliwy na metycylinę i inne antybiotyki, powszechnie występujący w formie nosicielstwa w populacji, który nie jest zaliczany do tzw. szczepów szpitalnych. Szczep ten izolowano 8x z wymazów z rany, przetok oraz z wyskrobin z jamy szpikowej (jest to najbardziej wiarygodny materiał diagnostyczny) w okresie marzec 2012 - styczeń 2014. Posiadał on za każdym razem ten sam profil wrażliwości na antybiotyki, co może wskazywać na utrzymywanie się przez cały czas tego samego szczepu. W zakresie wykonywanych u powoda badań w celu wykrycia i leczenia zakażenia, biegli wskazali, iż powód miał wykonywane liczne badania mikrobiologiczne w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych, każde obejmowało ewentualną izolację gronkowca złocistego MRSA, którego jednak nie wykrywano, zaś wynik z badania z dnia 27 marca 2013 r. jest dyskusyjny. Biegli wskazali, iż u powoda można mówić jedynie o zakażeniu gronkowcem MSSA, ale nie MRSA i MRCNS, a tym samym zakwestionowali związek przyczynowy pomiędzy zakażeniem powoda a pobytem w pozwanym szpitalu. Szczep ten wyizolowano bowiem raz, po prawie 1,5 roku od pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu, a profil oporności wskazuje na jego pozaszpitalne pochodzenie. W międzyczasie powód wielokrotnie korzystał z usług różnych poradni, w każdej mogło dojść do kolonizacji tym szczepem, a także poza poradnią.

Odnosnie warunków sanitarno-higienicznych panujących w pozwanym szpitalu podczas leczenia powoda, biegli wskazali, iż warunki te nie mają większego wpływu na występowanie u nosicieli, którzy stanowią ok. 20-30% populacji (w tym u personelu i pacjentów) gronkowca złocistego MRSA, jak również innych gronkowców, tj. MSSA, MSCNS czy MRCNS. Z tych też przyczyn bez znaczenia dla oceny czy na skutek działań lub zaniechań strony pozwanej powód poniósł szkodę pozostają wnioski dowodowe powoda wykazujące zły stan techniczno-sanitarny pozwanego Szpitala tym bardziej, że biegli kategorycznie wykluczyli możliwość zakażenia powoda szczepem MRSA, tj. o pochodzeniu szpitalnym. Wskazać także należy, iż z opinii tej wynika, że nawet gdyby w dniu przyjęcia powoda wykonano badanie na nosicielstwo *Staphylococcus aureus* i wynik byłby dodatni, jakkolwiek pozwoliłoby to na wdrożenie wcześniej eradykacji lub antybiotykoterapii, jednakże nawet takie postępowanie nie daje gwarancji, że można było uniknąć zakażenia.

Jak wskazał Sąd Okręgowy nieprawdziwy jest zarzut powoda, iż personel pozwanego szpitala wykonał badanie na obecność gronkowca dopiero po 8 miesiącach od przeprowadzenia pierwotnego zabiegu operacyjnego. Badanie w kierunku obecności bakterii gronkowca zostało wykonane w dniu 12 stycznia 2012r., a zatem w miesiąc po operacji, a wynik tego badania znajduje się w aktach sprawy na k. 315. Z opinii (...) w S. z dnia 27 stycznia 2017r. wynika, że leczenie prowadzone przez pozwanego szpital było prawidłowe. Każdorazowo, po otrzymaniu wyniku badania mikrobiologicznego stosowano celowany antybiotyk, co przedstawiono w szczegółowo opisanej tabeli. Biegli podkreślili, że powód został poddany zabiegowi operacyjnemu obciążonemu dużym ryzykiem zakażenia. Czynnikiem ryzyka to: wielołamowe złamanie, krwawa repozycja, płytki stabilizacyjne, śruby, czas trwania zabiegu - prawie 4 godziny oraz obecność krwiaka. Pierwsze badanie mikrobiologiczne wykonano po ok. 2 tygodniach po wypisie, kiedy pojawił się niewielki wyciek surowiczno-krwisty. W posiewie wyhodowano jednak *Staphylococcus coagulase* - negative MRCNS. Bakterie takie fizjologicznie występują na skórze i rzadko są przyczyną pourazowych zapaleń kości. Jednak, mimo nielicznych kolonii w posiewie, zastosowano przez 2-3 tygodni B., na który ten gronkowiec był wrażliwy. Na ten lek był także wrażliwy, jak się okazało później, rzeczywisty czynnik etiologiczny zakażenia, tj. *Staphylococcus aureus*. Leczenie powoda było prawidłowe, w zakresie stosowanej empirycznej i celowanej antybiotykoterapii. Jak wynika z opinii w czasie pobytów powoda w pozwanym szpitalu oraz podczas wizyt kontrolnych w poradni tego szpitala wykonano łącznie 9 posiewów wydzielin z zmian zapalnych/przetok/jamy szpikowej w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych. W żadnym z posiewów nie stwierdzono bakterii beztlenowych. Powtarzającym się w posiewach drobnoustrojem był *Staphylococcus aureus*, który izolowano w większości badań w dużej ilości. Drobnoustrój ten jest odpowiedzialny za zakażenie i utrzymujący się potem u powoda przewlekły stan zapalny kości podudzia u powoda. W niektórych posiewach stwierdzano także takie bakterie jak *Staphylococcus MRCNS*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Echerichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* - najczęściej w niewielkiej ilości. Bakterie te należy traktować jako florę przypadkową, nie mającą większego znaczenia klinicznego i nie zawsze wymagającą leczenia. Opiniujący wskazali, iż zakażenie u powoda rozwijało się bardzo powoli ze względu na m.in. stosowane w czasie pobytu w szpitalu antybiotyki skuteczne wobec *Staphylococcus aureus*. Wobec powoda zlecano właściwe badania w kierunku ustalenia zakażenia bakteriologicznego oraz podjęto właściwe leczenie.

Dla porządku, bowiem Sąd Apelacyjny związany jest granicami zaskarżenia, a apelacja nie zarzuca naruszenia prawa materialnego w tym zakresie, wskazać należy, że wobec jednoznacznego stwierdzenia przez biegłych, że podjęte przez stronę pozwaną leczenie powoda było prawidłowe, brak podstaw do przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności na podstawie art. 6 ust. 1 i art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 849), tj. w ramach określonej przez powoda podstawy faktycznej żądania odnoszącej się do naruszenia prawa powoda jako pacjenta do otrzymania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz do uzyskania pełnej i rzetelnej informacji o stanie zdrowia, oraz do zasądzenia na rzecz powoda podstawie art. 448 k.c. zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. Z tych też przyczyn bez znaczenia pozostaje okoliczność, iż doszło do stwierdzenia pismem z dnia 15 lutego 2021 r. naruszenia prawa powoda jako pacjenta przez Rzecznika Praw Pacjenta ma podstawie art. 8 powołanej ustawy bowiem jest ono wynikiem stwierdzonych nieprawidłowości odnoszących się do ogólnych warunków techniczno-sanitarnych panujących w pozwanym Szpitalu, które jak wyżej wskazano nie mają znaczenia dla stwierdzenia związku przyczynowo-skutkowego między zakażeniem powoda bakterią *Staphylococcus aureus* z grupy MSSA a pobytem w pozwanym

Szpitalu. Ze względu nadto na zakresloną przez samego powoda podstawę faktyczną jego żądań okoliczność ta nie mogłaby skutkować uwzględnieniem powództwa w części odnoszącej się do żądania zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw powoda jako pacjenta.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny, na zasadzie art. 385 k.p.c., apelację oddalił.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzekł Sąd na podstawie art. 102 k.p.c., odstępując od obciążania nimi powoda. W tym zakresie miał Sąd na względzie, iż biorąc pod rozwagę okoliczności sprawy powód mógł mieć podstawy aby żywić przekonanie, iż to na skutek działań i zaniechań strony pozwanej doszło do pogorszenia się stanu jego zdrowia, co w przekonaniu Sądu, w połączeniu ze szczególną sytuacją życiową, w jakiej powód znajduje się w związku z zakażeniem bakterią gronkowca złocistego, stanowi szczególną okoliczność, o której mowa w art. 102 k.p.c., uzasadniającą odstąpienie od obciążania powoda kosztami postępowania.

SSA Andrzej Żelazowski