

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 30 kwietnia 2021 roku w sprawie z powództwa K. K. (1) przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Z. o zapłatę, Sąd Rejonowy w Zgierzu orzekł następująco:

1. umorzył postępowanie w zakresie żądania zasądzenia skapitalizowanej renty oraz renty z tytułu utraconych zarobków;

2. zasądził od Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. na rzecz K. K. (1) kwoty:

a) 35.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od kwoty 30.000 zł od 15 listopada 2011 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 5.000 zł od dnia 23 stycznia 2014 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

b) 5.470 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od kwoty

1.102 zł od dnia 31 maja 2012 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 4.368 zł od dnia 23 stycznia 2014 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

3. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;

4. rozstrzygnięcie o kosztach procesu na zasadzie stosunkowego rozdzielenia tych kosztów, pozostawił do szczegółowe wyliczenia referendarzowi sądowemu.

Podstawę opisanego rozstrzygnięcia stanowiły ustalenia: K. K. (1) zgłosił się w dniu 12 września 2011 roku na Oddział Neurochirurgiczny Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. z powodu bólów karku i krzyża o typie obustronnej rwy barkowej i obustronnej rwy kulszowej. W dniu 20 września 2011 roku zastosowano leczenie operacyjne – usunięto dysk C3/C4.

Początkowo po zabiegu chory był w stanie dobrym, przytomny, w pełnym kontakcie. W następnej dobie K. K. (1) zaczął uskarżać się na gorsze samopoczucie, bolały go mięśnie, czuł się osłabiony. I. K. zgłaszała złe samopoczucie męża lekarzowi dyżurującemu – dr M., który stwierdził, że jest to wynikiem operacji.

Powód zgłaszał bezpośrednio po zabiegu także dolegliwości bólowe operowanego miejsca. Miała miejsce sytuacja, że z uwagi na zgłaszany przez pacjenta dyskomfort lekarz dyżurujący na oddziale poluzował powodowi gorset ortopedyczny, twierdząc, że dopóki powód leży, gorset może być poluzowany. Następnie jednak jedna z pielęgniarek stwierdziła, że gorset musi być dopięty. Podczas dopinania gorsetu pielęgniarka naruszyła ranę pooperacyjną. K. K. (1) odczuwał, że w ranie „coś mu pękło”, wówczas jednak opatrunek nie został wymieniony. W późniejszym czasie rana była przemywana.

W pierwszych dobach po zabiegu operacyjnym powód poruszał się o własnych siłach. Wychodził poza oddział szpitalny, lecz nie opuszczał budynku szpitala. Powód spożywał jedzenie przynieszone przez rodzinę.

W 3. dobie po zabiegu u pacjenta wystąpiła biegunka. Wówczas założono powodowi cewnik, w 5. dobie po zabiegu rozwinęły się objawy niewydolności nerek. W związku z wynikami badań laboratoryjnych pacjenta przekazano do Kliniki (...) w Ł.

W chwili przyjęcia do K. Chorób Zakaźnych Szpitala im. (...) w Ł. u K. K. (1) utrzymywały się następujące objawy: gorączka, osłabienie, biegunka, anemia z dusznością, cechy skazy na kończynach dolnych. Przy przyjęciu do Kliniki pobrano wymazy z sączącej się rany na szyi, posiewy moczu, kału i krwi. Rozpoznano objawy skazy z powodu

małopłytkowości. Dwukrotnie przetoczono pacjentowi po 5 jednostek koncentratu płytkowego. Włączono empiryczną antybiotykoterapię, która wobec infekcji rany i posiewu kału okazała się celowana. W badaniach stwierdzono narastające cechy niewydolności nerek i anemię. Po włączeniu leków moczopędnych, antybiotyków, pentaglobulin, wlewów kroplowych, albumin, uzyskano poprawę stanu klinicznego, parametrów nerkowych, wątrobowych, ustąpiła skaza małopłytkowa, duszność oraz cechy zapalenia płuc i zastoju. Zwiększono dawki antybiotyków po ustąpieniu cech niewydolności nerek. Ranę zaopatrzono, przemywano O.. Na podstawie obrazu klinicznego i badań laboratoryjnych u pacjenta K. K. (1) rozpoznano sepsę z niewydolnością nerek, oddechową, krążenia, wątroby ze skazą małopłytkową. Pacjent po uzyskaniu poprawy klinicznej i laboratoryjnej został w dniu 10 października 2011 roku wypisany do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni rejonowej i neurologicznej.

Podczas pobytu K. K. (1) w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. opieka pielęgniarska była na niedostatecznym poziomie. Dopiero w trzeciej dobie po operacji lekarz stwierdził, że trzeba zdjąć opatrunek. Wówczas okazało się, że w ranie powstał ropień wielkości mirabelki. Rana nie została przemyta, nie założono na nią opatrunku. Żona powoda kupowała gaziki, które podkładała pod gorset, aby oddzielić ranę od gorsetu. Gdy u powoda pojawiła się biegunka, rodzina musiała kupić pampersy. Pielęgniarki nie reagowały na prośby żony powoda o zmianę zabrudzonej pościeli. I. K. czyniła to sama dwukrotnie. Gdy odwiedzała męża w godzinach porannych, jego pościel była zabrudzona. W nocy, gdy powód nie mógł liczyć na pomoc rodziny, wstawał z łóżka i samodzielnie wycierał zabrudzoną podłogę przy łóżku. Przyciski służące do wzywania pomocy nie działały. I. K. mierzyła mężowi ciśnienie za pomocą ciśnieniomierza przyniesionego z domu. Miała miejsce sytuacja, że powód podczas wstawania w nocy znacznie osłabł. Nie uzyskał wtedy pomocy personelu medycznego, zaczął krzyczeć, że skoro nikt mu nie chce pomóc, to będzie musiał wezwać karetkę.

Całość dokumentacji medycznej i dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy pozwala przyjąć z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że do zakażenia powoda K. K. (1) gronkowcem złocistym (...) doszło podczas hospitalizacji powoda w pozwanej jednostce w dniach 12-26 września 2011 roku, najpewniej podczas zabiegu. Prawdopodobieństwo, że u powoda doszło do zakażenia gronkowcem złocistym przed operacją, jest znikome.

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) w Z. miał ustawowy obowiązek przeciwdziałania powstawaniu zakażeń szpitalnych. W ramach realizacji tego obowiązku pozwany powinien powołać specjalistyczne komórki organizacyjne, które powinny prowadzić działalność nakierowaną na uniknięcie rozwoju u pacjentów zakażeń szpitalnych, np. poprzez prowadzenie szkoleń dla personelu, zlecenie prób czystościowych, kontroli na salach operacyjnych, kontroli czystościowych narzędzi, zlecenie pobrania prób czystościowych z szafek, łóżek, a także rąk personelu. Jednym z podstawowych środków zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest profilaktyka antybiotykowa okołooperacyjna. Na podstawie wymazów każdy szpital powinien ustalić, jakie rodzaje bakterii u niego występują i przygotować celowaną profilaktykę antybiotykową tylko i wyłącznie przeciwko bakteriom występującym w danej jednostce leczniczej. A. taką podaje się pacjentom na 30 minut przed zabiegiem, a w przypadku gdy zabieg trwa dłużej niż 6 godzin należy ją podać ponownie podczas zabiegu. W przypadku powoda takiej antybiotykoterapii nie zastosowano.

W pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. w roku 2001 powołano Zespół (...). Na przestrzeni lat zmieniała się zarówno nazwa jak i skład osobowy zespołu. Zadania Zespołu (...) określane były zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala (...). Do zadań zespołu należało: stałe monitorowanie, rejestracja i analiza zakażeń szpitalnych, aktywne zwalczanie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, opracowanie i wdrażanie programów kontroli zakażeń szpitalnych, formułowanie raportów dla komitetu i dyrekcji, identyfikacja i kontrola endemicznych i epidemicznych przypadków zakażeń szpitalnych, planowanie i realizacja doraźnych działań w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego, udział w pracach Zespołu ds. A., prowadzenie dokumentacji dotyczącej rejestracji, monitorowania zakażeń szpitalnych, kontrola wszystkich ogniw odpowiedzialnych za realizację programu kontroli zakażeń szpitalnych, uaktualnianie zaleceń, standardów i rekomendacji.

W 2011 roku w pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. obowiązywały liczne procedury epidemiologiczne, które dotyczyły zachowania zasad higieny (instrukcje mycia rąk), dezynfekcji narzędzi, postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej, postępowania w przypadku ogniska epidemicznego, postępowania

z pacjentami dotkniętymi określonymi chorobami zakaźnymi, przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. Brak było jednakże informacji o zapoznaniu personelu z powyższymi procedurami. W 2011 roku dla personelu pielęgniarstwa Oddziału Neurochirurgii zaplanowano 10 szkoleń, w tym na maj 2011 roku szkolenie dotyczące postępowania w przypadku zakażenia gronkowcem złocistym metycyliny-opornym (...). Nie prowadzono badań czystościowych z rąk personelu. Badania czystościowe dotyczące przedmiotów znajdujących się na oddziale neurochirurgicznym przeprowadzono w 2011 roku jedynie trzykrotnie: dwa razy w czerwcu 2011 roku oraz we wrześniu 2011 roku. Z pobranego materiału wyhodowano saprofityczne laseczki tlenowe i jednokrotnie staphylococcus spp. K.-ujemny. Brak było procedury dotyczącej profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej.

W rocznym raporcie i zakażeniach zakładowych i drobnoustrojów alarmowych za 2011 rok wykazano na Oddziale Neurochirurgicznym 18 drobnoustrojów alarmowych, w tym aż 8 przypadków zakażenia gronkowcem złocistym (...). W tym samym okresie w całym szpitalu ujawniono 32 przypadki zakażenia gronkowcem złocistym (...). Zespół (...) nie podjął ani nie zaplanował wobec zaistniałych przypadków zakażeń żadnych realnych działań naprawczych. W dniu 31 stycznia 2012 roku Przewodniczący Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych, pielęgniarka epidemiologiczna oraz p.o. Dyrektora Szpitala podpisali dokument zatytułowany „określenie sytuacji epidemiologicznej zakażeń w okresie sprawozdawczym”. Wskazuje on na następujące podjęte działania w zakresie zapobiegania zakażeniom: monitorowanie zakażeń szpitalnych, monitorowanie wkłuc obwodowych i centralnych, założonych cewników do pęcherza moczowego, obserwacja miejsca operowanego, obserwacja odleżyn, monitorowanie drobnoustrojów alarmowych, kontrole (...), prowadzenie dezynfekcji i sterylizacji zgodnie z procedurami, wprowadzenie procedur i instrukcji sanitarno-epidemiologicznych, monitorowanie prawidłowego mycia i dezynfekcji rąk, prawidłowego stosowania odzieży ochronnej, przestrzegania zasad aseptyki, postępowania z narzędziami chirurgicznymi, dezynfekcji sprzętu i aparatury medycznej, przechowywania materiału sterylnego, utrzymania czystości, segregacji odpadów, szkolenia dla personelu.

W roku 2011 do (...) w Z. nie wpłynęły skargi pacjentów na zakażenia bakteryjne, mające miejsce w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z.. Przeprowadzone w 2011 roku kontrole sanitarne nie wykazały uchybień w zakresie czystości bieżącej na oddziałach szpitalnych. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Z. wydał jednak decyzje nakazujące wykonanie prac remontowych w kilku oddziałach szpitalnych (malowanie, uzupełnienie płytek ściennych w węzłach sanitarnych itp.).

Sam zabieg operacyjny usunięcia dysku C3/C4 u powoda przeprowadzony został prawidłowo. Zmiany zapalne rozpoznane u powoda dotyczyły wyłącznie tkanek miękkich szyi – w momencie rozejścia się rany operacyjnej treść ropna ewakuowała się na zewnątrz. W takiej sytuacji nie stosuje się głębokiego płukania rany, ponieważ mogłoby to spowodować przedostanie się treści ropnej do głębszych struktur szyi i spowodować zapalenie kości. Leczenie miejscowe polega tylko na zmianie opatrunków, zaś dalsze leczenie ogólne zależy od wyniku posiewu. Powód wskutek zakażenia nie doznał uszkodzenia układu nerwowego ani infekcji struktur kostnych kręgosłupa, a zatem nie ma uszczerbku na zdrowiu. Powód po opuszczeniu szpitala zakaźnego w dniu 10 października 2011 roku czuł się osłabiony. Następnie, w okresie pierwszych 8 tygodni wymagał pomocy osób trzecich przez 4 godziny dziennie, zaś w dalszym okresie do końca stycznia 2012 roku przez 3 godziny dziennie. W tym okresie wskazana była także lekka dieta wysokobiałkowa.

Stawka za usługi opiekuńcze w okresie od października 2011 roku do stycznia 2012 roku wynosiła 13 złotych za godzinę pracy opiekuna.

Po przebyciu zakażenia powód leczył się psychiatrycznie. Rozpoznano u niego zaburzenia depresyjne i lękowe na podłożu reaktywnym. Powód odczuwał niechęć do życia oraz obawę przed personelem medycznym. Przebyte zakażenie i jego konsekwencje odbiły się niekorzystnie na jego codziennym funkcjonowaniu. K. K. (1) nie mógł przenosić ciężarów. Wstydził się chodzić z żoną do sklepu, gdyż to ona jako kobieta o drobnej budowie musiała nosić torby z zakupami. Po przebyciu leczenia nagminnie zdarza się, iż powód się zamyśla. Zdarzają mu się wybuchy złości. Odczuwa dyskomfort z powodu widocznej rany pooperacyjnej.

Z opinii biegłego z zakresu psychiatrii wynika, że K. K. (1) ma objawy reaktywnych zaburzeń depresyjnych z towarzyszącymi im organicznymi uszkodzeniami (...). Zaburzenia te pozostają w ścisłym związku z przebyłą posocznicą oraz zakażeniem gronkowcem i ich powikłaniami, jak też ze sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych przez pozwany szpital. We wrześniu 2013 roku nasilenie objawów depresyjnych było umiarkowane. Uszczerbek na zdrowiu związany z objawami depresyjnymi wynosi 10%. Z punktu widzenia biegłego psychiatry, powód nie wymaga opieki osób trzecich. Powód w związku z leczeniem zaburzeń depresyjnych poniósł koszt dwóch prywatnych wizyt u psychiatrów oraz koszt leczenia farmakologicznego przez okres 2 miesięcy w wysokości 65 zł miesięcznie. W ocenie biegłego z zakresu psychiatrii leczenie psychiatryczne pacjentów po przebytej posocznicy powinno trwać co najmniej 6 miesięcy, albowiem posocznica jest ciężką chorobą ogólnoustrojową osłabiającą zdolności regeneracyjne organizmu. Powód nie kontynuował leczenia psychiatrycznego ponad dwie wizyty u psychiatry. Gdyby powód nie porzucił leczenia psychiatrycznego, nasilenie dolegliwości psychicznych byłoby mniejsze. W ocenie biegłego psychiatry powód wymaga dalszego leczenia. Występujący u niego poziom cierpienia psychicznego oceniono jako znaczny.

Łącznie poniesione przez powoda koszty leczenia po opuszczeniu przez niego Kliniki (...) w Ł., a wykazane paragonami i fakturami, wyniosły 1.033,68 zł.

Po opuszczeniu szpitala (...) przez pół roku przyjmował zastrzyki przeciwzakrzepowe. Żona powoda zakupiła specjalne opatrunki typu „sztuczna skóra”. Łącznie w ilości 20 arkuszy, w cenie około 10 zł każdy. Powodowi po opuszczeniu szpitala zalecono dietę wzmacniającą, z tego tytułu rodzina powoda poniosła zwiększone wydatki na wyżywienie

Przed hospitalizacją we wrześniu 2011 roku powód kilkakrotnie przebywał w szpitalach. W latach 2001 i 2004 K. K. (1) był operowany z powodu dyskopatii L5/S1. Oprócz dyskopatii C2/C4 ujawniono u niego nawrotową wypuklinę oraz bliznę L5/S1.

W dniu 4 października 2011 roku (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności postanowił zaliczyć K. K. (1) do znacznego stopnia niepełnosprawności, wskazując, że ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 11 lipca 2011 roku. Przed październikiem 2011 roku powód legitymował się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym. W dniu 16 stycznia 2012 roku lekarz orzecznik ZUS orzekł, że K. K. (1) jest całkowicie niezdolny po pracy do 31 października 2012 roku, przy czym jako datę powstania niezdolności do pracy przyjęto 20 września 2011 roku. Na mocy decyzji (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności z 8 lutego 2016 roku powód K. K. (1) został zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Powód ma wykształcenie niepełne zawodowe w zawodzie mechanik. Od stycznia 2012 roku miał podjąć u znajomego pracę na stanowisku dziewiarza. Do zatrudnienia powoda nie doszło.

W kwietniu 2021 roku powód K. K. (1) odczuwał częste bóle głowy, niedowład ręki oraz „uciekanie” prawej nogi. Czasami ma problemy z ostrością widzenia. Powód w prawej ręce nie ma czucia w trzech palcach, zaś w lewej ręce w dwóch palcach. Powód kontynuował leczenie przez okres około jednego roku po opuszczeniu szpitala im. B. w Ł., zaprzestał leczenia z uwagi na odczuwaną traumę, nie ma zaufania do lekarzy. Z dolegliwościami radzi sobie przy pomocy ziołolecznictwa, poprzez przyjmowanie leków przeciwbólowych oraz ćwiczenia.

W dniu 27 października 2011 roku powód wezwał Wojewódzki Szpital (...) w Z. do zapłaty kwoty 80.000 zł zadośćuczynienia za zakażenie posocznicą, gronkowcem złocistym, do którego doszło podczas pobytu na oddziale neurochirurgicznym w dniach od 12 do 26 września 2011 roku. Wezwanie do zapłaty nadano w placówce pocztowej listem poleconym w dniu 27 października 2011 roku.

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na powołanych dowodach, tj. dokumentach prywatnych niekwestionowanych przez strony procesu, opiniach biegłych oraz zeznaniach świadków I. K., G. G. i J. S., a także zeznaniach powoda K. K. (1). Zeznania świadków I. K. i G. G. korespondowały ze sobą wzajemnie, a także z zeznaniami powoda. Różniły się one wprawdzie szczegółami (choćby częstotliwość napominania personelu pielęgniarstwa, kolejność pojawiania się u powoda poszczególnych objawów), lecz zdaniem Sądu ujawnione w zeznaniach rozbieżności stanowią przejaw naturalnej ulotności bądź niedoskonałości ludzkiej pamięci, nie podważając wiarygodności zeznań jako całości.

Czyniąc ustalenia faktyczne w sprawie, Sąd pominął zeznania świadków E. D. i M. O., gdyż świadkowie ci przyznali, że nie posiadają wiedzy istotnej dla rozstrzygnięcia sprawy. Świadek M. O., która jest pielęgniarką oddziałową na oddziale neurochirurgii pozwanego szpitala, w okresie pobytu powoda na oddziale przebywała na urlopie wypoczynkowym. Z kolei lekarz E. D. w okresie od 20 do 26 września 2011 roku miała tylko jeden dyżur, zaś w pozostałych dniach także korzystała z urlopu.

Na okoliczność prawdopodobieństwa zakażenia się powoda gronkowcem (...) w pozwanym szpitalu wypowiadało się dwóch biegłych z zakresu chorób zakaźnym – dr n. med. A. M. (1) oraz dr n. med. A. B., a także biegły epidemiolog – dr n. med. A. T. (1). W tym zakresie Sąd ostatecznie oparł się na opinii biegłej A. M. (1), albowiem opinia ta okazała się najbardziej wnikliwa, zwłaszcza gdy chodzi o analizę kwestii zaniedbań o charakterze organizacyjnym występujących w pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...). Biegły A. B. doszedł do tożsamych wniosków, co biegła A. M. (1) co do prawdopodobieństwa zakażenia się przez powoda gronkowcem złocistym (...) w pozwanym szpitalu. Opinia biegłego A. T. (1) budzi natomiast istotne zastrzeżenia w zakresie, w jakim biegły ustalił, że całościowa opieka nad pacjentem obejmująca przygotowanie do zabiegu operacyjnego, samo przeprowadzenie operacji jak również opiekę operacyjną była prowadzona w sposób „właściwy, prawidłowy, zgodny z aktualną sztuką i wiedzą medyczną, adekwatny do stanu klinicznego pacjenta. Jak wynika z opinii biegłej A. M. (1), brak jest w dokumentacji medycznej powoda informacji o zastosowanej okołoperacyjnej profilaktyce antybiotykowej. Biegła zwróciła także uwagę na zaniechanie pobrania materiału na posiew od powoda, do czego wskazaniem było sączenie z rany pooperacyjnej. Kwestie powyższe pominął biegły A. T. (1), tak samo jak budzący poważne zastrzeżenia standard opieki pielęgniarskiej nad powodem.

W sprawie przeprowadzono także dowód z opinii dwóch biegłych z zakresu neurochirurgii – biegłej dr med. R. S. oraz biegłego dr n. med. A. T. (1). Biegli stwierdzili, że sam zabieg usunięcia dysku C3/C4 u powoda został przeprowadzony prawidłowo.

Opinię biegłej zakresu psychiatrii - E. W. Sąd uznał – po ustnym uzupełnieniu - za spójną i wyczerpującą, popartą solidną analizą zgromadzonej dokumentacji medycznej powoda oraz przeprowadzeniem pełnego wywiadu.

Sąd Rejonowy odmówił wiarygodności zeznaniom świadka I. K. w zakresie, w jakim wskazała, że na wyżywienie całej rodziny wydaje około 1.000 zł miesięcznie, zaś na specjalne produkty żywnościowe dla męża dodatkowo 800-1.000 zł, bowiem jest nieprawdopodobne, aby pięcioosobowa rodzina osiągająca łączny dochód w wysokości około 3.000 zł wydatkowała aż 2.000 zł na samą żywność. Sprzecznym z zasadami doświadczenia życiowego byłoby uznanie, aby miesięczny koszt lekkostrawnej diety wysokobiałkowej kształtował się w 2011 roku na poziomie aż 1.000 zł miesięcznie.

Ustalając zakres niezbędnej powodowi pomocy osób trzecich po opuszczeniu przez niego szpitala w dniu 10 października 2011 roku Sąd skorzystał z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych – A. M. (1) oraz biegłego neurochirurga – R. S..

Na podstawie tak poczynionych ustaleń Sąd Rejonowy uznał powództwo w części za uzasadnione, wskazując podstawę prawną zasady odpowiedzialności pozwanego na art. 430 k.c. Przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej (obecnie podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej - t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638) na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach. Wina podwładnego jest przesłanką odpowiedzialności na gruncie art. 430 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego.

Do błędów w sztuce lekarskiej praktyka zalicza również tzw. zakażenia szpitalne, a zatem wprowadzenie do organizmu pacjenta na ogół chorobotwórczych drobnoustrojów przy lub w związku z wykonywaniem czynności medycznych przez podmiot leczniczy. W tym zakresie, oprócz prawidłowości samych czynności medycznych badane jest zachowanie standardów higieny i stan sanitarny jednostki, z działalnością której związane są roszczenia odszkodowawcze.

Dla ustalenia odpowiedzialności za powstałe szkody wystarcza odpowiednio wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia w okolicznościach danej sprawy.

Sąd Rejonowy na podstawie całokształtu okoliczności sprawy, a w szczególności opinii dwóch biegłych z zakresu chorób zakaźnych – A. B. i A. M. (1) doszedł do przekonania, że zachodzi wysokie, graniczące z pewnością prawdopodobieństwo, że powód został zakażony bakterią gronkowca złocistego podczas zabiegu operacyjnego w dniu 20 września 2011 roku. Strona pozwana nie obaliła domniemania faktycznego, że do zakażenia doszło w Wojewódzkim Szpitalu (...). W sprawie ujawniony został szereg okoliczności przemawiających za przyjęciem wersji zakładającej zakażenie pacjenta K. K. (1) bakterią gronkowca złocistego w pozwanym szpitalu. Przy przyjęciu do szpitala pacjentowi nie wykonano wymazów mających potwierdzić bądź wykluczyć nosicielstwo gronkowca. Nie można zatem zakładać – tak jak chce tego pozwany – że drobnoustroje chorobotwórcze zostały przeniesione w okolice rany operacyjnej ze skóry pacjenta. Wątpliwym jest, aby zakażenie nastąpiło przed przyjęciem do szpitala, a rozwinęło się w pełnoobjawową chorobę w trakcie hospitalizacji, gdyż K. K. (1) do szpitala został przyjęty w dniu 12 września 2011 roku, zaś objawy rozwijającej się sepsy pojawiły się u niego dopiero po około 10 dniach. K. K. (1) został zakażony szczepem gronkowca metycylinoopornego (...), który występuje głównie w środowisku szpitalnym, w odróżnieniu od gronkowca metycylinowrażliwego (...), występującego powszechnie w warunkach pozaszpitalnych. Co istotne, w 2012 roku w Wojewódzkim Szpitalu (...) wystąpiły 32 przypadki zakażenia gronkowcem złocistym (...), w tym aż ¼ przypadków miała miejsce na oddziale neurochirurgicznym, gdzie przebywał powód, a zatem patogen staphylococcus aureus występował już wcześniej w miejscu hospitalizacji K. K. (1). Przyjmując wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia gronkowcem złocistym w pozwanym szpitalu, Sąd Rejonowy miał także na uwadze, że w dokumentacji medycznej pozwanego biegła nie odnotowała faktu zastosowania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej, co zdaje się być uchybieniem rażącym, a także budzący poważne zastrzeżenia ogólny poziom opieki nad pacjentem.

Ponadto, Wojewódzki Szpital (...) obciąża szereg zaniedbań o charakterze organizacyjnym na polu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym. Wprawdzie w pozwanym szpitalu w 2011 roku funkcjonował Zespół (...), jednakże na podstawie dokumentacji przedstawionej przez szpital nie sposób przyjąć, że zespół ten faktycznie realizował zadania określone w ustawie z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W szczególności wątpliwości budzi kwestia zaznajamiania pracowników szpitala z obowiązującymi procedurami. Oczywistym jest bowiem, że sam fakt uchwalenia w drodze wewnętrznych zarządzeń określonych procedur mających przyczynić się do zmniejszenia ryzyka powstania zakażeń szpitalnych jest niewystarczający, skoro pracownicy szpitala o nich nie wiedzą i nie zostali zobligowani do ich stosowania. Nie wiadomo, czy w pozwanym szpitalu prowadzone były kontrole przestrzegania procedur. Na podstawie materiałów zgromadzonych w aktach sprawy nie sposób także stwierdzić, aby w szpitalu prowadzone były szkolenia personelu. Dają one jedynie podstawę do ustalenia, że na rok 2012 zaplanowano szkolenia dla personelu pielęgniarskiego oddziału neurochirurgicznego. Nie wiadomo jednak, czy szkolenia te zostały faktycznie przeprowadzone i jaka część personelu brała w nich udział. Brak jest informacji o szkoleniach personelu innego niż pielęgniarski. Istotnym jest także, że ze złożonej przez pozwany szpital dokumentacji wynika, że badania czystościowe nie były prowadzone w skoordynowany sposób. Do akt sprawy złożono jedynie kilka wyników badań czystościowych z materiału pobranego z wyposażenia oddziału neurochirurgicznego. Badania te przeprowadzono w dniach 14, 30 czerwca i 26 września 2011 roku. Brak jest wyników badań czystościowych z rąk personelu medycznego. Skoro we wcześniejszym okresie w roku 2011 u kilku pacjentów uzyskano wynik dodatni badań na obecność gronkowca złocistego szczepu (...) (k. 456), należało wdrożyć procedury naprawcze, chociażby częściej prowadzić wyrывkowe kontrole czystościowe, czego zaniechano. Pomimo licznych przypadków uzyskania na oddziale neurochirurgicznym dodatnich wyników badań na obecność gronkowca złocistego brak jest danych, aby Zespół (...) podjął jakiegokolwiek konkretne działania mające wyeliminować problem. Zdaniem Sądu na podjęcie takich działań nie wskazuje raport sporządzony w styczniu 2012 roku.

Powyższe okoliczności stwarzają zdaniem Sądu Rejonowego podstawę do przyjęcia, że nie obalono domniemania faktycznego, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym (...) doszło w pozwanym Szpitalu. Co więcej, ustalenia te dają podstawę do przyjęcia, że stało się tak w wyniku zawinionego działania personelu pozwanego Szpitala. Spełnione są zatem przesłanki odpowiedzialności pozwanego z art. 430 k.c.

Brak było podstaw do przyjęcia, aby powód swoim postępowaniem przyczynił się do zakażenia gronkowcem złocistym (...). Istotnie w dokumentacji szpitalnej znajdują się adnotacje personelu medycznego o niedyscyplinowaniu pacjenta. W pierwszej dobie po operacji opuszczał on oddział neurochirurgiczny. W ocenie Sądu I instancji postępowanie powoda nie zwiększało jednak w sposób istotny ryzyka zakażenia się gronkowcem (...), gdyż bakteria ta przenosi się zasadniczo poprzez bezpośredni kontakt pacjenta z patogenem (głównie przez niesterylne narzędzia używane do zabiegów lub brudne ręce personelu). Oczywistym jest także, że spożywanie żywności przygotowanej poza szpitalem nie zwiększało w sposób istotny ryzyka zakażenia gronkowcem (...) ani też ciężkiego przebiegu choroby wywołanej tym drobnoustrojem. Zgromadzony materiał dowodowy nie dawał podstaw do ustalenia, aby powód samodzielnie zdejmował gorset ortopedyczny. Z ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie wynika, że przy gorsecie działania podejmował lekarz oraz pielęgniarka. Żona powoda wprawdzie podkładała gaziki pod gorset, tak aby oddzielić go od rany operacyjnej, lecz miało to miejsce już po tym, jak w ranie pojawił się wysięk ropny, a u powoda rozwinęły objawy chorobowe, zatem zachowanie to nie mogło przyczynić się do rozwoju zakażenia.

Stosownie do treści art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Art. 445 § 1 k.c. stanowi zaś, że w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Powód dochodził ostatecznie od pozwanego kwoty 30.000 zł zadośćuczynienia za doznane krzywdy, wywołane rozstrojem zdrowia, powstałym w wyniku zawinionego działania pracowników pozwanego szpitala oraz 12.890 zł odszkodowania, obejmującego 1.102 zł kosztów leczenia, 4.368 zł kosztów opieki osób trzecich oraz kwotę 7.420 zł tytułem utraconych zarobków.

Zdaniem Sądu Rejonowego, adekwatne do rozmiarów krzywdy powoda zadośćuczynienie winno kształtować się na poziomie nawet wyższym niż kwota żądana przez powoda, jednakże orzekanie ponad żądanie uniemożliwia ograniczenie wynikające z art. 321 k.p.c. K. K. (1) udał się do Wojewódzkiego Szpitala (...) z powodu bólu kręgosłupa szyjnego. Zamiast uzyskać złagodzenie dolegliwości, został zakażony bakterią gronkowca złocistego, co wywołało u niego uogólnione zakażenie (posocznica), skutkujące stanem zagrożenia życia. Zakażenie nie stanowiło realizacji zwykłego ryzyka związanego z każdym zabiegiem operacyjnym, lecz było wynikiem nienależytej opieki okołoperacyjnej nad powodem. Istotnym dla oceny rozmiaru krzywdy powoda było, że personel Wojewódzkiego Szpitala (...) w początkowym okresie bagatelizował informacje powoda o pogarszającym się samopoczuciu. Nie został pobrany wymaz z sączącej się rany, co pozwoliłoby na wdrożenie sprawnego leczenia i być może uniknięcie rozwoju sepsy, stanowiącej stan zagrożenia życia. Istotne znaczenie miało też ustalenie, że w wyniku działania pracowników szpitala powód doznał 10% uszczerbku na zdrowiu. Zakres cierpień fizycznych powoda w pierwszych miesiącach po przebyciu zakażenia był znaczny. Powód wymagał 14-dniowej hospitalizacji na specjalistycznym oddziale chorób zakaźnych, gdzie został przewieziony w stanie zagrożenia życia, z narastającą niewydolnością wielonarządową. Po opuszczeniu szpitala powód był osłabiony nie tylko fizycznie, ale także psychicznie. Stracił chęć do życia, rozwinęły się u niego zaburzenia depresyjne. Nie funkcjonował prawidłowo w środowisku rodzinnym, a także odczuwał dyskomfort, gdy wychodził na zewnątrz, gdyż z uwagi na bliznę był wytykany palcami. Istotnym jest, że powód stracił zaufanie do personelu medycznego, co wydaje się być następstwem zrozumiałym.

Powyższe okoliczności powodują, że kwota dochodzonego zadośćuczynienia rzędu 30.000 zł nie jest kwotą wygórowaną, co skutkowało uwzględnieniem żądania pozwu w całości.

Zasadnym pozostawało roszczenie K. K. (1) o zapłatę stosowego zadośćuczynienia na gruncie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (w dalszej części u.p.p.), które opierało się na zarzucie braku poszanowania godności pacjenta, a w konsekwencji prowadziło do naruszenia jego praw jako pacjenta.

Zgodnie z dyspozycją art. 20 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Przez godność ludzką rozumie się wartość jednostki wynikającą z samego faktu bycia człowiekiem. W okresie od 21 września do 25 września 2011 roku K. K. (1) traktowany był przez

personel medyczny przedmiotowo, bagatelizowano zgłaszane przez niego dolegliwości. Nie udzielono mu świadczeń medycznych odpowiadających współczesnym standardom cywilizacyjnym. Pacjent w trzeciej dobie po operacji dostał biegunki. Personel medyczny nie dbał o zmianę zabrudzonej pościeli, pomimo że rodzina pacjenta sama się o to dopominała. Zabrudzoną wodą kałową pościel powodowi zmieniała żona. Po nocy K. K. (1) leżał w zabrudzonej pościeli. W nocy osłabiony pacjent sam wstawał z łóżka, aby wytrzeć podłogę wokół niego. Personel nie reagował na uzasadnione potrzeby pacjenta. Przyciski do wzywania pomocy pielęgniarek nie działały, a na wezwania o pomoc nikt nie reagował, tak że zdesperowany pacjent chciał nawet wzywać pogotowie ratunkowe. Opisane naruszenia godności pacjenta miały charakter zawiniony, wynikały ze zwykłego lekceważenia albo ze złej organizacji pracy na oddziale. Realia pracy na oddziale szpitalnym powodują, że nie zawsze zmiana zabrudzonej pościeli może odbyć się natychmiast, jednakże czynność ta winna zostać zaliczona – chociażby z uwagi na ryzyko przenoszenia patogenów – do czynności pilnych. W Wojewódzkim Szpitalu (...) takiej dbałości o poszanowanie godności pacjenta zabrakło, co zdaniem Sądu Rejonowego usprawiedliwia w całości zgłoszone żądanie w zakresie zadośćuczynienia.

Koszty leczenia pozostające w związku ze zdarzeniem szkodzącym, zostały uwzględnione w całości na kwotę 1.102 zł. Koszty zakupu leków, środków opatrunkowych oraz wizyt lekarskich ujawnione na załączonych do pozwu paragonach i fakturach opiewają na kwotę 1.033,68 zł. Dodatkowo powód poniósł koszt dwóch wizyt prywatnych u psychiatry, koszt terapii farmakologicznej w związku z ujawnionymi zaburzeniami depresyjnymi (65 zł x 2 miesiące). Powód wymagał także lekkostrawnej diety wysokobiałkowej. W kontekście powyższego, dochodzona kwota odszkodowania w wysokości 1.102 zł jest kwotą niższą od poniesionych faktycznie kosztów leczenia, co uprawniało Sąd Rejonowy do zasądzenia żądanej w pozwie kwoty, na podstawie art. 444 § 2 k.c.

Sąd uwzględnił także w całości żądanie zasądzenia odszkodowania obejmującego koszty opieki osób trzecich nad powodem, jako, że fakt ponoszenia całego ciężaru opieki nad poszkodowanym w trakcie leczenia i rehabilitacji nieodpłatnie przez członków najbliższej rodziny nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku zwrotu kwoty obejmującej wartość tych świadczeń. Powód przyjął stawkę wynagrodzenia na poziomie 13 zł za godzinę pracy, nie różnicując stawek na stawki obowiązujące w dniach roboczych oraz dniach wolnych od pracy. Strona pozwana nie zakwestionowała takiego sposobu wyliczenia stawki godzinowej, Sąd przyjął zatem tę okoliczność za przyznaną (art. 229 k.p.c.). Sposób wyliczenia odszkodowania przez powoda (112 dni * 3 godziny * 13 zł/godzina = 4.368 zł) nie budził zatem zastrzeżeń Sądu Rejonowego.

Sąd nie znalazł natomiast podstaw do zasądzenia na rzecz powoda w ramach odszkodowania kwoty 7.420 zł z tytułu utraconych zarobków, uznając żądanie w tym zakresie za nieudowodnione.

O odsetkach ustawowych oraz odsetkach ustawowych za opóźnienie orzeczono na podstawie art. 481 § 1 k.c. Roszczenie odszkodowawcze oraz o zapłatę zadośćuczynienia stanowią świadczenia bezterminowe i winny one zostać spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do spełnienia świadczenia. Odsetki od zasądzonej kwoty 30.000 zł zadośćuczynienia za doznaną krzywdę Sąd zasądził od 15 listopada 2011 roku do dnia zapłaty. Z akt sprawy wynika, że w dniu 27 października 2011 roku pełnomocnik K. K. (1) wezwał Wojewódzki Szpital (...) w Z. do zapłaty kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia. W aktach sprawy brak jest wprawdzie dowodu doręczenia szpitalowi wezwania do zapłaty. Jednak nadanie wezwania listem poleconym stwarza zdaniem Sądu wzruszalne domniemanie faktyczne, iż adresatowi doręczono przesyłkę. Pozwany szpital domniemania tego nie obalił. Odsetki zasądzono od 15 listopada 2011 roku, biorąc pod uwagę przeciętny czas doręczenia korespondencji, a także czas niezbędny na zweryfikowanie przez szpital zasadności dochodzonego roszczenia.

Z kolei odsetki od kwoty 5.000 zł zadośćuczynienia przyznanego w oparciu o art. 4 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c. zasądzono od 23 stycznia 2014 roku, albowiem żądanie obejmujące zadośćuczynienie w związku z naruszeniem praw pacjenta sformułowano w piśmie procesowym, którego odpis doręczono pozwanemu na rozprawie w dniu 22 stycznia 2014 roku.

Jeśli chodzi o odsetki ustawowe oraz ustawowe za opóźnienie w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego, należy zauważyć, że w pozwie powód sformułował żądanie zapłaty jedynie kwoty 1.102 zł tytułem odszkodowania za

poniesione koszty leczenia. Przed wniesieniem pozwu powód nie wzywał pozwanego do zapłaty odszkodowania, a zatem odsetki ustawowe zasądzone od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, tj. od 31 maja 2012 roku. Żądanie zapłaty odszkodowania w związku z koniecznością sprawowania opieki osób trzecich nad powodem sformułowano natomiast dopiero w piśmie procesowym, doręczonym pozwanemu na rozprawie w dniu 22 stycznia 2014 roku, co uzasadniało zasądzenie odsetek od tej kwoty od 23 stycznia 2014 roku.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd oparł na zasadzie stosunkowego rozdzielenia kosztów procesu z art. 100 zd. 1 k.p.c., pozostawiając szczegółowe wyliczenie tych kosztów referendarzowi sądowemu na podstawie art. 108 § 1 k.p.c.

Na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. Sąd Rejonowy umorzył postępowanie w zakresie żądania zasądzenia renty z uwagi na cofnięcie pozwu ze skutkiem prawnym.

Apelację od opisanego rozstrzygnięcia wywiódł pozwany, zaskarżając wyrok w części, to jest w zakresie punktów 2. i 4., zarzucając naruszenie:

1. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. i 286 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie skutkujące wybiórczą oceną dowodów, a w rezultacie:

a. całkowicie błędnym pominięciem dowodu z opinii biegłego epidemiologa dr n. med. A. T. (1), w sytuacji gdy wnioski jego opinii jednoznacznie przemawiały za koniecznością oddalenia powództwa, a przy tym nie istniały jakiegokolwiek podstawy do desperacji tej opinii biegłego przez Sąd, zwłaszcza przy uwzględnieniu, iż Sąd nie wezwał biegłego na rozprawę ani nie dopuścił nawet dowodu z opinii pisemnej uzupełniającej; Sąd przy tym postawił tejże opinii jeden jedyny zarzut - który jest całkowicie chybiony, o czym mowa poniżej w apelacji,

b. przemilczeniem wniosku biegłego z zakresu psychiatrii, zgodnie z którym „gdyby powód nie porzucił leczenia psychiatrycznego, nasilenie dolegliwości psychicznych byłoby mniejsze” - co miało realny wpływ na rozstrzygnięcie i wynik sprawy, albowiem uzasadniało przyjęcie przyczynienia po stronie powoda (którego to zarzutu Sąd błędnie nie uwzględnił), zwłaszcza w sytuacji, gdy uszczerbek psychiatryczny był w niniejszej sprawie jedynym uszczerbkiem jaki ustalili biegli (w sferze chirurgicznej i pozostałych nie doszło w ogóle do jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu, co stwierdzili zgodnie wszyscy biegli);

2. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny dowodu z zeznań świadków w sposób nie swobodny lecz:

a. wewnątrznie sprzeczny i niespójny, w szczególności co do zeznań świadka I. K. - którym są jednocześnie dał wiarę w zakresie w jakim zeznawała o rzekomych „rażących uchybieniach” w zakresie pielęgnacji powoda w szpitalu oraz warunków tam panujących - i którym jednocześnie Sąd odmówił wiarygodności w zakresie w jakim świadek w sposób sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego relacjonowała wysokość i sposób uiszczania kosztów rzekomo ponoszonych przez nią i powoda w wyniku zakażenia; skoro Sąd uznał zeznania świadka za niewiarygodne i sprzeczne z zasadami życiowego co do znacznej części (istotnej zwłaszcza dla wysokości roszczenia) - to dlaczego dał im wiarę w pozostałej części (istotnej zwłaszcza dla zasady odpowiedzialności)? Wszak świadek świadomie podawał nieprawdę wprowadzając Sąd w błąd!

b. pomijający celowo sprzeczności pomiędzy zeznaniami poszczególnych świadków (w tym ww. świadka - I. K. i świadka G. G.) pomimo dostrzeżenia owych sprzeczności i zrzucenia ich na karb „ulotności bądź niedoskonałości ludzkiej pamięci”, w sytuacji gdy zeznania te Sąd uczynił jednocześnie fundamentem domniemania faktycznego w zakresie przyczyn zakażenia powoda jak również podstawą (jedyną!) uwzględnienia powództwa w zakresie zadośćuczynienia za rzekome naruszenie praw pacjenta,

c. sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, co skutkowało przyjęciem za rzekomo wiarygodne, iż po zabiegu neurochirurgicznym pacjent leżał przez długi okres w skandalicznych warunkach higienicznych i rzekomo tylko własne starania jego żony prowadziły do ich niwelowania (leżenie w pościeli umoczonej wodą kałową itp.) - w sytuacji

gdy zeznania te (głównie żony powoda, I. K.) ewidentnie zmierzały do zaprezentowania „skandalizującej” wersji zdarzeń, całkowicie nieliczącej z realiami służby zdrowia, nawet przy uwzględnieniu jej niedofinansowania;

3. art. 231 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie skutkujące bezpodstawnym przyjęciem domniemania faktycznego uzasadniającego uwzględnienie powództwa, w sytuacji gdy:

a. Sąd dysponował jasnym, spójnym i logicznym dowodem z opinii biegłego dr n. med. A. T. (1) wykluczającym domniemanie faktyczne i wprost przeczącym jakimkolwiek nieprawidłowościom leczenia w pozwanym szpitalu oraz przeczącym ich związkowi z zakażeniem powoda, a nadto akcentującym istotną rolę samego powoda i członków rodziny powoda w zwiększeniu ryzyka zakażenia i jego przebiegu,

b. Sąd konstruując domniemanie faktyczne oparł się wyłącznie na zeznaniach świadków, które jak wyżej wskazano nie były wiarygodne, a którym sam Sąd częściowo wiarygodności odmówił (vide: ocena zeznań świadka I. K.);

4. art. 415 w zw. z art. 430 k.c. i w zw. z art. 6 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie skutkujące obciążeniem pozwanego szpitala odpowiedzialnością za skutki zakażenia powoda, w sytuacji gdy strona powodowa nie dostarczyła żadnego dowodu na zaistnienie rzekomych zaniedbań organizacyjnych wymienionych w uzasadnieniu wyroku; zaś Sąd orzekający wymagał od pozwanego dostarczenia przeciwdowodu do dowodu niedostarczonego przez przeciwnika procesowego;

5. art. 4 ust. 1. w zw. z art. 20 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez niewłaściwe zastosowanie skutkujące bezpodstawnym przyjęciem, że pozwany szpital dopuścił się zawinionego naruszenia prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności, w sytuacji gdy strona powodowa nie wykazała takich naruszeń, a tym bardziej naruszeń zawinionych, zaś z opinii biegłego dr n. med. A. T. (1) wprost wynikało, że „całościowa opieka nad pacjentem była prawidłowa”;

6. naruszenie przepisu art. 362 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie skutkujące nieuwzględnieniem podniesionego zarzutu przyczynienia, zwłaszcza w zakresie:

a. wpływu zachowania powoda na zaistnienie i przebieg zakażenia,

b. jedyne ustalonego u powoda uszczerbku na zdrowiu - uszczerbku psychiatrycznego, co do którego biegły psychiatra uznał wprost, iż „gdyby powód nie porzucił leczenia psychiatrycznego, nasilenie dolegliwości psychicznych byłoby mniejsze”.

W konkluzji pozwany wniósł o:

1. zmianę wyroku w zakresie zaskarżenia poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych;

2. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych;

3. rozpoznanie apelacji po przeprowadzeniu rozprawy.

W odpowiedzi na apelację, powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów

postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył:

Apelacja nie jest zasadna.

Wstępnie należy odnotować, że ustalenia faktyczne Sądu I instancji, istotne dla rozstrzygnięcia, Sąd Odwoławczy w pełni podziela i przyjmuje za podstawę własnego orzeczenia. Ocena jurydyczna przedstawionego pod rozwagę sądu roszczenia także nie budzi zastrzeżeń.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wyrażający się w wadliwej, nie swobodnej, lecz niespójnej i wewnętrznie sprzecznej ocenie dowodu z zeznań świadka I. K. nie zasługuje na aprobatę.

Kwestionując ocenę zeznań I. K., apelujący nie wykazał skutecznie naruszenia dyrektyw z art. 233 § 1 k.p.c. w sytuacji, gdy Sąd Rejonowy logicznie, z poszanowaniem zasad doświadczenia życiowego ocenił zeznania świadka, po części uznając je za wiarygodne, a w części odnoszącej się do wysokości kosztów żywienia za przesadzone. Taka ocena nie uchybia zasadom logiki, zwłaszcza, gdy pozostały materiał dowodowy pozwala zweryfikować tę ocenę. Przywołując fragmentarycznie zeznania świadka, apelujący nie uzasadnia względów, dla których zeznaniom I. K. w żadnej mierze nie można byłoby przypisać waloru wiarygodności. Nawet bowiem, gdyby opis zaniedbań pozwanego w zakresie opieki pielęgniarstwa, wynikający z zeznań świadka, uznać za przesadzony, nie wyklucza to, z punktu widzenia zasad logiki, przyjęcia zaniedbań w innej skali, zwłaszcza wobec braku dowodów przeciwnych. Jeśli chodzi o sprzeczności w zeznaniach świadków I. K. i G. G., apelujący nie precyzuje, na czym one polegają. Ogólnikowy charakter tego zarzutu, czyni motywy apelującego w tym zakresie czysto polemicznymi z właściwą i logiczną oceną Sądu Rejonowego. Podkreślenia wymaga także, że opisane przez Sąd I instancji nieścisłości co do częstotliwości napominania personelu pielęgniarstwa czy kolejności pojawienia się poszczególnych objawów chorobowych u powoda po operacji nie należą do różnic tego rodzaju, które dyswalifikowałyby zeznania tych świadków, a przede wszystkim nie wpływają w istotny sposób na przedmiot sprawy.

Za chybiony należy uznać także zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. i art. 286 k.p.c., którego uzasadnienie sprowadza się do stwierdzenia, że Sąd I instancji dokonał wybiórczej i wadliwej oceny dowodów z pominięciem opinii biegłego epidemiologa dr nauk med. A. T. (1) -którego wnioski jednoznacznie przemawiały za oddaleniem powództwa -oraz przemilczeniem wniosku biegłego psychiatry i w rezultacie pominięciem zarzutu przyczynienia się powoda do powstania szkody.

Podkreślić w tym miejscu trzeba, że zarzucając Sądowi Rejonowemu wybiórczą ocenę dowodów i oparcie wyroku na wnioskach opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych, apelujący sam dokonuje takiego zabiegu, dążąc do uczynienia podstawą wyrokowania wyłącznie opinię biegłego neurochirurga dr n. med. A. T. (1), nie konfrontując jej z wnioskami opinii pozostałych biegłych. Tymczasem całość materiału dowodowego w postaci wszystkich opinii, sporządzonych przez biegłych (z zakresu neurochirurgii oraz z zakresu chorób zakaźnych) w badanej sprawie, oceniona zgodnie z wymogami art. art. 233 § 1 k.p.c. może dopiero stanowić podstawę orzekania. W zakresie sporu co do prawidłowości opieki medycznej, miejsca zakażenia powoda, znamienne jest powoływanie się w apelacji na biegłego epidemiologa, gdy tymczasem dr A. T. (1) nie został powołany biegłym w tej dziedzinie, lecz w zakresie neurochirurgii.

Opinia biegłego, jak każdy dowód w sprawie podlega ocenie, stosownie do treści art. 233 § 1 k.p.c. Swoistość tej oceny polega jednak na tym, że chodzi tu nie o kwestie wiarygodności, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnienie, dlaczego pogląd danego biegłego trafił lub nie do przekonania Sądu. Z jednej strony konieczna jest zatem kontrola z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej zaś strony istotną rolę musi odgrywać stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. Należy przy tym pamiętać, że przedmiotem opinii biegłych nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Dlatego opinia biegłych nie podlega weryfikacji, jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu. Sąd Najwyższy wyjaśnił w tej mierze, że do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c., a zatem Sąd nie jest obowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych w każdym wypadku, gdy złożona opinia nie jest korzystna dla strony (jednej ze stron) (patrz wyrok SN z dnia 15.02.1974 r., II CR 817/73, niepublikowany). Zaznaczyć w tym miejscu należy, że sposób motywowania oraz stopień stanowczości wniosków wyrażonych w opinii biegłych jest jednym z podstawowych kryteriów oceny dokonywanej przez Sąd, niezależnie od kryteriów zgodności z zasadami

wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego oraz podstaw teoretycznych opinii (tak SN w postanowieniu z dnia 27.11.2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001 nr 4 poz. 84).

Mając na uwadze wyżej poczynione rozważania należy stwierdzić, że Sąd Rejonowy w sposób jasny, czytelny, a także logiczny wyjaśnił, z jakich względów za całkowicie miarodajne dla oceny przyczyn i skutków zdarzenia szkodzącego, należało uznać opinie sporządzone przez biegłą dr nauk med. A. M. (1), wspieraną przez ustną opinię biegłego dr nauk med. A. B., oraz opinię biegłej psychiatry E. W..

Sąd Rejonowy wypowiedział się także co do zastrzeżeń w zakresie, w jakim biegły neurochirurg ustalił, że całościowa opieka nad pacjentem obejmująca przygotowanie do zabiegu operacyjnego, samo przeprowadzenie operacji jak również opieka operacyjna była prowadzona w sposób „właściwy, prawidłowy, zgodny z aktualną sztuką i wiedzą medyczną, adekwatny do stanu klinicznego pacjenta. Jak wynika z opinii biegłej A. M. (1), brak jest w dokumentacji medycznej powoda informacji o zastosowanej okołoperacyjnej profilaktyce antybiotykowej. Biegła zwróciła także uwagę na zaniechanie pobrania od powoda materiału na posiew, do czego wskazaniem było sączenie z rany pooperacyjnej. Kwestie powyższe pominął biegły A. T. (1), podobnie jak budzący poważne zastrzeżenia standard opieki pielęgniarstwa nad powodem, co do której biegły nie dysponował żadnym materiałem uprawniającym go do takich ocen. Wprawdzie biegły odniósł się do aktualnego (2020 r.) standardu postępowania operacyjnego i braku wprowadzania dodatkowych procedur u bezobjawowych nosicieli, ale, jak słusznie zauważa powód, wnioski te nie dotyczą standardów postępowania operacyjnego obowiązujących w dacie zabiegu przeprowadzonego u powoda w 2011 roku, a nadto odnoszą się do bezobjawowych nosicieli a nie do osób niezakażonych. Opinia biegłego A. T. wykracza też, na co również trafnie zwrócił uwagę powód, poza tezę dowodową zakreśloną przez Sąd Rejonowy w postanowieniu z dnia 27 lutego 2019 roku, zgodnie z którą biegły A. T. został powołany jako biegły z zakresu neurochirurgii, a prezentując wnioski z zakresu medycyny sądowej i epidemiologii wyszedł poza zakres złezonej opinii, do czego nie był upoważniony. Ponadto istniejące, zdaniem pozwanego, sprzeczności w opiniach biegłych, nie zostały poddane dalszemu dowodzeniu w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, jako że pozwany żadnych wniosków w tym zakresie nie zgłaszał. Nie jest rzeczą sądu dopuszczanie dowodów z urzędu, wbrew zaniechaniom procesowym stron reprezentowanych przez profesjonalnych pełnomocników w sytuacji, gdy ocena dowodów złożonych w sprawie jest możliwa do przeprowadzenia, a przedmiot sporu udowodniony. W tej sytuacji dopuszczenie dowodu z ustnej opinii biegłego A. T., przy braku wniosku pozwanego w tym zakresie czyni zarzut w tej materii nieuprawnionym.

W zakresie kluczowego w sprawie przedmiotu sporu, opinia specjalisty z dziedziny chorób zakaźnych A. M. okazała się najbardziej wnikliwa, stanowcza i kategoryczna. Biegły A. B. doszedł do tożsamy, co biegła A. M. (1) wniosków co do prawdopodobieństwa zakażenia się przez powoda gronkowcem złocistym (...) w pozwanym szpitalu. Wprawdzie pisemna opinia biegłego, jak trafnie zauważył Sąd Rejonowy, była w tym zakresie niejednoznaczna, jednak podczas składania ustnej opinii uzupełniającej biegły A. B. przedstawił w klarowny i zrozumiały sposób mechanizm zakażeń gronkowcem złocistym (...), a także wprost wskazał, że „przebieg zakażenia powoda wskazuje na to, że zakażenie mogło nastąpić w trakcie operacji (nawet gdyby pacjent był nosicielem gronkowca i bakteria występowała u niego na skórze, miejsce operacyjne powinno zostać zdezynfekowane). Ponadto biegła A. M. przeprowadziła wnikliwą analizę kwestii zaniedbań o charakterze organizacyjnym występujących w pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...), zasadnie i rzeczowo argumentując swoje stanowisko przy wykorzystaniu dokumentacji medycznej także pozwanego, dostarczonej w toku postępowania przed Sądem I instancji, który wnikliwie w tym zakresie poczynił ustalenia faktyczne.

Reasumując powyższy wątek, wolno powiedzieć, że analiza wymienionych opinii została dokonana przez Sąd Rejonowy prawidłowo, a argumentacja przedstawiona w apelacji jest jedynie polemiką z nieobarczonym żadnym błędem stanowiskiem Sądu pierwszej instancji w przedmiocie wartości dowodowej sporządzonych w sprawie opinii.

Z tych wszystkich względów po ponownym przeanalizowaniu okoliczności niniejszej sprawy, Sąd II instancji nie podziela zapatrywania apelującego, aby Sąd Rejonowy dopuścił się naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez przeprowadzenie oceny opinii biegłych w sposób fragmentaryczny i nie noszący znamion wszechstronności,

a przede wszystkim poprzez pominięcie jedynej słusznej, zdaniem apelującego, opinii biegłego A. T. z pominięciem opinii biegłej A. M..

W konsekwencji uznania wniosków biegłej A. M. za uzasadnione, odpowiedzialność pozwanego szpitala nie budzi wątpliwości w świetle art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Związek między zachowaniem personelu medycznego a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), ale nie musi być bezpośredni.

W konsekwencji, w przypadku szkód medycznych dopuszcza się stosowanie domniemań faktycznych w oparciu o art. 231 k.p.c., co też w niniejszej sprawie zasadnie uczynił Sąd I instancji (por. wyrok SN z dnia 15 kwietnia 2005 r., sygn. akt I CK 653/04, Lex 369229; wyrok SA w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r., sygn. akt I ACa 69/00, opubl. w: PiM 2002/11/124 z aprobowaną glosą M. Nestorowicza opubl. w: PiM 2002/11/128).

Całość dokumentacji medycznej i dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy pozwala przyjąć z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że do zakażenia powoda K. K. (1) gronkowcem złocistym (...) doszło podczas hospitalizacji powoda w pozwanej jednostce w dniach 12-26 września 2011 roku, najpewniej podczas zabiegu. Jak wynika z opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych dr A. M., prawdopodobieństwo, że u powoda doszło do zakażenia gronkowcem złocistym przed operacją, jest znikome. Gronkowiec złocisty metycylinooporny (...) może znaleźć się na pościeli, poręczach łóżek, urządzeniach łazienkowych i sprzęcie medycznym Z brudnego sprzętu medycznego, rąk lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych (...) może przenosić się na inne osoby. Prawdopodobieństwo zarażenia się (...) w czasie odwiedzania osoby zakażonej (...) jest bardzo niskie. Do największej ilości zakażeń (...) dochodzi w murach szpitali. Po opuszczeniu szpitala prawdopodobieństwo zakażenia się (...) jest bardzo niewielkie. Brak jest związku pomiędzy spożywaniem żywności przygotowanej na zewnątrz szpitala a zakażeniem gronkowcem, a następnie rozwojem sepsy. Brak jest także związku pomiędzy paleniem papierosów a zakażeniem rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym.

Wobec jasnych wniosków opinii biegłej A. M., umotywowanych medycznie, przeciwny pogląd prezentowany w apelacji jako czysto polemiczny nie zasługuje na uwzględnienie. Biegła w swych opiniach w sposób klarowny i pełny przedstawiła analizę przyczyn występowania zakażeń szpitalnych, możliwego przebiegu zakażenia gronkowcem, stosowania procedur i podejmowanych środków w zakresie prawidłowego stosowania nadzoru.

Ważnym czynnikiem podważającym zasadność wyводу apelacji co do prawidłowości stosowanych w placówce procedur epidemiologicznych jest wystąpienie w 2011 roku w pozwanym szpitalu stwierdzonych 32 przypadków zakażeń gronkowcem złocistym, z czego 8 w oddziale, gdzie leczony był powód.

Ponadto, kwestionowanie przez apelującego wniosków biegłej co do stopnia prawdopodobieństwa zakażenia powoda gronkowcem w pozwanym szpitalu i twierdzenie, że do zakażenia mogło dojść wcześniej, w innych placówkach medycznych, jest twierdzeniem na tyle gołosłownym i dowolnym, że nie poddającym się na tym etapie postępowania jakiegokolwiek rzeczowej analizie. Sąd Rejonowy w pisemnym uzasadnieniu wyroku w sposób przekonujący, pełny i logiczny wskazał, że zachodzi wysokie, graniczące z pewnością prawdopodobieństwo, że powód został zakażony bakterią gronkowca złocistego podczas zabiegu operacyjnego w dniu 20 września 2011 roku. Strona pozwana nie obaliła domniemania faktycznego, że do zakażenia doszło w Wojewódzkim Szpitalu (...). Przy przyjęciu do szpitala pacjentowi nie wykonano wymazów mających potwierdzić bądź wykluczyć nosicielstwo gronkowca. Nie można zatem zakładać – tak jak chce tego pozwany – że drobnoustroje chorobotwórcze zostały przeniesione w okolice rany operacyjnej ze skóry pacjenta. Wątpliwym jest, aby zakażenie nastąpiło przed przyjęciem do szpitala, a rozwinęło się w pełnoobjawową chorobę w trakcie hospitalizacji, gdyż K. K. (1) do szpitala został przyjęty w dniu 12 września 2011 roku, zaś objawy rozwijającej się sepsy pojawiły się u niego dopiero po około 10 dniach. Wreszcie należy podkreślić, że K. K. (1) został zakażony szczepem gronkowca metycylinoopornego (...), który występuje głównie w środowisku szpitalnym, w odróżnieniu od gronkowca metycylinowrażliwego (...), występującego powszechniej w warunkach pozaszpitalnych. Co istotne, skoro w 2011 roku w Wojewódzkim Szpitalu (...) wystąpiły 32 przypadki zakażenia gronkowcem złocistym (...), w tym aż 1/4 przypadków miała miejsce na oddziale neurochirurgicznym, gdzie

przebywał powód, zatem patogen staphylococcus aureus występował już wcześniej w miejscu hospitalizacji powoda. Przyjmując wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia gronkowcem złocistym w pozwanym szpitalu, Sąd miał także na uwadze, że w dokumentacji medycznej pozwanego biegła nie odnotowała faktu zastosowania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej, co zdaje się być uchybieniem rażącym, a także budzący poważne zastrzeżenia ogólny poziom opieki nad pacjentem.

Jak trafnie zważył Sąd Rejonowy, spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza (personelu medycznego) wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dostępnym dla lekarza. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo, w tym możliwość przewidywania skutków określonych działań lub zaniechań (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n., orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7, M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2010, s. 94, 206-207). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności ocenianej pod kątem określonego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza (wyroki Sądu Najwyższego : z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, OSP 2012/10/95, z dnia 18 stycznia 2013 roku, IV CSK 431/12, Lex nr 1275006).

Przy ocenie przesłanki winy należy mieć na uwadze treść art. 355 k.c., określającego próg wymaganej w obrocie staranności. Nie ulega wątpliwości, iż z uwagi na szczególnie charakter wykonywanego zawodu personel placówki służby zdrowia zobowiązany jest do dołożenia maksymalnej staranności w stosowaniu procedur medycznych. Owa staranność szczególnego rodzaju wyraża się między innymi w drobiazgowym przestrzeganiu zasad higieny, obowiązku szczególnej troski o sprzęt medyczny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów, a osoby uczestniczące w procesie leczenia, z racji specjalistycznego wykształcenia, winny mieć świadomość konsekwencji naruszenia reguł obowiązujących w tym zakresie. Dlatego też nawet drobne odstępstwa od reżimu postępowania stwarzające możliwość szerzenia się chorób zakaźnych należy oceniać jako niedbalstwo w działaniu tychże osób.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że w sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007 roku, III CSK 429/06, PiM2010/2/135). W jednostkach służby zdrowia z reguły bowiem zachodzi wzmożone narażenie na infekcje i ryzyko ich wystąpienia, i to pomimo odpowiedniego wykonywania zabiegów sterylizacji sprzętu, czy dezynfekcji i dekontaminacji pomieszczeń. Niemniej jednak w każdym wypadku należy wziąć pod uwagę także pozaszpitalne czynniki umożliwiające nastąpienie zakażeń, takie jak np. uprzednie nosicielstwo drobnoustroju u pacjenta, bądź członków jego najbliższej rodziny, czy też właściwości genetyczne. Doktryna i orzecznictwo wypracowały pewnego rodzaju „listę” okoliczności uzasadniających zastosowanie domniemania faktycznego. Są nimi fakt, że pacjent w czasie przyjmowania do szpitala nie był zarażony chorobą, stwierdzenie w tym samym czasie w tym samym szpitalu innych przypadków zakażenia, negatywne oceny sanitarno-epidemiologicznego, niezachowywanie wymagań czystości sprzętu i personelu medycznego, „szpitalny” lub „pozaszpitalny” typ bakterii będącej źródłem choroby, upływ czasu od pobytu w szpitalu do stwierdzenia objawów zakażenia, odpowiadający przyjętym w medycynie okresom inkubacji choroby.

Z materiału dowodowego w sprawie wynika bezsprzecznie, że wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala zostały spełnione.

Ponadto, Wojewódzki Szpital (...) obciąża szereg zaniedbań o charakterze organizacyjnym na polu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym. Wprawdzie w pozwanym szpitalu w 2011 roku funkcjonował Zespół (...), jednakże na podstawie dokumentacji przedstawionej przez szpital nie sposób przyjąć, że zespół ten faktycznie realizował zadania określone w ustawie z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W szczególności wątpliwości budzi kwestia zaznajamiania pracowników szpitala z obowiązującymi procedurami.

Oczywistym jest bowiem, że sam fakt uchwalenia w drodze wewnętrznych zarządzeń określonych procedur mających przyczynić się do zmniejszenia ryzyka powstania zakażeń szpitalnych jest niewystarczający, skoro pracownicy szpitala o nich nie wiedzą i nie zostali zobligowani do ich stosowania. Nie wiadomo, czy w pozwanym szpitalu prowadzone były kontrole przestrzegania procedur. Na podstawie materiałów zgromadzonych w aktach sprawy nie sposób także stwierdzić, aby w szpitalu prowadzone były szkolenia personelu.

Skoro w procesie zostało ostatecznie ustalone, że najbardziej prawdopodobnym źródłem zakażenia był pobyt powoda w pozwanym szpitalu, to istniała podstawa do uznania w trybie domniemania faktycznego, że na skutek działań personelu tej jednostki doszło do zakażenia powoda.

W tym stanie rzeczy zarzut naruszenia art. 231 k.p.c. należy uznać za chybiony.

Wobec stwierdzenia rozstroju zdrowia, wywołanego zakażeniem gronkowcem i powikłaniami prowadzącymi do posocznicy, zawinonego działania pozwanego oraz związku przyczynowego pomiędzy tymże działaniem a powstałą szkodą, należy przyjąć odpowiedzialność pozwanego za następstwa zakażenia powoda gronkowcem metycylooopornym, w wyniku którego to zdarzenia doszło do sepsy, a co skutkowało zaburzeniami depresyjnymi z towarzyszącymi im uszkodzeniami (...) i 10% uszczerbkiem na zdrowiu powoda.

Opinia biegłej psychiatry jako rzeczowa, klarowna i właściwie umotywowana stanowiła podstawę ustalenia powyższego uszczerbku na zdrowiu powoda. Zarzut, jakoby uszczerbek ten mógł być mniejszy, nie został dowiedziony, podobnie, jak teza co do polepszenia stanu zdrowia psychicznego powoda w razie kontynuowania terapii farmakologicznej i psychologicznej. Samo stwierdzenie biegłej, że gdyby powód nie porzucił leczenia psychiatrycznego, nasilenie dolegliwości psychicznych byłoby mniejsze, nie przesądza o zmniejszeniu stopnia uszczerbku na zdrowiu, w toku postępowania dowodowego okoliczność ta nie została ustalona.

W tej sytuacji zarzut przyczynienia się powoda (art. 362 k.c.) do zwiększenia i utrwalenia uszczerbku psychiatrycznego nie zasługuje na aprobatę, podobnie jak zarzut przyczynienia się powoda do zwiększenia ryzyka samego zakażenia, gdyż zachowanie powoda w szpitalu i korzystanie z pokarmów pozaszpitalnych w żaden sposób do tego się nie przyczyniło, co wykazano w toku niniejszego wyводу.

Konkludując rozważany wątek, wolno powiedzieć, że Sąd I instancji prawidłowo zidentyfikował oraz zważył wszystkie okoliczności istotne w aspekcie określenia zasad odpowiedzialności pozwanego szpitala dochodząc do przekonania o istnieniu przesłanek wskazanych w art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zasądzone zadośćuczynienie zaś w kwocie 30 000 zł odpowiednia wszystkim kryteriom wypracowanym przez judykaturę (art. 445 k.c.).

Zarzut naruszenia art. 4 ust. 1 w zw. z art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta należy uznać za niezasadny. Całokształt materiału dowodowego i przyjęte oceny dowodów pozwalają na przypisanie pozwanemu zaniedbań w poszanowaniu godności powoda podczas pobytu w szpitalu. Opisane przez Sąd Rejonowy szczegółowo naruszenia godności pacjenta miały charakter zawiniony, wynikały ze zwykłego lekceważenia albo ze złej organizacji pracy na oddziale. Skarżący nie przedstawił dowodu przeciwnego, który jego zarzut czyniłby uzasadnionym. W tym stanie rzeczy przyznane zadośćuczynienie w kwocie 5 000 zł należy uznać za adekwatne.

W związku z niezasadnymi zarzutami pozwanego, apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c., zasądzając na rzecz powoda kwotę 1 800 zł z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika procesowego, ustaloną w oparciu o § 1 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800 ze zm.).