

Sygn. akt. I C 157/09

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2015 roku

**Sąd Okręgowy w Sieradzu I Wydział Cywilny**

w składzie następującym

Przewodniczący: SSO Iwona Podwójniak

Protokolant: Beata Krysiak

po rozpoznaniu w dniu 22 października 2015 roku w Sieradzu

na rozprawie

sprawy

z powództwa Ł. B.

przeciwko Szpitalowi Wojewódzkiemu im. (...) S. W. w S.

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (...) SA w W.

o odszkodowanie, zadośćuczynienie i rentę

1. oddała powództwo,
2. nie przyznaje interwenientowi kosztów interwencji od powoda,
3. nieuiszczone koszty sądowe ponad zapłacone przejmuje na rachunek Skarbu Państwa.

Sygn. akt I C 159/09

## UZASADNIENIE

Powód Ł. B. w pozwie z dnia 27 lipca 2009 roku wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwoty 39 998,00 zł tytułem odszkodowania oraz kwoty 160 000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za zakażenie go podczas operacji przeprowadzonej w pozwanym Szpitalu bakteriami gronkowca złocistego, na skutek czego utracił głowę kości udowej. Powód domagał się również pokrycia dalszych kosztów leczenia z góry poprzez zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 10 002 zł oraz zasądzenia renty w wysokości 400 zł miesięcznie tytułem zwiększenia potrzeb życiowych, w szczególności związanych z utrudnieniem poruszania się, koniecznością okresowej wymiany endoprotezy, a także związanych z koniecznością podwyższonej dbałości o zdrowie, a także zasądzenia kosztów procesu.

W uzasadnieniu żądania powód wskazał, że w dniu 20 lutego 2007 roku został poddany operacji zespolenia kości udowej. Po zabiegu wystąpił ból, wyraźny wzrost temperatury i obrzęk operowanego lewego uda. Badania płynu z rany wykazały występowanie w dużej ilości bakterii szczepu ST. Aureus (gronkowca złocistego) (...).

Pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie.

Interwenient uboczny po stronie pozwanego (...) SA w W. także wniósł o oddalenie powództwa.

### **Sąd Okręgowy ustalił:**

W dniu 10 lutego 2007 roku o godzinie 3,45 powód został przyjęty do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na Oddział Urazowo-Ortopedyczny. Powodem przyjęcia były obrażenia doznane przez niego jako kierowcę samochodu osobowego podczas zderzenia z innym pojazdem. Powód zjechał na lewy pas ruchu i zderzył się z samochodem ciężarowym. Wypadek miał miejsce na trasie S.-Z. w miejscowości C..

U powoda rozpoznano wstrząs pourazowy, złamanie wielopoziomowe kości udowej, trzonu krętarza i szyjki kości udowej lewej, w tym otwarte złamanie krętarzowe III stopnia, rany twarzy i głowy oraz wstrząśnienie mózgu.

W dniu 10 lutego 2007 roku w warunkach bloku operacyjnego opracowano chirurgicznie ranę złamania otwartego kości udowej. Do rany złamania otwartego zastosowano dwie gąbki garamacynowe. Podczas zabiegu dwukrotnie pobrano materiał na posiew – wymaz z rany. Jeden posiew był jałowy, a z drugiego posiewu wyhodowano gronkowca hemolitycznego. Gronkowiec ten był wrażliwy na wszystkie antybiotyki. Po operacji powód otrzymywał netromycynę, metronidazol oraz cefradynę, heparynę frakcjonowaną oraz leki przeciwbólowe. Odroczone zespolenie złamania kości udowej ze względu na brak odpowiedniej długości gwoźdźcia śródszpikowego – powód o wzroście 197 cm i masie ciała 95 kg. Po opracowaniu chirurgicznym rany złamania otwartego, zabezpieczono złamanie kości udowej wyciągiem szkieletowym za guzowatość kości piszczelowej.

Po 10. dniach od wypadku, w dniu 20 lutego 2007 roku, powód był leczony planowo. Wykonano zespolenie śródszpikowe złamań kości udowej w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Zastosowano wówczas powtórnie gąbki geramycynowe. Kontrolne badanie rentgenowskie wykonano po dwóch dniach po operacji – 22 lutego 2007 roku. Wykazało ono rozejście się odłamów szyjki kości udowej. Zaproponowano powodowi operację naprawczą po wygojeniu ran operacyjnych.

W ósmej dobie po operacji, tj. dnia 28 lutego 2007 roku wystąpił u powoda wzrost temperatury i obrzęk uda lewego z bólem uda. Doraźnie otwarto ranę celem jej odbarczenia. Uzyskano wypływ płynu o charakterze posoki. Śródoperacyjnie stwierdzono w ranie obecność płynu, który poddano badaniu. W badaniu stwierdzono obecność gronkowca złocistego (...), opornego na metycylinę. Powodowi podano wówczas wankomycynę zgodnie z wynikiem posiewu. Kolejne posiewy wydzieliny z rany wykazywały nadal obecność gronkowca złocistego (...). Zgodnie z antybiogramem włączono powodowi wankomycynę. W dniu 2 marca 2007 roku (dziewięć dni po operacji) wykonano reoperację w znieczuleniu ogólnym dożylnym. Otwarto ranę pooperacyjną, wypłukano ranę, wprowadzono kolejne trzy opakowania gąbki garamacynowej oraz dren. Śródoperacyjnie stwierdzono w ranie nieznaczną ilość treści posokowej, bez włókniaka. Tkanki wizualnie o prawidłowym ukrwieniu i wyglądzie. Zmieniono grot S. celem utrzymania wyciągu szkieletowego za guzowatość kości piszczelowej. Rana operacyjna w 1/3 bliższej uda wygoiła się per primam. Następnie obserwowano u powoda wzrost temperatury dwukrotnie do 39°C. Poszukiwania innych ognisk zapalnych wewnątrzustrojowych negatywne w obrębie płuc, dróg moczowych i intensywnej terapii. Pobierano powtórnie materiał z rany i ze krwi na szczycie gorączki. Posiew z rany potwierdził obecność gronkowca złocistego (...) wrażliwego na wankomycynę, teikoplanine i linezolid. Wszystkie posiewy z krwi były jałowe.

W dniu 6 marca 2007 roku matka powoda poprosiła o przeniesienie do kliniki ortopedii.

(d. przesłuchanie powoda – nagranie – 00:04:22-00:25:37, protokół skrócony – k. 875-876, pismo z dnia 7 marca 2007 roku – k. 53, karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 54-55, historia choroby – k. 78-81, historia choroby – k. 172-211, raporty z badania mikrobiologicznego – 24-30, z opinii biegłych M. B. i A. D. (1) – k. 422-424, z opinii biegłego W. M. – k. 716-736).

W okresie od 7 marca do 4 kwietnia 2007 roku powód kontynuował leczenie w Klinice (...) z Oddziałem (...) Pourazowej (...) Szpitala (...) im. Wojskowej Akademii Medycznej w Ł.

(d. karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 46-47 i dalsze dokumenty medyczne – k. 48-52, k. 56-58, pismo – k. 53).

Od dnia 4 do dnia 29 czerwca 2007 roku powód także przebywał w Szpitalu (...) w Ł.; w okresie do 8 czerwca w Klinice (...) na leczeniu zachowawczym, a następnie na Oddziale (...), gdzie zastosowano leczenie usprawniające

(d. historia choroby, karta informacyjna, pozostała dokumentacja medyczna – k. 59-65, historia choroby, karta informacyjna i pozostała dokumentacja medyczna – k. 66-77).

Kolejno powód odbył rehabilitację w Wojewódzkim Szpitalu (...) w S. w okresie od 11 lipca do 8 sierpnia 2007 roku (d. dokumentacja medyczna – k. 34-44).

W dniu 16 sierpnia 2007 roku powód miał wizytę w Poradni (...) Urazowo-Ortopedycznej w B.

(d. historia choroby – k. 89).

W dniach 27-29 sierpnia 2007 roku powód był leczony w Oddziale (...)Urazowej I Szpitala Miejskiego im. (...) E. S. w Ł., gdzie w dniu 28 sierpnia dokonano bez efektu w krótkotrwałym znieczuleniu dożylnym próby redresji stawu kolanowego

(d. karta informacyjna – k. 90, historia choroby – k. 91-93).

W dniu 8 października 2007 roku powód został przyjęty do Szpitala w P., gdzie przebywał do 7 listopada 2007 roku. W czasie tego pobytu powód dwukrotnie poddany był zabiegowi operacyjnemu – wycięcie przetok, usunięcie zespolenia, usunięcie martwaków; wynik posiewu śródoperacyjnego – gronkowiec złocisty

(d. historia choroby – k. 94-99, karta informacyjna – k. 100).

Kolejny pobyt w Szpitalu w P. miał miejsce od 25 do 28 marca 2008 roku z rozpoznaniem zapalenia śródszpikowego kości udowej celem diagnostyki i ustalenia planu leczenia

(d. historia choroby – k. 101-103, karta informacyjna – k. 104, dokument z badania – k. 105).

Następnie powód przebywał w Szpitalu w P. od dnia 8 czerwca do 6 lipca 2008 roku celem leczenia przykurczu wyprostnego kolana lewego. W dniu 16 czerwca 2008 roku wykonano zabieg operacyjny – R. kanału szpikowego, resekcja głowy kości udowej, implantacja S.

(d. historia choroby – k. 106-111, karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 112).

W dniu 10 września 2008 roku zostało wydane orzeczenie o zaliczeniu powoda Ł. B. do znacznego stopnia niepełnosprawności do 10 września 2009 roku ze wskazaniem, że niepełnosprawność istnieje od 10 lutego 2007 roku

(d. orzeczenie o niepełnosprawności – k. 113).

W dniu 4 lutego 2009 roku powód miał przeprowadzone w Szpitalu w P. badania diagnostyczne.

Po raz kolejny powód został przyjęty do szpitala w P. w dniu 17 lutego 2009 roku. Przebywał do dnia 5 marca 2009 roku. Założono powodowi gwóźdź perforowany M. wypełniony cementem z gentamiciną

(d. karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 159).

Pobyt powoda w Szpitalu w P. w okresie od 23 do 25 czerwca 2009 roku miał cel diagnostyczny.

Podczas pobytu powoda w Szpitalu w P. od 27 sierpnia 2009 roku usunięto gwóźdź śródszpikowy, wykonano całkowitą protezoplastykę bezcementową biodra lewego i uzupełniono ubytki kostne przeszczepami.

Od dnia 11 do 27 listopada 2009 roku powód przebywał w Szpitalu w P. na leczeniu polegającym na wycięciu zbliznowaceń mięśnia czworogłowego uda lewego oraz artrolizie kolana.

W okresie od 10 do 24 września 2010 roku pobyt powoda w Szpitalu jak wyżej miał cel diagnostyczno-obszeryjny. Odczyn zapalny po endoprotezoplastyce biodra lewego leczono zachowawczo antybiotykami (wankomycyną)

(d. karty informacyjne leczenia szpitalnego – k. 621-631).

W okresie pobytu powoda w pozwanym Szpitalu była stosowana prawidłowa procedura dotycząca monitorowania zakażeń szpitalnych. Obowiązywały wówczas procedury: w zakresie monitorowania zakażeń i drobnoustrojów alarmowych z dnia 29 sierpnia 2006 roku (k. 454-458), mycia rąk z dnia 29 sierpnia 2006 roku (k. 459-462), utrzymania czystości w zakładzie z dnia 14 września 2006 roku (k. 463-466, 469), postępowania z bielizną z dnia 29 sierpnia 2006 roku (k. 470-473), sterylizacji z dnia 29 sierpnia 2006 roku (k. 474-480), przygotowania pacjenta do planowych operacji z dnia 30 sierpnia 2006 roku (k. 481-485).

W okresie jeszcze przed pobycem powoda w pozwanym Szpitalu został powołany Zespół (...). Zespół ten zarejestrował następującą ilość pacjentów z patogenem alarmowym typu *S. aureus* (...):

- w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2006 roku – 55 pacjentów na 11 939 hospitalizowanych,
- w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2007 roku – 129 pacjentów na 20 755 hospitalizowanych,
- w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 roku – 104 pacjentów na 24 358 hospitalizowanych,
- w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 roku – 77 pacjentów na 26 624 hospitalizowanych,
- w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 roku – 54 pacjentów na 18 170 hospitalizowanych.

W większości stwierdzone zakażenia dotyczyły Oddziału Intensywnej Terapii Medycznej.

Zarejestrowane przypadki dotyczyły i zakażeń szpitalnych, i pozaszpitalnych.

W okresie pobytu powoda na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym nie zarejestrowano przypadków z zakażeniem bakterią gronkowca złocistego (...), choć w całym roku 2007 stwierdzono 7 przypadków zakażenia na tym Oddziale

(d. informacja – k. 351- 353, załączniki – k. 365, 366, zeznania świadka H. P. – k. 442 odwr.-443 odwr.).

Protokoły kontroli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w okresie od 20 grudnia 2006 roku do 29 maja 2007 roku nie stwierdziły nieprawidłowości sanitarnych w pozwanym Szpitalu (d. dokumenty – k. 354-364).

Obecnie szczep gronkowca złocistego (...) nie jest postrzegany jako drobnoustrój wyłącznie szpitalnego pochodzenia. W latach 90. udokumentowano pojawienie się pozaszpitalnych szczepów (...). W określonych sytuacjach nawet 40% szczepów (...) może pochodzić ze środowiska pozaszpitalnego. Wobec powszechnego występowania tych drobnoustrojów jednoznaczne wskazanie źródła zakażenia, bez precyzyjnych badań genetycznych, nie jest możliwe do ustalenia.

U powoda podczas jego pobytu w szpitalu mimo stosowania antybiotyków wystąpiła infekcja spowodowana szczepem (...). W dokumentacji brak jest przesłanek wskazujących na źródło pochodzenia szczepu (...). Źródłem gronkowca mógł być personel szpitala, mogli być inni pacjenci, nie można wykluczyć kolonizacji szczepem pochodzącym od odwiedzających, nie można wykluczyć również, iż źródłem gronkowca (...) mógł być sam pacjent. Szczep (...) obojętnie” bytujący w organizmie nosiciela, w przypadku gwałtownego załamania odporności spowodowanego ciężkim stanem klinicznym – tak jak w niniejszej sprawie – może okazać się niezwykle patogenny.

W przypadku powoda wdrożone postępowanie lecznicze z punktu widzenia mikrobiologicznego należy uznać za poprawne. Powód jako chory z otwartym złamaniem z racji przerwania ciągłości tkanek i niebezpieczeństwa wniknięcia bakterii przez uszkodzone powłoki został zabezpieczony podawaniem antybiotyków działających na bakterie tlenowe i beztlenowe. W momencie kiedy stwierdzono brak skuteczności ich działania wykonano antybiogram celem wyboru właściwego leku i ten lek zgodnie z wynikiem antybiogramu podano.

(d. opinia biegłego E. M. – k. 294-299, wyjaśnienia ustne biegłego – k. 339 odwr.-340).

Bakteria gronkowiec złocisty (...) (metycylinooporny) występuje dość powszechnie w środowisku szpitalnym, ale obecnie coraz częściej izolowana jest w środowisku pozaszpitalnym. Nosicielstwo (...) dotyczy do 30-40% populacji. Typowym miejscem nosicielstwa są przedsionek nosa i okolice krocza. Zakażenie powoda winno być kwalifikowane jako zakażenie szpitalne, ponieważ jego objawy wystąpiły po 48 godzinach w miejscu zabiegu. Dla kwalifikacji zakażenia jako szpitalne nie ma znaczenia źródło zakażenia. Szczep (...) jest charakterystyczny i dominuje w środowisku szpitalnym. Szczep (...) wyhodowany u powoda był oporny na liczne antybiotyki, co zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia szpitalnego, jednak nie przesądza go w 100%.

(d. opinia biegłych M. B. i A. D. (1) – k. 422-424, k. 492-495, wyjaśnienia – k. 571-574).

Biegła z zakresu ortopedii i rehabilitacji jako rozpoznanie lekarskie wskazuje przebyte w 2007 roku otwarte złamanie szyjki, podkrętarzowe i trzonu kości udowej lewej powikłane przetokującym, zakażonym brakiem zrostu, leczone wielokrotnie operacyjnie, stan po całkowitej bezcementowej protezoplastyce stawu biodrowego lewego, pourazowy i pozapalny przykurcz wyprostny stawu kolanowego lewego leczony operacyjnie oraz przebyte w 2007 roku złamanie trzonu kręgu L.5.

Zakażenie gronkowcem złocistym typu (...) miało zasadniczy negatywny wpływ na leczenie powoda i zdecydowanie pogorszyło jego stan zdrowia. Powód musiał być wielokrotnie operowany z powodu ropnych przetok, braku zrostu i obłuzowywania się kolejnych metalowych zespołów. W latach 2007-2010 kilkakrotnie stabilizowano złamania zespalając je metalem z antybiotykami, dokonując wycięcia przetok, rewizji kanału szpikowego i stosując masywną antybiotykoterapię w celu eradykacji bakterii. Ostatecznie wszczepiono protezę bezcementową stawu biodrowego lewego, wokół której w 2010 roku pojawił się ponownie odczyn zapalny. Skutkiem urazu i zakażenia doszło do przykurczu wyprostnego stawu kolanowego lewego. Ostatecznie w listopadzie 2009 roku uwolniono częściowo operacyjnie staw kolanowy. Kończyna lewa dolna powoda jest skrócona o 4,5 cm, wyszczuplona z powodu zaników i osłabienia siły mięśni, wydolność chodu jest częściowo upośledzona. Ruchomość stawu kolanowego i biodrowego (w granicach protezy) lewych jest znacznie ograniczona.

Powikłanie zakażeniem gojenia zrostu kostnego znacznie zwiększyło trwałą uszczerbek na zdrowiu powoda w stosunku do sytuacji gdyby do zakażenia nie doszło i złamanie wygoiłoby się normalnym trybem.

Zakażenie gronkowcem złocistym typu (...) wydłużyło okres leczenia i niezdolności do prowadzenia działalności gospodarczej powoda z około 1,5 roku do około 3-4 lat. Zwiększyło także koszty leczenia. Zakażenie gronkowcem złocistym typu (...) ma negatywny wpływ na przyszły stan zdrowia powoda. Powód z powodu nawracającego zapalenia stawu biodrowego wymaga badań, okresowej antybiotykoterapii, a obłuzowywanie protezy biodra w chorobowo zmienionej kości może powodować konieczność kolejnej jej wymiany. Każda następna ingerencja chirurgiczna wiąże się z ryzykiem niepowodzenia z uwagi na zakażenie. U powoda doszło do zakażenia szczepem gronkowca złocistego typu (...) charakterystycznego dla zakażeń wewnątrzszpitalnych. Gdyby nie doszło do zakażenia, czas uzyskania zrostu młodego 20. letniego człowieka – niezależnie od metody leczenia – wynosiłby 6 miesięcy. Ryzyko powikłania zakażeniem w przypadku złamań otwartych jest zawsze dużo większe niż w przypadku złamań zamkniętych, choć nie każde złamanie otwarte powikłane jest zakażeniem. Gdyby nie powikłanie zakażeniem uszczerbek na zdrowiu wynosiłby 48%, natomiast w przypadku powikłania, które wystąpiło u powoda uszczerbek na zdrowiu wynosi 113%.

(d. opinia biegłego z zakresu (...) – k. 615-620, opinia uzupełniająca – k. 660-662).

W opinii biegłego W. M. zakażenie gronkowcem złocistym typu (...) w znacznym zakresie wpłynęło na leczenie powoda oraz jego rehabilitację, ponieważ uniemożliwiło postęp zrostu kostnego, doprowadziło do martwicy głowy kości udowej oraz uniemożliwiło rehabilitację. Zakażenie to pogorszyło aktualny stan zdrowia powoda oraz powiększyło trwałą uszczerbek na zdrowiu powoda w stosunku do sytuacji, gdyby do zakażenia nie doszło.

Źródłem zakażenia gronkowcem złocistym typu (...) nie jest wyłącznie środowisko szpitalne. Sposoby przenoszenia bakterii są bardzo zróżnicowane, a mianowicie: zakażenie ran urazowych na miejscu wypadku, zakażenie bakteriami, których nosicielem jest poszkodowany, zakażenie z ognisk zapalnych wewnątrzustrojowych poszkodowanego, zakażenie przez osoby odwiedzające, rodzinę chorego, jak również przez personel szpitalny. Przebieg i czas trwania leczenia zależny jest od zjadliwości szczepu bakteryjnego, wrażliwości na antybiotyki i odporności chorego.

Źródłem pochodzenia gronkowca, do zakażenia którym doszło w przypadku powoda było z dużym prawdopodobieństwem zakażenie rany złamania otwartego na miejscu wypadku. Każde złamanie otwarte i każda rana urazowa jest pierwotnie zakażona na miejscu wypadku.

Postępowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala w procesie leczenia pacjenta po stwierdzeniu zakażenia należy ocenić wysoko pod względem profesjonalizmu postępowania z zakażeniem.

W czasie bezpośrednio poprzedzającym opuszczenie przez pacjenta szpitala pozwanego przeprowadzona kuracja antybiotykowa była wystarczająca zarówno co do czasu jej trwania i sposobu postępowania.

W przypadku otwartych złamań i towarzyszących im pierwotnie zakażeń ran, jakie miały miejsce u powoda, przeprowadzone wyniki badań mogły nie dać początkowo obrazu zakażenia w badaniu mikrobiologicznym.

Prawdopodobieństwo, że wykryty u powoda gronkowiec złocisty typu (...) jest tzw. szczepem szpitalnym jest wysoce wątpliwe, ponieważ u powoda doszło do otwartego złamania kości udowej, a każde otwarte złamanie jest zawsze pierwotnie zakażone na miejscu wypadku. Do zakażenia ran gronkowcem dochodzi najczęściej na miejscu wypadku w przypadku ran lub złamań otwartych.

W niniejszej sprawie czynnik zwiększający ryzyko zakażenia gronkowcem złocistym w przypadku leczenia urazu jakiego doznał powód, to złamanie otwarte pierwotnie zakażone na miejscu wypadku oraz wstrząs urazowy. Żaden z czynników nie wystąpił w procesie leczenia powoda. Pozwany szpital nie przyczynił się do wystąpienia któregośkolwiek z czynników zwiększających ryzyko zakażenia.

Stosowane przez pozwanego Szpitala procedury mające przeciwdziałać zakażeniom szpitalnym – w szczególności przygotowania do i przeprowadzenia operacji – odpowiadają zaleceniom Konsultanta Krajowego oraz aktualnej wiedzy medycznej w tym zakresie.

Czas oczekiwania na tzw. „gwóźdź śródszpikowy” niezbędny do zespolenia kości przy urazie jakiego doznał powód jest zależny od producenta i zwykle wynosi kilka dni. Termin 10. dni oczekiwania to termin normalny. Zwłoka w wykonaniu operacji zespolenia kości nie należy do czynników zwiększających ryzyko zakażenia gronkowcem. Przeciwnie, w przypadku złamania otwartego, gdzie ranę opracowano chirurgicznie czas oczekiwania na wyciągu mógł upewniać lekarzy, że nie rozwija się infekcja.

Dalej w opinii biegły W. M. wskazał, że gdyby do zakażenia gronkowcem nie doszło, to uszczerbek na zdrowiu zależny byłby od końcowego wyniku leczenia. Teoretycznie, mogło być nawet tak, że nie stwierdzono by żadnego procentu uszczerbku na zdrowiu. Obecnie uszczerbek na zdrowiu wskutek doznanego powikłania w postaci zakażenia wynosi łącznie 110%.

Zakażenie gronkowcem złocistym nie nastąpiło podczas pobytu powoda w pozwanym Szpitalu. Do zakażenia doszło w okolicznościach złożonego złamania otwartego kości udowej pierwotnie zakażonego i ten fakt jest najbardziej prawdopodobną przyczyną i źródłem zakażenia. Przyczyna ta nie obciąża pozwanego Szpitala.

Zakażenie stanowiło wyłącznie przyczynę takiego późniejszego przebiegu leczenia. Nie występowały przyczyny bez związku z zakażeniem.

Skutki zakażenia gronkowcem obecnie dotyczą założenia protezy stawu biodrowego w następstwie zapalnego zniszczenia tego stawu.

Proces narastania zakażenia jest złożony. Zaczyna się od wtargnięcia bakterii przez tzw. „wrota zakażenia”, którymi może być np. rana pourazowa. Następnie bakterie ulegają tzw. „kontaminacji”, czyli zasiedleniu w dogodnym miejscu rany pourazowej. Następnie dochodzi do namnażania się bakterii. Dopiero po namnożeniu się bakterii do uzyskania odpowiedniej ich liczby, a jednocześnie zbiorczej toksyczności, dochodzi do narastania objawów klinicznych zapalenia. Tak samo jest z wynikami posiewów. W okresie wtargnięcia bakterii, „kontaminacji” oraz namnażania się bakterii (pierwsze trzy okresy) posiewy zwykle nie wykazują obecności bakterii ze względu na ich zbyt niską jakość. Posiewy dopiero są dodatnie wtedy, kiedy występują kliniczne objawy zapalenia, równoznaczne ze znamienym namnożeniem się znacznej liczby bakterii. Tempo namnażania się bakterii jest zróżnicowane względem odmiennych gatunków bakterii i liczby ich pierwotnego wtargnięcia do miejsca zapalenia, co tłumaczy zróżnicowany czas ich wykrycia w ranie.

Nie wykrycie w okresie wczesnym innych bakterii, które stwierdzono w okresie późniejszym (u powoda dotyczy to bakterii gronkowca złocistego) nie wyklucza zainfekowania pierwotnego rany tymi bakteriami, a jedynie świadczy o tym, że było ich wówczas zbyt mało, aby mogły być wykryte w tradycyjnych posiewach wczesnych przed okresem ich masywnego namnożenia z siłą aktywacji objawów zapalenia.

Fakt, że objawy zakażenia u powoda wystąpiły dopiero w ósmej dobie po przeprowadzonej operacji drugiej operacji, a więc w osiemnastej dobie pobytu w szpitalu świadczy jedynie o wolnym tempie namnażania się pierwotnie małej liczby bakterii, a nie o szpitalnym źródle zakażenia.

Zarówno genotyp CA jak i HA szczepu (...) mogą znaleźć się w różnym środowisku.

Opracowanie chirurgiczne rany powoda zmniejszyło liczbę bakterii. Cały proces leczenia powoda przebiegał prawidłowo – prawidłowe chirurgiczne opracowanie rany, prawidłowe podanie antybiotyków z szerokim spektrum, prawidłowe odczekanie kilku dni – najgorszą decyzją byłoby gdyby zastosowano u powoda za krótki gwóźdź śródszpikowy

(d. opinia biegłego prof. dr hab. n. med. W. M. – k. 716-736, opinia uzupełniająca – k. 787-799, wyjaśnienia ustne biegłego – nagranie – k. 812 – 00:03:29-00:57:01, protokół skrócony – k. 809-810 odwr.).

Aktualnie w środowisku szpitalnym sukcesywnie wzrasta liczba szczepów metycylinoopornych pochodzących ze środowiska pozaszpitalnego ( (...)). Pod względem profilu lekooporności szczepu te wykazują coraz większe podobieństwo do szczepów szpitalnych ( (...)). Rutynowo stosowane badanie polegające na określaniu wyłącznie cech fenotypowych lekooporności może nie wykazać różnic między tymi grupami drobnoustrojów.

Nosicielstwo gronkowców w populacji zdrowych osobników może kształtować się na poziomie 20-30%. Wśród nich znajdują się również gronkowce metycylinooporne – (...). Z nosicielstwem nie są związane żadne objawy kliniczne. Natomiast nosicielstwo stanowi poważny czynnik ryzyka w przypadku uszkodzenia tkanek skórnych.

Okres inkubacji bakterii w niniejszej sprawie, przyjmując, że momentem wnikięcia bakterii był moment urazu, 18 dni inkubacji jest okresem realnym.

Zakażenie powoda spełnia wymogi zakażenia szpitalnego – zakażenie szpitalne oznacza tyle, że zostało ono rozpoznane w szpitalu, a nie że pacjent zaraził się w szpitalu.

Wysoce prawdopodobne jest, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym (...) doszło już w miejscu wypadku przy uszkodzeniu tkanki ciała, z zastrzeżeniem, że nikt nie wskazuje na szczep (...) pochodzenia

szpitalnego. Więcej wskazuje, że był to szczep (...). Populacja gronkowców (...) bywa populacją heterogenną, co znaczy, że wśród komórek wrażliwych na metycylinę znajduje się tylko niewielka część komórek opornych na metycylinę. Jeżeli do rany wnuknie taka populacja gronkowców, to w następstwie leczenia zginą gronkowce metycylinowrażliwe, natomiast stopniowo namnożą się gronkowce metycylinooporne, co doprowadzi do czystej homogennej populacji (...). Proces taki może trwać jak w niniejszej sprawie 18 dni

(d. opinia uzupełniająca biegłego E. M. – k. 829-832).

Jedyną pewną metodą odróżnienia szczepu (...) i (...) jest badanie genetyczne. Obecnie szczepy (...) w coraz większym stopniu nabywają oporność na inne grupy leków, co uniemożliwia rozpoznanie na podstawie fenotypu. Prawdopodobieństwo zakażenia (...) poza szpitalem jest niskie, choć obecnie szczepy (...) występują w środowisku.

Okres inkubacji w przypadku gronkowców jest zmienny i sięga od kilku godzin do nawet roku. Ten okres zależy też od wydolności układu odpornościowego, procedur postępowania, które mogą przyspieszyć lub opóźnić ujawnienie się zakażenia.

Możliwe jest zakażenie szpitalne podczas leczenia złamania otwartego

(d. opinia uzupełniająca biegłych M. B. i A. D. (1) – k. 854-856).

Pismem z dnia 27 października 2008 roku powód wezwał Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. do zapłaty odszkodowania w kwocie 210 000 zł za „nieudany zabieg medyczny (operacja kości udowej), podczas którego został on zakażony gronkowcem złocistym oraz zadośćuczynienia za krzywdy doznane w wyniku konieczności poddania się kolejnym operacjom oraz rehabilitacji” (d. wezwanie – k. 154-155).

Pozwany w odpowiedzi na wezwanie wskazał, że brak jest podstaw dla przyjęcia odpowiedzialności Szpitala i zaspokojenia zgłoszonych żądań (d. pismo - k. 156-157).

Obecnie pozwany Szpital nosi nazwę Szpital Wojewódzki im. (...) S. W. w S.

(d. odpis pełny z Krajowego Rejestru Sądowego – k. 877-880).

Powyższy stan faktyczny został ustalony na podstawie powołanych dowodów. Pierwszorzędne znaczenie miały w niniejszej sprawie opinie biegłych, z uwagi na konieczność ustaleń wymagających wiadomości specjalnych.

Wszystkie opinie zostały przyjęte przez Sąd jako podstawa ustaleń i wniosków. Jedynie w zakresie opinii biegłych M. B. i A. D. (2) podnieść należy, że ich pierwotne wskazanie o zwiększonym prawdopodobieństwie zakażenia w środowisku szpitalnym z uwagi na wysokooporność szczepu (...) nie mogło być przyjęte, a to zważywszy wnioski dalszego postępowania dowodowego o pierwotnym zakażeniu rany z uwagi na otwarte złamanie i braku aktualnie – poza badaniem genetycznym – możliwości różnicowania szczepów szpitalnych i pozaszpitalnych w oparciu o wysoką oporność szczepu, co przecież sami ci biegli stwierdzili w ostatniej opinii uzupełniającej.

Z zastrzeżeniem jak wyżej, wskazać należy, że cały zgromadzony materiał dowodowy w zakresie wiadomości specjalnych wzajemnie się uzupełnia i nie może być oceniony jako niespełniający walorów jednolitości. Wywody opinii korespondują ze sobą. Opinie są rzetelne, należyte umotywowane. W żadnym razie nie zawierają sprzecznych ustaleń i wniosków. Opinie zostały sporządzone przez specjalistów: w dziedzinie mikrobiologii – prof. dra hab. med. E. M. – kierownika Zakładu (...), dra hab. med. M. B. – prof. UJ, Prezesa (...) Towarzystwa (...), dra n. med. A. D. (1) – specjalisty mikrobiologii lekarskiej, dra n. med. E. B. – biegłą w zakresie ortopedii i rehabilitacji oraz prof. dra hab. n. med. W. M. – Kierownika Kliniki (...). A. G. w O..

W tym miejscu podnieść należy, że postanowieniem z dnia 13 stycznia 2014 roku Sąd Okręgowy dopuścił dowód z łącznej opinii biegłych z zakresu chorób zakaźnych i epidemiologii oraz z zakresu ortopedii na okoliczności, które ostatecznie były przedmiotem opinii biegłego W. M. (k. 690). Zwrócono się do trzech Uniwersytetów Medycznych: we



W., w Ł. i w P.. Wszystkie te instytuty odmówiły wykonania zlecenia. Zwrócono się także do Kliniki (...) w O., gdzie przekierowano wystąpienie Sądu o sporządzenie opinii do kierownika Kliniki (...) prof. dra hab. n. med. W. M.. Po zapoznaniu się z tezą dowodową prof. M. wyraził zgodę na sporządzenie opinii.

W związku z powyższym postanowieniem z dnia 17 marca 2014 roku dokonano zmiany postanowienia dowodowego z dnia 13 stycznia 2014 roku poprzez zlecenie wykonania opinii biegłemu spoza listy sądowej prof. drowi hab. n. med. W. M.. Odebrano od biegłego przyrzeczenie w trybie przepisu art. 282 § 1 kpc.

Odnośnie opinii biegłego M., to przy jej ocenie jako mającej walor fachowości należy zaznaczyć, że biegły jest zatrudniony w jednym z dwóch szpitali ortopedycznych w Polsce. Szpital w O. posiada 439 łóżek ortopedycznych i jest największym tego typu szpitalem w Polsce. Biegły – jak wskazano – jest Kierownikiem Kliniki (...) liczącej 173 łóżka, a jednym z oddziałów Kliniki jest 40. łóżkowy Oddział (...). Leczeni są w tym Oddziale chorzy z powodu najbardziej złożonych problemów zapalnych kości i stawów. Szpital w O. jest jednostką szkolącą na zasadzie prowadzenia licznych kursów dla lekarzy ortopedów z kraju i zagranicy, w tym także w zakresie problematyki leczenia zapaleń kości i stawów. W składzie organizacyjnym szpitala w O. znajduje się pracownika mikrobiologiczna. Biegły M. ma specjalizację jako ortopeda-traumatolog, jednakże na bieżąco leczy chorych z powodu powikłań zapalnych narządu ruchu.

Po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego W. M., dopuszczono dowód z uzupełniających opinii biegłych z zakresu zakażeń szpitalnych, ci zaś w żadnym zakresie nie podważyli, nie zakwestionowali wniosków opinii biegłego M.. W ich uzupełniających opiniach nie zostały ujawnione żadne okoliczności dyskredytujące opinię biegłego M. – przeciwnie, w świetle zawartych w nich tezach wnioski opinii biegłego znalazły potwierdzenie.

#### **Sąd Okręgowy zważył:**

Powództwo nie jest uzasadnione i jako takie podlega oddaleniu.

Powód dochodził w niniejszej sprawie roszczeń majątkowych – odszkodowawczych, uznając że odpowiedzialność za szkodę na zdrowiu ponosi pozwany.

Powód jako podstawę faktyczną zgłoszonego przeciwko pozwanemu powództwa wskazał zakażenie gronkowcem złocistym. Uznawał, że do zakażenia gronkowcem doszło w czasie jego pobytu w pozwanym Szpitalu i zostało ono spowodowane okolicznościami obciążającymi tenże Szpital.

Wskazać w tym miejscu należy, że szkoda powoda jest niewątpliwa. Również niewątpliwe jest, że zasadniczy wpływ na aktualny stan zdrowia powoda – niekorzystny – i niesatysfakcjonujący przebieg leczenia złamania kości udowej miało zakażenie bakterią – gronkowcem złocistym.

W tym miejscu wskazać należy, że rozważana odpowiedzialność deliktowa pozwanego Szpitala opiera się na przepisie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc.

Zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność, jeśli jego działanie lub zaniechanie w procesie leczenia szpitalnego spowodowało szkodę na zdrowiu pacjenta, zachowanie to było zawinione i zachodzi związek przyczynowy pomiędzy podjętym przez Szpital działaniem lub zaniechaniem i skutkiem w postaci powstania tej szkody.

Zgodnie z ogólną zasadą wynikającą z przepisu art. 6 kc ciężar dowodu faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne.

Zatem to na powodzie w niniejszej sprawie ciążył obowiązek udowodnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego Szpitala.

Jednakże w takich sprawach jak niniejsza nie można stawiać poszkodowanemu wymogu ścisłego udowodnienia wszystkich faktów, w tym okoliczności w jakich konkretnie doszło do zakażenia, ponieważ wielokrotnie jest to po prostu niemożliwe, nierealne. W przypadku odpowiedzialności z tytułu tzw. zakażeń szpitalnych dopuszcza

się korzystanie z konstrukcji domniemań faktycznych. Zgodnie z przepisem art. 231 kpc sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Inaczej, niedbalstwo personelu, winę organizacyjną można przyjąć na podstawie ustalenia określonych zaniedbań, zaniechań personelu – ponadto bez konieczności indywidualizowania sprawcy szkody (tzw. wina anonimowa). W zakresie odnoszącym się do przesłanki związku przyczynowego, to stwierdzenie takiego związku nie musi być absolutnie pewne, wystarczające jest wykazanie przez poszkodowanego wysokiego stopnia prawdopodobieństwa.

Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadza się do ustalenia źródła zakażenia bakterią gronkowca złocistego. Ustalenie, że źródłem zakażenia był pobyt powoda w szpitalu, ściśle – zawinione działania albo zaniedbania personelu szpitalnego przesądzałyby odpowiedzialność pozwanego za szkodę, w braku zaś takiego ustalenia – powództwo nie ma podstaw.

W tym miejscu wskazać należy definicję zakażenia szpitalnego. Definicję tę zawiera ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013.947). Art. 2 pkt 33 ustawy stanowi, że zakażenie szpitalne to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba: nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

Dla porządku przywołać również trzeba definicję obowiązującą w okresie pobytu powoda w pozwanym Szpitalu; ściśle – w tamtej dacie legalna definicja była sformułowana jako zakażenie zakładowe. Zakażenie zakładowe to zakażenie, które zostało nabyte w czasie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej udzielającym całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, a które nie było w okresie inkubacji w chwili przyjęcia do zakładu (art. 2 pkt 26 ustawy z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. 2001.126.1384).

Objawy kliniczne zakażenia gronkowcem złocistym powstały w okresie pobytu powoda w pozwanym Szpitalu – w dniu 28 lutego 2007 roku, tj. w osiemnastej dobie od wypadku, osiemnastej dobie pobytu powoda w szpitalu, w ósmej dobie po zabiegu operacyjnym, który odbył się w dniu 20 lutego 2007 roku.

Z pobranego z rany materiału na posiew wyizolowano gronkowca złocistego (...) metycylooopornego.

W sprawie nie podlega kwestii, że proces infekcji rozpoczął się podczas pobytu powoda w pozwanym Szpitalu. Jednakże powyższe w żadnym razie nie przesądza, że zakażenie powstało w wyniku zawinionego działania czy zaniechania personelu medycznego.

Przeciwnie – jak wynika z opinii biegłego W. M. – źródłem pochodzenia gronkowca, do zakażenia którym doszło u powoda było z dużym prawdopodobieństwem zakażenie rany złamania otwartego na miejscu wypadku. Powód doznał złamania otwartego. Nastąpiło przerwanie ciągłości tkanek. Powstały „wrota zakażenia”, miejsce wtargnięcia bakterii. Biegły jednoznacznie wskazał, że każde złamanie otwarte i każda rana urazowa jest pierwotnie zakażona w miejscu wypadku – otwarte tkanki mają bezpośredni, niczym niezabezpieczony kontakt z otoczeniem.

Zatem do przerwania ciągłości tkanek doszło już zanim powód trafił do pozwanego Szpitala, a nie dopiero w wyniku podjętych działań medycznych w pozwanym Szpitalu – nie dopiero w wyniku operacji.

Prawdopodobieństwo, że wykryty u powoda gronkowiec złocisty (...) jest tzw. szczepem szpitalnym jest wysoce wątpliwe, ponieważ u powoda doszło do otwartego złamania kości udowej, a każde otwarte złamanie jest zawsze pierwotnie zakażone na miejscu wypadku.

Powód wywodził uzasadnienie podstaw odpowiedzialności pozwanego Szpitala z faktu, że szczep (...), którym został zakażony jest szczepem szpitalnym (...), ponieważ dla tych szczepów charakterystyczna jest oporność prawie na wszystkie antybiotyki, a tak właśnie było w jego przypadku.

W świetle wywodów uzupełniającej opinii biegłego mikrobiologa E. M. powyższe w żadnym razie niczego nie może przesądzać. Mianowicie – jak wynika z opinii biegłego M. – pod względem profilu oporności szczepu pozaszpitalne ( (...)) wykazują coraz większe podobieństwo do szczepów szpitalnych ( (...)). Odróżnienie tych dwóch grup drobnoustrojów możliwe jest tylko po przeprowadzeniu odpowiednich badań genetycznych. Rutynowo stosowane badanie, polegające na określaniu wyłącznie cech fenotypowych lekooporności, wykonywane standardowo w laboratorium szpitalnym, może nie wykazać różnic między tymi drobnoustrojami. Od lat 90. zaobserwowano rozprzestrzenianie się gronkowców (...) w środowisku pozaszpitalnym. Najczęstszym czynnikiem ryzyka w przypadku uszkodzenia powłok skórnych są gronkowce. Wobec powszechnego występowania tych drobnoustrojów jednoznaczne wskazanie źródła zakażenia bez precyzyjnych badań genetycznych nie jest możliwe do ustalenia.

Dokładnie tak samo wskazali biegli M. B. i A. D. (1), mianowicie jedyną metodą odróżnienia szczepu (...) i (...) jest badanie genetyczne. Dawniej zakładano, że (...) (szczep pozaszpitalny) poza opornością na  $\beta$ -laktamy są powszechnie wrażliwe na inne grupy antybiotyków, a (...) (szczep szpitalny) nie. Jednakże obecnie szczepy (...) w coraz większym stopniu nabywają oporność na inne grupy leków, co uniemożliwia takie rozróżnienie na podstawie fenotypu.

Zatem wskazując wprost, lekooporność w żadnym razie nie przesądza, że wykryty u powoda szczep gronkowca złocistego (...) był szczepem pochodzenia szpitalnego.

Biegli wskazali również, że przeprowadzone badania mikrobiologiczne (z dnia 10 lutego 2007 roku) mogły nie dać początkowo obrazu zakażenia. Gronkowce mają strukturę nieciągłą, wymaz mógł być pobrany z takiego miejsca, gdzie bakterii nie było. Ponadto w pierwszych trzech okresach procesu zakażenia (wtargnięcie bakterii przez tzw. wrota zakażenia, kontaminacja – zasiedlanie w dogodnym miejscu, namnażanie) posiewy zwykle nie wykazują obecności bakterii. Posiewy zwykle są dodatnie wtedy, gdy występują już objawy kliniczne zapalenia, równoznaczne z namnożeniem się znacznej liczby bakterii. Tempo namnażania się bakterii jest zróżnicowane, zależy od liczby pierwotnego ich wtargnięcia do rany. Nie wykrycie w okresie wczesnym danej bakterii, która stwierdzono w okresie późniejszym nie wyklucza zainfekowania pierwotnego rany tą bakterią, a świadczy o tym, że było ich wówczas zbyt mało aby mogły być wykryte w tradycyjnych posiewach wczesnych. Narastanie objawów zapalenia zależy od licznych elementów takich jak: odporność chorego, zjadliwość bakterii, początkowej liczby bakterii, ich kontaminacji, warunków namnażania. Namnażanie jest tym wolniejsze im mniej ich pierwotnie wtargnęło do organizmu. Fakt, że objawy zakażenia wystąpiły w ósmej dobie po przeprowadzonej operacji, w osiemnastej dobie pobytu powoda w szpitalu, świadczy jedynie o wolnym tempie namnażania się pierwotnie małej liczby bakterii. Ponadto jak wyjaśnił biegły W. M. rana opracowana chirurgicznie (u powoda takie działanie miało miejsce po przyjęciu w dniu 10 lutego 2007 roku) zmniejszyło liczbę bakterii. Biegły mikrobiolog wyjaśnił jednoznacznie, że okres 18. dni inkubacji (od urazu do objawów klinicznych) jest okresem realnym. Tak samo wskazali biegli B. i D., że okres inkubacji jest zmienny i sięga od kilku godzin do nawet roku; zależy od wielu czynników: od wydolności układu odpornościowego, procedur postępowania, które mogą przyspieszyć lub opóźnić ujawnienie się zakażenia.

W ocenie okoliczności odnoszących się do źródła zakażenia nie można również pominąć wskazania biegłego M., że u powoda w trakcie rehabilitacji po długotrwałym leczeniu wyizolowano gronkowca, co może nasuwać przypuszczenie trwałego nosicielstwa (k.340).

Biegli podali również, że postępowanie lecznicze pozwanego Szpitala było prawidłowe, zarówno z punktu widzenia mikrobiologicznego jak i ortopedycznego (choć ta ostatnia kwestia przedmiotem sprawy nie jest). Co się tyczy oceny leczenia zakażenia, to powód z otwartym złamaniem z racji przerwania ciągłości tkanek i niebezpieczeństwa wniknięcia bakterii przez uszkodzone powłoki został zabezpieczony podawaniem antybiotyków działających na bakterie tlenowe i beztlenowe. W momencie gdy stwierdzono brak skutecznego działania wykonano antybiogram celem wyboru właściwego leku i lek ten zgodnie z wynikiem antybiogramu zastosowano. Przeprowadzona kuracja antybiotykowa w pozwanym Szpitalu była wystarczająca zarówno co do czasu jej trwania jak i sposobu prowadzenia.

W kwestii oceny wpływu okresu oczekiwania na gwóźdź śródspikowy jako czynnika ryzyka zakażeniem gronkowcem, to takie oczekiwanie samo w sobie nie zwiększa ryzyka. Jak wyjaśnił biegły M. w przypadku złamania otwartego, gdzie ranę opracowano chirurgicznie czas oczekiwania na wyciągu mógl upewnić lekarzy, że nie rozwija się infekcja.

W sprawie nie powoływano natomiast żadnych konkretnych okoliczności, które ewentualnie miałyby miejsce, zaistniałyby w okresie przed operacją w dniu 20 lutego 2007 roku, w świetle których można by kwalifikować ten czas jako zwiększający ryzyko zakażenia z uwagi na konieczność oczekiwania na dostarczenie odpowiedniego gwoździa śródspikowego.

W świetle takich wskazań biegłych, oceniając cały poddany osądowi materiał dowodowy, brak jest wystarczających podstaw dla uznania odpowiedzialności pozwanego Szpitala. Nie zostało w sprawie ustalone, że szczep (...), którym zakażony został powód jest szczepem szpitalnym, o czym była mowa wyżej. Wysokie prawdopodobieństwo zakażenia pierwotnego rany w miejscu wypadku – wobec złamania otwartego – w braku dostatecznych przesłanek dla ustalenia takiego wysokiego prawdopodobieństwa zakażenia w szpitalu, skutkuje oddalenie powództwa. Brak jest w ocenie Sądu Okręgowego wystarczającego materiału dowodowego – przy wnioskach opinii specjalistów omówionych powyżej – dla przyjęcia, że do zakażenia doszło w czasie pobytu powoda w pozwanym Szpitalu na skutek zawinionego działania lub zaniechań personelu szpitalnego. W szczególności w świetle powyższego nie mogło okazać się wystarczające dla odmiennej oceny, że w Szpitalu w ogóle – i wcześniej, w roku pobytu powoda i później – rejestrowano przypadki zakażenia gronkowcem złocistym (choć na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w okresie pobytu powoda zakażeń nie zarejestrowano). Wielkość zarejestrowanych przypadków w stosunku do liczby poddanych hospitalizacji nie pozwala przyjąć jakiegokolwiek znaczącej skali zakażeń. Wprost przeciwnie, była to skala znikoma, nie przekraczająca 1% w każdym roku w latach 2006-2010. Wskazać należy, że powyższe dane dotyczą już okresu, w którym w pozwanym Szpitalu powołano Zespół (...) i miało miejsce bieżące monitorowanie zakażeń w szpitalu. W tym kontekście argumenty odnoszące się do rozbieżności danych o zakażeniach – oficjalne i rzeczywiste (opierane na publikacji współautorstwa świadka H. P. „Stosunek formalnie zgłoszonych zakażeń szpitalnych do ich rzeczywistej liczby w 15 oddziałach typowego polskiego szpitala w S.” – k. 397-405) nie mają już oczekiwanej przez zgłaszającego zarzut mocy. Dane z tej publikacji zostały opracowane na podstawie badań dotyczących roku 2000; zresztą – jak wynika z zeznań świadka H. P. – szpital w S., który w roku 1997 jako jeden z 600. szpitali przystąpił do programu (...) Towarzystwa (...) rejestracji biernej zakażeń, znajdował się wśród 30. szpitali, w których odnotowano wskaźnik zakażeń do 3%. Zakażenia szpitalne występują w szpitalach na całym świecie.

Brak również w sprawie takiego materiału dowodowego, w świetle którego zostały ustalone jakieś zaniechania w spełnianiu procedur sanitarno-epidemiologicznych. Żaden z biegłych nie wskazał na zawinienie personelu medycznego. Także biegli M. B. i A. D. (1) nie przedstawili kategoriycznych wniosków wskazujących na niedociągnięcia odnoszące się do warunków sanitarno-epidemiologicznych. Określone wątpliwości pierwotnie wynikały z nieprzedstawienia wszystkich procedur albo okoliczności, które następnie zostały doprecyzowane przez pozwanego. Zresztą także i ci biegli wskazali, że procedura monitorowania zakażeń szpitalnych jest prawidłowa, tak samo procedura dotycząca sterylizacji. Biegły M. jednoznacznie wskazał, że procedury mające przeciwdziałać zakażeniom szpitalnym – w szczególności dotyczące przygotowania do i przeprowadzenia operacji odpowiadają zaleceniom Konsultanta Krajowego oraz aktualnej wiedzy medycznej w tym zakresie. W protokołach z kontroli nie stwierdzono uchybień sanitarnych.

W stanie rzeczy jak wyżej, w ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzone postępowanie dowodowe nie pozwala z wystarczającym do uwzględnienia powództwa stopniem prawdopodobieństwa ustalić, że zakażenie powoda gronkowcem złocistym było następstwem zawinionych i bezprawnych działań bądź zaniechań pracowników pozwanego Szpitala. Ocena taka ma swoje uzasadnienie w opiniach biegłych, przeprowadzonych z uwagi na to, że ustalenia wymagały wiadomości specjalnych. Powództwo nie mogło być oparte tylko na określonych ogólnych założeniach sprowadzających zasadę odpowiedzialności pozwanego Szpitala do tego, że skoro powód został zakażony gronkowcem a objawy zakażenia powstały podczas pobytu w szpitalu, to nie ma innej możliwości, niż to, że to pozwany

Szpital ponosi winę. Inna możliwość – pierwotne zakażenie rany z uwagi na otwarte złamanie kości udowej – zostało wskazane jako wysoce prawdopodobne źródło zakażenia.

Z tych wszystkich względów powództwo podlegało oddaleniu.

Wobec wyniku sprawy brak jest podstaw dla obciążania pozwanego kosztami procesu, w tym nieuiszczonymi kosztami sądowymi. Pozwany Szpital jest wygrywającym, a nie przegrywającym.

Pozwany Szpital – reprezentowany przez radcę prawnego – nie zgłosił przed zamknięciem rozprawy wniosku o przyznanie kosztów procesu, ani nie złożył sądowi spisu kosztów. Jego roszczenie o zwrot kosztów wygasło (art. 109 § 1 kpc). Zgłoszony w odpowiedzi na pozew wniosek w przedmiocie kosztów dotyczył „orzeczenia o kosztach sądowych wg norm przepisanych”. Pozwany Szpital kosztów sądowych nie poniósł. Koszty zastępstwa prawnego nie stanowią zaś kosztów sądowych.

Wniosek interwenienta ubocznego o zasądzenie na jego rzecz od przeciwnika kosztów interwencji nie został uwzględniony.

Zgodnie z przepisem art. 107 zd. 3 kpc sąd może przyznać interwenientowi koszty interwencji od przeciwnika obowiązującego do zwrotu kosztów.

Powyższe wskazuje, że przepis art. 107 zd. 3 kpc nie zawiera w swej treści normy bezwzględnie obowiązującej zasądzenia kosztów interwenientowi od przeciwnika zobowiązanego do zwrotu kosztów. Ostateczne rozstrzygnięcie w przedmiocie tego czy przyznać interwenientowi koszty, czy też nie, pozostawione jest ocenie sądu, który winien zdecydować mając na względzie okoliczności konkretnego przypadku.

Treść przepisu art. 107 zd. 3 kpc wskazuje, że zasądzenie kosztów na rzecz interwenienta ubocznego nie jest regułą, nie jest wcale zasadą. Sąd może przyznać koszty, o ile uzasadniają takie rozstrzygnięcie okoliczności sprawy.

W niniejszej sprawie takich okoliczności nie dostrzeżono. To interwenient sam podjął decyzję o przystąpieniu do sprawy po stronie pozwanej. Powód przegrał sprawę w wyniku dokonanej przez sąd oceny, że nie wykazał w sposób wystarczający dla uwzględnienia powództwa, że źródłem zakażenia gronkowcem były okoliczności obciążające pozwanego Szpitala. Tymczasem skutki zakażenia bakterią były, są i nadal będą dla powoda bardzo dotkliwe. Powód korzystał – ponad kwotę 1 000 zł – ze zwolnienia od kosztów sądowych. W takiej sytuacji obciążenie powoda dodatkowo kosztami udziału w sprawie interwenienta ubocznego byłoby z racji jego poczucia słuszności nieodpowiednie.

Powyższe skutkowało rozstrzygnięciem oddalającym wniosek interwenienta o zasądzenie na jego rzecz kosztów interwencji.

Z uwagi na wynik sprawy nieuiszczone koszty sądowe – ponad zapłaconą przez powoda kwotę 1 000 zł – ostatecznie obciążają Skarb Państwa (art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 kpc).