

Sygn. akt:I C 294/18

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 listopada 2022 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Wojciech Hajduk

po rozpoznaniu w dniu 9 listopada 2022 roku w Gliwicach

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa G. K.

przeciwko SP ZOZ (...) w Z., (...)w T., (...) S.A. w T.

o zapłatę

1. oddała powództwo
2. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania

SSO Wojciech Hajduk

IC 294/18 UZASADNIENIE

Powód G. K. w pozwie przeciwko pozwanym:

-SP ZOZ (...) w Z.,

-SP ZOZ (...) w T.,

- (...) SA w T.

domagał się zasądzenia kwoty 150.000zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 24 kwietnia 2017r. tytułem zadośćuczynienia za nieprawidłowe leczenie, zakażenie gronkowcem złocistym.

Uzasadnił, że od dnia 22 maja 2014 roku do dnia 23 czerwca 2014 roku powód przebywał w (...) w Z. celem operacyjnego leczenia kardiochirurgicznego. Dnia 23 maja 2014 roku przeprowadzono operację wszczepienia pomostu tętniczego, żylnego i zastawkę mechanicznej w pozycji aortalnej. Po operacji wystąpiła odma płucna, infekcja dróg oddechowych, stany podgorączkowe, dwukrotnie był w śpiączce.

Nie mógł przyjmować pokarmów, odczuwał silne bóle brzucha. Powstała także odleżyna w prawej pięcie. W takim stanie wypisano go ze Szpitala w Z. i przewieziono do (...) w T., gdzie przebywał od 23 do 28 czerwca 2014r. Przez cały ten czas nie był w stanie przyjmować pożywienia, wymiotował, cierpiał na silne bóle brzucha. Stale tracił na wadze. Tylko dzięki interwencji żony, przewieziono go na ostry dyżur chirurgiczny do (...) S.A. w T.. Przebywał tam

od 28 czerwca 2014 do 23 lipca 2014r. Po przyjęciu od razu poddano go operacji usunięcia krwika wątroby. Po operacji był w śpiączce pod respiratorem. Pozostały okres spędzony w tym szpitalu był dla powoda wyjątkowo bolesny i trudny. Stwierdzono u niego niedrożność mechaniczno-zrostową jelit, obustronne zapalenie płuc z płynem w jamach opłucnych, ostrą pooperacyjną niewydolność oddechową. Po wybudzeniu nie był w stanie normalnie mówić, jeść, miał problemy z oddychaniem i wymagał stałej pomocy w najprostszych czynnościach.

W ocenie powoda lekarze obchodzili się z nim niestaranie, lekceważąco. Ignorowali jego prośby i pytania. Nie udzielali wyczerpującej i zrozumiałej informacji o stanie zdrowia. Ze względu na poważne problemy z mówieniem, prosił o konsultację foniatry, która nie została mu udzielona. W trakcie zmiany opatrunku zauważył dużą czarną plamę na pięcie, która jak się potem okazało, była martwiczo zmienioną odleżyną, która powstała najprawdopodobniej już w Szpitalu w Z.. Lekarz pytany o tę zmianę odesłał go do chirurga ignorując fakt, że leżał na oddziale chirurgicznym. Nie był w stanie w ogóle chodzić a i tak odmówiono mu transportu do domu karetką. W trakcie pobytu w domu powód był leczony przez lekarza rodzinnego. W dalszym ciągu cierpiał z powodu odleżyny i bólów brzucha. Przez komisję orzeczniczą ZUS został uznany za osobę całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Kolejny raz powód trafił do Szpitala w P. (...), ul. (...), P.), gdzie przebywał od 12 do 18 września 2014 roku. Rozpoznano nieżyt żołądkowo-jelitowy i owrzodzenie odleżynowe pięty prawej. W dniu 12 września 2014 roku operacyjnie wycięto z odleżyny martwicze tkanki. Tego samego dnia z rany na pięcie pobrano materiał, w którym ujawniono zakażenie gronkowcem złocistym.

W efekcie przyjąć należy, że doprowadzenie do powstania odleżyny, a następnie jej zignorowanie spowodowało zakażenie tej odleżyny bakterią gronkowca w którymś z pozwanych szpitali. Nie tylko spowodowało to martwicę w pięcie i konieczność przeprowadzenia operacji. Obecnie powód mówi bardzo cicho, prawie nie słyszy. Ma poważny problem z chodzeniem, nawet na bardzo krótkich dystansach rzędu kilkanaście, kilkadziesiąt metrów. Doświadcza sztywnienia łydki i biodra. Operowana pięta nadal boli i ma w niej ubytek. Dolegliwości, a przynajmniej ich część jest wynikiem nieprawidłowego leczenia w pozwanych Szpitalach. Po operacji kardiochirurgicznej w Szpitalu w Z. dopuszczono do powstania odleżyny w pięcie, której ani w (...) ani w Szpitalu w T. nie leczono. Dodatkowo, w którymś ze tych Szpitali zakażono lub ewentualnie dopuszczono do zakażenia bakterią gronkowca złocistego, którego również nie leczono. Wiązało się to z dużym cierpieniem i najpewniej spowodowało lub wzmogło obecne schorzenia powoda. Został przedwcześnie wypisany ze Szpitala w Z., pomimo dolegliwości bólowych i braku apetytu. Również w (...) jego stan nie spotkał się z właściwym postępowaniem. Krwiak wątroby, który realnie zagrażał życiu może być także w jego ocenie powiązany z przeprowadzoną w Szpitalu w Z. operacją lub leczeniem, o czym nie był informowany.

Wszystkie opisane wyżej okoliczności wskazują, że za szereg wyrządzonych powodowi szkód wszystkie trzy Szpitale, które powinny odpowiadać solidarnie, ponieważ we wszystkich był leczony w jakimś stopniu nieprawidłowo, a jednocześnie nie dysponując zaawansowaną wiedzą medyczną, nie sposób wskazać na konkretne skutki zaniedbań dokonanych w poszczególnych szpitalach. Uzasadnia to odpowiedzialność pozwanych. Żądana kwota nie jest wygórowana i adekwatna [pozew i pismo powoda z 9.03.2020 k-564-565].

**Pozwane (...) w Z.** w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa. Przyznało, że powód był leczony w okresie od 22 maja 2014 do 23 czerwca 2014r. z powodu choroby niedokrwiennej serca i zajęcia pnia lewej tętnicy wieńcowej i niedomykalności aortalnej, po zawale, obciążony rozedmą płuc.

W dniu 23 maja 2014 r. w krążeniu pozaustrojowym wszczepiono mu pomosty tętnicy (...) oraz żyłne a ponadto wszczepiono zastawkę mechaniczną (...) w pozycję aortalną. W dniu 23 czerwca 2014 r. pacjenta w stanie ogólnym dobrym przekazano do (...) w R. celem dalszej rehabilitacji.

W czasie pobytu czynności były wykonywane zgodnie z obowiązującymi procedurami:

- procedurą nr PD/DPE/13 wydaną w lipcu 2015 r. „Monitorowanie, zapobieganie leczenia odleżyn”,
- procedurą nr PD/DPE/02 obowiązującą od października 2012 r. „Zapobieganie wprowadzeniu MRSA do Szpitala”.

Każdy pacjent od momentu przyjęcia do (...), a w szczególności do oddziałów intensywnej opieki medycznej (Oddział (...), Oddział (...), Oddział (...)) jest oceniany przez specjalistę pielęgniarstwa pod kątem stopnia ryzyka wystąpienia lub obecności zmian chorobowych (w tym odleżyn) na powierzchni skóry. Postępowanie to jest regulowane procedurą „Monitorowanie, zapobieganie i leczenie odleżyn”. Procedura ta określa prowadzenie dokumentacji zmian skórnych, zasady postępowania zapobiegawczego oraz zasady leczenia.

Zgodnie z ww. procedurą powód podczas leczenia w Oddziałach (...),(...) i (...) posiadał dokumenty REAL I i REAL II określające w sposób opisowy (stopień zmian skórnych wg skał Hatelowa i Torrancia) oraz w sposób rysunkowy obrazujący lokalizację zmian. Z dokumentacji sporządzonej przez personel pielęgniarski, na podstawie obowiązkowych oględzin całego ciała (łącznie z odwracaniem na boki) wynika nieobecność jakichkolwiek zmian skórnych na piętach pacjenta. Stan ten potwierdzają comiesięczne raporty sporządzane i archiwizowane w każdym z oddziałów leczących, oraz karty REAL I i REAL II z opisem stanu skóry i jej powłok potwierdzonym osobistym podpisem przez osoby dokonujące oceny. W trakcie leczenia powoda prowadzona była karta obserwacji chorego zagrożonego występowaniem odleżyn. Z dokumentacji tej wynika, że nie było odleżyn na pięcie nogi, ale też chory nie skarżył się na takie dolegliwości. W dniu 14 czerwca 2014 r. pielęgniarka w karcie obserwacyjnej odnotowała wystąpienie odleżyn I-go stopnia na pośladkach, i w tym dniu rozpoczęto pielęgnację skóry. Założono kartę obserwacyjną i leczenia chorego z odleżynami. Pielęgnacja odleżyn trwała przez kilka dni. W czasie od 23 maja 2014 r. do 30 maja 2014 r. podczas pobytu na Oddziale (...) również założono kartę obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn, z której to wynika, że nie było odleżyn na stopach i piętach. U pozwanego nie doszło do zakażenia gronkowcem złocistym. W przeprowadzonych badaniach mikrobiologicznych 23.06.2014 r., 18.06.2014 r., 20.06.2014 r., 6.06.2014 r., 5.06.2014 r., 3.06.2014 r., 2.06.2014 r. nie stwierdzono drobnoustrojów. Zarzucił przedawnienie roszczenia (oświadczenie na rozprawie 7.11.2018r.). Wniósł o zawiadomienie o procesie w trybie art. 84kpc (...) SA

**Pozwany SP ZOZ (...)** im gen. (...) w T. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa.

Zarzucił, że nie zgadza się ze stanowiskiem powoda, jakoby udzielono mu świadczeń medycznych niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, czy też nieprawidłowo go leczono, a w konsekwencji zakażono gronkowcem złocistym.

Powód był przekazany bezpośrednio z oddziału (...) w Z., uruchomiony do etapu chodzenia po sali w asekuracji balkonika. Z epikryzy tego Szpitala wynika, że chory bardzo powoli się rehabilitował, był niechętny do jedzenia i samodzielnej aktywności, a w dniu 16.06.2014r. wystąpił ponownie stan podgorączkowy. W trakcie hospitalizacji w S. (...) stosowano antybiotykoterapię celowaną (posiew płwociny) z powodu infekcji układu oddechowego. Od dnia 20.06.2014r. zażywał P. 2 x 500 mg. Antybiogram wykazał u powoda zakażenie *Staphylococcus capitis* – gronkowiec koagulazoujemny metycylinowrażliwy oraz *Staphylococcus epidermidis* gronkowiec koagulazoujemny metycylinooporny, a nadto wykazał wysokie skolonizowanie innymi bakteriami. W przeprowadzonym przy przyjęciu wywiadzie ustalono, że powód skarżył się na znaczne osłabienie i brak apetytu, wystąpiła depresja w wywiadzie, chory był pacjentem wymagającym pomocy, a od około miesiąca stracił na wadze o ok. 9-10 kg.

Dodatkowo zgłaszał brak apetytu, oraz informował, że od pewnego czasu występowały u niego nawracające bóle brzucha i incydentalne wymioty. Badania fizykalne nie wykryły żadnej odleżyny, pomimo, że praktyka przyjęcia oraz procedura przyjęcia pacjenta do Centrum przewiduje dokładne oględziny pacjenta i odnotowanie istniejących odleżyn. Sam Powód nie skarżył się też na bóle prawej nogi w okolicy pięty, tylko lewa noga nosiła ślady po pobraniu żyły.

Został przyjęty w stanie pooperacyjnym ogólnie osłabiony i zniechęcony, przyjmował niewielkie posiłki, nie występowały wymioty. Dopiero w dniu 27 czerwca 2014. powód zwymiotował treścią pokarmową.

Dla powoda ustalony został program rehabilitacji w postaci m.in. ćwiczeń czynnych wolnych, ćwiczeń oddechowych, izometrycznych, ćwiczeń oddechowych czynnych z oporem, ćwiczeń ogólnousprawniających indywidualnie oraz trening marszowy, jak również terapia psychologiczna. W dniu 24 czerwca 2014r. powód odbył konsultację

psychologiczną, z której wynikały złe samopoczucie i duża koncentracja na lekach szczególnie przeciwbólowych niewystarczających w ocenie pacjenta.

Wykonane dodatkowo badanie krwi wykazało podwyższoną leukocytozę oraz podwyższone CRP. Reakcja personelu medycznego była natychmiastowa, w dniu 24.06.2014r. wieczorem włączono leczenie dodatkowym antybiotykiem B. 1 x 2g/d., który podano dożylnie oraz kontynuowane było leczenie antybiotykiem zleconym (...) (C.).

Powód skarżył się na ból w klatce piersiowej, a zatem w dniu 25 czerwca 2014r. wykonano EKG i UKG, które wykazały dobrą funkcję wszczepionej zastawki aortalnej, bez płynu w osierdziu i obu jamach opłucnych.

Wykonywano zabiegi higieniczne, w tym kąpiele w dniach 23 i 25 czerwca 2014r. oraz zmieniono bieliznę osobistą. Przy kąpielach asystowały pielęgniarki. Nie zauważono żadnych odleżyn.

W dniu 27.06.2014r. powód skarżył się na ból w okolicy wklucia obwodowego, wobec tego założono mu nowy wenflon. Wieczorem tego dnia wymiotował niewielką ilość treści pokarmowej i zgłaszał ból brzucha, wobec czego włączono M. oraz podano dożylnie 100()ml NaCl. Gdy objawy nagle się nasiliły, uznaniem lekarza zdecydowano o konieczności niezwłocznej interwencji i przewiezieniu pacjenta do (...) w T.. Przez cały czas pobytu powód znajdował się pod szczegółową obserwacją, a w leczeniu zastosowano najnowsze standardy i przestrzegano wszystkich procedur. U pozwanego działa Zespół (...), czuwający nad przestrzeganiem procedur. Otrzymał kompleksową opiekę lekarską, pielęgniarską, fizjoterapeutyczną i psychologiczną. Przeprowadzono niezbędne badania, konsultacje, podano także odpowiednie leki. Prawdopodobieństwo zakażenia się przez powoda gronkowcem złocistym w czasie pobytu w dniach 23 - 28 czerwca 2014 r. jest niemożliwe. Gronkowiec złocisty jest drobnoustrojem bardzo szeroko rozpowszechnionym w otoczeniu człowieka. Okresowa, przejściowa kolonizacja występuje dość często, natomiast przyczyną przewlekłego nosicielstwa jest przede wszystkim niesprawność układu odpornościowego spowodowana wrodzonymi lub nabytymi deficytami immunologicznymi, przewlekłymi chorobami predysponującymi do zakażeń bakteryjnych, chorobami układowymi itp. Wszystkie te choroby występowały u powoda zarówno przed przybyciem jak i po wyjściu.

Brak więc jakichkolwiek podstaw do odpowiedzialności. Zarzucił przedawnienie roszczenia (oświadczenie na rozprawie 7.11.2018r.). Wniósł o zawiadomienie o procesie w trybie art. 84kpc (...)

**Pozwany (...) SA w T.** wniósł o oddalenie powództwa, zarzucił przedawnienie roszczenia oraz brak solidarnej odpowiedzialności. Wskazał, że z pozwu wynika, że przeprowadzono operację usunięcia krwika wątroby, nie przeprowadzono konsultacji foniatry i odmówiono transportu.

W dniach 28 czerwca 2014 i 29 czerwca 2014 roku przeprowadzono u powoda badanie mikrobiologiczne, w których ujawniono, iż z pobranej próbki wyhodowano staphylococcus koagulazoujemny (gronkowiec złocisty) — zatem wskazać należy, że powód w dniu przyjęcia już był nosicielem gronkowca. Nie może zatem zasadnie twierdzić, iż do zakażenia doszło u pozwanego. Jak wynika z karty odleżynowej, powód został przyjęty na oddział bez odleżyn. Jedyną odleżyną jaka pojawiła się na jego ciele w dniu 2 lipca 2014 roku na lewym pośladku, zastosowano wtedy materac antyodleżynowy i odpowiednią maść. Przez cały pobyt 3 nie skarżył się na odleżynę na pięcie, nie zgłaszał takiej dolegliwości. Jak wynika z historii choroby, przedłożonej przez powoda, zgłosił się on również do poradni chirurgicznej przy (...) SA w T. w dniu 8 sierpnia 2014 roku. W trakcie wizyty również nie skarżył się na odleżynę pięty. Dopiero z wypisu ze Szpitala w (...) sp. z o.o. można wywnioskować, że w dniu 12 września 2014 roku, powód zgłosił się do szpitala z odleżyną pięty prawej. Nie sposób zatem przyjąć, że powód nabawił się odleżyny pięty prawej u pozwanego. W zakresie konsultacji foniatrycznej należy wskazać, że nie było ku temu wskazań. Powodowi nie przysługiwał również bezpłatny transport sanitarny ze środków publicznych. Zgodnie z art. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych realizacja takiego transportu jest możliwa do najbliższego podmiotu leczniczego realizującego świadczenia we właściwym zakresie oraz konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym i potrzeby zapewnienia ciągłości leczenia. Okoliczności takie nie miały miejsca.

Interwient uboczny (...) SA w W. w interwencji ubocznej po stronie pozwanego SP ZOZ (...). (...), wniosł o o oddalenie powództwa.

### **USTALENIA FAKTYCZNE**

W dniu 22 maja 2014 roku powód został hospitalizowany w (...) w Z. w oddziale klinicznym (...) (...) z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca, choroby wieńcowej pnia lewej tętnicy wieńcowej, przewlekłej niewydolności krążenia, stanu po zawale serca, rozedmy płuc, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii (zaburzenie gospodarki lipidowej), nikotynizmu, niedosłuchu, choroba Graves-Basedowa (schorzenie autoimmunologiczne tarczycy), jaskry (uszkodzenie nerwu wzrokowego), łuszczyca (przewlekły stan zapalny skóry), stanu po strumektomii (częściowym wycięcie tarczycy) i usunięciu pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia). W **dniu 23 maja 2014r.** przeprowadzono operację wszczepienia pomostów tętnicy (...) oraz żylnych oraz zastawki mechanicznej (...) pozycję aortalną. Wdrożono profilaktykę antybiotykową dożylnie cefazoliną, stosowaną przy dużych operacjach chirurgicznych. W przebiegu pooperacyjnym wystąpiła odma opłucnowa prawostronna wymagająca dwukrotnego drenowania oraz wentylacji mechanicznej i bakteryjne obustronne zapalenie dróg oddechowych. Było to typowe powikłanie po intubacji osób z uszkodzonymi płucami rozedmą płuc i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Wdrożono leczenie celowanym antybiotykiem. Został objęty procedurą „zapobiegania wprowadzeniu MRSA do Szpitala” oraz przeciwoodleżynową. Założono kartę obserwacji chorego zagrożonego występowaniem odleżyn oraz dokumenty REAL I oraz REAL II określające stopnie i lokalizacje zmian skórnych opisowo i rysunkowo. Nie miał żadnych zmian skórnych na piętach. W dniu 4 czerwca 2014r. usunięto drenaż klatki piersiowej a 05.06.2014r. oraz powoda ekstubowano. Podjęto działania rehabilitacyjne. W dniu 16 czerwca 2014r. ponownie wystąpił stan podgorączkowy opanowany celowaną antybiotykoterapią. W ramach rehabilitacji powód został uruchomiony do etapu chodzenia po sali. Rany pooperacyjne zagoiły się przez rychłozrost. Na skutek operacji i przebiegu leczenia powód utracił około 9kg masy ciała. Utrata masy była typową reakcją spowodowaną niskokaloryczną dietą pooperacyjną oraz stresem jaki przeszedł organizm powoda na skutek operacji z otwarciem klatki piersiowej. W przeprowadzonych badaniach mikrobiologicznych 2.06.2014r 3.06.2014 r. 5.06.2014 r, 6.06.2014 r., 18.06.2014 r., 20.06.2014 r i 23.06.2014 nie stwierdzono drobnoustrojów gronkowca złocistego. W dniu 23 czerwca 2014 powoda przewieziono do pozwanego (...) w T. na oddział (...) celem dalszej rehabilitacji. Decyzja była prawidłowa uzasadniona stanem pacjenta. Cały proces leczenia i decyzja o przekazaniu do dalszej rehabilitacji były zgodne z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodne z zasadami etyki przy zachowaniu należytej staranności i zastosowaniu właściwych środków.

W dniu przyjęcia do pozwanego (...) w T. powód zgłosił bóle brzucha z wymiotami, stwierdzono wysoką leukocytozę i bardzo podwyższone CPR. Kontynuowano antybiotykoterapię wdrożoną w (...) (ciprofloksacyne) oraz dołączono kolejny antybiotyk ceftriakson. Założono dokumentację postępowania antyodleżynowego oraz kartę zakażenia dróg oddechowych jako pozaszpitalnego [k-218]. Nie stwierdzono odleżyn (w tym pięty). Wdrożono ćwiczenia rehabilitacyjne. Powód przyjmował lek przeciwzakrzepowy W., niezbędny u pacjentów z implantami naczyniowymi. W dniu 27 czerwca 2014r. u powoda pojawiły się silne bóle w nadbrzuszu, wymioty po próbie picia i niezależnie od przyjmowanych płynów. Nad ranem 28 czerwca 2014 wystąpiły wymioty brązową treścią — kałową. Podjęto decyzji o przewiezieniu powoda do pozwanego (...) w T.. Decyzję podjęto we właściwym czasie. Wcześniejsze dolegliwości bólowe i wymioty, zgłoszone już przy przyjęciu, były typowymi objawami ubocznymi przyjmowania leku W., szczególnie z chorobą wrzodową, na którą cierpiał powód, a przeprowadzone wtedy badanie palpacyjne wykluczyło istnienie ostrego stanu zapalnego. Leczenie i rehabilitacja powoda w (...) w T. były prawidłowe, zgodne z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodne z zasadami etyki przy zachowaniu należytej staranności i zastosowaniu właściwych środków.

Powoda przewieziono do pozwanego (...) w dniu 28 czerwca 2014r., gdzie przebywał do 23 lipca 2014r. Rozpoznano krwiak lewego płata wątroby. W efekcie diagnoza była nieprawidłowo, u powoda powstał krwiak okolicy lewego płata wątroby. Przyczyną było zadziałanie czynnika mechanicznego jak uderzenie, skłon, nadmierne pochylenie, przewracanie się z boku na bok, kichnięcie czy kasznięcie. Nie jest możliwe określenie miejsca i

dokładnej przyczyny powstania krwaka, środkiem predystynującym było zażywanie niezbędnego do przeżycia leku przeciwwzakrzepowego warfin. Przy przyjęciu nie stwierdzono odleżyn, odnotowano w karcie kontroli odleżynowej „skóra czyskta” [k-145]. Rozpoznano niedrożność mechaniczno-zrostową jelit. Tego samego dnia przeprowadzono zabieg laparotomii zwiadowczej, ewakuowano krwaka okolicy lewego płata wątroby. Wprowadzono procedurę antyodleżynową. W dniach 28 czerwca 2014 i 29 czerwca 2014 roku przeprowadzono badanie mikrobiologiczne, w których z pobranej próbki wymazu wyhodowano staphylococcus koagulazoujemny MMSA (gronkowiec złocisty). Badanie przeprowadzono nieprawidłowo z uwagi na niewłaściwie pobrany materiał do badań mikrobiologicznych (wykonanie wymazu zamiast pobrania płynu przy pomocy igły i strzykawki lub bioptatu). Z tej przyczyny wyniki należy uznać za niemiarodajne. Nie pozwalają na uznanie gronkowca złocistego za czynnik etiologiczny zakażenia skóry i tkanki podskórnej oraz w ogóle na ustalenie zakażenia powoda gronkowcem. W dniu 2 lipca 2014 odnotowano odleżynę pośladka [k-145]. Z uwagi na wielokrotne intubowanie i wentylowanie mechaniczne po operacji ewakuowania krwaka okolicy płata wątroby u powoda pojawiły się niedomagania w funkcjonowaniu strun głosowych. Zmiany takie są typowe dla osób po intubacji, ustępują od kilkunastu dni do kilku tygodni po operacji. Powód domagał się konsultacji foniatrycznej, której mu nie udzielono z uwagi na brak wskazań medycznych w tym zakresie. W dniu 23 lipca 2014r. powoda wypisano do domu w stanie dobrym bez odleżyn. Leczenie powoda było zgodne z aktualnymi wskazaniem wiedzy medycznej, przy dostępnych metodach rozpoznawania i leczenia, zgodne z zasadami etyki przy zachowaniu należytej staranności i zastosowaniu właściwych środków [dowód dokumentacja medyczna k-8-50, 89-134, 160-220, 392-398, 401--403; dokumentacja zdjęciowa k- 63; zeznania świadków I. F. k-364-365, A. R. k-365-367, E. G. k-367-368, W. Ł. k-368-369, E. B. k-422, T. M. k-422-423, M. P. k-423, A. D. k-423-424 oraz opinie biegłych: chirurga ogólnego R. C. k-484; chirurga ogólnego J. S. k-748-750, ustne wyjaśnienia biegłego J. S. k- 876-877; opinia biegłego chorób wewnętrznych i Kardiologii K. I. k-804-811, ustne wyjaśnienia biegłego K. I. k-875-876; opinia biegłego z zakresu mikrobiologii klinicznej, higieny i epidemiologii dr G. Z. k-510-520 z ustnymi wyjaśnieniami do opinii k- 552-554]. Powód domagał się odwiezienia transportem sanitarnym do domu. Transportu medycznego nie zaoferowano bowiem nie przysługiwał powodowi.

W dniu 25 lipca 2014r. powód był badany w (...)w P. nie stwierdzono odleżyn. Dopiero w czasie kolejnego badania w Poradni w dniu 29 lipca 2014r odnotowano odleżynę na pięcie [historia choroby k-394v]. Podobny zapis odnotowano w dniu 08 sierpnia 2014 roku podczas wizyty domowej (dowód karta nr 395) oraz ponownie w czasie badania w dniu 3 września 2014 roku (dowód karta nr 396). W dniu 12 września 2014 roku powoda hospitalizowany w Szpitalu w P. w oddziale (...) z powodu „owrzodzenia odleżynowego pięty prawej gdzie dokonano wycięcia tkanek martwiczych z odleżyny. Z rany odleżynowej ani z obrzeża rany nie pobrano bioptatu, nie pobrano posiewu krwi. Pobrano nieprawidłowo wymaz z rany, co spowodowało, że izolacja drobnoustrojów z takiego nieprawidłowo pobranego materiału biologicznego nie może świadczyć o występowaniu zakażenia. Nie zastosowano antybiotyków [opinia biegłego z zakresu mikrobiologii klinicznej, higieny i epidemiologii dr G. Z. k-510-520 z ustnymi wyjaśnieniami do opinii k- 552-554].

Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu o powołane wyżej dokumenty, zeznania świadków I. F. k-364-365, A. R. k-365-367, E. G. k-367-368, W. Ł. k-368-369, E. B. k-422, T. M. k-422-423, M. P. k-423, A. D. k-423-424 oraz opinie biegłych z zakresu: chirurgii ogólnej R. C. k-484; chirurgii ogólnej J. S. k-748-750 z wyjaśnieniami do opinii k- 876-877; chorób wewnętrznych i Kardiologii K. I. k-804-811 wraz z wyjaśnieniami k-875-876; mikrobiologii klinicznej, higieny i epidemiologii dr G. Z. k-510-520 z ustnymi wyjaśnieniami do opinii k- 552-554.

Odnośnie przyczyn i czasu powstania odleżyny pięty prawej wypowiedzieli się biegli z zakresu: chirurgii ogólnej R. C. oraz mikrobiologii klinicznej, higieny i epidemiologii dr G. Z.. Biegły chirurg wskazał w opinii, że nie jest w stanie ustalić, gdzie doszło do powstania odleżyny, a niezaprzeczalnym jest, że owrzodzenie odleżynowe rozpoznano w Szpitalu w P. w trakcie pobytu od 12.09.2014. do 18.09.2014. Biegły wskazał, że nie jest w stanie również ustalić gdzie doszło do zakażenia ustalonego w posiewie z rany. Biegły z zakresu mikrobiologii klinicznej higieny i epidemiologii dr. G. Z. wskazał, że badania mikrobiologiczne wykonane przez pozwanego (...) w T., a także późniejsze badania w Szpitalu w P., gdzie usunięto tkanki martwicze z odleżyny, przeprowadzono nieprawidłowo, niewłaściwie pobierając materiał do badań. Nie wykonano biopsji lecz jedynie wymaz, który nie jest miarodajny

z uwagi możliwość zanieczyszczenia mikrobiologicznego, z co wyklucza możliwość oparcia się na wynikach tych badań. Nie można więc przyjąć by powód w ogóle został zakażony gronkowcem złocistym. Biegły wskazał, że nie jest możliwe by odleżyna powstała u pozwanych, co wynika z dokumentacji medycznej, mechanizmu powstawania tkanek martwiczych. Zastrzeżenia do opinii zgłosił powód w piśmie z 18.10.2018 k-534-535, zarzucając nieodniesienie się do materiału fotograficznego, zarzucił brak kompetencji biegłego, który jest doktorem nauk przyrodniczych, a nie lekarzem. Zastrzeżenia należy uznać za bezzasadne. Biegły, mimo że nie jest lekarzem, ukończył instytut medycyny pracy, ma trzy specjalizacje z dziedziny medycyny tj mikrobiologii, zdrowia publicznego, higieny i epidemiologii. Jest Konsultantem ds. antybiotykoterapii w (...) w S., zajmuje się leczeniem zachowawczym. Ma doktorat z zakresu mikrobiologii. Kompetencje biegłego są niezaprzeczone, a zakażenie mikrobiologiczne jest ich istotą. Również mechanizm powstawania tkanek martwiczych (w tym odleżyn) i rozwoju flory bakteryjnej w martwych tkankach w oczywisty sposób mieści się w istocie kompetencji biegłego. Odnosząc się do ustaleń biegłego należy wskazać, że w opinii pisemnej przy ocenie stanu zdrowia powoda, oprócz stwierdzonych chorób układu krążeniowo sercowego, oddechowego i autoimmunologicznych, jako obciążenie przyjął również cukrzycę, pomimo że powód nie cierpiał na tę chorobę. Założenie to wynikało z wpisu w historii choroby w (...) o cukrzycy przejściowej lub stałej, będącego wynikiem podwyższonego poziomu cukru w czasie badania. W ustnych wyjaśnieniach wskazał, że w przypadku powoda okoliczność, że nie choruje na cukrzycę nie miał wpływu na ocenę skłonności jego organizmu do powstawania odleżyn, która wynikała z bardzo złego stanu zdrowia w tym chorób sercowo-naczyniowych, układu oddechowego, autoimmunologicznej (choroba Graves-Basedowa), przewlekłego stanu zapalnego skóry (łuszczyca) itd. Przy sporządzaniu opinii wziął również pod uwagę dokumentację zdjęciową dołączoną przez powoda[k-63]. Biegły wyjaśnił, że zarówno badania wykonane w pozwany (...) Szpitalu (...) w T. oraz Szpitalu w P. były nieprawidłowe i nie mogą być podstawą ustalenia zakażenia gronkowcem złocistym. W jednym i drugim przypadku zaniechano wykonania biopsji, a tylko takie badanie jest miarodajne. Drobnoustroje gronkowca złocistego metycylinowrażliwego [Staphylococcus aureus MMSA], są naturalną florą bakteryjną skóry, występują głównie w nozdrzach i wilgotnych miejscach skóry u 70% populacji. Są głównym czynnikiem etiologicznym ropnych zmian w zakażeniach. Rzadko występują w szpitalach. W Szpitalu w P. nie pobrano aspiratu ani bioptatu z obrzeża rany. Nie pobrano również posiewów krwi. Pobrano nieprawidłowy wymaz z rany. W takim przypadku izolacja drobnoustrojów nie świadczy o zakażeniu rany. Wyniki badania mogą odzwierciedlać nie stan rany lecz raczej obraz flory bakteryjnej buta czy skarpety, a nie skóry. Podczas pobytu w szpitalu w P. nie podano antybiotyku, co w efekcie świadczy o nierozpoznanie zakażenia rany odleżynowej. Zastosowano wyłącznie postępowanie chirurgiczne. Wyselekcjonowane drobnoustroje Citrobacter fremdii, Enterococcus faecalis, Staphylococcus aureus o fenotypie oporności MSSA [metycylinowrażliwe] były w pełni wrażliwe na powszechnie stosowane antybiotyki. Z dużym prawdopodobieństwem świadczy to o rozwoju martwicy odleżynowej spowodowanej własną florą bakteryjną. Nie można więc przyjąć by powód w ogóle został zakażony gronkowcem złocistym. Odleżyna pięty powstała najprawdopodobniej w domu powoda na skutek stanu zdrowia i ucisku tkanki skórnej, powodując niedokrwienie tanek, nie ma związku przyczynowo skutkowego z wcześniejszymi hospitalizacjami. Wykluczone jest by powstała u pozwanych [ustne wyjaśnienia biegłego dr G. Z. k-552-554]. Owrzodzenie pięty pojawia się dopiero w Przychodni w P. w czasie badania powoda w dniu 29.07.2014r. Biegły wyjaśnił, że przy obciążeniach powoda rozwój tkanki martwiczej przebiega błyskawicznie może zaistnieć w kilka dni. Prowadzone procedury przeciwoleżynowe i dokumentacja w tym zakresie wykluczają powstanie odleżyny u pozwanych, co potwierdza również „nieszpitalne” umiejscowienie odleżyny tj na spodzie pięty, podczas gdy powód u pozwanych przebywał głównie w pozycji leżącej, która wykluczała ucisk na spód pięty. Tym samym nie mogła powstać w pozwanych Szpitalach. Sąd w pełni podzielił ustalenia biegłego jako jasno i rzetelnie przedstawiające mechanizm zakażenia rany oraz nieprawidłowość przeprowadzonych badań mikrobiologicznych, ich niewiarygodność co do zakażenia gronkowcem złocistym. Opinia jest spójna z opinią biegłego R. C., w zakresie stwierdzenia, że odleżyna nie stwierdzono u pozwanych, jest spójna z dokumentacją medyczną. Biorąc pod uwagę bardzo szczegółowe ustalenia opinii mikrobiologicznej odstąpiono od odebrania od biegłego R. C. wyjaśnień w zakresie wątpliwości zgłoszonych przez pozwane (...) w Z. do jego opinii [k-498]. W szczególności pozwany zgłosił zastrzeżenia w zakresie w jakim opinię można odczytać jako obciążającą pozwanego. Treść opinii nie zawiera takich stwierdzeń, a w efekcie jej ustalenia są spójne z opinią mikrobiologiczną, tzn wg biegłego chirurga dokumentacja medyczna zaprzecza powstaniu odleżyny i pozwanych. Z uwagi na ustalenia biegłych i pozostały materiał dowodowy (zeznania świadków, dokumentację

medyczną) nie dano wiary zeznaniom powoda co do czasu i miejsca powstania odleżyny, ignorowania jej przez lekarzy, odsyłania do przychodni chirurgicznej.

Biegli: z zakresu chirurgii ogólnej J. S. oraz z zakresu chorób wewnętrznych i Kardiologii K. I. wypowiedzieli się co do prawidłowości leczenia i rehabilitacji powoda u pozwanych, przyczyn zapalenia płuc, powstania krwaka okolicy płata wątroby, prawidłowości przekazania powoda z Śląskiego Centrum (...) w Z. do SP ZOZ (...), nieudzielenia konsultacji foniatrycznej lub otolaryngologicznej w (...) wielospecjalistycznym w T.. Zastrzeżenia do obydwu opinii złożył powód w pismach 21.06.2021 k- 762-763 oraz z 23.05.2022 k-837 wskazując, że biegli nie oparli się na zeznaniach powoda, nie wyjaśnili różnicy pomiędzy krwakiem wątroby i krwakiem okolicy lewego płata wątroby, dlaczego zastosowanie leku W. było konieczne i czy były alternatywne leki, czy rehabilitacja nie była wdrożona zbyt szybko, oraz pominięto utratę masy powoda 9kg w procesie leczenia.

Biegli w ustnych wyjaśnieniach szczegółowo odnieśli się do zastrzeżeń. Wskazali, że wpis w historii choroby powoda u pozwanego (...) w T. dotyczący rozpoznania „krwaka wątroby” był omyłkowy, prawidłowo wskazano w protokole operacyjnym, że ewakuowano krwaka okolicy płata wątroby. Wskazuje na to również opis tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem z 5.11.2015. Spójnie wskazali, że przyczyną powstania takiego krwaka może być niewielki wysiłek, skłon, kichnięcie itp., szczególnie przy zażywaniu koniecznych leków przeciwwzkrzepowych. Wyjaśnili, że lek W. był w tamtym czasie najlepszym lekiem, a zamienniki powodowały większe zagrożenie powikłaniami i nie były odpowiednie do sytuacji powoda. Lek ten był konieczny ratujący życie. Wyjaśnili również, że kluczowym dla odzyskania sprawności było jak najszybsze wdrożenie rehabilitacji. Utrata wagi była typowa dla operacji tego typu, wynikała z olbrzymiego stresu organizmu i wywołanych nim procesów katabolicznych, nie mogła mieć wpływu na wdrożenie rehabilitacji, od której zależało powodzenie operacji i powrót do zdrowia. Wskazali, że zeznania powoda są niemiarodajne dla ustaleń przebiegu leczenia. Sąd w pełni podzielił ustalenia biegłych, które jasno opisały mechanizm powstania powikłań, krwaka utraty wagi oraz celowość podjętych w ramach leczenia i rehabilitacji działań.

## **ROZWAŻANIA PRAWNE**

Żądanie jest bezzasadne. Odpowiedzialność pozwanych oparta jest o normę przepisu art. 430kc, który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej czynności. W świetle cytowanego wyżej przepisu przesłankami odpowiedzialności są występujące łącznie:

- wyrządzenie szkody przez osobę, której powierzono wykonywanie czynności;
- zawinione działanie lub zaniechanie tej osoby;
- normalny związek przyczynowy między takim działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą.

Odpowiedzialność Szpitala ukształtowana jest więc na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej lub subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej i doświadczenia, obowiązków, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (min. wyrok SN z 18.01.2013 IV CSK 431/12). Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Przy ocenie postępowania należy uwzględnić uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia. W bezpośrednim związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje ryzyko medyczne gdyż nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta



nie są jedynie objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza. Nie można mówić natomiast o odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od zachowania lekarza. (SA w L. z 4.03.2009 r. I ACa 12/09). Leczenie powoda było prawidłowe we wszystkich pozwanych jednostkach medycznych. Twierdzenie o doprowadzeniu do powstania odleżyny i zakażenia jej gronkowcem było bezzasadne. Postępowanie dowodowe wykazało, że odleżyna powstała po zakończeniu leczenia u pozwanych, nie pozostawała w związku przyczynowym z ich działalnością, a twierdzenie o jej zakażeniu gronkowcem złocistym należy uznać za nieuzasadnione, oparte na błędnie wykonanych badaniach. Cały proces leczenia przebiegał prawidłowo i zakończył się powodzeniem. Powstanie u powoda krwaka okolicy lewego płata wątroby pozostaje poza adekwatnym związkiem przyczynowym z działaniami pozwanych SP ZOZ (...) w Z. i SP ZOZ (...) w T.. Było wynikiem nie ich działań lecz stanu zdrowia powoda i powikłaniem wynikającym z okoliczności niezależnych od procesu leczenia. Wszystkie decyzje i działania podjęte w toku leczenia były prawidłowe, we właściwym czasie i doprowadziły do pozytywnego skutku. Zastrzeżenia do Pozwanego (...) w T. dotyczące braku konsultacji foniatrycznej również są bezzasadne. Niedomagania strun głosowych były typowym czasowym wynikiem podrażnienia krtani i strun głosowych wielokrotnymi i długimi intubacjami, nie uzasadniały konsultacji. Odmowa udzielenia transportu medycznego po zakończeniu leczenia miała swoje uzasadnienie w przepisach art.41ust 1i2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ust. 1 tego przepisu przewidziano, że świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach: konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym oraz wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia. W ust 2 art. 41 wskazano, że świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem. Okoliczności takie nie miały miejsca. Powyższe powoduje, że żądanie jest nieuzasadnione.

Na marginesie można wspomnieć, że zgłoszony przez pozwanych zarzut przedawnienia był bezzasadny. Ustawą z dnia 21 kwietnia 2017r. o roszczeniach o naprawienie szkody wyrządzonej przez naruszenie prawa konkurencji w art. 33 nadano nowe brzmienie art. 442<sup>1</sup> §1kc. Zgodnie z nim roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Przepis ten wszedł w życie 27.06.2017r. Jednocześnie w art 38 cyt ustawy określono, że Do roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, powstałych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych, stosuje się przepis art. 442<sup>1</sup> §1kc ustawy zmienianej w art. 33 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, z tym że jeżeli trzyletni termin przedawnienia rozpocząłby bieg przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, termin ten rozpoczyna bieg w dniu jej wejścia w życie. W dniu 27.06.2017r. roszczenia powoda nie były jeszcze przedawnione. Operację ewakuacji krwaka przeprowadzono 28.06.2014r. Proces leczenia zakończył się 23.07.2014r. Od tego dnia najszybciej można liczyć bieg terminu. W świetle art. 38 ustawy 21 kwietnia 2017r. o roszczeniach o naprawienie szkody wyrządzonej przez naruszenie prawa konkurencji należy przyjąć, że przedawnienie roszczeń rozpoczęło ponownie bieg z dniem wejścia ustawy w życie tj 27.06.2017r.

Na mocy art. 235<sup>2</sup> §1 pkt 5 kpc postanowieniem z dnia 9.11.2022r.pominięto wnioskowany przez powoda dowód z opinii instytutu naukowego jako zmierzający do przedłużenia postępowania. Wszystkie okoliczności sprawy zostały wyjaśnione.

W związku z powyższym na zasadzie art. 15zsz<sup>2</sup> ustawy z 2.03.2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych zamknięto rozprawę na posiedzeniu niejawnym i w świetle niespełnienia przesłanek

odpowiedzialności z art. 445§1kc w zw. z art. 430 kc w pkt1 wyroku powództwo oddalono, w pkt 2 na zasadzie art. 102kpc z uwagi na trudną sytuację majątkową powoda odstąpiono od obciążania go kosztami