

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 1 czerwca 2010 roku, skierowanym do Sądu rejonowego dla Łodzi Widzewa w Łodzi przeciwko Instytutowi Centrum (...) w Ł. powód R. K. (1) wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 50.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami tytułem zadośćuczynienia oraz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wskazał, iż podczas leczenia operacyjnego w Klinice (...) pozwanego Instytutu doszło do zakażenia szpitalnego. W okolicy operowanej utrzymywał się ból oraz stan zapalny tkanek miękkich, a konsekwencji powstał ropień, którego nie udało się skutecznie usunąć. Dopiero operacja usunięcia zastosowanego wcześniej stabilizatora kręgosłupa spowodowała zaleczenie. W ranie pooperacyjnej wyhodowany został gronkowiec złocisty.

(pozew k. 2-4)

Odpis pozwu doręczono pozwanemu w dniu 29 września 2010 roku.

(potwierdzenie odbioru k. 59)

Pozwany Instytut Centrum (...) wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu z uwzględnieniem kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Nadto wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego ubezpieczyciela (...) SA na podstawie art. 84 k.p.c.

W uzasadnieniu podniósł, iż zabieg operacyjny u powoda wykonany został w styczniu 2007r i nie stwierdzono wówczas żadnych cech infekcji okolicy operowanej. Ponownie powód przyjęty został do szpitala w kwietniu 2008r i także wówczas nie stwierdzono cech infekcji. Nie wykonywano wtedy powodowi żadnych zabiegów. Dopiero w kwietniu 2009r powód zgłosił się do Instytutu z powodu wycieku substancji ropnej z rany pooperacyjnej. Nie wiadomo jednak, kiedy i jak doszło do tej infekcji. Nie odpowiada za nią pozwana jednostka, skoro takiej infekcji nie było podczas wcześniejszych pobytów powoda w szpitalu (w styczniu 2007 r i kwietniu 2008r).

(odpowiedź na pozew k. 42-44)

Na rozprawie z dnia 29 sierpnia 2012 roku powód rozszerzył powództwo, wnosząc o zasądzenie kwoty 150.000 zł z tytułu zadośćuczynienia.

Pozwany wniósł o jego oddalenie.

(protokół rozprawy k. 173-175)

Postanowieniem z dnia 29 sierpnia 2012r Sąd Rejonowy dla Łodzi Widzewa w Łodzi stwierdził swoją niewłaściwość i sprawę przekazał do rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Łodzi (postanowienie – k. 177).

W toku dalszego procesu strony podtrzymały stanowiska.

W piśmie procesowym złożonym dnia 23 marca 2015r R. K. (1) sprecyzował powództwo w ten sposób, że wniósł o zasądzenie kwoty 150.000 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi w następujący sposób: od kwoty 50.000 zł od dnia 1 czerwca 2010r, a od kwoty 100.000 zł od dnia 29 sierpnia 2012r do dnia zapłaty.

(pismo procesowe k. 385-386)

Pozwany Instytut Centrum (...) w Ł. wniósł oddalenie powództwa i z ostrożności procesowej o nieobciążanie pozwanego kosztami.

(protokół rozprawy z dnia 23.03.2015r. 00:00:22-00:03:33, 00:32:12-00:39:01)

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

R. K. (1) już w 2004 r. miał dolegliwości korzeniowo-bólowe z odcinka L-S kręgosłupa.

Wykonana w dniu 11 września 2004 r. tomografia komputerowa odcinka L-S wykazała: „Na poziomie L2-L3 okrężną wypuklinę krążka międzykręgowego. Na poziomach L3-L4 i L4-L5 okrężną pjm zwężającą światło kanału kręgowego obustronnie otwory międzykręgowo. Na poziomie L5-S1 masywną, okrężną pjm widocznymi zwapnieniami, zwężającą światło kanału kręgowego i obustronnie twory międzykręgowo, wpuklającą się do zachyłków bocznych. Zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe, głównie pod postacią osteofitów na krawędziach trzonów kręgow - od przodu częściowo mostkujących.” Wykonane badanie Tomografii Komputerowej jednoznacznie wyjaśniało dolegliwości powoda. Zleczone leki i ambulatoryjna rehabilitacja przyniosły poprawę, ustąpienie dolegliwości.

Dwa lata później w 2006r. powód zgłosił się do gabinetu prof. Polisa z powodu nasilenia się dolegliwości bólowych i drętwienia obu kończyn dolnych. Powód został skierowany w celu diagnostyki i leczenia do Kliniki (...) w Ł. z powodu stwierdzonej spondylozy odcinka L-S kręgosłupa.

W dniu 11 grudnia 2006 r. powód został przyjęty do Kliniki (...). Wykonane badanie Rezonansem Magnetycznym w dniu 12.12.2006 r. wykazało: „na poziomach L3-L4, L4-L5 i L5-S1 uogólnione zmiany zwyrodnieniowe krążków trzonów tych kręgow. Na poziomie L5-S1 kręgozmyk (niestabilność) centralnym uwypukleniem krążka, ograniczającego światło prawego otworu międzykręgowego”.

Podstawowe badania krwi powoda były w normie za wyjątkiem poziomu glukozy w surowicy krwi, który w dniu 12.12.2006 r. wynosił 267 mg/dl. Wykonany test HBsAa był ujemny. Zdjęcie klatki piersiowej bez zmian. W dniu 13 grudnia 2006r. powoda wypisano do domu z rozpoznaniem: „S. L.-S. K. L.-S1”. Został zakwalifikowany do operacji kręgozmyku planowo w nowym roku. Na karcie informacyjnej nie odnotowano poziomu glukozy w surowicy krwi z badania z dnia 12.12.2006 r. (267 mg/dl).

Powód nie był konsultowany przez diabetologa i nie wykonano kontrolnego badania poziomu glukozy w surowicy, nie zastosowano żadnego leczenia cukrzycy.

Do Kliniki (...) w Ł. R. K. (1) został przyjęty ponownie w dniu 9.01.2007 r. w celu przeprowadzenia operacji. Przed operacją był konsultowany przez kardiologa, który nie stwierdził żadnych przeciwwskazań do operacji. Poziomu glukozy w surowicy krwi i w moczu nie badano.

W dniu 10.01.2007 r. poddano powoda operacji kręgozmyku L5-S1. Wykonano stabilizację wewnętrzną tylną odcinka L4-L5 kręgosłupa. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rychłozrost, w 7 dobie zdjęto szwy.

W dniu 17.01.2007 r. wykonano kontrolne badanie TK odcinka L4-L5 kręgosłupa. Opis badania: „K. L.-S1, stan po stabilizacji transpedikularnej. Śruby stabilizacyjne prawidłowo osadzone, za wyjątkiem dolnej lewej, która przebiega bocznie od nasady łuku kręgu L5 i osadzona jest w wyrostku poprzecznym tego kręgu. Nie ma cech konfliktu nerwowego.” Dolegliwości kończyn dolnych, głównie lewej, stopniowo zmniejszyły się, również siła kończyn dolnych poprawiła się. W dniu 18.01.2007 r. wypisano powoda do domu z zaleceniem oszczędzającego trybu życia i dalszej kontroli w Poradni Neurochirurgicznej.

Pierwsza wizyta powoda w Poradni Neurochirurgicznej miała miejsce w dniu 19.02.2007 r. Przyjmujący go lekarz odnotował: „Brak dolegliwości bólowych. Poprawa stanu ogólnego. Poprawa siły mięśniowej kończyn dolnych.”

Przy następnej wizycie w Poradni w dniu 13.03.2007 r. odnotowano, że pacjent nadal zgłasza dolegliwości w miejscu operacji. Wydano mu zwolnienie do 16.04.2007 r.

Kolejna wizyta w Poradni (III) miała miejsce w dniu 16.04.2007r. Przyjmujący prof. L. P. odnotował: „Utrzymują się dolegliwości bólowe oraz zaniki mięśni w kończynach dolnych. Przedłużono zwolnienie. Zalecono rehabilitację.”

Czwarta wizyta miała miejsce w Poradni Neurochirurgicznej dopiero w dniu 5.11.2007 r. Przyjmujący lekarz B. P. odnotował, że utrzymują się dolegliwości bólowe, zaobserwowano też zaniki mięśniowe w kończynach dolnych, bardziej po lewej.

(dokumentacja lekarska k. 9-15 oraz dokumentacja w teczce pacjenta stanowiącej załącznik do akt, zeznania świadka T. J. (1) k. 132-133, zeznania powoda k. 64-65, protokół rozprawy z dnia 23 marca 2015r. 00:20:09-00:32:12 k. 388-389)

Powód nie leczyl się nigdzie operacyjnie przed operacją z dnia 10.01.2007r.

(zeznania świadka T. J. (1) k. 132-133, 200-202, zeznania powoda k. 64-65, protokół rozprawy z dnia 23 marca 2015 r. 00:20:09-00:32:12 k. 388-389)

Przed upływem roku od operacji w dniu 10.01.2007 r. zaczęły pojawiać się u powoda skoki temperatury do 40°C z dreszczami. Pojawiały się raz lub dwa razy w miesiącu, nasiliły się także bóle w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Na przełomie 2007/2008 roku pojawiły się dwie małe przetoki w bliźnie pooperacyjnej z surowicznym sączeniem. Powód zgłosił się wówczas do Kliniki (...) w pozwanym Instytucie gdzie wykonano opatrunek i zalecono przemywanie przetok i smarowanie ich O..

(zeznania świadka T. J. (1) k. 132-133, 200-202, zeznania powoda k. 64-65, protokół rozprawy z dnia 23 marca 2015 r. 00:20:09-00:32:12, k. 388-389, dokumentacja lekarska w teczce pacjenta stanowiącej załącznik do akt)

W dniu 9 kwietnia 2008 r. powód został przyjęty po raz trzeci do Kliniki (...) w celu ewentualnego dalszego leczenia operacyjnego z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa L-S i bólów promieniujących do obu kończyn dolnych - z przewagą do lewej. Wykonane badanie Rezonansu Magnetycznego w dniu 14.04.2008 r. wykazało: „Stan po operacji niestabilności kręgosłupa (10.01.2007 r.). Śruby stabilizatora znajdują się na poziomie L4-L5 kręgosłupa. Na wysokości L5-S1 widoczna niestabilność ku przodowi kolumny kręgosłupa o 12mm z wtórnym zwężeniem światła otworów międzykręgowych L5-S1. Zmiany zwyrodnieniowe w krążku międzykręgowym L5-S1. Nawarstwienia kostno-okostnowe na przednich krawędziach trzonów sąsiadujących kręgów L3 i L4, L4 i L5 oraz L5 i S1”.

Dnia 16.04.2008 r. lekarz prowadzący stwierdził, że w wykonanym badaniu RM kręgosłupa brak pilnych wskazań do interwencji neurochirurgicznej.

W dniu 18.04.2008 r. powód został wypisany do domu z rozpoznaniem: „K. L.-S1. S. kręgosłupa.” Zalecono mu dalszą opiekę w Poradni Neurochirurgicznej, rehabilitację i usprawnianie.

Krótko po 18 kwietnia 2008 r. pojawił się wyciek treści surowiczoroopnej z rany pooperacyjnej. Powód zaczął jeździć do Kliniki (...) 3 razy w tygodniu na opatrunki. Robił tak przez okres 4-5 miesięcy. Czekał wówczas na zakończenie opatrunków u pacjentów Kliniki i wtedy opatrunek wykonywał mu ten lekarz, który akurat był wolny. Klinika (...) ma S. Opatrunkową tak zwaną „czystą”, ale drugiej S. Opatrunkowej Septycznej nie ma.

W dniu 13 maja 2008 r. partnerka R. T. J. zdecydowała wykonać prywatnie badanie treści ropnej na posiew.

W badaniu tym wyhodowano S. aureus-etycylinowrażliwy. Wynik ten przekazano lekarzom w Klinice (...).

Dopiero po roku w dniu 20 kwietnia 2009 r. powód został przyjęty w Poradni Neurochirurgicznej. Przyjmujący go prof. Polis odnotował: „Wydano zaświadczenie o stanie zdrowia. W miejscu rany - wyciek ropny. Zgłosił się chory za 3 dni w celu odebrania wyników wymazu i kontroli oceny.”

W dniu 30 kwietnia 2009r. powód zgłosił się w Poradni Neurochirurgicznej z przetoką ropną w okolicy blizny pooperacyjnej. Wykonane pilne badanie (...) kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wykazało: „Stan po zabiegu stabilizacji kręgosłupa. Śruby stabilizatora przechodzą przez masy boczne kręgow L5-S1. W obrębie tkanek miękkich na operowanym poziomie po stronie prawej obecny zbiornik płynowy wielkości ok. 23x13mm o nieregularnych zarysach z penetrującą do skóry przetoką. Obecny odczyn zapalny okolicznych tkanek.” Przyjmujący powoda lekarz zaproponował hospitalizację i zabieg usunięcia treści ropnej.

W dniu 6 maja 2009 r. R. K. (1) został przyjęty do Kliniki (...) (po raz IV) celem leczenia operacyjnego ropnia i przetoki ropnej w ranie pooperacyjnej z dnia 10 stycznia 2007 r. W dniu przyjęcia wykonano podstawowe badania krwi i po raz pierwszy w czasie wszystkich hospitalizacji badanie moczu, w którym stwierdzono poziom glukozy -165 mg/dl.

Zabieg operacyjny wykonano w dniu 6 maja 2009 r. Usunięto ropień tkanek podskórnych z okolicy lędźwiowej. Pobrany wymaz z rany w dniu 6 maja 2009 r. w posiewie okazał się Gronkowcem złocistym - S. aureus.

Podjęto wobec powoda długotrwałe leczenie antybiotykami uzyskując w dniu 24 lipca 2009 r. wynik posiewu - jałowy, brak wzrostu.

W dniu 17 maja 2009 r. badanie Rezonansem Magnetycznym wykazało: „Stan po stabilizacji kręgosłupa (L4-L5). Rozległy naciek zapalny w mięśniach grzbietu od poziomu kręgu L3 do wysokości krążka międzykręgowego L5-S1, o większym nasileniu zmian po stronie prawej. Naciek zapalny otacza tylne odcinki śrub stabilizacyjnych. W obrębie nacieku zapalnego uwidoczniono kanał zatoki długości ok. 6 cm, szerokości 8 mm biegnący od poziomu tylnej części śruby stabilizującej na poziomie L4 po stronie prawej, do powierzchni skóry. Poza tym obraz struktur odcinka L-S kręgosłupa nie uległ zmianie w porównaniu z badaniem poprzednim z dnia 30 kwietnia 2009 r.”

Po długotrwałym leczeniu szpitalnym powoda (prawie cztery miesiące) uzyskano w posiewie z dnia 13.08.2009 r. wynik: S. warneri.

Pomimo stosowanego leczenia utrzymywał się wyciek ropny z rany pooperacyjnej. W dniu 26 sierpnia 2009 r. wypisano powoda do domu z rozpoznaniem ropnia tkanek podskórnych okolicy lędźwiowej. Zalecono dalsze opatrunki w warunkach ambulatoryjnych.

Od 26 sierpnia 2009 r. do 14 października 2009 r. powód zgłaszał się 2-3 razy tygodniowo w Klinice (...) z powodu wycieku treści ropnej z przetoki w okolicy blizny pooperacyjnej.

W dniu 14 października 2009 r. powód został przyjęty po raz V do Kliniki (...) w celu usunięcia stabilizacji L4-L5 (wykonanej w dniu 10 stycznia 2007r.) w związku długotrwałym ropieniem z przetoki w bliźnie pooperacyjnej. Wymaz z rany z dnia 14.10.2009 r. okazał się jałowy.

W dniu 16 października 2009 r. w znieczuleniu ogólnym operacyjnie usunięto powodowi stabilizację tylną. Usunięto też treść ropną dokonując rewizji i lyżeczkowania rany. W przebiegu pooperacyjnym stosowano antybiotykoterapię i leczenie usprawniające. W stanie ogólnym dobrym z raną wygojoną wypisano powoda do domu w dniu 27 listopada 2009r. z rozpoznaniem: „Infekcja w ranie pooperacyjnej, stan po stabilizacji kręgosłupa L4-L5. S. kręgosłupa L-S. Usunięcie stabilizacji tylnej i ropnia w bliźnie pooperacyjnej.” Ze względu na bóle kręgosłupa założono powodowi gorset. W przypadku narastania dolegliwości bólowych planowano wykonanie u powoda ponownego zabiegu stabilizacyjnego kręgosłupa.

Później R. K. (1) był hospitalizowany w Oddziale Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala (...) w Ł. (w dniach 8-15 lutego 2011r.) i wypisany został z rozpoznaniem: „Cukrzyca typu 2 de novo. Ietiniopatia cukrzycowa nieproliferacyjna. P. obwodowa. Stan po zawale serca (na podstawie EKG i ECHO). Stan po operacji odcinka lędźwiowego-kręgosłupa (2007 r.). Dwukrotne reoperacje z powodu ropnia okolicy lędźwiowej (6 maja i 16 października 2009 r.). (E 10.7 Cukrzyca insulino zależna z wieloma powikłaniami). Pacjent systematycznie przyjmuje (...) 30 - 6j rano i 6j wieczorem. Pozostaje pod opieką Poradni Diabetologicznej”.

(dokumentacja lekarska k. 12-15 oraz dokumentacja lekarska w teczce pacjenta stanowiącej załącznik do akt, zeznania powoda – k. 64-65 oraz protokół rozprawy z dnia 23 marca 2015 r. 00:20:09-00:32:12 k. 388-389, zeznania świadka T. J. (1) k. 132-133, 200-202)

Instytut Centrum (...) pozostaje pod bezpośrednim nadzorem państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w Ł., w związku z czym raporty o występowaniu zakażeń zakładowych i czynników alarmowych przesyłane są do (...) w Ł..

(pismo k. 110)

W latach od maja 2008 r. do września 2012 r. pozwany szpital miał obowiązek zgłoszenia zakażeń m.in. z udziałem gronkowca złocistego metycyloopornego (...) oraz opornego na glikopeptydy VISA lub (...) w formie raportu „Rocznego o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych” – załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń.

Z raportów zgłoszonych przez pozwany szpital wynika, że w 2008r. – gronkowiec złocisty (...) został wyhodowany z materiału biologicznego od 88 pacjentów, w 2009r. – od 84, w 2010r. – od 95, w 2011 r. – od 54.

Niemożliwe jest podanie liczby zakażeń od maja 2008r., gdyż raporty o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych obejmują jeden rok kalendarzowy. Natomiast raport dotyczący zakażeń w 2012 r. dostarczany jest do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego do 15 lutego następnego roku za rok poprzedni, zgodnie z aktualnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.

Zgodnie z w/w rozporządzeniami, drobnoustroje podlegające rejestracji są izolowane z zakażeń objawowych. Przypadki bezobjawowe (kolonizacja/nosicielstwo) nie podlegają rejestracji. Wykrycie drobnoustroju może być uzyskane w wyniku przeprowadzonego badania mikrobiologicznego lub pośrednio np. wiarygodnymi testami serologicznymi lub metodami histopatologicznymi.

(pismo Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ł. – k. 191)

Raporty sanitarne z badania powoda wykonano w 2009 roku. Wykazywały one posiew jałowy, brak wzrostu.

(raporty – k. 123-126)

Nie można jednoznacznie ustalić miejsca, czasu zakażenia i powstania zmian zapalnych w kręgosłupie lędźwiowo-krzyżowym powoda.

Rozpoznany kręgozmyk L5-S1 nie został operacyjnie wyleczony w dniu 10 stycznia 2007 r. Wykonano wówczas tylko część zaplanowanej operacji. Nie zoperowano definitywnie kręgozmyku L5-S1.

Organizm chorego został narażony na długotrwały – prawie dwuletni – proces ropny - sepsę, którą ostatecznie organizm pokonał dzięki intensywnemu leczeniu antybiotykami, leczeniu operacyjnemu ropnia miejsca rzekomej stabilizacji i ostatecznie operacyjnemu usunięciu implantu mającego stabilizować kręgozmyk L5-S1.

Cierpienia fizyczne i psychiczne powoda były duże i długotrwałe. Dolegliwości bólowe okolicy operowanej w dniu 10 stycznia 2007r. – bolesne opatrunki i wyciek ropny – dyskomfort z tym związane i trudności dojazdów do Kliniki (...) były w sumie duże i bardzo uciążliwe.

(opinia biegłego z zakresu neurochirurgii J. Ł. k. 134-147)

Implanty są dostarczane do szpitali jako sterylizowane promieniami Gamma. Na pytanie, czy przed operacją trzeba było je sterylizować, mógłby odpowiedzieć kierownik bloku operacyjnego. W przypadku powoda doszło do zakażenia ropnego procesu zapalenia w okolicach operacji. Opisywane przez powoda dolegliwości wiązały się z tym zapaleniem. Wymaz z rany świadczył o obecności gronkowca złocistego. W dniu 17 maja 2009r badanie rezonansem magnetycznym wykazało rozległy naciek zapalny. Proces zapalny rozprzestrzenił się od tylnej (górnej) śruby stabilizatora po stronie prawej. Ta część stabilizacji (górną) była wykonana właściwie, dolnej nie wykonano w ogóle. Założeniem operacji z dnia 10.01.2007r była stabilizacja wewnętrznego kręgu L5-S1, czyli L4-L5-S1. Z opisu operacji wynika, że wykonano stabilizację tylną L4-L5. Nie dokonano drugiego etapu umocowania L5-S1. Nie umocowano implantu w S1. Wykonano zatem tylko część planowanej operacji. Taką operację należy wykonać od razu. Fakt, że doszło do rynchlozrostu, a po 7 dniach zdjęto szwy, świadczy o tym, że nie było zakażenia.

Nadal nie kontrolowano poziomu glukozy u powoda ani przy pierwszym przyjęciu, ani przy operacji. Nie było konsultacji diabetologa. Obecny stan powoda jest skutkiem nieleczonej cukrzycy, operacji i sepsy. Proces ropny mógłby nie zaistnieć, gdyby rozpoznano cukrzycę.

(ustna opinia biegłego z zakresu neurochirurgii – k. 173-175)

Do zakażenia R. K. (1) gronkowcem złocistym z przeważającym prawdopodobieństwem doszło podczas zabiegu operacyjnego w dniu 10 stycznia 2007r. Świadczy o tym przebieg zakażenia – dolegliwości bólowe w miejscu operacji, stany gorączkowe do 40 st., przetoki ropne w miejscu operacji, które pojawiły się na przełomie roku 2007/2008 (tym samym jest zachowany roczny okres zakażenia wewnątrzszpitalnego przy wszczepieniu „ciał obcych”), potwierdzenie ropnia w kwietniu 2009 r. obejmującego miejsce operacji z penetrującą do skóry przetoką, wyhodowanie z ropnej przetoki bakterii – gronkowca złocistego jako efekt zakażenia w obrębie kręgosłupa.

Oczywiście niewątpliwy niekorzystny wpływ na rozwój tego zakażenia miała istniejąca a niewykryta i nieleczona cukrzyca u powoda. Zmieniła ona także obraz istniejącego zakażenia głębokiego w obszarze kręgosłupa i tkanek przyległych.

Bardzo istotną przesłanką powinna być dokumentacja z pozwanej jednostki na temat działania systemu zapobiegającego zakażeniom. Zgodnie z ustawą o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001r. w pozwanym szpitalu powinien działać system zapobiegający zakażeniom, jego wymogi zostały precyzyjnie ustalone ustawowo oraz w aktach wykonawczych do ustawy.

Pozwany szpital dołączył dokumentację dotyczącą 2007 roku w postaci Zarządzenia Dyrektora z dnia 4 stycznia 2005 roku w sprawie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Powołuje się „Zespoły ds. zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych „Ustawowa nazwa obowiązująca od 2001 roku to Zespół kontroli zakażeń zakładowych, również zapisane zadania powołanego Zespołu różnią się od ustawowych. Zgodnie z ustawą do zadań Zespołu należy – nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi, analiza występujących zakażeń zakładowych, opracowywanie raportów o występowaniu zakażeń zakładowych oraz szkolenie personelu w zakresie zasad, praktyki. Inne zadania zostały zapisane w Zarządzeniu omawianym powyżej. Dopiero w 2010 roku powołano Komitet kontroli zakażeń szpitalnych (zgodnie z ustawą od roku 2001) z zadaniami komitetu odbiegającymi od ustawowych. Do zadań ustawowych komitetu, o którym mowa w ust. 4, należy planowanie, ocena i wdrażania metod kontroli zakażeń zakładowych oraz podejmowanie decyzji o rozdziale środków, o których mowa a art. 10 ust. 2.

Jak wynika z pisma kierownika sekcji higieny szpitalnej z dnia 9 marca 2007 r., podjęte działania przez samodzielną sekcję higieny szpitalnej w roku 2007 potraktowane zostały hasłowo i życzeniowo np. „odpowiednie częste mycie rąk lub wczesne wprowadzenie żywienia pozajelitowego”. Na 16 punktów 3 konkretne np. wprowadzono zasady postępowania z materiałami tkankowymi w Zakładzie patomorfologii Klinicznej. Realizacja planu kontroli za rok 2007, informacji na temat oddziału Neurochirurgii brak.

Raport półroczny i roczny o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojowych alarmowych w roku 2007 – brak informacji o występowaniu zakażeń w Klinice (...), w całym szpitalu było ich 28 czyli dramatycznie mało, co świadczy o ich nie zgłaszalności. Jeśli chodzi o wykaz alert patogenów w Klinice (...) stwierdzono 3 przypadki (...).

Badania czystościowe, wykonywane przez Pracownię zakażeń szpitalnych pozwanego szpitala w Klinice (...) w dniu 23 lutego 2007 r., posiewy jałowe, w dniu 13 czerwca 2007 r. wyhodowano z tacy z termometrem gronkowca koagulazoujemnego metycylinoopornego „sala pooperacyjna B w dniu 8 lutego 2007r. wymaz z apteczki – gronkowiec koagulazoujemny. Brak informacji, jakie działania lokalne i ogólne zostały podjęte przez Zespół ordynatora aby opanować sytuację epidemiologiczną. Notatka odręczna „należy pamiętać o bieżącej infekcji” to daleko niewystarczające działanie.

Protokoły z kontroli sanepidu w dniu 1 marca 2007 roku zawierają szereg uwag po ocenie centralnej sterylizatorni oraz oddziałów noworodków, brak kontroli w Klinice (...), w dniu 11 października 2007 roku nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli – ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach art. 13, w dniu 11 października 2007 roku ocena w zakresie szczepień ochronnych, nieistotne dla sprawy, 15 maja 2007 roku, kuchnia mleczna, nieistotne dla sprawy, 16 listopada 2007 roku, ocena stanu sanitarnego zaplecza, nieistotne dla sprawy i pralni – należy doprowadzić do właściwego stanu sanitarnego świetliki.

Polecenie służbowe Dyrektora Instytutu pozwanego szpitala z dnia 11 maja 2006 r. w sprawie zapobiegania zakażeniom szpitalnym powodowanym przez (...)wprowadza się obowiązek wykonywania badań mikrobiologicznych pod kątem nosicielstwa (...) u pacjentów przyjmowanych do szpitala (3 grupy pacjentów). Brak informacji, czemu to ma służyć i jakie działania mają być podjęte (przez kogo) w razie otrzymania potwierdzenia czy wprowadzono dodatkowe procedury dezynfekcji, izolacji, inne, czy innego przygotowania do zabiegu na S. operacyjnej, brak takich procedur.

Przygotowanie fizyczne pacjenta przed planowanym zabiegiem operacyjnym i zapobieganie wprowadzeniu (...) do szpitala z roku 2007 jako część dokumentacji do wprowadzania zasad zarządzania jakością ISO (...), brak podpisów personelu o zapoznaniu się z tą procedurą.

Polecenie służbowe Dyrektora z dnia 5 stycznia 2007 r. w sprawie Procedury – Profilaktyka zakażeń zakładowych związanych z pobytem pacjenta w bloku operacyjnym porodowym – brak podpisów personelu o zapoznaniu się z tym poleceniem służbowym.

Pozwany Szpital nie przedstawił dokumentacji mówiącej o realizowaniu wymogów ustawowych zgodnie z ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach. Równoległe działające Zespoły (żaden o nazwie ustawowej) i Samodzielna Sekcja Higieny szpitalnej (poza ustawą) realizowały działania sprawozdawczo – kontrolne, bez wprowadzenia działań naprawczych czy korygujących. Postulowane zmiany czy przygotowane procedury (brak ich w aktach sprawy) powstawały bez zaznajomienia z nimi pracowników, więc były to działania papierowe. O zadaniach Zespołu kontroli zakażeń zakładowych i komitetu kontroli zakażeń zakładowych – brak dokumentacji potwierdzających ich realizację. Pośrednim, ale bardzo ważnym wynikiem finalnym Zespołu kontroli zakażeń zakładowych jest raport o zakażeniach zakładowych i podjęte oraz zaplanowane z tym działania. Niestety szpital nie sprostał wymogom ustawodawcy w 2007 roku.

Działania pozwanego zmierzające do zminimalizowania występowania zakażeń pacjentów nie były prawidłowe i zgodne z obowiązującą w okresie powstania szkody wiedzą medyczną.

Szpital dopuścił się zaniedbań w zakresie profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych.

(pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 205-208, pisemne uzupełniające opinie tego biegłego – k. 228-234, 329-332, dokumentacja – k. 219, 248-320)

W dniu 9 sierpnia 2012r powodowi amputowano lewą nogę na poziomie podudzia z powodu martwicy i ropowicy stopy lewej wywołanej stopą cukrzycową. Ze względu jednak na ropienie i martwicę kikuta podjęto decyzję o dalszej amputacji na poziomie uda i zabieg wykonano w dniu 7.09.2012r. Po tym zabiegu gojenie kikuta było prawidłowe i powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszej opieki w poradni chirurgicznej i rehabilitacyjnej. Powód przebywał wówczas w szpitalu im. M. K. w Ł. od 9.08.do 21.09.012r.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 358)

Przyczyną amputacji kończyny u powoda były powikłania cukrzycy w postaci stopy cukrzycowej lewej.

Cukrzyca typu 2 w przypadku powoda została rozpoznana dopiero w 2011 roku w czasie kolejnej hospitalizacji z powodu niegojącej się od kilku lat blizny po zabiegu neurochirurgicznym w przebiegu zmian w kręgosłupie lędźwiowo-krzyżowym. Pierwszy zabieg operacyjny neurochirurgiczny wykonano w 2007 roku. Z badań wykonanych przed tym planowanym zabiegiem wynika, że były podwyższone wartości glikemii świadczące o cukrzycy – przygodna glikemia 267 mg%. W 2009 roku w wykonanym badaniu moczu był cukromocz-165 mg/dl. Można powiedzieć, że od 2006 roku cukrzyca w przypadku powoda nie była rozpoznana, nie była również leczona. Poziomy glikemii w tym okresie prawdopodobnie nie były wysokie, wymagające intensywnego leczenia, gdyż powód nie zgłaszał żadnych dolegliwości. Były jednak podwyższone i nie pozostały bez wpływu na powstanie powikłań, które rozpoznano w czasie hospitalizacji w 2011 roku – retinopatia i neuropatia cukrzycowa. Stopień zaawansowania powikłań był istotny i wymagał interwencji. Następstwem neuropatii była stopa cukrzycowa, a otarcie palców spowodowało w następstwie niegojącej się zmiany amputację.

Konieczność amputacji nie pozostawała w związku przyczynowym z leczeniem powoda w pozwanym Instytucie. Przyczyną amputacji był zespół objawów spowodowanych powikłaniami, które wystąpiły w przebiegu nieleczonej cukrzycy. Cukrzyca zawsze rozwija się wiele lat przed rozpoznaniem, początek jest wielokrotnie bezobjawowy, a jednorazowe podwyższenie wartości cukru w przebiegu okołoperacyjnym (tak jak w przypadku powoda), nie musi skutkować natychmiastowym leczeniem, ale powinno zwrócić uwagę na konieczność kontroli i obserwacji wartości glikemii.

W dacie pierwszego zabiegu u powoda cukrzyca była bez wątpliwości. Cukrzyca ta była jeszcze przed tą operacją. Żadne dodatkowe procedury diagnostyczne nie musiały być wykonywane. Mimo cukrzycy powód mógł mieć wykonaną operację, bo nie jest to przeciwwskazanie do operacji. Każdy pacjent z cukrzycą wymaga przygotowania do operacji. Przygotowanie to polega na uregulowaniu poziomu glikemii.

Powód nie był poddany opiece diabetologicznej. Stopa cukrzycowa nie jest związana z zabiegiem neurochirurgicznym. Ona jest związana z powikłaniem postępującej cukrzycy. Wydaje się, że przed operacją powód powinien być zabezpieczony lekami na cukrzycę, obniżającymi poziom cukru. Poziom glukozy 267 jest wysoki i powinien zaniepokoić lekarzy. Norma poziomu cukru dla chorego przygotowywanego do zbiegu to na czczo poniżej 100, a po posiłku poniżej 120. Prawidłowe leczenie cukrzycy opóźnia powstawanie przeciwciał. Ta nielecząca się rana, sepsa, nie miały bezpośredniego wpływu na powstanie stopy cukrzycowej. Chociaż takie przewlekające się stany ogólne mają wpływ na powstanie powikłań cukrzycy.

(pisemna opinia biegłego z zakresu diabetologii M. C.-P. – k. 356-357, ustna uzupełniająca opinia tego biegłego – protokół rozprawy z dnia 23 marca 2015 r. 00:03:52-00:17:17 k. 387-388)

Powikłania po zabiegu w styczniu 2007 roku były dla powoda bolesne i uciążliwe. Przez dłuższy okres czasu 3 razy w tygodniu udawał się na zmianę opatrunku do pozwanego szpitala, wstrzykiwano mu płyn, a potem wyciskano tę wydzielinę. Na początku otrzymywał znieczulenie, a potem było to wykonywane bez znieczulenia. Nikt go nie informował, że ma problem z cukrem. Nie był świadomy, że ma cukrzycę. Choroba została stwierdzona przypadkowo podczas badania okulistycznego.

Obecnie powód porusza się przy pomocy protezy.

Powód był mechanikiem-kierowcą. W dacie operacji w styczniu 2007r. przebywał na zwolnieniu lekarskim przez okres 9 miesięcy. Następnie otrzymał rentę w wysokości 1.860zł wraz z dodatkiem pielęgnacyjnym. Lekarze rozważali przeprowadzenie ponownej operacji stabilizacji kręgosłupa. Powód jednak nie zdecydował się poddać czwartej operacji, a lekarze nie dawali gwarancji, że będzie ona skuteczna.

R. K. (1) odczuwa ból w okolicy L-S, drętwienie kończyn dolnych i ich osłabienie przy dłuższym staniu, chodzeniu czy siedzeniu, nawet w nocy budzi go ból, musi zmieniać pozycję leżenia co jakiś czas.

Powód porusza się stale w gorszej sytuacji, nawet czasami korzysta z niego w nocy. Chodzi powoli, ostrożnie, przy pochylaniu do przodu odczuwa ból w okolicy L-S. Cukrzycę powód leczy obecnie bardzo starannie. Obecnie bierze 12j insuliny rano i 15j wieczorem.

(zeznania powoda – k. 64-65, protokół rozprawy z dnia 23 marca 2015 r. 00:20:09-00:32:12 k. 388-389, zeznania świadka T. J. (1) k. 132-133, 200-202)

Sąd dokonał powyższych ustaleń faktycznych na podstawie powołanych wyżej dowodów w postaci dokumentów, w szczególności dokumentacji medycznej, opinii biegłych specjalistów: z zakresu neurochirurgii J. Ł., chorób zakaźnych A. M. i diabetologii M. C.-P. oraz zeznań powoda i świadka T. J.. Zeznania powoda i świadka sąd uznał za wiarygodne, nie były one w istocie podważane przez stronę pozwaną. Co do opinii powyższych biegłych podkreślić należy, że wnioski opinii biegłych z zakresu neurochirurgii i diabetologii były dodatkowo uzupełniane poprzez opinie ustne każdego z biegłych na rozprawie, natomiast biegły z zakresu chorób zakaźnych uzupełniał swoją opinię na piśmie. W konsekwencji doszło do wyjaśnienia wszelkich wątpliwych kwestii dotyczących specjalności danego biegłego, a tym samym opinie te mogły być uznane jako wyczerpujące i wiarygodne.

W odniesieniu do opinii biegłego z zakresu neurochirurgii J. Ł. sąd pominął ją w zakresie odnoszącym się do oceny działania pozostającego w związku chorobą cukrzycową, w szczególności opinię, że operacja nie powinna być przeprowadzona. W tym zakresie biegły wypowiadał się poza swoją specjalnością, nie ma w tym zakresie wiedzy specjalistycznej i dlatego jego opinia w tej części nie jest miarodajna.

Sąd pominął opinię biegłego ds. chorób zakaźnych W. W. (k. 75-86, 114-115) uznając, iż biegły oparł ją na niepełnym materiale dowodowym, nie uwzględnił bowiem w niej informacji wskazywanych przez powoda i świadka co do czasookresu pojawienia się dolegliwości oraz złożonej później dokumentacji dotyczącej zapobiegania i monitorowania zakażeń w pozwanej placówce medycznej.

Podkreślić należy, że strony, reprezentowane były przez profesjonalnych pełnomocników, którzy oprócz wymienionych dowodów, innych wniosków dowodowych nie zgłaszali.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo R. K. (1) jest częściowo zasadne.

Powód dochodzi roszczeń w związku z zarażeniem go bakterią gronkowca złocistego w pozwanej placówce medycznej, nieprawidłowym leczeniem neurochirurgicznym (połowiczny zabieg stabilizacji i kontynuowanie leczenia mimo istniejącej cukrzycy) oraz opóźnionym leczeniem cukrzycy, co w konsekwencji doprowadziło do amputacji nogi.

W rozpoznawanej sprawie stwierdzić należało, iż do zakażenia powoda bakterią gronkowca złocistego doszło podczas hospitalizacji w Instytucie Centrum (...) w okresie hospitalizacji w tej placówce od 9 do 18 stycznia 2007 roku, a konkretnie podczas zabiegu operacyjnego w dniu 10 stycznia 2007 roku. Biegła z zakresu chorób zakaźnych A. M. analizując przebieg zdarzeń medycznych powoda wskazała, iż z przeważającym prawdopodobieństwem właśnie wówczas doszło do zakażenia go wskazaną bakterią. Wskazać należy, iż przed przyjęciem powoda do Kliniki (...) w styczniu 2007 roku w celu wykonania zabiegu stabilizacji kręgosłupa na odcinku L5-S1, powód nie odczuwał żadnych

dolegliwości wskazujących na zakażenie bakteryjne. Wcześniej nie przebywał też w placówkach medycznych (poza krótkim pobytem w tej samej placówce w grudniu 2006r w celu przeprowadzenia diagnostyki do operacji) i nie miał wykonywanych żadnych zabiegów chirurgicznych. Tymczasem przed upływem roku po zabiegu wykonanym w dniu 10 stycznia 2007 roku proces leczenia wykazywał nieprawidłowości. Ból w odcinku operowanym powód odczuwał praktycznie od samego początku po operacji, odnotowywane to było podczas kolejnych wizyt kontrolnych. Przy czym w chwili obecnej nie sposób określić, czy było to wywoływane toczącym się procesem zapalnym, czy też nieprzeprowadzeniem zabiegu operacyjnego w założonych granicach. Natomiast później dołączyły do tego dolegliwości w postaci skoków temperatury, połączonych z dreszczami i wytworzeniem się dwóch niewielkich przetok w okolicy operowanej (na przełomie 2007/2008). Z czasem rana pooperacyjna była w coraz gorszym stanie, wydostawała się stamtąd wydzielina ropna. Biegła do spraw chorób zakaźnych A. M. wskazała, że pojawienie się stanów gorączkowych i przetok ropnych na przełomie 2007/2008 roku wskazuje na zachowanie rocznego okresu dla zakażenia wewnątrzszpitalnego przy wszczępieniu ciał obcych. A samo istnienie bakterii gronkowca złocistego potwierdzone zostało badaniem wykonanym prywatnie przez powoda w dniu 13 maja 2008 roku. Biegła z zakresu chorób zakaźnych wskazała też, że pozwana jednostka niestety w 2007 roku nie sprostała wymaganiom ustawodawcy (Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach) co do profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych. U pozwanego system ten nie działał w sposób prawidłowy. Podejmowane przez pozwanego działania zmierzające do zminimalizowania zakażeń pacjentów nie były prawidłowe i w tym zakresie występowały zaniedbania.

Z tych względów przyjąć należało, iż do zakażenia R. K. (2) gronkowcem złocistym doszło podczas zabiegu operacyjnego w pozwanym Instytucie - Klinice (...) w dniu 10 stycznia 2007 roku. W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych, nie ma żadnych podstaw do przyjęcia innego źródła zakażenia powoda.

Zakażenie powoda bakterią gronkowca złocistego przedłużyło i znacznie skomplikowało proces jego leczenia. Przedmiotowe zakażenie miało istotny wpływ na przebieg dalszego leczenia neurochirurgicznego. Utrzymywanie się infekcji powodowało degradację okolicy operowanej w postaci rozległego nacieku zapalenia w mięśniach grzbietu od poziomu kręgu L3 do wysokości krążka międzykręgowego L5-S1 otaczającego tylne odcinki śrub stabilizacyjnych oraz kanałów przetok. Wiązały się z tym nie tylko fizyczne i psychiczne cierpienia powoda, ale również brak możliwości sprawniejszego poruszania się i ostateczny zły wynik leczenia. Podkreślić należy, iż pomimo stosowania zalecanej antybiotykoterapii stan zdrowia powoda nie poprawiał się, zakażenia nie wyeliminowano, wręcz przeciwnie nastąpiło pogorszenie tego stanu. W konsekwencji niemożność opanowania infekcji doprowadziła u powoda do usunięcia zastosowanej stabilizacji kręgosłupa L4-L5.

R. K. (1) swoje roszczenia wywodzi również z nieprawidłowego leczenia neurochirurgicznego w pozwanej placówce.

Wskazać należy, że zgodnie z opinią biegłego neurochirurga, którą sąd w tym zakresie uznał za miarodajną, przeprowadzony u powoda zabieg stabilizacji kręgosłupa na poziomie L4-L5 wykonany został w sposób prawidłowy. Jednakże zauważyć należy, iż celem operacji wykonywanej u powoda było uzyskanie stabilizacji kręgosłupa L5-S1, czyli stabilizacji na poziomie L4-L5-S1. Tymczasem podczas zabiegu operacyjnego wykonano tylko część tej stabilizacji, a to wskazywaną już stabilizację wewnętrzną tylną odcinka L4-L5. Nie wykonano drugiego umocowania na odcinku L5-S1, nie umocowano implantu w odcinku S1. Tym samym nie wykonano całego zabiegu stabilizacji odcinka L4-L5-S1, a zabieg taki – w świetle opinii biegłego neurochirurga – powinien być wykonany podczas jednej operacji. Była to nieprawidłowość w postępowaniu pozwanej placówki, która – zdaniem sądu – nie ma jednak wiodącego charakteru, jako że skutek zakażenia bakteryjnego zastosowaną stabilizację i tak usunięto.

Wreszcie powód za szkodę wywołaną działaniem pozwanego uznaje również amputację nogi jako skutek zbyt późnego leczenia cukrzycy. Wprawdzie badanie cukru u powoda z grudnia 2006r nie wywołało zaniepokojenia lekarzy pozwanej placówki i przeprowadzili oni operację neurochirurgiczną, jednakże cukrzyca istniejąca wówczas u powoda nie była przeciwwskazaniem do takiej operacji. Wynika to wyraźnie z opinii biegłego diabetologa, której to opinii powód nie podważył. W sprawie nie wykazano, aby zakażenie gronkowcem złocistym miało jakikolwiek związek z tą cukrzycą. Cukrzyca, co najwyżej nie pozostawała bez wpływu na przebieg tego zakażenia, ale zakażenia jako takiego

nie wywołała. A przecież to zakażenie bakteryjne w związku z operacją neurochirurgiczną, a nie cukrzyca, wywołało uszczerbek na zdrowiu powoda i skutkowało w konsekwencji niepowodzeniem leczenia. Nie sposób również obciążać pozwanej jednostki odpowiedzialnością za opóźnione rozpoznanie cukrzycy u powoda i późne wdrożenie leczenia. W pozwanej jednostce powód przechodził konkretne leczenie w określonej klinice i związane ono było z konkretnymi dolegliwościami, nie mającymi żadnego związku z ewentualnymi zaburzeniami w przetwarzaniu cukru. Stwierdzona później u powoda stopa cukrzycowa również nie miała żadnego związku z działaniami Instytutu, a stanowiła powikłanie cukrzycy. Tak samo konieczność amputacji lewej nogi powoda nie pozostawała w związku przyczynowym z jego leczeniem w pozwanej placówce. Jej przyczyną był bowiem zespół objawów spowodowanych powikłaniami, które wystąpiły w przebiegu nieleczonej cukrzycy. Stąd też za te powikłania strona pozwana odpowiedzialności ponosić nie może.

Podstawa prawna odpowiedzialności Instytutu Centrum (...) za wskazane wyżej uchybienia (zarażenie gronkowcem, niewykonanie „pełnej operacji”) oparta jest na przepisach art. 430 k.c. w związku z art. 444 i art. 445 § 1 k.c.

Zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonywanie 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 jej czynności. Przesłankami odpowiedzialności na podstawie wyżej powołanego przepisu są:

- wyrządzenie szkody osobie trzeciej przez podwładnego,
- wina podwładnego,
- wyrządzenie szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania tylko ogólnieorganizacyjne. W konsekwencji tego, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii (tak: teza 8 do art. 430 k.c. Komentarz do Kodeksu Cywilnego Księga Trzecia, Zobowiązania tom 1, pod red. Gerarda Bieńka, s. 389).

Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę chyba, że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów połączonych z możliwością naruszenia naczyń krwionośnych pacjenta, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu, ani zdrowiu pacjentów (wyrok SN z dnia 11.05.1983r, IV CR 118/83, L.). Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.). W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta wirusem, to świadczy to o tym, iż tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego.

W przedmiotowej sprawie nie ma podstaw do przyjęcia, iż zakażenie powoda podczas jego pobytu w wyżej wskazanym szpitalu w okresie od 9 do 18 stycznia 2007r pozostawało w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością niż nie dołożenie przez pracowników tej placówki służby zdrowia należytej staranności. W omawianym

przypadku nie występowało inne źródło zakażenia poza pozwanym szpitalem. Tego zaś rodzaju zaniechanie ma niewątpliwie charakter zawiniony. Fakt zakażenia powoda świadczy o nie przestrzeganiu przez pozwaną placówkę medyczną podstawowych zasad przeciwdziałaniu zakażeniom, do czego zobowiązana jest przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.). Zdaniem Sądu Okręgowego, pozwany Szpital nie dołożył należytej staranności w trakcie leczenia powoda w wyniku, czego doszło do jego zakażenia bakterią gronkowca złocistego. Takie działanie pozwanego szpitala należy uznać za bezprawne i zawinione.

Szkoda powoda nie budzi wątpliwości – na skutek zakażenia bakterią proces jego leczenia był wydłużony, powód poddawany był bolesnemu oczyszczaniu rany i kolejnym zabiegom. W konsekwencji zaś – wobec nieopanowania zakażenia oraz pogłębiającej się degradacji miejsca operowanego – doszło do całkowitego usunięcia implantacji i powód obecnie funkcjonuje bez stabilizacji w obrębie odcinka L4-L5-S1, co znacznie obniżyło komfort jego życia.

Pomiędzy zakażeniem powoda a bezprawnym zachowaniem strony pozwanej istnieje adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu przepisu art. 361§1 k.c. Wskazać też należy, że istnienie związku przyczynowego zwłaszcza, gdy chodzi o zdrowie ludzkie nie zawsze da się ustalić z pewnością wykluczającą wszelkie wątpliwości. Z tych względów do przyjęcia go wystarcza ustalenie prawdopodobieństwa tego związku przyczynowego (tak: wyrok SN z dnia 12 stycznia 1977 roku, II CR 751/76, niepubl.).

W tej sytuacji stwierdzić należy, iż zostały spełnione wszystkie wymienione wyżej przesłanki odpowiedzialności pozwanego Instytutu za szkodę doznaną przez powoda w związku z zakażeniem go wskazaną wyżej bakterią.

Odnosnie zgłoszonego żądania zadośćuczynienia znajduje ono oparcie w art. 445 §1 k.c., zgodnie z którym sąd może przyznać poszkodowanemu w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia odpowiednią sumę pieniężną za doznaną krzywdę. Podstawowym celem przyznania zadośćuczynienia jest złagodzenie poczucia krzywdy rozumianego jako cierpienie fizyczne oraz ujemne odczucia psychiczne związane z bólem fizycznym i następstwami uszkodzenia ciała. Suma pieniężna zasądzona przez sąd z tego tytułu powinna być „odpowiednia”, co oznacza realną rekompensatę doznanej krzywdy, przy czym chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) oraz cierpienie psychiczne (ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia). Trzeba mieć na względzie, że zadośćuczynienie obejmuje cierpienia zarówno już doznane jak i te, które wystąpią w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego.

W przedmiotowej sprawie rozmiar krzywdy powoda na skutek zarażenia bakterią gronkowca wyraża się w tym, że proces leczenia był znacznie przedłużony, powód musiał poddawać się uciążliwym czynnościom czyszczenia rany, a potem jeszcze różnym zabiegom. Same powikłania były bolesne i znacznie utrudniały powodowi normalne funkcjonowanie. Trwające u niego przez ponad dwa lata zakażenie naraziło go również na ogromne cierpienia psychiczne i fizyczne. Wielokrotne wizyty lekarskiej, hospitalizacje, operacje, bolesny okres rekonwalescencji, brak poprawy w leczeniu, nieskuteczne leczenie antybiotykowe były dla powoda dużym dyskomfortem psychicznym. Do tego powód cały czas odczuwał ból w okolicy operowanej, a jak się okazało operacja nie została przeprowadzona zgodnie z założeniami i nie dokonano stabilizacji całego zakładanego odcinka kręgosłupa. Dla określenia rozmiaru krzywdy powoda istotne jest również ostateczne niepowodzenie leczenia, które skutkowało koniecznością usunięcia zastosowanych implantów. W konsekwencji powód w zakresie kręgosłupa powrócił do stanu sprzed operacji. Praktycznie nie może funkcjonować bez tzw. gorsetu podtrzymującego kręgosłup. Wprawdzie powód może teoretycznie poddać się kolejnej operacji stabilizacji chorego odcinka kręgosłupa, ale z uwagi na dotychczasowe doświadczenia medyczne nie zdecydował się na taki krok.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, w ocenie Sądu Okręgowego kwota 80.000zł stanowić będzie odpowiednie zadośćuczynienie, adekwatne do rozmiaru cierpień fizycznych i psychicznych R. K. (1).

Taką też kwotę sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda z tytułu zadośćuczynienia (**pkt 1. wyroku**).

O odsetkach od zasądzonej kwoty Sąd Okręgowy orzekł na podstawie przepisu art. 481 k.c. Żądanie zadośćuczynienia jest żądaniem, którego termin płatności nie jest określony, a zatem należne jest od daty wezwania dłużnika do jego spełnienia. W przedmiotowej sprawie żądanie zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 50.000 zł przedstawione zostało dopiero w pozwie i dlatego odsetki ustawowe należne są od następnego dnia po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu, czyli od dnia 1.10.2010r, a nie od dnia wytoczenia powództwa, jak wnosił powód. Z kolei rozszerzenie żądania nastąpiło na rozprawie w dniu 29.08.2012r, a zatem od dnia 30.08.2012r pozwany pozostawał w późnieniu ze spełnieniem świadczenia i od tego dnia należą się powodowi odsetki od kwoty 30.000 zł.

W pozostałym nieuwzględnionym zakresie żądanie zadośćuczynienia jak i żądanie odsetek ustawowych zostało oddalone jako niezasadne.

O kosztach procesu poniesionych przez strony sąd orzekł stosując zasadę odpowiedzialności za wynik procesu (art. 100 k.p.c.).

Powód wygrał sprawę w 53%, co odpowiada takiej przegranej pozwanego. Koszty poniesione przez powoda wyniosły łącznie kwotę 8.003,70 zł (na co składa się: opłata sądowa 2.500 zł, wynagrodzenie pełnomocnika 3.617 zł, reszta to koszty opinii biegłych), natomiast koszty poniesione przez pozwanego to koszty wynagrodzenia pełnomocnika w kwocie 3.617 zł. Łącznie koszty procesu obu stron wyniosły kwotę 11.620,70 zł.

W tej sytuacji pozwany winien zwrócić powodowi kwotę 2.542 zł z tytułu zwrotu kosztów procesu (powód poniósł koszty w kwocie 8.003,70 zł, a powinien ponieść je w kwocie 5.461,70 zł).

Odwołując się do przepisu art. 102 k.p.c. sąd nie obciążał obu stron nieuiszczonymi kosztami sądowymi wyłożonymi tymczasowo przez Skarb Państwa Sąd Okręgowy w Łodzi.

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron.

4.05.2015r.