

UZASADNIENIE

Pozwem z 29 lipca 2016 roku M. K. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od SP ZOZ MSW w Ł. 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 15.143 zł tytułem odszkodowania za skutki zakażenia powódki bakterią *S. aureus* (...), do którego doszło w trakcie pobytu powódki w pozwanym szpitalu w sierpniu 2013 roku, wraz z ustawowymi odsetkami od obu kwot od dnia 23 lipca 2016 roku do dnia zapłaty, a także o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki wymienionego zakażenia, które ujawnią się u powódki w przyszłości.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w pozwanym szpitalu w sierpniu 2013 roku wykonano u niej rekonstrukcję więzadła krzyżowego przedniego po wykonanej w kwietniu 2013 roku w tym samym szpitalu artroskopii prawego kolana. W ocenie powódki, na skutek zaniedbania czystości oraz niewłaściwych działań w zakresie zwalczania bakterii szpitalnych, a także niewłaściwego zabezpieczenia powódki antybiotykowo, doszło u niej do zakażenia bakterią *S. aureus* (...). Skutkiem tego zakażenia było długotrwałe leczenie, znaczne ograniczenie samodzielniego poruszania się, a nadto trwałe uszkodzenie kolana, mające wpływ na ograniczenie perspektyw życiowych oraz zmniejszenie aktywności 24-letniej (w dacie zdarzenia) powódki. Kwotą odszkodowania objęto wydatki, których powódka nie musiałaby ponieść, gdyby nie doszło do zakażenia bakterią (przejazdy rodziny do szpitala, konieczność dowozu powódki na uczelnię, wydatki na leki i niezbędny sprzęt medyczny, wizyty lekarskie, koszty przejazdu do lekarzy).

(pozew k. 2-16)

Pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz strony pozwanej zwrotu kosztów postępowania. Pozwany wskazał, że brak jest podstaw do przyjęcia, iż do zakażenia doszło w pozwanym szpitalu, którego pracownicy zachowują najwyższe standardy przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym. Pozwany wskazał na okoliczność, że u powódki pierwsze objawy zakażenia dotyczyły dróg oddechowych, które wystąpiły po upływie 48-godzin od zabiegu, zaś na oddziale chirurgii urazowej nie odnotowano zakażeń (...). W ocenie pozwanego pojawienie się zakażenia miejsca operowanego szczepem (...) dopiero w kilka dni od infekcji górnych dróg oddechowych może wskazywać, że była to infekcja wtórna do pierwotnego umiejscowienia w układzie oddechowym, czyli możliwe jest że do zakażenia nie doszło podczas zabiegu.

(odpowiedź na pozew k. 268-270)

Na rozprawie w dniu 11 marca 2019 roku powódka poparła powództwo, wniosła o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w podwójnej wysokości. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i obciążenie powódki kosztami procesu, a w przypadku negatywnego dla pozwanego rozstrzygnięcia nieobciążanie pozwanego kosztami.

(protokół rozprawy z 11.03.2019 r. k. 603, 00:37:33-00:43:55)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 2 kwietnia 2013 r. M. K. pośliznęła się i doznała urazu skrętnego prawego stawu kolanowego z zablokowaniem stawu. Kolejnego dnia udała się do pozwanego Szpitala, gdzie została przyjęta w trybie nagłym. W dniu 3 kwietnia 2013 r. powódka miała wykonaną w Oddziale (...) Urazowo – Ortopedycznej pozwanego Szpitala artroskopię prawego kolana z szyciem. W drugiej dobie po zabiegu, po kontroli gojenia ran, po punkcji stawu, powódkę w stanie ogólnym dobrym, wypisano do domu.

W dniu 6 sierpnia 2013 r. M. K. została przyjęta do pozwanego Szpitala na planowy zabieg rekonstrukcji (...) prawego kolana (rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego). Powódka została przyjęta w stanie dobrym, nie miała żadnego stanu zapalnego. Następnego dnia wykonano u powódki zaplanowany zabieg. Po zabiegu jej stan

był dobry. Na 30 minut przed zabiegiem powódka dostała pojedynczą dawkę antybiotyku B.. Po zabiegu M. K. nie otrzymała żadnych antybiotyków.

W drugiej dobie po operacji powódka zagorączkowała do 38,5°C, wśród objawów pojawiły się: ogólne „rozbiecie” z bólami głowy, gardła, katar (objawy infekcji górnych dróg oddechowych). Do leczenia włączono ten sam antybiotyk, który powódka miała podany przed zabiegiem. W siódmej dobie po operacji u powódki zaobserwowano odczyn zapalny ran pooperacyjnych. W dziewiątej dobie po operacji przy nasilających się objawach klinicznych infekcji rany pooperacyjnej, powódka została operowana po raz kolejny. W dniu 16 sierpnia 2013 roku przeprowadzono płukanie stawu kolanowego z pozostawieniem drenażu przepływowego oraz rewizję rany operacyjnej.

W dziesiątej dobie po operacji otrzymano wyniki dodatnich posiewów bakteriologicznych. U powódki stwierdzono wystąpienie bakterii *S. aureus* (...) i zmieniono antybiotyk na E.. W przeciągu dwóch dni temperatura obniżyła się do stanów podgorączkowych. Usunięto drenaż stawu.

W dziewiętnastej dobie od pierwszego zabiegu powódka ponownie zagorączkowała do 39°C. Dwa dni później wystąpiło podejrzenie zespołu (...), tj. ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (sepsa). M. K. przeniesiono na Oddział Intensywnej Terapii. U powódki doszło do dysfunkcji układu krążeniowo-oddechowego. Stan zapalny udało się opanować po wdrożeniu skojarzonej terapii. Dopiero w dniu 7 września 2013 roku powódka została wypisana ze szpitala.

(dokumentacja medyczna k. 31-34v, k. 39-266, koperta nienumerowana, zeznania świadka P. G. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 297, 00:06:36-00:20:37)

Po wyjściu ze szpitala powódka jeździła na konsultacje do lekarzy, którym mówiła, że kolano ją boli, jest spuchnięte. Uzyskała informację, że jest po operacji i musi ją boleć. Przyjmowała leki przeciwbólowe i robiła okłady z lodu. Przez 9 miesięcy powódka była na zwolnieniu lekarskim. Po wygojeniu rany została skierowana na rehabilitację.

(dokumentacja medyczna k. 31-34v, k. 39-266, koperta nienumerowana, zeznania świadka B. K. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 298-300, 00:34:22-01:07:14, zeznania powódki na rozprawie 11.03.2019 r. k. 602v-603, 00:05:29-00:36:47)

W dniu 10 sierpnia 2014 r. M. K. została ponownie przyjęta na oddział w pozwanym Szpitalu z powodu narastających dolegliwości bólowych, obrzęku prawego stawu kolanowego z gorączką. W dniu 11 sierpnia 2014 r. u powódki wykonano zabieg artroskopowego płukania stawu z założeniem drenu przepływowego. W dniu 14 sierpnia 2014 r. w warunkach bloku operacyjnego zmieniono niesprawny drenaż przepływowy. Dokonano modyfikacji antybiotykoterapii.

W dniu 22 sierpnia 2014 r. wykonano (...) stawu kolanowego z kontrastem celem rozważenia wskazań do postępowania operacyjnego. Ze względu na utrzymującą się wysoką temperaturę oraz miejscowe nacieki zapalne wokół drenów na- i odpływowych wykonano artroskopowe płukanie stawu z wymianą drenażu. Kolejnego dnia przeprowadzono operację rewizji stawu kolanowego – usunięto błonę maziową stawu, wszczepy stabilizujące przeszczep (...), przeszczep (...), rewizję kanałów piszczelowego i udowego z implantacją miejscową antybiotyku. W dniu 25 sierpnia 2014 r. w związku z utrzymującą się wysoką temperaturą i wzrostem poziomu (...) podjęto decyzję o włączeniu dożylnie preparatu P. celem wspomoczenia antybiotykoterapii.

W dniu 11 września 2014 roku powódka została wypisana ze szpitala. Jednakże na skutek utrzymującego się stanu zapalnego oraz przebytych zabiegów, pogorszyła się ruchomość prawego kolana. Została skierowana na rehabilitację i leczenie w komorze hiperbarycznej, po którym uzyskano poprawę. Powódka ma na nodze około 20-centymetrową bliznę i dziurę przyrośniętą do kości – miała założone ponad 40 szwów.

(dokumentacja medyczna k. 31-34v, k. 39-266, koperta nienumerowana, zeznania powódki na rozprawie 11.03.2019 r. k. 602v-603, 00:05:29-00:36:47)

Podczas pobytu powódki w szpitalu jej matka została poinformowana, że może dojść do śmierci powódki lub konieczności amputacji nogi.

Każdorazowo podczas pobytów M. K. w szpitalu, codziennie przyjeżdżali do niej rodzice, przywozili jej obiady, bo powódka nie chciała jeść obiadu szpitalnego.

(zeznania świadka B. K. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 298-300, 00:34:22-01:07:14, zeznania świadka S. K. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 300, 01:07:14-01:15:56, zeznania powódki na rozprawie 11.03.2019 r. k. 602v-603, 00:05:29-00:36:47)

W pozwanym Szpitalu obowiązują procedury związane z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym, Szpital posiada certyfikat akredytacyjny. W Szpitalu tym funkcjonuje komórka do spraw zakażeń, która przeprowadza kontrole przestrzegania procedur epidemiologicznych, prowadzi stosowne szkolenia.

Każdy przypadek, który nie przebiega standardowo jest omawiany wśród pracowników, z lekarzami, epidemiologiem. Prowadzone są statystyki patogenów alarmowych izolowanych od pacjentów.

(zeznania świadka M. P. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 297, 00:20:37-00:27:41, informacja Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych k. 367, plan szkoleń k. 368-369, plan pracy zespołu k. 370-371, protokół zebrania Komitetu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych k. 373-376, patogeny alarmowe w 2013 r. k. 400)

W pozwanym Szpitalu w 2013 r. przeprowadzane były kontrole przez Państwowego Inspektora Sanitarnego MSW. Wykonywano zalecenia pokontrolne.

Sporządzano roczne raporty sytuacji epidemiologicznej, raporty zużycia środków ochrony indywidualnej, przeprowadzano badania mikrobiologiczne środowiska i personelu. W czerwcu 2013 r. dopuszczono do użytkowania wyremontowaną i zmodernizowaną część B. Operacyjnego.

(protokoły kontroli k. 339-358, raport syt.epid. za 2013 r. k. 361-364, k. 378-394, raport zużycia środków k. 366, decyzje k. 395-396, protokół oględzin obiektu w związku z dopuszczeniem go do użytkowania k. 397-398, wyniki badań mikrobiologicznych k. 401-470)

Podmioty lecznicze nie mają obowiązku zgłaszania do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego pojedynczych przypadków zakażeń szpitalnych w ciągu roku kalendarzowego, natomiast ciąży na nich wyłącznie konieczność zgłaszania ognisk epidemicznych.

W 2013 roku w pozwanym Szpitalu stwierdzono następujące zakażenia szpitalne:

- zakażenia miejsca operowanego – 9 zakażeń,
- zapalenie płuc i zakażenia układu oddechowego – 22 zakażenia,
- zakażenia układu moczowego – 1 zakażenie,
- posocznica i wstrząs septyczny – 0,
- zakażenia skóry – 5 zakażeń,
- zakażenia odleżyny – 13 zakażeń,
- zakażenia układu oddechowego odrespiratorowe – 15 zakażeń.

(informacja Państwowego Inspektora Sanitarnego MSW k. 290)

Pozwany Szpital wskazał w dokumentacji, że u powódki doszło do zakażenia szpitalnego – w karcie zgłoszenia zdarzenia niepożądanego z 16.09.2013 r. wpisano: „zakażenie szpitalne; sepsa po zabiegu operacyjnym – podejrzenie sepsy”.

(dokumentacja medyczna k. 31-34v, k. 39-266, koperta nienumerowana)

Z powodu długotrwałego leczenia i konieczności rehabilitacji powódka ponosiła dodatkowe koszty w postaci:

1. kosztów przejazdów rodziny do szpitala (w 2013 r. – 33 dni leczenia, z P. do Ł. i z powrotem, trasa w jedną stronę 50 km, koszt dojazdu w obie strony 60 zł, w 2014 r. – 33 dni leczenia, trasa i koszt jak wyżej – łącznie 3.960 zł);
2. kosztów zakupu leków przeciwbólowych D. (1 op. = 30 tabl = 31,50 zł) – powódka zużyła 25 opakowań leku, co łącznie daje kwotę 788 zł;
3. kosztów dojazdów na terapię w komorze hiperbarycznej – powódka przez 6 miesięcy dojeżdżała na terapię korzystając ze środków komunikacji publicznej (koszt biletu miesięcznego to 40 zł – łącznie 240 zł);
4. wydatki związane z dodatkowymi konsultacjami lekarskimi i dojazdami na nie:
 - konsultacja w prywatnym gabinecie przy Szpitalu im. (...) (koszt wizyty 150 zł + koszty dojazdu z P. do Ł. i z powrotem 60 zł, co łącznie daje 210 zł),
 - konsultacja u dr R. w O. (konsultacja bezpłatna + koszt dojazdu 180 zł),
 - dwukrotne konsultacje u lekarzy w niepublicznym ZOZ w P. (koszt wizyty 60 zł – łącznie 120 zł),
 - konsultacja u lekarza w K. (koszt wizyty 150 zł + koszt dojazdu 180 zł),
 - konsultacja u lekarzy w Szpitalu im. (...) w Ł. (wizyty bezpłatne + koszty dojazdu łącznie 900 zł)
5. konieczność dowozu na uczelnię w trakcie choroby i rekonwalescencji
 - w okresie od października 2013 r. do grudnia 2013 r. powódka była dowożona przez rodziców średnio przez 20 dni w miesiącu, koszt dzienny w obie strony to 60 zł – łącznie 3.600 zł,
 - w okresie od października 2014 r. do stycznia 2015 r. (łącznie 8.400 zł);
6. wydatki na zakup preparatów żelowych chłodzących [kompres ciepło/zimno o wymiarach 48x18 cm – 3 sztuki (w ciągu dwóch lat) po 45 zł za sztukę (łącznie 135 zł), kompres o wymiarach 11x26 cm – 6 sztuk po 30 zł za sztukę (łącznie 180 zł) – w sumie wydatek z tego tytułu to 315 zł];
7. zakup ortozy w sierpniu 2014 r. – 80 zł;
8. zakup szczudeł łokciowych – 40 zł;
9. opłaty za wykonanie kopii dokumentacji medycznej potrzebnej jako załącznik do pozwu.

Łączna kwota poniesionych z tego tytułu kosztów to 15.143 zł.

(zeznania świadka B. K. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 298-300, 00:34:22-01:07:14, zeznania świadka S. K. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 300, 01:07:14-01:15:56, zeznania powódki na rozprawie 11.03.2019 r. k. 602v-603, 00:05:29-00:36:47)

Żaden lekarz nie chce się podjąć leczenia kolana, póki stan zapalny, utrzymujący się od 2014 roku, nie zostanie wyleczony. Powódka wraz z rodzicami aktywnie poszukuje lekarza, który podjąłby się jej leczenia.

Przed zdarzeniem powódka była zdrową, pełną życia, wysportowaną osobą. Chodziła do liceum sportowego, trenowała koszykówkę. Kiedy zaczęła studia na politechnice, wybrała zajęcia z koszykówki. Pływała, biegała, lubiła grać również w piłkę nożną. Teraz nie może biegać, jeździć na rowerze, jechać w góry. Musi chodzić wolno, delikatnie, na wszystko uważać, żeby się nie przewrócić.

M. K. studiowała inżynierię bezpieczeństwa pracy – skończyła magisterium, zaczęła robić doktorat, ale na skutek konieczności leczenia i rehabilitacji była przez rok na zwolnieniu, musiała przerwać studia. Stała się bardziej nerwowa, popadła w depresję. Musiała sobie dorabiać, a przez okres leczenia nie pracowała. Rodzice nadal w pewnym stopniu ją utrzymują.

(zeznania świadka B. K. na rozprawie 28.11.2016 r. k. 298-300, 00:34:22-01:07:14, zeznania powódki na rozprawie 11.03.2019 r. k. 602v-603, 00:05:29-00:36:47)

M. K. od kwietnia 2012 roku zatrudniona była w (...) Sp. z o.o. z/s w W. na stanowisku sprzedawca-kasjer w niepełnym wymiarze czasu pracy (pół etatu). Nie mogła pracować na wysokościach, wchodzić po schodach. Od 1 lipca 2016 roku powódka została zatrudniona na $\frac{3}{4}$ etatu.

(umowa k. 23-24, porozumienie k. 22, karta zasiłkowa k. 25-26, zeznania powódki na rozprawie 11.03.2019 r. k. 602v-603, 00:05:29-00:36:47)

Pismem z 12 lipca 2016 roku M. K. wezwała pozwanego Szpital do zapłaty, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego pisma, kwoty 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania za skutki uszczerbku na zdrowiu doznanego przez nią w wyniku zakażenia jej bakterią gronkowca złocistego (100.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 20.000 zł tytułem odszkodowania). Pozwany otrzymał wezwanie w dniu 15 lipca 2016 roku i w odpowiedzi w dniu 19 lipca 2016 roku wskazał, że po analizie stanu faktycznego oraz dokumentacji medycznej, nie znalazł podstaw do uznania zasadności roszczenia zgłoszonego przez powódkę.

(wezwanie z dowodem nadania k. 36-38, pismo z 19.07.2016 r. k. 35)

Orzeczeniem z 14 marca 2018 roku zespół orzekania o niepełnosprawności zaliczył M. K. do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.

(orzeczenie k. 543-544)

Aktualnie u powódki stwierdza się stan po przebyłym zapaleniu prawego stawu kolanowego, w stawie kolanowym wtórne zmiany zwyrodnieniowe pod postacią zwężenia szpary stawowej zwłaszcza od strony przyśrodkowej, odczynów proliferacyjnych – na krawędziach powierzchni stawowej, na krawędziach guzków wyniosłości międzykłykciowej i na krawędziach tylnej powierzchni rzepki, torbieli zwyrodnieniowych w kościach. Scyntygrafia dynamiczna stawów kolanowych wykazała obszar intensywnie zwiększonego napływu i gromadzenia radioznacznika w obrębie stawu kolanowego prawego, z objęciem stawu udowo-rzepakowego (cechy ostrego stanu zapalnego).

(dokumentacja medyczna k. 545-550)

Do najczęstszych bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń u ludzi należą gronkowce. Gronkowiec złocisty *S. aureus* jest jednym z najczęściej izolowanych drobnoustrojów, zarówno w przypadku zakażeń szpitalnych, jak i poza szpitalnych. Mniej więcej połowa spośród wszystkich znanych gatunków *S.* kolonizuje człowieka. Szczepy należąca do różnych gatunków z rodzaju *S.* izolowane są z różną częstością ze skóry oraz wszystkich błon śluzowych ludzi zdrowych. Około 30% zdrowych osób jest nosicielami *S. aureus*. W zależności od lekowrażliwości szczepy gronkowca złocistego dzieli się na metycylinowrażliwe – (...) i metycylinooporne – (...). Do czynników zwiększających ryzyko kolonizacji i zakażenia przez (...) należą: poważna choroba podstawowa, zakażenia, np. układu oddechowego, cukrzyca, rany np. oparzeniowe, długotrwała hospitalizacja, podawanie leków drogą dożylną, zabiegi operacyjne, wcześniejsze leczenie preparatami przeciwbakteryjnymi, kontakt z nosicielami lub osobami zakażonymi, bardzo rzadko za

pośrednictwem powietrza. Niekiedy trudno jest odróżnić zakażenie od kolonizacji, każde wyizolowanie szczepu gronkowca powinno być rozpatrywane indywidualnie w odniesieniu do próbki materiału, lokalizacji zakażenia, wieku, układu odpornościowego, czynników ryzyka.

Mechanizmy obronne chorych, zwłaszcza tych leczonych długotrwale bądź operacyjnie, często nie wystarcza do pokonania zakażenia, a zwłaszcza do usunięcia gronkowców z zakażonego sprzętu medycznego z powodu tworzącego się na jego powierzchni tzw. biofilmu (zorganizowana społeczność bakteryjna), co polega przede wszystkim na zwiększonej oporności wielu bakterii bytujących w tej postaci na leki przeciwdrobnoustrojowe. Nadto drobnoustroje te są praktycznie izolowane od oddziaływania układu immunologicznego. Dlatego leczenie tych zakażeń jest trudne i często kończy się niepowodzeniem. Możliwości terapeutyczne leczenia w tych przypadkach są drastycznie ograniczone, stąd konieczność przestrzegania z żelazną konsekwencją postępowań minimalizujących szansę zakażenia u chorych z czynnikami ryzyka, a także szkolenie pracowników ochrony zdrowia i uświadamianie im istniejącego zagrożenia. Całkowita możliwość wyeliminowania zakażeń nie jest możliwa: w warunkach idealnych – z powodu błędu ludzkiego, w warunkach rzeczywistych – często z powodu wadliwego działania systemu zapobiegania zakażeniom.

A. w stosunku do powódki w pozwanym Szpitalu była prowadzona prawidłowo – zastosowano empiryczną antybiotykoterapię, a po uzyskaniu wyniku badania bakteriologicznego było modyfikowane zgodnie z antybiogramem z jedną uwagą. Uzasadnione jest podanie jednej dawki ustalonego antybiotyku w określonym czasie przed zabiegiem, ale błędem jest kontynuacja leczenia tym samym antybiotykiem. Skoro w profilaktyce antybiotykowej przedoperacyjnej podano powódce B. jednorazowo, to nie powinna była go otrzymywać od 08.08.2013 r. do 12.08.2013 r. Niewłaściwe zasady profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej zwiększały szanse na wystąpienie zakażenia szpitalnego.

Objawy infekcji obserwowane u powódki w drugiej dobie po operacji z 07.08.2013 r. były współistniejącą infekcją wirusową górnych dróg oddechowych. Jednocześnie brak jest uzasadnienia dla przyjęcia, aby sprzyjały infekcji miejsca operowanego, nasiliły przebieg miejscowej infekcji, czy były pierwszymi objawami infekcji gronkowcowej.

Drugi pobyt powódki w pozwanym Szpitalu, tj. w 2014 r. nastąpił z powodu ropnego zapalenia stawu spowodowanego zakażeniem *S. aureus* (...) powikłanego zespołem (...).

U powódki doszło do zakażenia szpitalnego miejsca operowanego, a także następnie do uogólnionej reakcji zapalnej całego organizmu. Z załączonej dokumentacji wynika, że system zapobiegania zakażeniom szpitalnym nie działał zgodnie z wymogami ustawowymi, m.in. brak procedury antybiotykoterapii zabiegowej/operacyjnej, brak wprowadzania w życie wniosków, poprawy, po stwierdzeniu błędów i uchybień. Istotnie w pozwanym szpitalu prowadzona jest szczegółowa sprawozdawczość w tego typu sytuacjach, jednocześnie w załączonej dokumentacji – poza okolicznością wskazania zaistnienia pewnych uchybień (np. w (...) stwierdzono zakażenia bakteryjne), nie przedstawiono informacji jakie konkretne działania naprawcze zostały podjęte. Z załączonych wymazów czystościowych z rąk personelu bloku operacyjnego po ich umyciu i dezynfekcji wynika, że odnotowano kilka przypadków obecności gronkowców koagulazoujemnych, metycylinoopornych i złocistych, co jest niedopuszczalne i świadczy o braku przestrzegania procedur higieniczno-dezynfekcyjnych, lub ich braku.

Pozwany Szpital przyznał, że u powódki doszło do zakażenia szpitalnego – w karcie zgłoszenia zdarzenia niepożądanego z 16.09.2013 r. wskazano: „zakażenie szpitalne; sepsa po zabiegu operacyjnym – podejrzenie sepsy”.

Powódka przyjmowała antybiotyki, chemioterapeutyki, leki miejscowe, zmuszona była korzystać z terapii hiperbarycznej i fizykoterapii. Silne dolegliwości bólowe związane z samym zakażeniem i kolejnymi zabiegami medycznymi powódka odczuwała od sierpnia 2013 r. do grudnia 2016 r., mniejsze dolegliwości bólowe utrzymują się również obecnie. Uciążliwości dla życia powódki były znaczące – kolejne hospitalizacje, w tym na oddziale intensywnej terapii z perspektywą zagrożenia życia, liczne uciążliwości dnia codziennego, problemy z pracą zawodową, konieczność rezygnacji ze sportów, które powódka uprawiała, zdecydowane obniżenie jakości życia.

W obrębie prawego stawu kolanowego w dalszym ciągu, czyli od 2013 roku, toczy się ostry proces zapalny spowodowany zakażeniem szpitalnym gronkowcem złocistym (...). Obserwowane są wtórne zmiany zwyrodnieniowe. Nie można zatem mówić o nawrocie stanu zapalnego, gdyż trwa on permanentnie od 2013 roku. Wykonane badania wskazują, że proces zapalny nie dotyczy w chwili obecnej kości, czyli u powódki nie ma cech zapalenia gronkowcowego kości. Dalsze losy medyczne powódki są niepewne, skoro przez ponad pięć lat specjalistom nie udaje się opanować procesu zapalnego u powódki. Nie oznacza to, że ze względu na nieskuteczne 5-letnie leczenie tego zapalenia, do zapalenia kości nie dojdzie z wszystkimi konsekwencjami tego procesu. Prawdopodobny jest krwiopochodny rozsiew gronkowca złocistego (...), jak to już miało miejsce u powódki w sierpniu 2013 r., wystąpienie sepsy, z możliwością uszkodzenia wielonarządowego u powódki, a także zagrożenia jej życia.

Nie można ustalić, czy powódka nadal jest zakażona bakterią *S. aureus* (...) nigdy nie miała pobieranych wymazów bakteriologicznych z nosa, czy gardła.

(opinia pisemna biegłego z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii i zakażeń szpitalnych k. 310'-323 uzupełniona opiniami pisemnymi k. 475-482, k. 500-502v, k. 534-535v, k. 567-568)

M. K. w wyniku zdarzenia w dniu 02.04.2013 r. doznała skręcenia prawego stawu kolanowego z uszkodzeniem obu łąkotek i więzadła krzyżowego przedniego. Po zastosowanym dwukrotnym leczeniu operacyjnym (w kwietniu i sierpniu 2013 r.) doszło do powikłania w postaci zakażenia szczepem bakterii (...), konieczność kolejnych zabiegów operacyjnych aż do usunięcia wszystkich wszczepów włącznie, po dalszym leczeniu zachowawczym i postępowaniu usprawniającym obecnie pozostaje duża blizna, utrzymują się objawy niestabilności przednio-tylnej, niewielkie ograniczenie ruchomości zgięciowej, zaniki mięśni prawej kończyny dolnej, zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności. Narastają objawy zwyrodnienia prawego stawu kolanowego.

Leczenie powódki miało następujący przebieg: uraz z zablokowaniem stawu w dniu 02.04.2013 r., szybko wdrożone prawidłowe leczenie operacyjne w postaci artroskopii. Odroczenie rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego należy uznać za prawidłowe. Artroskopia w dniu 06.08.2013 r. – rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego u powódki trwała dwie godziny i czterdzieści minut. Jest to stosunkowo długi okres czasu. Długotrwałe utrzymywanie niedokrwienia kończyny sprzyja wtórnym zakażeniom, istotne jest także wydłużenie czasu ekspozycji pola operacyjnego i narzędzi na czynniki zewnętrzne. Ponadto w czasie operacji zaistniała „konieczność wielokrotnego przerywania zabiegu celem dodania leków żwawo ruszającej nogami chorej”. Sugeruje to nieprawidłowości w przebiegu znieczulenia. Takie niekontrolowane ruchy operowaną kończyną utrudniają zabieg, wydłużają czas jego trwania i mogą sprzyjać powstawaniu późniejszych krwiaków i wtórnych zakażeń. Po operacji założono dwa dreny R.: jeden w jamie stawu, drugi w okolicy miejsca po pobraniu ścięgien. Takie postępowanie należy uznać za prawidłowe. W ciągu nocy po zabiegu do pierwszego drenu spłynęło 100 ml wydzieliny. W drugiej dobie po zabiegu z pierwszego drenu spłynęło jeszcze 50ml wydzieliny. Drugi dren ciągle nie odbierał żadnej treści. Oba dreny usunięto typowo w drugiej dobie. Siedem dni po operacji stwierdzono odczyn zapalny wokół rany po pobraniu ścięgien do przeszczepu i po jej rozszerzeniu ewakuowano sporą ilość treści, która przypominała zropiały krwiak. Prawdopodobne jest, że drugi dren (założony do miejsca po pobraniu przeszczepów) okazał się nieskuteczny – nie odprowadził krwiaka, który uległ wtórnemu zakażeniu. Jednocześnie niezadziałanie drugiego drenu nie jest jednoznaczne z uznaniem, że został on założony nieprawidłowo. Nawet w sytuacji prawidłowego założenia drenu nigdy nie ma pewności, że spowoduje on całkowite opróżnienie się krwiaka. Może mieć miejsce również taka nieprzewidywalna i niemożliwa do uniknięcia sytuacja, że w czasie wykonywania ruchów kończyną po operacji, lub jeszcze w jej trakcie, np. w czasie przenoszenia pacjenta ze stołu operacyjnego na łóżko, dojdzie do przesunięcia się drenu w tkankach, jego zagięcia lub zaciśnięcia powodującego niedrożność i powstanie krwiaka.

Prawdopodobne jest, że skuteczne zadziałanie drugiego drenu spowodowałoby usunięcie krwiaka i zmniejszyło prawdopodobieństwo rozwoju zakażenia (...).

Długość hospitalizacji w przypadku zabiegu rekonstrukcji więzadła niepowikłanego zakażeniem wynosi 2-5 dni. Stosunkowo często po operacji wykonywane są punkcje stawu, co niekiedy wydłuża pobyt o 1-3 dni. Po prawidłowo

wykonanej plastyce więzadła i właściwym postępowaniu usprawniającym możliwy jest powrót do pełnej aktywności fizycznej z wyczynowym uprawianiem sportu włącznie.

Należy przyjąć, że leczenie chirurgiczne, jakie nastąpiło po stwierdzeniu zakażenia (punkcje stawu, kolejne zabiegi operacyjne, w tym artroskopie, drenaż przepływowy, usuwanie tkanek martwiczych, ostateczne usunięcie wszystkich wszczepów) było prawidłowe oraz łącznie z wykonanymi badaniami MR, USG i scyntyografią wykonanych u powódki po dniu 06.08.2013 r., stanowiły konsekwencję zakażenia bakterią (...). Ponowny pobyt powódki w oddziale ortopedyczno-urazowym szpitala MSWiA w dniach 11.08-11.09.2014 r. był konieczny po rozpoznaniu ropnego zapalenia prawego stawu kolanowego.

Uszczerbek na zdrowiu powódki w konsekwencji zakażenia w zakresie narządów ruchu jest stały i wynosi obecnie 10% wg poz. 156 załącznika do rozp. (...) z 18.12.2002 r. (Dz.U.2002.234.1974), w tym z powodu blizny - 2%, zaniki mięśni prawego uda - 2%, zaniki mięśni goleni - 1%, niestabilność przednio-tylna - 5%. Prawdopodobne jest, że w przyszłości u powódki może powiększyć się uszczerbek na zdrowiu doznany w wyniku zakażenia bakterią (...). U powódki aktualnie utrzymują się objawy niestabilności prawego stawu kolanowego. Skutkuje to nieprawidłowym obciążaniem powierzchni stawowych i predysponuje do zniszczenia chrząstki stawowej i rozwoju zmian zwyrodnieniowych. W chwili obecnej nie można przewidzieć, jak szybko i w jakim stopniu zmiany te będą się u powódki rozwijać. Jest to uzależnione od trudnych do przewidzenia czynników, m.in. wzrostu masy ciała, trybu życia i in.

Istnieją teoretyczne możliwości częściowego wyleczenia powódki. W celu odtworzenia stabilności stawu należy wykonać kolejną operację plastyki więzadła (...). Należy jednak mieć na uwadze okoliczność, że operacje rewizyjne w przypadkach powikłanych wcześniejszą infekcją (...) wiążą się ze zwielokrotnionym ryzykiem nawrotu zakażenia. Wysoce wątpliwe jest, że nawet po skutecznej plastyce rewizyjnej (...) dojdzie do powrotu pełnego zakresu ruchomości stawu kolanowego i odbudowy wszystkich zaników mięśniowych. Pozostająca u powódki blizna nie ulegnie znaczącemu zmniejszeniu. Istniejące u powódki zmiany zwyrodnieniowe prawego stawu kolanowego mają charakter postępujący i niemożliwe jest ich usunięcie. U powódki mogą w przyszłości występować dolegliwości bólowe związane z rozwojem zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego, które będą odległymi skutkami zakażenia bakterią (...). Prawdopodobne jest, że na skutek rozwoju zmian zwyrodnieniowych będących odległymi skutkami zakażenia bakterią (...), powódka będzie w przyszłości przechodziła kolejne badania, zabiegi i operacje prawego stawu kolanowego. Nie można wykluczyć możliwości zgonu powódki w konsekwencji zakażenia.

Zakres cierpień fizycznych powódki w związku z zaistniałym zakażeniem należy określić jako bardzo duży. Jest to związane z doznawanym bólem, koniecznością kolejnego pobytu w szpitalu, dalszych zabiegów operacyjnych, pozostawania w niewygodnych unieruchomieniach w stabilizatorze ortopedycznym, chodzeniem przy pomocy kul, także bez możliwości prawidłowego obciążania chorej kończyny, zabiegami i ćwiczeniami, ograniczeniami w sprawności.

Przebyta długa antybiotykoterapia może skutkować powstaniem zaburzeń w zakresie naturalnej flory bakteryjnej, zmianami w obrębie narządów mięszszowych (wątroba, nerki), narządu słuchu, błony śluzowej układu pokarmowego, układu odporności i wielu innych.

Powódka nadal systematycznie przyjmuje leki przeciwbólowe (ostatnio D.). Można przyjąć według oświadczenia powódki, że dolegliwości bólowe, wymagające systematycznego stosowania leków nadal trwają. Przeciętny koszt leków przeciwbólowych może zamknąć się w kwocie ok. 40 zł miesięcznie. Powódka miała także zalecone stosowanie leku przeciwzkrzepowego C. (koszt 30 amp. to ok. 30 zł).

Rehabilitacja u powódki miała ograniczony zakres. W czasie pobytu w szpitalu w końcowych okresach stosowano bierne ćwiczenia stawu kolanowego na szynie do ciągłego biernego ruchu, udzielano instruktażu do wykonywania ćwiczeń we własnym zakresie w domu. Gdyby nie doszło do zakażenia, rehabilitację można było rozpocząć po około 10-14 dniach od zabiegu. W trakcie fizjoterapii pacjent uczony jest wykonywania ćwiczeń w prawidłowych wzorcach

ruchowych, tak aby nie przeciążać kolan. Pacjenci amatorsko uprawiający sport, rehabilitujący się 2-3 razy w tygodniu, do pełnej aktywności wracają zazwyczaj w czasie 10-12 miesięcy od zabiegu.

(opinia pisemna biegłego z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej k. 514-520, uzupełniona opinią pisemną k. 576-577)

U powódki w dniu 07.08.2013 r. wykonano znieczulenie podpajęczynówkowe do operacji ortopedycznej. Do znieczulenia użyto preparatu 0,5% M. H. w objętości 3,5 ml podając preparat z nakłucia igłą 27G na poziomie L2-L3. Było to postępowanie prawidłowe. W trakcie zabiegu podawano w dawkach frakcjonowanych preparat M., F. i prawdopodobnie D. (P.).

Z zapisu w protokole operacyjnym, zapisu w karcie obserwacji po znieczuleniu oraz faktu podawania frakcjonowanych dawek środka znieczulenia ogólnego dożylnego oraz silnego analgetyka w trakcie zabiegu, należy uznać, że znieczulenie do zabiegu było niewystarczające. Prawidłowo i skutecznie wykonane znieczulenie podpajęczynówkowe powinno zapewnić bezbolesność miejsca operacji i bezruch mięśni szkieletowych w operowanej okolicy. Zgodnie z zapewnieniem producenta, działanie preparatu M. zapewnia warunki operacyjne na kończynie dolnej przez co najmniej 2-3 godziny. Czas zabiegu operacyjnego u powódki nie przekroczył tej granicy. Skuteczność znieczulenia powinna być oceniona przed procedurą chirurgiczną przez anestezjologa, który sprawdza jego zakres – w tym także zniesienie napięcia mięśniowego. Materiał zgromadzony w sprawie nie pozwala na stwierdzenie, czy diagnostyka taka została przeprowadzona i uzyskano prawidłowy, odpowiedni do zakresu operacji, stopień znieczulenia. Znieczulenie rdzeniowe jest zabiegiem pewniejszym co do efektu analgetycznego i zniesienia czucia od podobnego zabiegu, tj. znieczulenia zewnątrzoponowego. Czasami zdarza się, że znieczulenie podpajęczynówkowe „nie zadziała”. Możliwą przyczyną jest istnienie wewnątrz przestrzeni podpajęczynówkowej przegród, które powodują, że lek znieczulenia miejscowego nie rozprzestrzenia się po podaniu do niej tak, jak powinien. Inna możliwa przyczyna, to wada fabryczna leku podawanego do znieczulenia. Kolejną możliwą przyczyną jest także brak odpowiedniego doświadczenia u anestezjologa wykonującego zabieg. Należy zauważyć, że powódka miała już wcześniej wykonane znieczulenie podpajęczynówkowe, co mogło przyczynić się do powstania wewnątrz przestrzeni podpajęczynówkowej przegród, uniemożliwiających swobodne rozprzestrzenienie się leku znieczulającego. Zjawisko to jest bardzo rzadkie i nie możliwe do oceny przed wykonaniem kolejnego znieczulenia przewodowego. Brak jest informacji, aby u powódki istniały przeciwwskazania do znieczulenia przewodowego, które jest znieczuleniem typowym dla zabiegu ortopedycznego jaki był planowany i wykonany. Znieczulający anestezjolog próbował opanować sytuację operacyjną poprzez dożylną anestezję, co widać po zapisie kolejnych dawek preparatu D. z podaniem analgetyku (F.). Jak wynika z opisu zabiegu, było to jednak postępowanie niewystarczające, co spowodowało dyskomfort operatora i wydłużenie czasu zabiegu.

W dokumentacji medycznej nie ma zapisu odnośnie oceny wykonanego znieczulenia. W praktyce klinicznej brak formalnej zasady co do dokumentowania oceny wykonanego znieczulenia. Zakłada się, że zgoda anestezjologa na rozpoczęcie zabiegu jest dowodem na skuteczne znieczulenie pacjenta.

Nie można jednak wskazać, w świetle materiału zgromadzonego w niniejszej sprawie, by postępowanie anestezjologa obarczone było błędem lub przyczyniło się do powikłań poprzez bliżej nieokreślone w czasie wydłużenie zabiegu operacyjnego. Można jedynie stwierdzić, że współpraca anestezjologa z operatorem nie układała się prawidłowo, co skutkowało wyraźną niekorzystną opinią operatora o znieczuleniu. W przypadku pierwszych objawów nieskuteczności znieczulenia podpajęczynówkowego należało podjąć znieczulenie ogólne, nawet z użyciem środków zwiotczających, które zapewniłoby dobre warunki operatorowi.

Za czas niedokrwienia kończyny operowanej odpowiedzialny jest operator. Przyjmuje się, że maksymalny okres niedokrwienia nie powinien przekraczać 120 minut. Najczęściej nie przekracza się 90 minut ciągłego niedokrwienia przy użyciu opaski pneumatycznej. W przypadku konieczności przedłużenia zabiegu stosowane jest zwolnienie ucisku, umożliwienie przepływu krwi i po kilku minutach ponowne założenie stazy. Czas ucisku uzależniony jest także od warunków chorego oraz techniki operacyjnej. Do powikłań związanych ze stosowaniem opaski uciskowej należą obrzęk operacyjny, opóźnienie przywrócenia siły mięśniowej, neurapraksja, krwiak rany z możliwością infekcji,

uszkodzenie naczyń, martwica tkanek i zespół przedziału powięziowego. Zabieg w niedokrwieniu jest więc obarczony powikłaniami. Brak jest wiedzy czy i o ile przedłużenie stosowania opaski uciskowej (w zakresie dopuszczalnego metodą czasu) powoduje częstsze powikłania w postaci zakażenia rany operacyjnej. Należy zwrócić uwagę, że na zakażenie rany operacyjnej wpływa potencjalnie także szereg innych czynników. Zróżnicowanie, który z nich jest przyczyną zakażenia, jest w zasadzie niemożliwe.

Niekontrolowane ruchy operowaną kończyną z pewnością utrudniają działania operatora. W niniejszej sprawie, poza wskazaną przez chirurga koniecznością okresowego przerywania czynności operacyjnych, nie podano, czy ruch kończyny w polu operacyjnym skutkował innymi problemami.

(opinia pisemna biegłego z zakresu anestezjologii k. 556-564, uzupełniona opinią pisemną k. 582-585)

Powódka obecnie ma 30 lat, znalazła pracę w W. i tam się wyprowadziła. Od jednego z lekarzy uzyskała informację, że jest bardzo prawdopodobne, że raczej umrze na stole operacyjnym, niż przeżyje operację. Cały czas przyjmuje leki przeciwbólowe, zaczyna się ujawniać łamliwość kości. Powódka ma problemy z wchodzeniem po schodach z powodu zaników mięśni. Zawsze była aktywna, a teraz może tylko grać w bilard, pływać i jeździć na rowerze. Przechodzi terapię komórkami macierzystymi (jeden zastrzyk to koszt 2.000 zł - raz na półtora miesiąca), kontynuuje terapię w komorze hiperbarycznej (jednorazowy koszt to 50 zł).

(zeznania powódki na rozprawie 11.03.2019 r. k. 602v-603, 00:05:29-00:36:47)

Na podstawie zarządzenia nr 21 Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2016 r. nadano pozwanemu szpitalowi nowy statut, mocą którego zmieniła się jego nazwa organizacyjna z Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. na Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Ł. (Dz.Urz.MSWiA poz.21).

(odpis KRS k. 271-272)

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zebrany w przedmiotowej sprawie w postaci załączonych do akt dokumentów, w tym dokumentacji medycznej leczenia powódki. Prawdziwość tych dokumentów nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania.

Ustalając stan faktyczny, Sąd wziął również pod uwagę przesłuchanie powódki oraz świadków – rodziców powódki oraz lekarzy pozwanego Szpitala, które w zakresie wyżej ustalonych faktów uznał za wiarygodne i mające oparcie w pozostałym zebranym w sprawie materiale dowodowym.

W zakresie ustalenia aktualnego stanu zdrowia powódki oraz wpływu na nie działań podejmowanych w pozwanym Szpitalu, Sąd miał przede wszystkim na uwadze opinie wydane w niniejszej sprawie przez biegłego z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii i zakażeń szpitalnych dr n.med. A. M., biegłego z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej dr n. med. A. W. oraz biegłego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. dr hab. med. W. K., które to opinie są zupełne, jasne i konsekwentne, a w końcowych wnioskach potwierdzają się wzajemnie. Biegli wydający powyższe opinie wykazali się wysokim poziomem wiedzy specjalistycznej, dokonali szczegółowej analizy zastosowanych wobec powódki procedur medycznych oraz ocenili stan jej zdrowia. W swoich opiniach wskazywali na bezpośredni związek zakażenia powódki gronkowcem (...) na dalszy przebieg leczenia oraz poważne konsekwencje zdrowotne zakażenia powódki. Jednocześnie biegła z zakresu chorób zakaźnych wskazywała na brak wystarczających konkretnych środków podejmowanych w pozwanej jednostce w celu wyeliminowania tych zakażeń, z zachowaniem maksymalnych standardów sprawozdawczości w tym zakresie.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo należało uwzględnić w całości.

Powódka domagała się zasądzenia kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz 15.143 zł tytułem odszkodowania za skutki zakażenia powódki bakterią *S. aureus* (...), do którego doszło w trakcie pobytu powódki w pozwanym szpitalu w sierpniu 2013 roku, a także o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki wymienionego zakażenia, które ujawnią się u powódki w przyszłości.

Bezsporna jest okoliczność, że podczas hospitalizacji powódki w pozwanym Szpitalu w sierpniu 2013 roku doszło do zakażenia powódki bakterią gronkowca złocistego (...). Jednocześnie strona pozwana wskazywała, że zakażenie to było niezawinione ze strony szpitala.

Okoliczności faktyczne przedstawione przez powódkę wskazują, że podstawę prawną powództwa stanowią przepisy art. 445 § 1 i art. 444 § 1 i 2 k.c., w związku z art. 415 i art. 430 k.c.

Przepis art. 415 k.c. stanowi, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Za szkodę odpowiada osoba, której zawinione zachowanie jest źródłem powstania tej szkody. Zdarzeniem sprawczym, w rozumieniu art. 415, jest zarówno działanie, jak i zaniechanie. Zgodnie zaś z brzmieniem art. 430 k.c., 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 powierzonych jej czynności.

Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Ł. przysługuje przymiot osobowości prawnej. Jego odpowiedzialność deliktowa w niniejszej sprawie opiera się zatem na art. 430 k.c., w związku z art. 415 k.c.

Stosownie do brzmienia art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Zasadniczym problemem, który pojawia się w związku z odpowiedzialnością szpitala jest kwestia ustalenia związku przyczynowego, będącego jedną z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. O odpowiedzialności za szkodę można mówić wówczas, gdy szkoda jest skutkiem określonego zdarzenia, za które ktoś odpowiada.

W ocenie Sądu kwestią będącą podstawą rozstrzygnięcia było zweryfikowanie, czy został popełniony błąd w sztuce lekarskiej podczas leczenia powódki w Szpitalu MSWiA w Ł.

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu. Przy czym winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 12.10.2007r, I ACA 920/07).

W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarzy i innego personelu podczas prowadzonego leczenia, szkody, jakiej miałyby doznać powódka wskutek działania lub zaniechania tychże osób i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, u powódki doszło do zakażenia szpitalnego miejsca operowanego, a także następnie do uogólnionej reakcji zapalnej całego organizmu. Z załączonej dokumentacji wynika, że system zapobiegania zakażeniom szpitalnym nie działał zgodnie z wymogami ustawowymi, m.in. brak procedury antybiotykoterapii zabiegowej/operacyjnej, brak wprowadzania w życie wniosków, poprawy, po stwierdzeniu błędów i uchybień. Istotnie w pozwanym szpitalu prowadzona jest szczegółowa sprawozdawczość w tego typu sytuacjach, jednocześnie w załączonej dokumentacji – poza okolicznością wskazania zaistnienia pewnych uchybień (np. w (...) stwierdzono zakażenia bakteryjne), nie przedstawiono informacji jakie konkretne działania naprawcze zostały podjęte. Z załączonych wymazów czystościowych z rąk personelu bloku operacyjnego po ich umyciu i dezynfekcji wynika, że odnotowano kilka przypadków obecności gronkowców koagulazoujemnych, metycylinoopornych i złocistych, co jest niedopuszczalne i świadczy o braku przestrzegania procedur higieniczno-dezynfekcyjnych, lub ich braku.

Pozwany Szpital przyznał, że u powódki doszło do zakażenia szpitalnego – w karcie zgłoszenia zdarzenia niepożądanego z 16.09.2013 r. wskazano: „zakażenie szpitalne; sepsa po zabiegu operacyjnym – podejrzenie sepsy”. Jednocześnie podnoszono, że wobec dopełnienia wszelkich procedur przez Szpital, zakażenie to stanowiło zwykłe powikłanie pooperacyjne. W ocenie Sądu z takim stanowiskiem nie sposób się zgodzić. Do przyjęcia związku przyczynowego, zwłaszcza gdy chodzi o ludzkie zdrowie, wystarcza ustalenie wysokiego, czy też przeważającego prawdopodobieństwa tegoż związku. Do obowiązków szpitala należy ochrona zdrowia pacjentów, zatem szpital winien dołożyć wszelkich możliwych środków by zapobiec pogorszeniu się stanu zdrowia przyjętych pacjentów, a więc i jakimkolwiek zakażeniom wirusowym czy też bakteryjnym. Jeżeli więc doszło do zakażenia powódki, zwłaszcza bakterią typu szpitalnego, to reżim sanitarny w szpitalu działał nieprawidłowo a osoby zań odpowiedzialne dopuściły do błędów. Nadto, na co wskazywał biegły z zakresu chorób zakaźnych, niewłaściwe zasady profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej zwiększały szanse na wystąpienie u powódki zakażenia szpitalnego. Istotna jest również okoliczność, że objawy infekcji obserwowane u powódki w drugiej dobie po operacji z 07.08.2013 r. były współistniejącą infekcją wirusową górnych dróg oddechowych. Jednocześnie brak jest uzasadnienia dla przyjęcia, aby sprzyjały infekcji miejsca operowanego, nasiliły przebieg miejscowej infekcji, czy były pierwszymi objawami infekcji gronkowcowej. Nadto istotne znaczenie miała również okoliczność, że zabieg operacyjny uległ przedłużeniu z powodu na konieczność dodatkowego znieczulenia powódki. Zaś długotrwałe utrzymywanie niedokrwienia kończyny sprzyja wtórnym zakażeniom, istotne jest także wydłużenie czasu ekspozycji pola operacyjnego i narzędzi na czynniki zewnętrzne.

Wobec powyższego przyjęto, że za zarażenie powódki bakterią *S. aureus* (...), na podstawie art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. winę ponosi pozwany szpital, przy czym bez znaczenia w okolicznościach niniejszej sprawy jest, który konkretnie z pracowników pozwanego w sposób zawiniony wyrządził szkodę powódce.

Regułą wyrażoną w art. 361 § 2 k.c. jest zasada pełnego odszkodowania. Zgodnie z tą regułą naprawienie szkody obejmuje zarówno straty, jakie poszkodowany poniósł, jak i korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Szkada może przybrać postać szkody w mieniu oraz szkody na osobie, przy czym szkoda na osobie może mieć charakter majątkowy lub niemajątkowy.

Rekompensatę z tytułu szkody niemajątkowej stanowi zadośćuczynienie. Podstawą prawną roszczenia o zadośćuczynienie jest przepis art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., który przewiduje, iż w wypadku m.in. uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem

zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Powołana krzywda ujmowana jest jako cierpienie psychiczne i fizyczne wynikające z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Co do wysokości zadośćuczynienia zauważyć wypada w tym miejscu, iż ustalenie wysokości zadośćuczynienia powinno zostać dokonane z uwzględnieniem wszelkich okoliczności mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy oraz to, że zadośćuczynienie ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość winna przedstawiać jakąś odczuwalną wartość (por. przykładowo wyrok SN z dnia 12 kwietnia 1972 roku, II CR 57/72, OSNCP 1972, z. 10, poz. 183 oraz wyrok SN z dnia 24 czerwca 1965 roku, I PR 203/65, OSPIKA 1966, poz. 92).

Rozważając wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, należnego powódce Sąd miał na uwadze wysokość doznanego przez powódkę trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 10%. Należy jednak wskazać, że stopień doznanego przez powódkę trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalony na podstawie załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 954), ma tylko pomocniczy charakter i nie stanowi podstawy do matematycznego wyliczenia wysokości zadośćuczynienia. Niewłaściwym uproszczeniem jest odnoszenie wysokości zasądanego zadośćuczynienia wyłącznie do ustalonego w toku postępowania procentowego uszczerbku na zdrowiu.

Wobec powyższego, ustalając wysokość należnego powódce zadośćuczynienia, Sąd miał na uwadze okoliczność, że istnieją jedynie teoretyczne możliwości częściowego wyleczenia powódki. Nadto operacje rewizyjne w przypadkach powikłanych wcześniejszą infekcją (...) wiążą się ze zwielokrotnionym ryzykiem nawrotu zakażenia. Wysoce wątpliwe jest, że nawet po skutecznej plastyce prawego stawu kolanowego u powódki, dojdzie do powrotu pełnego zakresu ruchomości stawu i odbudowy wszystkich zaników mięśniowych. Pozostająca u powódki blizna nie ulegnie znaczącemu zmniejszeniu. Istniejące u powódki zmiany zwyrodnieniowe prawego stawu kolanowego mają charakter postępujący i niemożliwe jest ich usunięcie. U powódki mogą w przyszłości występować dolegliwości bólowe związane z rozwojem zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego, które będą odległymi skutkami zakażenia bakterią (...). Prawdopodobne jest, że na skutek rozwoju zmian zwyrodnieniowych będących odległymi skutkami zakażenia bakterią (...), powódka będzie w przyszłości przechodziła kolejne badania, zabiegi i operacje prawego stawu kolanowego. Nie można wykluczyć możliwości zgonu powódki w konsekwencji zakażenia. Ponadto Sąd uwzględnił długotrwałość leczenia, uciążliwość w życiu codziennym, a przede wszystkim obciążenie psychiczne w postaci zagrożenia amputacją kończyny, czy nawet możliwością śmierci powódki, o której lekarze mówią w kontekście ewentualnej operacji. Na ocenę krzywdy powódki wpływ miała również okoliczność, że w związku z chorobą powódka musiała korzystać z pomocy lekarzy oraz zażywać przepisane leki. Wypadek zmienił całkowicie życie powódki, wpłynął na jej wybory co do dalszego kształcenia, pozbawił możliwości i przyjemności uprawiania sportu.

Mając na uwadze, że zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość, winno ono obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, z drugiej zaś strony bacząc, by wysokość zadośćuczynienia nie była nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa. Sąd biorąc pod uwagę powyższe kryteria uznał, że kwota 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest odpowiednia. Powyższa kwota spełnia kryterium rekompensaty pieniężnej za doznaną krzywdę, a jednocześnie nie jest nadmiernie wygórowana.

Sąd na podstawie art. 481 k.c. w zw. z 455 § 1 k.c. zasądził odsetki ustawowe od w/w kwoty zadośćuczynienia od dnia 23 lipca 2016 roku tj. po upływie 7 dni od dnia doręczenia stronie pozwanej wezwania do zapłaty, doręczonego 15 lipca 2016 roku, bowiem już w zgłoszeniu szkody powódka żądała zapłaty kwoty 100.000 zł z tego tytułu.

W myśl art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na tej podstawie powódka może domagać się od pozwanego zwrotu kosztów leczenia, kosztów zakupu leków oraz kosztów związanych z opieką ze strony osób trzecich, przy czym na powódcę spoczywa obowiązek udowodnienia wysokości tych kosztów.

Z powodu długotrwałego leczenia i konieczności rehabilitacji powódka ponosiła dodatkowe koszty w postaci: kosztów przejazdów rodziny do szpitala, kosztów zakupu leków przeciwbólowych, kosztów dojazdów na terapię w komorze hiperbarycznej, wydatki związane z dodatkowymi konsultacjami lekarskimi i dojazdami na nie, konieczność dowozu na uczelnię w trakcie choroby i rekonwalescencji, wydatki na zakup preparatów żelowych chłodzących, zakup ortezy, zakup szczudeł łokciowych, czy w końcu opłaty za wykonanie kopii dokumentacji medycznej potrzebnej jako załącznik do pozwu w niniejszej sprawie. Łączna kwota poniesionych z tego tytułu kosztów to 15.143 zł – w ocenie Sądu wszystkie wskazane przez powódkę koszty należało uwzględnić. Ocenę wysokości potrzeb powódki w tym zakresie jak i kosztów z tym związanych oparto na przepisie art. 322 k.p.c. uwzględniając całokształt okoliczności sprawy i przyjmując, że nie jest możliwe, a przynajmniej jest nader utrudnione ściśle udowodnienie wysokości żądania. Jednakże kierując się doświadczeniem życiowym oraz informacjami wynikającymi z zeznań powódki i świadków, a także z opinii biegłych, z których wynikała konieczność ich poniesienia, Sąd zasądził na rzecz powódki całą żadaną z tego tytułu kwotę.

Sąd na podstawie art. 481 k.c. w zw. z 455 § 1 k.c. zasądził odsetki ustawowe od w/w kwoty odszkodowania od dnia 23 lipca 2016 roku do dnia zapłaty.

Sąd uznał, że w odniesieniu do powódki uzasadnione jest ustalenie odpowiedzialności pozwanego Szpitala za szkody przyszłe. Ustalenie odpowiedzialności na przyszłość może mieć zastosowanie w sytuacji, gdy istnieje jakaś obiektywna niepewność stanu prawnego – zwłaszcza w sytuacji szkody na osobie, gdyż szkody te nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia. Obowiązujący do 2007 roku art. 442 § 1 k.c. stanowił, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia – w każdym przypadku roszczenie przedawniało się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Ponadto zwracano uwagę na trudności dowodowe mogące powstać w kolejnej sprawie odszkodowawczej ze względu na upływ czasu. Z dniem 10 sierpnia 2007 roku weszła w życie ustawa nowelizująca, którą uchylono art. 442 k.c. i dodano art. 442¹ k.c. Zgodnie z § 3 wskazanego przepisu, w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może się skończyć wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. W świetle nowej regulacji wyeliminowane zostało niebezpieczeństwo upływu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wcześniej niż ta szkoda się ujawniła, zatem utracił znaczenie argument, że interes prawny w ustaleniu może polegać na złagodzeniu skutków upływu terminu przedawnienia (tak też SN w wyroku z dnia 11 marca 2010 roku, IV CSK 410/09, LEX nr 678021).

Przytoczona zmiana przepisów oznacza ponadto, iż nie został w żaden sposób ograniczony czas, w jakim może ujawnić się szkoda na osobie, prowadząc do zaktualizowania się odpowiedzialności pozwanego za skutki danego zdarzenia. Proces odszkodowawczy może zatem toczyć się wiele lat po zaistnieniu samego zdarzenia, kiedy to mogą pojawić się znaczne trudności dowodowe. W takiej sytuacji, przesądzenie o odpowiedzialności pozwanego na przyszłość pozostaje dla poszkodowanego korzystne, ograniczając konieczność dowodzenia jedynie do elementu wystąpienia szkody, z pominięciem związku przyczynowego. Takie ustalenie wymaga jednak wykazania interesu prawnego a ocena w tym zakresie musi być zawsze dokonywana na tle skonkretyzowanych okoliczności, które pozwalają ocenić rzeczywistą potrzebę ochrony sfery prawnej poszkodowanego. Zdaniem Sądu, w rozpoznawanej sprawie powódka wykazała dostatecznie istnienie interesu prawnego w ustaleniu. Biorąc pod uwagę okoliczność, że od zdarzenia upłynął okres ponad 5 lat, stwierdzić należy, iż stan zdrowia powódki będący skutkiem zakażenia bakterią (...) jest niepewny, nadal utrzymuje się stan zapalny stawu kolanowego, co skutkuje niemożliwością przeprowadzenia zabiegu rekonstrukcyjnego. Prawdopodobne jest, że na skutek rozwoju zmian zwyrodnieniowych będących odległymi skutkami zakażenia bakterią (...), powódka będzie w przyszłości przechodziła kolejne badania, zabiegi i operacje prawego stawu kolanowego. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności Sąd uznał żądanie powódki w tym zakresie za uzasadnione.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. Strona pozwana jako przegrywająca sprawę w całości jest zobowiązana do zwrotu powódce całości poniesionych przez nią kosztów niezbędnych do celowego dochodzenia praw. W tym stanie rzeczy, Sąd zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę – 14.417 złotych tytułem zwrotu kosztów

procesu. Na zasadzoną kwotę składa się: kwota 17 złotych tytułem opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnictwa oraz kwota 14.400 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego określona na podstawie § 2 pkt 6 w zw. z § 15 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. 2015.1800 w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia niniejszego powództwa), które znajduje zastawanie w rozpoznawanej sprawie na mocy § 21 tegoż rozporządzenia. Sąd uznał, iż biorąc pod uwagę charakter sprawy i wkład pracy adwokata w przyczynienie się do jej wyjaśnienia zasadny jest wniosek pełnomocnika powódki o podwyższenie jego wynagrodzenia, a ostatecznie przyznane wynagrodzenie nie jest nadmiernie wysokie.

Odrębnemu rozliczeniu podlegały koszty sądowe wyłożone tymczasowo przez Skarb Państwa, a związane z kosztami opłaty od pozwu oraz kosztami opinii biegłych, od których powódka została zwolniona w całości. Koszty wyłożone przez Skarb Państwa w związku z roszczeniami powódki wyniosły łącznie kwotę 14.674,57 zł i taką też kwotę sąd nakazał pobrać od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.).

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku z uzasadnieniem przesłać zgodnie z wnioskiem.