

UZASADNIENIE

W pozwie z 25 sierpnia 2014 r. D. K. wniosła o zasądzenie od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł. kwoty 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 9 lipca 2013 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia oraz kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Powódka zwróciła się również o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za dalsze mogące powstać w przyszłości skutki zakażenia powódki gronkowcem złocistym. Na uzasadnienie żądania pierwotnie podano, iż powódka, leczona operacyjnie w pozwanym szpitalu, doznała zakażenia pooperacyjnego, gronkowcem złocistym (pozew k. 2-6, zarządzenie o zwrocie pozwu k. 26, pismo powódki z 25.08.2014 r. k. 29).

Na rozprawie w dniu 21 stycznia 2015 r. powódka podniosła, że swoje roszczenie wywodzi, jeśli idzie o podstawę faktyczną, tak z zakażenia rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym, jak i z faktu usunięcia kości czaszki podczas drugiej hospitalizacji w pozwanym szpitalu (protokół rozprawy z 21.01.2015 r. – 00:17:12 , k. 95)

Odpis pozwu został doręczony stronie pozwanej w dniu 7 października 2014 r. (zwrotne poświadczenie odbioru k. 35)

W odpowiedzi na pozew z dnia 15 października 2014 r. , strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa, kwestionując je co do wysokości i co do zasady, a także o zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. Pozwany wskazał, że powódka została 8 września 2012 r. przyjęta do Kliniki (...) w stanie bezpośrednio zagrażającym życiu, po krwotoku mózgowym z pęknięciem tętniaka prawej tętnicy środkowej mózgu, przy czym uprzednio dwukrotnie była operowana w Szpitalu im. (...) w Ł. z powodu tętniakowości mózgu. Po przeprowadzeniu koniecznych badań, powódkę poddano zabiegowi operacyjnemu, który przebiegł bez komplikacji i powikłań i 17 września 2012 r. powódka została wypisana do domu bez żadnych objawów zakażenia. Następnie D. K. została ponownie przyjęta do szpitala 19 września 2012 r. z powodu infekcji płata skórniego. Wdrożono wobec niej antybiotykoterapię i 6 października 2012 r. wypisano po ustaniu infekcji. Pozwany podkreślił, że do ropienia i infekcji doszło w miejscu po poprzednich operacjach. W ocenie pozwanego, powyższy stan faktyczny nie pozwala na przyjęcie, że do zakażenia doszło w wyniku zaniedbań pozwanego szpitala, a z dość dużą dozą prawdopodobieństwa można przyjąć, że pacjentka jeszcze przed przyjęciem do pozwanej placówki była już zakażona. (odpowiedź na pozew k.36-37).

Wskazując na polisę ubezpieczeniową, pozwany wniosł także o przypozwanie (...) S.A. w W. (pismo k. 38) .

Zarządzeniem z dnia 27 października 2014 r. spółka została zawiadomiona o toczącym się procesie, ale do niego nie wstąpiła. (zarządzenie k. 47).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

D. K. cierpi na samoistną chorobę – tętniakowość mózgu (okoliczność bezsporna) .

Z tego powodu, w lutym 2010 roku w Szpitalu im. (...) w Ł. została poddana zabiegowi operacyjnemu zaklipsowania tętniaka lewej tętnicy środkowej mózgu , a w październiku 2010 roku w tym samym szpitalu – zabiegowi zaklipsowania tętniaka tętnicy szyjnej wewnętrznej prawej. (zeznania powódki – k. 77 w zw. z 00:50:42 protokołu rozprawy z 9.03.2016 r., k. 157 odw.)

8 września 2012 roku, z powodu krwotoku podpajeczynówkowego z pękniętego tętniaka tętnicy środkowej mózgowej po stronie prawej, powódka w stanie ciężkim przyjęta została do Kliniki (...) w Ł. , gdzie w trybie pilnym, ratującym życie, został u niej przeprowadzony zabieg operacyjny kraniektomii czołowo – skroniowej po stronie prawej i zaklipsowania tętniaka. Przy przyjęciu wykonano badanie neurologiczne, w wyniku którego powódka została zakwalifikowana do grupy III w skali Hunta i Hessa, wystąpił u niej niedowład lewostronny kończyny górnej oraz dolnej, a także zaburzenia świadomości. W ramach zabiegu planowo usunięto powódce płat kostny w okolicy czołowo – skroniowej, zaklipsowano tętniaka okolicy środkowej mózgu i opróżniono ognisko krwotoczne śródmózgowe.

Usunięcie płata kostnego było związane z obecnością ogniska krwotocznego, deficytem neurologicznym i spodziewanym obrzękiem mózgu. Płat kostny usuwa się obligatoryjnie w przypadku pacjentów w III grupie Hunta i Hessa w celu poprawy perfuzji tkanki mózgowej, aby zostawić miejsce dla obrzękniętego mózgu. Dodatkowo, u pacjentki wystąpiło ognisko krwotoczne, które pogorszyło warunki operacyjne w tym rejonie. W takich sytuacjach dla zdrowia i bezpieczeństwa chorego nie przywraca się płata kostnego. Odtwórczą plastykę wykonuje się, jeżeli stan pacjenta ulegnie poprawie.

Zdarza się wszczepiać kość pod skórę celem ponownego wykorzystania, ale jest to uzależnione od rodzaju i rozległości uszkodzeń mózgu, wieku pacjenta. U powódki nie wszczepiono kości pod skórę z uwagi na duże ognisko krwotoczne śródmózgowe, a w tym okresie i przy stwierdzonym deficycie neurologicznym należało spodziewać się dalekiego okresu protezowania, a wtedy mogłoby dojść do zresorbowania płata kostnego.

Pacjentce zachowawczo podano antybiotyk - wankomycynę. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Rana pooperacyjna początkowo goiła się prawidłowo, pacjentka była przytomna, w kontakcie słowno – logicznym. Powódka została uruchomiona i 17 września ze śladowym niedowładem w kończynach lewych wypisana do domu w stanie dobrym. (karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 72, dokumentacja lekarska powódki – w kopercie załączonej do akt sprawy, zeznania S. A. – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. - 01:11:21, k. 80 odw.-81, zeznania B. B. – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. – 00:30:58, k. 82).

Dwa dni później powódka zaobserwowała wyciekającą z rany treść ropną. D. K. ponownie trafiła do Kliniki (...) w Ł., gdzie rozpoznano infekcję płata skórniego. Z pobranych wysiewów wyhodowano gronkowca złocistego wrażliwego na większość antybiotyków. Mimo podania antybiotyku rana nie goiła się, wobec czego lekarze zdecydowali się poddać powódkę zabiegowi rewizji płata skórniego, podczas którego oczyszczono płat, opracowano przetokę, łożę przepłukano środkiem odkażającym i założono dren. Nie zaobserwowano przejścia zakażenia ze skóry na struktury poniżej płata ani cech rozszania zakażenia. Dren został usunięty po dwóch dniach, rana goiła się już prawidłowo. Szwy zostały zdjęte z w dniu 5 października 2012 r., następnego dnia powódka została wypisana do domu w stanie dobrym. W późniejszych obserwacjach ambulatoryjnych nie stwierdzano zmian w miejscu operowanym. (karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 73-74, dokumentacja lekarska powódki – w kopercie załączonej do akt sprawy, wyniki badań mikrobiologicznych - k. 15, 16, 17, 18, zeznania S. A. – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. – 01:15:14, k. 81, zeznania powódki – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. – 00:13:28, k. 77 w zw. z 00:50:42 protokołu rozprawy z 9.03.2016 r., k. 157 odw., zeznania A. K. – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. – od 00:36:13 do 00:49:23, k. 79).

Powódka po opuszczeniu szpitala, ale także w czasie hospitalizacji, doświadczała problemów z układem trawiennym, ciśnieniem i z koncentracją, miała zawroty i bóle głowy, bywała antypatyczna dla rodziny. Nie chciała wychodzić, ubrać się ani jeść, w związku z czym zasięgnęła nawet rady znajomego psychiatry.

W maju 2013 roku w szpitalu im. M. K. w Ł. powódka przeszła operację plastyki ubytku kości czaszki, przeszła także kolejne operacje usunięcia tętniaków.

W chwili obecnej w organizmie powódki nie ma bakterii gronkowca złocistego.

(zeznania powódki – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. – od 00:35:25 do 00:33:30 w zw. z 00:50:42 protokołu rozprawy z 9.03.2016 r., k. 157 odw., protokół rozprawy z 9.03.2016 r. – 00:59:38, k. 158, zeznania A. K. – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. – od 00:49:24 do 00:57:12, k. 80, zeznania H. K. – protokół rozprawy z 3.12.2014 r. – od 01:02:22 do 01:09:08, k. 80-80 odw., zeznania A. G. – protokół rozprawy z 21.01.2015 r. – od 00:3:16 do 00:12:16, k. 94 odw.)

Zakażenie rany pooperacyjnej u powódki D. K., było zakażeniem szpitalnym. Bakterie gronkowca złocistego przedostały się do rany operacyjnej i spowodowały infekcję płata skórniego, najprawdopodobniej florą własną powódki. Źródłem zakażenia szpitalnego może być bowiem nie tylko środowisko zewnętrzne, ale także własna flora bakteryjna chorego, co nie ma znaczenia dla kwalifikacji zakażenia powódki jako szpitalnego.

Zabieg operacyjny był wykonany, z powodu stanu zagrożenia życia, jako pilny, a więc bez przygotowania powódki do zabiegu, tak jakby to miało miejsce przy zabiegu planowym. To, jak i wyjątkowa długotrwałość zabiegu neurochirurgicznego (zabiegi tego rodzaju trwają kilkanaście godzin) sprzyjają wystąpieniu zakażenia miejsca operowanego. Zakażenie powódki było zdarzeniem medycznym wiążącym się właśnie z leczeniem szpitalnym i poważnym zabiegiem operacyjnym wykonanym w trybie pilnym. Na stan zdrowia powódki wpływała jednak przede wszystkim ciężka choroba podstawowa – mnogie tętniaki naczyń mózgowych, powodujące krwawienia do mózgu i trzecia z kolei poważna operacja neurochirurgiczna. Objawy zgłaszane przez powódkę należy wiązać z niewielką niedokrwistością pooperacyjną i wahaniami ciśnienia tętniczego po poważnym zagrożeniu życia. Infekcja płata skórniego niewątpliwie przedłużyła leczenie i spowodowała konieczność zabiegowego czyszczenia rany, to jest wykonania kolejnego zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym, brak jest jednak u powódki jakichkolwiek trwałych następstw zakażenia.

Nie istnieje związek między zakażeniem gronkowcem a zgłaszanymi przez powódkę schorzeniami gastrycznymi. Powódka po stwierdzeniu zakażenia gronkowcem była w pozwany szpitalu leczona prawidłowo. Wancomycyna działa tylko na bakterię gronkowca, a nie na flotę bakteryjną jelit. Antybiotyk był z resztą powódce podawany nie doustnie, a dożylnie.

(pisemna opinia biegłego zakresu chorób zakaźnych E. S. k. 107-112, ustna opinia uzupełniająca – protokół rozprawy z 9.03.2016 r. – od 00:01:52 do 00:47:43, k. 156 odw.-157 odw.)

Działanie zespołu lekarskiego pozwanego szpitala w zakresie usunięcia płatu kostnego czołowo – skroniowego prawidłowe. Ze względu na charakter patologii krwotocznej mózgu powódki, obecność krwiaka śródmózgowego i spodziewany obrzęk mózgu wykonano zabieg kraniektomii, czyli otwarcia czaszki z usunięciem płata kostnego. W każdej sytuacji, gdy patologia mózgową może skutkować następczą ciasnotą wewnątrzczaszkową stosuje się czasowe usunięcie płata kostnego, który przywraca się w terminie późniejszym, po ustąpieniu objawów ciasnoty. Dzięki temu działaniu mózgi ma większe szanse samonaprawcze, bo zmniejszone jest ryzyko gorszej perfuzji krwi w naczyniach mózgowych zaciskanych przez ciśnienie wytwarzane w zamkniętej puszczy, jaką jest czaszka. Nie było możliwe ani zasadne uzupełnienie ubytku kości czaszki bezpośrednio po przeprowadzonym zabiegu. Właśnie dlatego, że warunki śródoperacyjne wskazywały na narastający obrzęk mózgu, odroczone ten zabieg. Było to zaplanowane i zgodne ze sztuką lekarską i wiedzą współczesnej neurochirurgii. Okoliczność, że w czasie operacji tętniaka w szpitalu im. M. K. w Ł. w 2010 roku płat kostny został przywrócony od razu po zabiegu w żaden sposób nie podważa prawidłowości postępowania w szpitalu (...) w 2012 roku. Decyzję podejmuje operator adekwatnie do sytuacji śródoperacyjnej. W pierwszych kilku a nawet kilkunastu dniach ubytek kostny jest skutecznie maskowany przez obrzęk mózgu. Stąd prawdopodobnie powódka wiąże zauważony brak kości dopiero z drugim zabiegiem wykonanym w celu oczyszczenia rany. W związku z infekcją bakteryjną w pozwany szpitalu zastosowano prawidłowe leczenie. D. K. przyjęto natychmiast do szpitala po zaobserwowaniu wycieku ropnego z rany i zastosowano antybiotykoterapię zgodną z posiewem. Wobec przedłużającego się gojenia podjęto decyzję o operacyjnym oczyszczeniu rany, co przyspieszyło proces gojenia. Pacjentka została wypisana do domu z wygojoną raną i bez cech procesu zapalnego.

U D. K. nie wystąpiły żadne neurologiczne konsekwencje przebytej infekcji. Dotyczyła ona płata skórniego, nie penetrowała mózgowia. Rana pooperacyjna została oczyszczona chirurgicznie oraz ponownie zszyta i wygoiła się pod osłoną antybiotykoterapii. Zgłaszane przez powódkę dolegliwości i zaburzenia neurologiczno-psychiczne związane są z zasadniczą chorobą, jaką jest tętniakowość mózgu i przebyte krwotoki mózgowie. Każdy nawet najmniejszy epizod krwotoczny prowadzić może do uszkodzenia tkanki mózgowej i w konsekwencji zaburzeń neurologicznych. Żadne ze stwierdzanych odchyśleń w badaniu neurologicznym nie ma związku z zakażeniem rany. Należy podkreślić, że już sama wiedza powódki o posiadaniu aż 7 tętniaków przekładać się może na wycofanie pacjentki z normalnego funkcjonowania. W najmniejszym jednak stopniu nie ma to związku z infekcją płata skórniego w miejscu otwarcia czaszki do operacji tętniaka. (pisemna opinia biegłego z zakresu neurochirurgii K. S. k. 132-134).

W dniu 8 grudnia 2013 roku powódka złożyła do (...) Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł. wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego w postaci zakażenia bakterią gronkowca złocistego w Szpitalu im. (...) w Ł. w trybie

art. 67 a i nast. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. , poz. 186).

(...) Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w dniu 25 kwietnia 2013 r. w sprawie (...)orzekła, że zdarzenie polegające na zakażeniu rany pooperacyjnej D. K. gronkowcem złocistym w trakcie jej pobytu w (...) Szpitalu (...) w Ł. w okresie od 8 września 2012 r, do 17 września 2012 r, jest zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67 a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (kserokopia orzeczenia k. 15-17).

Po ponownym rozpoznaniu sprawy na wniosek Szpitala, w dniu 9 lipca 2013 r. w (...) Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych ustaliła, że zdarzenie polegające na zakażeniu rany pooperacyjnej D. K. gronkowcem złocistym w trakcie jej pobytu w (...) Szpitalu (...) w Ł. w okresie od 8 września 2012 r, do 17 września 2012 r, jest zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67 a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (kserokopia orzeczenia k. 17-21).

D. K. ma 48 lat, prowadzi gospodarstwo odmowe z mężem i synem uczącym się w szkole średniej. Powódka otrzymuje rentę inwalidzką w wysokości 1243,88 zł miesięcznie. A. K. z tytułu wynagrodzenia za pracę uzyskuje 2540 ,65 zł miesięcznie (decyzje o waloryzuje renty k., 12 , 13, zaświadczenie k. 14, oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania k. 9-11).

Powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie powołanych dowodów, przede wszystkim dokumentacji medycznej i opinii biegłych: z zakresu chorób zakaźnych i neurochirurgii.

Postanowieniem z dnia 9 marca 2016 roku (k. 157 odw.) Sąd oddalił wnioski powódki o dopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłego neurochirurga oraz o dopuszczenie dowodu z opinii internisty na okoliczność aktualnego stanu zdrowia powódki, jako że co do skutków zakażenia gronkowcem wypowiedział się w sposób wyczerpujący biegły z zakresu chorób zakaźnych. Natomiast biegły neurochirurg w opinii pisemnej wyjaśnił, skąd mogło wziąć się przeświadczenie powódki, że podczas drugiego zabiegu w pozwanym szpitalu została jej usunięta kość czaszki . Odpowiedź na pytania zawarte w piśmie procesowym powódki z dnia 14 stycznia 2016 r. (k. 143) , nie leży w gestii biegłego z zakresu neurochirurgii , a nadto – biegła E. S. wypowiedziała się na rozprawie co do związku między zakażeniem gronkowcem a odchyleniami w badaniu neurologicznym . Okoliczność zaś , że w organizmie powódki nie ma już bakterii gronkowca, została przez powódkę przyznana podczas rozprawy z dnia 9 marca 2016 r. Celem postępowania dowodowego nie było zaś ustalenie ogólnego stanu zdrowia powódki, a jedynie ewentualnych następstwa zakażenia szpitalnego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu w części.

W niniejszej sprawie powódka wskazała, że dochodzone roszczenie o zadośćuczynienie wiąże z zakażeniem bakterią gronkowca oraz usunięciem kości czaszki podczas drugiej hospitalizacji w pozwanym szpitalu.

W związku z powyższym zasadność roszczenia należy rozważyć na podstawie przepisu art. 416 k.c. oraz art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. Pozwana placówka medyczna ma status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (odpis KRS, k. 76 – 81). Posiada więc – od chwili wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego – osobowość prawną. W sytuacji zaś, gdy pacjent w związku z leczeniem w takiej placówce ponosi szkodę w wyniku nie zapewnienia mu bezpiecznych warunków leczenia, pozwalających na uniknięcie zakażenia, należy zbadać czy doszło do niedopełnienia przez osoby zarządzające szpitalem i jego personel obowiązków zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swoich funkcji, które uzasadnia odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 416 k.c., a z racji relacji zwierzchnictwa i podporządkowania na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. (tak też wyrok SA w Poznaniu z 28 lutego 2013 r., I ACa 91/13, LEX nr 1314856).

Zgodnie z przepisem art. 416 k.c., osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu, w myśl zaś powołanego powyżej przepisu 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.

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. Przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnooorganizacyjnego. W konsekwencji, 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 czy też innego personelu medycznego. Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (tak też Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, LEX nr 526714).

Mając na uwadze powyższe, należy w niniejszej sprawie dokonać oceny, czy podczas hospitalizacji powódki miał miejsce zarzucany błąd organizacyjny zwierzchników Szpitala bądź zwinione działanie lub zaniechanie personelu Szpitala, a w nadto czy powódka doznała w wyniku tego zaniedbania szkody oraz czy istnieje związek przyczynowy między owym działaniem lub zaniechaniem a szkodą.

Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że do bakteryjnego zakażenia D. K. doszło na skutek działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia w pozwanym Szpitalu. Sąd miał w tym względzie na uwadze okoliczność, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między zaniedbaniami personelu medycznego a szkodą pacjenta wystarcza ustalenie wysokiego czy też przeważającego prawdopodobieństwa tegoż związku, nie zaś pewności (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1969, nr 7-8, poz. 155, z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, OSN 1968, nr 2, poz. 26, z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975/4/94, z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 1984/9/187, z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999/3/130, również SA w Poznaniu w wyroku z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX nr 186503). W takiej sytuacji ciężar wykazania innej, co najmniej równie lub bardziej prawdopodobnej, przyczyny zakażenia pacjenta obciąża stronę pozwaną. Pogląd powyższy, utrwalony w orzecznictwie, wynika z faktu praktycznej niemożliwości – ze względu na właściwości procesów biologicznych – przeprowadzenia dowodu bezpośredniego i uzyskania pewności konkretnego źródła i momentu zainfekowania organizmu człowieka. W takich przypadkach, gdy brak jest bezpośrednich środków dowodowych albo istnieją znaczne utrudnienia dowodowe dla wykazania faktu, a jednocześnie jego ustalenie jest możliwe przy zastosowaniu reguł logicznego rozumowania przy uwzględnieniu zasad wiedzy i doświadczenia życiowego, Sąd może posłużyć się konstrukcją domniemania faktycznego przewidzianego w przepisie art. 231 k.p.c. (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, LEX nr 274129, z dnia 2 grudnia 2010 r., I CSK 11/10, LEX nr 737365, z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825). Jednakże by ustalić w ten sposób związek przyczynowy, musi istnieć szereg okoliczności na związek ów wskazujących i w ten sposób czyniących go wysoce prawdopodobnym, a jednocześnie ustalone okoliczności muszą wskazywać na małe prawdopodobieństwo powstania szkody w wyniku innych czynników.

Ustalenia w kwestii przyczyny zakażenia powódki wymagały wiadomości specjalnych, dlatego w tym zakresie Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego – specjalisty chorób zakaźnych. Biegła sformułowała jednoznaczny wniosek, że zakażenie powódki było zakażeniem szpitalnym, a doszło do niego podczas hospitalizacji u pozwanego. Strona pozwana nie wykazała, by istniało wyższe prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w wyniku innych przyczyn. Mając na uwadze powyższe, Sąd ustalił, że powódka uległa zakażeniu w pozwanej placówce medycznej.

Nie ulega wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu

zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 947). Zgodnie z tym przepisem, na kierownikach podmiotów leczniczych oraz innych osobach udzielających świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują w szczególności: ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Niezależnie jednak od cytowanej normy, obowiązek zapewnienia pacjentom bezpiecznych warunków w trakcie hospitalizacji bądź korzystania z usług medycznych wynika również z podstawowych zasad etycznych. 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 czy bakterią. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów (por. wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., IVCR 118/83, OSNCP Nr 12/1983 poz. 201).

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że pozwana placówka medyczna winna podjąć działania uniemożliwiające powódce zakażenie bakterią gronkowca. Tymczasem u powódki doszło do zakażenia podczas pobytu w pozwanym szpitalu. Ze względów przedstawionych powyżej, ustalenie takiego źródła zakażenia przy spoczywającym na placówce obowiązku zapewnienia powódce bezpieczeństwa pobytu i procesu leczenia, stanowią wystarczającą podstawę dla przyjęcia, że doszło do zarzucanego, chociażby niezamierzonego, działania lub zaniechania personelu Szpitala względnie, niewłaściwej organizacji placówki, pozostających w związku przyczynowym z zakażeniem powódki. Jest to rodzaj winy organizacyjnej, którą należy przypisać pozwanemu Szpitalowi.

W konsekwencji zakażenia powódka doznała szkody niemajątkowej, tzw. krzywdy.

Podstawą materialnoprawną roszczenia powódki w zakresie zadośćuczynienia są przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwyciężenie ujemnych przeżyć. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku.

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia należnego powódce Sąd miał na względzie zakres doznanych przez nią cierpień, który oceniono jako umiarkowany. Wynikał on przede wszystkim z przedłużenia procesu leczenia. Bez wątplenia konsekwencją zakażenia powódki była konieczność ponownej hospitalizacji i przeprowadzenia dodatkowego zabiegu polegającego na oczyszczeniu rany pooperacyjnej w znieczuleniu ogólnym i antybiotykoterapii, co również wzmogło dyskomfort powódki powodując dodatkowy stres związany z kolejną procedurą medyczną. W związku z zakażeniem konieczne również było założenie powódce drenu i płukanie rany.

Z drugiej strony, Sąd wziął pod uwagę to, że choć doszło do zakażenia, to jednak nastąpiło ono w związku podjęciem operacji ratującej powódce życie, a powstaniu zakażenia sprzyjały takie czynniki ryzyka jak ponowny (trzeci) zabieg operacyjny polegający na zaklipsowaniu tętniaka i kraniotomii oraz konieczność nagłego podjęcia interwencji neurochirurgicznej oraz długi czas trwania operacji – czyli okoliczności niezależnie od pozwanego. Nie może umknąć

także, że zakażenia miało charakter powierzchowny, nie dotknęło tkanki kostnej ani mózgu. Nadto, po stwierdzeniu zakażenia, szybko i prawidłowo wdrożone leczenie, które zakończono sukcesem doprowadzając do wygojenia rany. W chwili obecnej powódka nie doświadcza żadnych skutków zakażenia. Istnienie związku między zakażeniem gronkowcem złocistym rany pooperacyjnej a doznawanymi obecnie przez powódkę dolegliwościami zostało wykluczone przez opiniujących w sprawie biegłych. Subiektywne odczucie powódki, że odczuwany dyskomfort jest bezpośrednim skutkiem zakażenia rany pooperacyjnej, nie może stanowić podstawy do przyznania zadośćuczynienia w żądanej wysokości .

Przeprowadzone w toku procesu postępowanie dowodowe nie potwierdziło zarzutu powódki odnośnie nieprawidłowego leczenia podczas drugiej hospitalizacji, w wyniku której usunięto powódce kości czaszki. Biegły z zakresu neurochirurgii w sposób kategoryczny odniósł się do tej okoliczności , podnosząc, że zabieg kraniotomii został wykonany zgodnie ze sztuką podczas pierwszego pobytu powódki w pozwanym szpitalu, wyłuszczył także dlaczego ubytek kości został zauważony przez powódkę później, po ustąpieniu obrzęku.

Mając na uwadze powyższe – uwzględniając z jednej strony umiarkowany zakres cierpień doznanych przez powódkę z drugiej zaś pozytywny wynik dotychczasowego leczenia i staranne postępowanie strony pozwanej wobec zaistniałego zakażenia – Sąd doszedł do przekonania, że odpowiednim w rozumieniu przepisu art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynieniem będzie kwota 20.000 złotych.

Sąd oddalił powództwo o zadośćuczynienie w zakresie dalszej kwoty 20.000 złotych jako wygórowane, o czym orzekł w punkcie drugim wyroku.

Oddaleniu podlegało również żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość – a to wobec całkowitego wyleczenia zakażenia i braku jakichkolwiek jego następstw dla zdrowia powódki.

Należne odsetki Sąd zasądził, zgodnie z żądaniem pozwu, opierając się na art. 481 § 1 k.c. Przepis ten stanowi, że jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, jeżeli nie spełnia tego świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne, a gdy termin nie jest oznaczony, jeżeli nie spełnia go niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela (art. 476 k.c.). Roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym stają się wymagalne dopiero po wezwaniu dłużnika do spełnienia świadczenia (tak SN w wyroku z dnia 9 marca 1973 r., I CR 55/73, niepubl.).

W przedmiotowej sprawie powódka przed wytoczeniem powództwa, nie zgłaszała szkody pozwanemu szpitalowi , a zatem stan opóźnienia zaistniał od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu , czyli od dnia 8 października 2014 r.

Powódka w niniejszej sprawie korzystała ze zwolnienia od kosztów sądowych w części ponad kwotę 800 zł (postanowienie k. 22-23). Na koszty procesu po jej stronie złożyły się: część opłaty od pozwu – 800 zł oraz koszty zastępstwa procesowego które Sąd ustalił na podstawie § 6 pkt 6 w zw. z § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490) na poziomie jednej stawki minimalnej w kwocie 3600 złotych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa (17 złotych).

Na koszty procesu po stronie pozwanej złożyły się koszty zastępstwa procesowego, które Sąd ustalił na poziomie jednej stawki minimalnej (3600 złotych) na podstawie § 2 ust. 1 i 2 w zw. z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 461)

W związku z powyższym, łącznie koszty procesu obu stron wyniosły 16.073 złotych, z czego stronę pozwaną – przy uwzględnieniu wyniku procesu – obciąża zaledwie 15 %.

W myśl art. 113 ust. 1 ustawy z 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. . – dalej powoływana jako u.k.s.c.) kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić, sąd w orzeczeniu kończącym obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją ku temu podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu.

Powódka została w niniejszym postępowaniu zwolniona od kosztów sądowych w części ponad kwotę 800 zł, nie miała zatem – na podstawie art. 96 ust.1 pkt 10 u.k.s.c. – obowiązku uiszczenia kosztów sądowych przewyższających ww. kwotę. Do kosztów sądowych, których powódka nie miała obowiązku uiścić, zaliczyć należy część opłaty od pozwu w kwocie 4200 złotych oraz koszty wydatków na opinie biegłych w łącznej kwocie 1139,38 złotych. Przy uwzględnieniu wyniku procesu, stronę pozwaną obciąża część nieuiszczonych kosztów sądowych w kwocie 800,85 złotych (15 % x 5338,98 zł).

W związku z powyższym, Sąd nakazał pobrać od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 800,85 złotych tytułem części nieuiszczonych kosztów procesu od uwzględnionego powództwa.

W pozostałej części nieuiszczone koszty sądowe obciążały powódkę. Jednakże w ocenie Sądu po stronie powódki zachodzą okoliczności pozwalające na wyjątkowe nie obciążenie powódki kosztami procesu ponad kwotę 600 złotych z tytułu części nieuiszczonych kosztów sądowych. W ocenie Sądu zastosowanie w tym zakresie znajduje przepis art. 102 k.p.c. i przewidziana w nim zasada słuszności, zgodnie z którą w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej kosztami w ogóle. Powódka pozostaje w trudnej sytuacji życiowej i majątkowej utrzymuje się jedynie z dochodów w kwocie rzędu 1240 złotych miesięcznie i jest osobą ciężko chorą. Nadto Sąd wziął pod uwagę, że niniejsze postępowanie dotyczy wyrównania szkody wynikającej z zakażenia bakterią gronkowca, skutkującego rozstrojem zdrowia, zaś powódka mogła mieć trudności z ustaleniem, jakie konsekwencje zdrowotne wynikają z tegoż zakażenia, a jakie z innych schorzeń, na które cierpi.

Mając na uwadze powyższe Sąd nakazał pobrać od D. K. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 600 złotych tytułem części nieuiszczonych kosztów procesu od oddalonego powództwa, zaś w pozostałej części nie obciążył powódki kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej od oddalonej części powództwa. Sąd kierował się w tej mierze tym, że powództwo uwzględnione zostało co do zasady.