

Sygn. akt I C 726/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 lipca 2016 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi, I Wydział Cywilny

w następującym składzie :

Przewodniczący : Sędzia SR Tomasz Kalsztein

Protokolant : Monika Miller

po rozpoznaniu w dniu 29 czerwca 2016 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa S. P. (1)

przeciwko Miejskiemu Centrum Medycznemu im. (...) J. w Ł.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. zasądza od powoda S. P. (1) na rzecz pozwanego Miejskiego Centrum Medycznego im. (...) J. w Ł. kwotę 2.400,00 zł (dwa tysiące czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu w całości;
3. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt I C 726/13

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 13 września 2013 r. powód S. P. (1), reprezentowany przez pełnomocnika w osobie adwokata, wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej III Szpital Miejski im. dr. K. J. w Ł. na rzecz powoda tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę kwoty 30.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 24 września 2012 r. do dnia zapłaty, ustalenie, że pozwany będzie ponosił odpowiedzialność za przyszłe, nie dające się w chwili obecnej ustalić, skutki zdarzenia oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż w dniu 21 stycznia 2010 r. podczas pobytu w Austrii powód S. P. (1) doznał otwartego złamania podudzia prawego. W miejscowej klinice został poddany hospitalizacji do 30 stycznia 2010 r. – przeszedł tam zabieg operacyjny i założono mu stabilizator zewnętrzny. W dniu 31 stycznia 2010 r. został przyjęty na Oddział (...) Urazowo – Ortopedycznej III Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł.. Powód opuścił szpital w dniu 5 lutego 2012 r. Od lutego 2010 do lipca 2010 był leczony w Poradni Urazowo – Ortopedycznej przy III Szpitalu Miejskim im. (...) w Ł.. Po hospitalizacji w (...) szpitalu rana nie goiła się prawidłowo. U powoda zidentyfikowano zakażenie pałeczką ropy błękitnej, do którego doszło podczas hospitalizacji powoda. Powód wskazał, iż do zakażenia doszło podczas usuwania naskórka z okolic rany pooperacyjnej, co personel medyczny pozwanego uczynił gołymi rękami, bez wcześniejszej dezynfekcji czy założenia rękawiczek. Konsekwencją zakażenia powoda było jego długotrwałe i bolesne leczenie.

/pozew k. 2 – 8/

Odpis pozwu został doręczony pozwanemu dnia 16 października 2013 r.

/potwierdzenie odbioru przesyłki przez pozwanego k. 216/

W odpowiedzi na pozew z dnia 4 czerwca 2014 r., złożonej na rozprawie tego dnia, pozwany III Szpital Miejski im. dr K. J. w Ł., reprezentowany przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, oświadczył, iż nie uznaje powództwa w całości i wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pisma pozwany wskazał, iż zaprzecza wszelkim twierdzeniom powoda poza wprost przyznanymi przez pozwanego. Pozwany przyznał, iż powód w dniach od 31 stycznia do 5 lutego 2010 r. został przyjęty do szpitala w trybie pilnym. Przy przyjęciu w trakcie badań stwierdzono m.in. sączenie surowicze z okolic wszczepów stabilizatora. Pozwany wskazał, iż w trakcie hospitalizacji powoda wykonano badania laboratoryjne, zastosowano leczenie zachowawcze, wycięto zmiany martwicze skóry na przednio – przyśrodkowej powierzchni podudzia prawego oraz zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową i przeciwbakteryjną z zachowaniem wszelkich procedur septycznych i higienicznych. W ocenie pozwanego leczenie i zabieg powoda były wykonane prawidłowo.

Pełnomocnik pozwanego wniósł również o zawiadomienie i wezwał do udziału w sprawie (...) S.A. – Oddział (...) w Ł. w trybie art. 84 k.p.c. z uwagi na fakt zawarcia przez pozwanego z (...) S.A. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

/odpowiedź na pozew z dn. 4.06.2014 r. złożona na rozprawie tegoż dnia k. 223 – 225/

Postanowieniem z dnia 4 czerwca 2014 r. wydanym na rozprawie Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi, Wydział I Cywilny, oddalił wniosek pełnomocnika pozwanego o dopuszczenie dowodu z zeznań świadków P. J., S. W., G. D. i B. R. jako spóźnione.

/protokół rozprawy z dn. 4.06.2014 r. k. 229 – 232/

Zarządzeniem z dnia 16 czerwca 2014 r., doręczonym dnia 25 czerwca 2014 r., (...) S.A. w W. został zawiadomiony o toczącym się postępowaniu, doręczono mu odpis pozwu z załącznikami i pismo złożone w dniu 17 czerwca 2014 r., oraz zobowiązano do złożenia w terminie 14 dni pisma z informacją czy wstępuje do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

/zarządzenie k. 236, potwierdzenie odbioru k. 245/

(...) S.A. w W. pismem z dnia 9 lipca 2014 r. poinformował, iż nie korzysta z prawa wstąpienia do procesu w charakterze interwenienta ubocznego.

/pismo k. 246/

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej III Szpital Miejski im. dr K. J. w Ł. zmienił nazwę na Miejskie Centrum Medyczne im. (...) w Ł..

/protokół rozprawy z dn. 23.11.2015 r. k. 322 – 325/

W dalszym toku postępowania strony podtrzymały dotychczas zajęte stanowiska.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 21 stycznia 2010 r. powód S. P. (1) podczas pobytu w Austrii w czasie jazdy na sankach wyrzucił się i doznał wieloodłamowego złamania kości goleniowej.

/dokumentacja medyczna ze szpitala (...) k. 20 – 35/

Powód bezpośrednio po wypadku został przewieziony do miejscowości S. im P., gdzie został poddany hospitalizacji w miejscowej klinice w dniach 21 stycznia 2010 r. – 30 stycznia 2010 r. Powód w austriackiej klinice w dniu 21 stycznia 2010 r. przeszedł zabieg operacyjny pod narkozą ogólną, opatrzone mu ranę i założono mu stabilizator zewnętrzny. W okresie okołoperacyjnym i pooperacyjnym stosowano środki przeciwzapalne i przeciwzakrzepowe, przy antybiotykoterapii stosowano C. 3x1,5 g. Pacjentowi zrobiono badania moczu, nie pobierano innych posiewów. Pacjenta wypisano ze szpitala z zaleceniem układania nogi do góry, regularnej pielęgnacji drutów, stosowania środków przeciwbólowych zależnie od potrzeby oraz profilaktyki przeciwzakrzepowej.

/dokumentacja medyczna ze szpitala (...) k. 20 – 35/

W dniu 31 stycznia 2010 r. powód został przyjęty na Oddział (...) Urazowo – Ortopedycznej III Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł. z rozpoznaniem złamania zmiążdżeniowego nasady i przynasady dalszej kości podudzia prawego po stabilizacji zewnętrznej w trakcie gojenia oraz zmian martwiczych skóry na przednio – przyśrodkowej powierzchni podudzia prawego. Przy przyjęciu stwierdzono obrzęk zastoinowy podudzia i stopy prawej, widoczny stabilizator zewnętrzny wielokierunkowy na stopie i podudziu fiksujący odłamy główne, zaopatrzoną chirurgicznie ranę na podudziu, a także sączenie surowicze z okolic wszczepów stabilizatora.

Powód został wypisany ze szpitala dnia 5 lutego 2010 r. po wycięciu zmian martwiczych na przednio – przyśrodkowej powierzchni podudzia prawego i leczeniu antybiotykami D. C., metronidazol oraz D., C. i K.. Powoda wypisano z zaleceniem kontroli w (...) w dniu 22.11. zmian opatrunków co 2 dzień z AgNO 3. Wystawiono receptę na D. C..

/dokumentacja medyczna z Oddziału (...) Urazowo – Ortopedycznej III Szpitala Miejskiego im. dr K. J. k. 36 – 43 v./

Dalsza opieka nad powodem odbywała się do sierpnia 2010 r. w Poradni (...) Urazowo – Ortopedycznej III Szpitala Miejskiego im. dr K. J., podczas której zmieniano opatrunki i wycinano martwicę na skórze podudzia. Nie następowała zadowalająca poprawa oraz nie obserwowano prawidłowego zrostu kości. W czasie leczenia w Poradni nie pobierano posiewów. W dniu 22 lutego 2010 r. zdjęto choremu szwy z częściowo wygojonej rany pooperacyjnej. Po dwóch miesiącach od wypadku, w dniu 24 marca 2010 r. opisano obecność ubytku na przedniej części rany pokrytej suchym strupem. W toku dalszych kontroli ambulatoryjnych dokonywano kolejnych nekrektomii, powstały ubytek goił się wtórnie przez ziarninowanie. W czerwcu 2010 r. zezwolono choremu na częściowe obciążanie kończyny.

/dokumentacja medyczna z Poradni (...) Urazowo – Ortopedycznej III Szpitala Miejskiego im. dr K. J. k. 44 – 52 v./

10 lipca 2010 r. pobrano pierwszy posiew z rany z którego wyhodowano P. aeruginosa wrażliwy na antybiotyki.

/raport z badania mikrobiologicznego powoda k. 55/

W okresie 13 – 24 września 2010 r. S. P. (2) przebywał w Oddziale Zapaleń Kości w Klinice (...) w O.. W czasie pobytu usunięto choremu wszczep aparatu stabilizujący stopę. Wypisano powoda do domu z zaleceniem zgłoszenia się do Kliniki po uzgodnieniu terminu. W dniu 23 września 2010 r. wykonano u chorego badanie angiograficzne, które uwidocznilo prawidłowy przepływ w tętnicach obwodowych lewej kończyny dolnej.

Chorego ponownie przyjęto do Kliniki w dniu 29 listopada 2010 r. W trakcie pobytu zamknięto ubytek tkanek miękkich podudzia płatem przesuniętym. Odłamy ustabilizowano aparatem K.. Wykonano posiew z ogniska zapalnego – wyhodowano P. aeruginosa wrażliwy na antybiotyki. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany i powoda w dniu 16 grudnia 2010 r. wypisano do domu z zaleceniem wykonywania wyuczonych ćwiczeń, chodzenia o kulach bez obciążania prawej kończyny dolnej, codziennej zmiany opatrunków z octeniseptem. Wystawiono recepty na ciprinol, fraxiparinę, venescin.

Ponownie przyjęto powoda do Kliniki w lutym 2011 r. Unieruchomiono kończynę w bucie ortopedycznym. Wypisano chorego do domu z zaleceniem oszczędzającego trybu życia, chodzenia w zaopatrzeniu ortopedycznym z odciążaniem kończyny, zmiany opatrunków na przetokę.

W czerwcu 2011 r. ponownie przyjęto powoda do Kliniki w O. z rozpoznaniem: staw rzekomy zakażony kości piszczelowej prawej. Usunięto pacjentowi aparat K., założono opatrunek gipsowy podudziowo – stopowy.

W lipcu 2011 r. ponownie przyjęcie chorego do Kliniki - dokonano kortykotomii kości piszczelowej, założono pacjentowi stabilizator zewnętrzny lizarowa.

Ponownie przyjęcie chorego w dniu 29 sierpnia 2011 r. – w miejsce przelomu podano czynnik wzrostu, skompresowano aparat. Wypisano chorego w dniu 13 września 2011 r. z zaleceniem chodzenia z obciążaniem kończyny, wykonywania opatrunków z octeniseptem. Wystawiono recepty na augmentin, trilac, fraxiparynę.

Ponownie oceny zrostu i podania czynnika wzrostu do stawu rzekomego dokonano w październiku i listopadzie 2011 r. i w styczniu 2012 r.

/dokumentacja powoda medyczna ze Szpitala K linicznego im. prof. A. G. w O. k. 56 – 191/

W marcu 2014 r. dokonano plastyki stawu rzekomego kości piszczelowej i zespolono odłamy prętem śródszpikowym. Podczas kontroli ambulatoryjnej w dniu 19 maja 2014 r. stwierdzono cechy postępującego zrostu w miejscu złamania.

/dokumentacja medyczna k. 243/

Z punktu widzenia specjalisty z zakresu chorób zakaźnych zakażenie szpitalne to takie, które nie występowało wówczas, gdy chory był przyjmowany do szpitala. Może ujawnić się w czasie pobytu szpitalnego jak i po wypisaniu do domu lub innego oddziału. Światowa Organizacja Zdrowia określa częstość zakażeń szpitalnych na około 9% wszystkich hospitalizowanych.

Źródłem zakażenia szpitalnego może być własna flora bakteryjna chorego lub środowisko zewnętrzne. W tym drugim przypadku zakażenie wyprzedza kolonizacja (zasiedlenie). Drobnoustroje kolonizujące mogą pochodzić ze środowiska szpitalnego. Zasiedlenie jest stanem równowagi między drobnoustrojem a makroorganizmem.

Zakażenia szpitalne szerzą się przez bezpośredni kontakt chorego z różnymi materiałami zakażonymi takimi jak instrumenty diagnostyczne – lecznicze, ale także przez ręce personelu. Zakażenia szpitalne wywołane bywają zarówno przez bakterie jak i wirusy, grzyby, pierwotniaki. Istotne znaczenie ma rodzaj lokalnej, charakterystycznej dla danego oddziału czy szpitala mikroflory bakteryjnej. Bywa ona zmienna. Ważne są badania bakteriologiczne przeprowadzane odpowiednio często w każdym oddziale i określenie wrażliwości na antybiotyki poszczególnych szczepów bakteryjnych oraz ustalenie źródeł ich przebywania. Zajmują się tym wyspecjalizowane zespoły ds. zakażeń szpitalnych pracujące w każdym szpitalu. W większości szpitali istnieją specjalne komórki epidemiologiczne zatrudniające lekarza i pielęgniarkę zajmujące się tylko tym problemem. Odpowiednio często przeprowadzane badania w oddziałach dotyczące zarówno sprzętu jak i personelu oddziałów pozwalają na ustalanie właściwych decyzji np. konieczności remontu, malowania, usprawnienia klimatyzacji, oświetlenia sposobów dezynfekcji i stosowania działań aseptycznych, badania personelu itp.

Na zakażenia szczególnie narażeni są pacjenci z cukrzycą, leczeni immunosupresyjnie, alkoholicy, chorzy po leczeniu p/nowotworowym, poparzeni, z marskością wątroby, noworodki, niemowlęta, starcy, chorzy z urazami wielonarządowymi. Najwięcej zakażeń szpitalnych notują oddziały intensywnej opieki medycznej, neurochirurgii, chirurgii. Najczęściej zakażenia szpitalne dotyczą dróg moczowych (30-40%), zapalenia płuc (17-31%) oraz ran (11-16%). Zakażenia ran operacyjnych, obecnie nazywane zakażeniem miejsca operowanego, najczęściej spowodowane są gronkowcem złocistym (18, 6%), enterokokami (12, 1%), pałeczką okrężnicy (11,5%).

Zagrożenie zakażeniem miejsca operowanego zależy od rodzaju rany. Rany czyste to jałowe rany operacyjne w okolicy nieobjętej zapaleniem i niedrażące do trzew - częstość rozwoju zakażenia 2%. Rany czyste skażone to rany operacyjne w jałowych operacjach, lecz połączone z otwarciem trzew np. żołądka lub pęcherzyka żółciowego - częstość zakażeń 3-4%. Rany skażone to rany w jałowo przeprowadzonych operacjach, lecz z rozlaniem zakażonej treści, lub rany urazowe, w których nie widać zabrudzenia - częstość zakażeń 10-15 %. Rany brudne są następstwem wnikięcia do ran operacyjnych dużej ilości treści zakażonej lub urazów z wyraźnym zabrudzeniem rany - częstość zakażeń 25-40%.

W ranach operacyjnych czystych skażenie rany drobnoustrojami następuje tylko w czasie zabiegu, kiedy rana jest otwarta. Po zszyciu rany inne działania nie stanowią zagrożenia. Dlatego niektóre oddziały nie stosują opatrunków jałowych na szczelnie zeszyte rany.

Rozpoznanie zakażenia miejsca operowanego musi spełniać jedno z kryteriów głównych i jeden z warunków przedstawionych poniżej:

Zakażenie miejsca nacięcia - Powierzchnowe

Kryterium główne - zakażenie rozwinęło się w okresie 30 dni od zabiegu operacyjnego, stan zapalny obejmuje tylko skórę lub tkankę podskórną w okolicy nacięcia

Warunki (przynajmniej jeden):

1. Występuje wyciek ropny w miejscu nacięcia,
2. Wyizolowano drobnoustrój z miejsca nacięcia w posiewie pobranym jałowo,
3. Występuje, co najmniej jeden z objawów klinicznych w okolicy rany: ból, tkliwość uciskowa, obrzęk, zaczerwienienie, zwiększone ucieplenie a lekarz otworzył ranę podejrzewając zakażenie,
4. Rozpoznanie zostało postawione przez lekarza zgodnie z jego doświadczeniem.

Zakażenie miejsca nacięcia - G.

Kryterium główne: Zakażenie rozwinęło się w okresie do 30 dni od zabiegu chirurgicznego, jeżeli nie stosowano sztucznych materiałów do implantacji lub w okresie do 1 roku, jeżeli wszczepiono implant. Stan zapalny dotyczy głębiej położonych tkanek miękkich w okolicy nacięcia.

Warunki (przynajmniej jeden):

1. Występuje ropny wyciek z głębszych warstw okolicy nacięcia,
2. Doszło do samoistnego otwarcia głębszych warstw rany, albo lekarz świadomie otworzył ranę oraz występuje, co najmniej jeden z następujących objawów: gorączka > 38°C, ból, tkliwość uciskowa,
3. Stwierdza się obecność ropnia w badaniu przedmiotowym albo w czasie reoperacji lub w badaniu histopatologicznym lub radiologicznym,
4. Rozpoznanie zostało postawione przez lekarza.

Zakażenie narządu/jamy operowanej

Kryterium główne: Zakażenie rozwinęło się w okresie do 30 dni od zabiegu operacyjnego, jeśli nie stosowano sztucznych materiałów i do 1 roku przy ich implantacji. Stan zapalny dotyczy narządu lub jamy/przestrzeni otwieranych lub naruszanych podczas zabiegu

Warunki (przynajmniej jeden):

1. Występuje wyciek ropny z narządu lub jamy albo przez niezależny kanał bezpośrednio z narządu lub jamy
2. Wyizolowano drobnoustrój z posiewu pobranego w warunkach aseptycznych bezpośrednio z narządu lub jamy
3. Stwierdza się obecność ropnia lub innych objawów stanu zapalnego w badaniu przedmiotowym lub podczas reoperacji lub w badaniu histopatologicznym lub radiologicznym
4. Rozpoznanie zostało postawione przez lekarza.

Rozpoznanie nie musi opierać się na wyniku badania mikrobiologicznego (zanieczyszczenia, wtórna kolonizacja, fałszywie dodatnie wyniki).

F. fizjologiczna skóry człowieka kształtuje się następująco: *S. epidermidis* - >85%, *S. viridans*, *C. sp.* (55%), *P. acnes*, *Candida*, *C. perfringens*, *A.*, *M. sp.*, *S. aureus* (20%).

W przypadku powoda w wyniku wypadku doszło do otwartego złamania wieloodłamowego kości podudzia prawego, co powoduje, iż rana była pierwotnie brudna. Wysoka możliwość dostania się do rany bakterii, które znajdowały się na skórze, ubraniu uszkodzonego istniała w trakcie samego wypadku jak i w czasie zabiegu operacyjnego z zainstalowaniem stabilizatora zewnętrznego. Pałeczka ropy błękitnej jest szeroko rozpowszechniona w przyrodzie. Może występować w wodzie, glebie, ściekach, powietrzu, roślinach, na owadach. Może kolonizować skórę człowieka, jelito grube, czasami drogi oddechowe. Lubi miejsca wilgotne. Istnieje także możliwość zakażenia tą bakterią w warunkach szpitalnych poprzez aparaturę.

Zakażenie tą bakterią może powodować powikłania po oparzeniach, ropienie ran operacyjnych, częściej zakażenia dróg oddechowych, dróg moczowych, opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów. Bakteria charakteryzuje się naturalną opornością na antybiotyki. Leczenie prowadzi się w oparciu o antybiogram. Nie zawsze wynik antybiogramu jest całkowicie wiążący.

Prawdopodobieństwo zakażenia w ranie brudnej wynosiło do 40%. Dodatkowo charakter złamania u powoda wymagał leczenia z użyciem materiałów metalowych, częściowo pozostających na zewnątrz. Sprzyja to także możliwości przeniesienia zakażenia ze skóry w głąb rany. W trakcie pobytu w pozwanym szpitalu powód nie miał zabiegu operacyjnego – wycięto tylko zmiany martwicze ze skóry podudzia, prawdopodobnie już zakażone. Pierwszy posiew został pobrany dopiero po 5 – 6 miesiącach, kiedy wyraźne było już ropne sączenie.

Zabiegi nieplanowane czasem mają ograniczone elementy służące zapobieganiu zakażeniom.

/opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. z dn. 10.10.2014 r. k. 259 – 264, uzupełniająca ustna opinia biegłej wydana na rozprawie w dn.24.02.2016 r. k. 333 – 336/

Z ortopedycznego punktu widzenia w wyniku wypadku w dniu 21 stycznia 2010 r. powód doznał otwartego, wieloodłamowego złamania dalszych przynasad kości podudzia prawego.

Rozpoznanie złamania otwartego oznacza kontakt kości ze środowiskiem zewnętrznym co predysponuje do jej zakażenia. Dodatkowym czynnikiem predysponującym do infekcji jest fakt słabego unaczynienia kości piszczelowej w tej okolicy oraz pokrycie jej tylko przez cienką tkankę podskórną i skórę. Powikłania tego typu złamania i w tym obszarze stawem rzekomym zakażonym są w ortopedii często spotykanym zjawiskiem i poważnym problemem leczniczym. Rodzaj szczepu wyhodowanych bakterii ma tutaj drugorzędne znaczenie. W sytuacji tkanki martwiczej, której obecność opisano już podczas pierwszego pobytu w Oddziale Ortopedycznym w Szpitalu im. (...) w Ł., dochodzi do wtórnego zakażenia początkowo tkanek powierzchniowych, a następnie kości. U powoda mogło to mieć miejsce na każdym etapie okresu powypadkowego, a więc już w Austrii, podczas transportu a także w Szpitalu im. (...).

Profilaktyka polega na zastosowaniu antybiotykoterapii, stabilizacji złamania i osłonięciu jałowym opatrunkiem miejsca uszkodzenia tkanek miękkich. U powoda wszystkie te warunki zostały spełnione, zatem nie można przypisać żadnego błędu w postępowaniu lekarskim na każdym etapie leczenia. Martwa tkanka stanowi dobre podłoże dla namnażania się bakterii i rozwoju zakażenia. Jednocześnie stanowi barierę dla przenikania antybiotyku do źle ukrwionej w tym miejscu kości.

Zakażenie kości jest poważnym powikłaniem złamania. Zakażenie determinuje proces leczenia i ma wpływ na jego wynik końcowy. Rozgraniczenie skutków wypadku i powikłań infekcją jest trudne i niemożliwe do precyzyjnej i rzetelnej oceny. U powoda było istotną przyczyną powikłań zrostu złamania - wytworzeniem się stawu rzekomego zakażonego, wtórnego skrócenia podudzia, usztywnienia stawu skokowego.

Gdyby złamanie nie zostało powikłane procesem ropnym to przy prawidłowym gojeniu i tak nieuchronnie doszłoby do ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i spowodowanej tym dysfunkcji lokomocyjnej. Nawet przy optymalnym przebiegu procesu zrostu ostateczny uszczerbek byłby nie mniejszy niż 10%. Uszczerbek związany tylko z powikłaniem infekcją wynosi 15%. Czas leczenia uległby skróceniu do 1 roku.

Cierpienia fizyczne powoda związane z przedmiotowym wypadkiem należy ocenić jako znaczne. Spowodowane były bólem towarzyszącym złamaniu, wielokrotnym zabiegom operacyjnym, a przede wszystkim długotrwałym procesem leczenia do marca 2014 r.

Trwały uszczerbek na zdrowiu związany z przedmiotowym wypadkiem wynosi 25%.

Pomoc osób trzecich w związku z przedmiotowym wypadkiem konieczna była w wymiarze 4 godzin dziennie w czasie pierwszych czterech miesięcy po wypadku i 3 godziny dziennie do maja 2014 r. Po tym czasie do chwili obecnej i nadal powód wymagał pomocy innych osób i nadal jej wymaga w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego w zakresie ok. 1 godziny dziennie.

/dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii J. F. z dn. 19.02.2015 r. k. 281 – 283, uzupełniająca opinia biegłego z dn. 16.05.2015 r. k. 303/

W dniu 19 lutego 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kontrolę Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii w III Szpitalu Miejskim im. dr K. J. w Ł.. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie nałożono mandatów karnych.

/protokół kontroli z dn. 19.02.2010 r. k. 341 – 343 v./

W dniu 3 marca 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kontrolę dokumentacji i wykonawstwa szczepień ochronnych przeciwężcowych w poradni chirurgicznej. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie nałożono mandatów karnych.

/protokół kontroli z dn. 3.03.2010 r. k. 344 – 345 v./

W dniu 31 marca 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kontrolę zabezpieczenia przeciwepidemicznego, stanu sanitarno – higienicznego, stanu czystości bieżącej oraz postępowania z odpadami medycznymi w celu kontroli uruchomienia po modernizacji Oddziału Klinicznego Neurologicznego z Pododdziałem Chorób Układu P. i Oddziałem Udarowym w III Szpitalu Miejskim im. dr K. J. w Ł.. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie nałożono mandatów karnych.

/protokół kontroli z dn. 31.03.2010 r. k. 346 – 347/

W dniu 22 czerwca 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kontrolę zabezpieczenia przeciwepidemicznego, stanu sanitarno – higienicznego, stanu czystości bieżącej oraz postępowania z odpadami medycznymi w celu kontroli uruchomienia po modernizacji części internistycznej Oddziału Chorób Wewnętrznych i

Kardiologii w III Szpitalu Miejskim im. dr K. J. w Ł.. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie nałożono mandatów karnych.

/protokół kontroli z dn. 22.06.2010 r. k. 348 – 349/

W dniu 4 sierpnia 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kontrolę zabezpieczenia przeciwepidemicznego, stanu sanitarno – higienicznego, stanu czystości bieżącej oraz postępowania z odpadami medycznymi w celu wydania opinii sanitarnej dla Oddziału (...) Neurologicznej w III Szpitalu Miejskim im. dr K. J. w Ł.. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie nałożono mandatów karnych.

/protokół kontroli z dn. 4.08.2010 r. k. 350 – 351/

W dniu 16 września 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kompleksową kontrolę pomieszczeń całego szpitala z uwzględnieniem odpadów medycznych, innych oraz komunalnych w III Szpitalu Miejskim im. dr K. J. w Ł.. Podczas kontroli stwierdzono zanieczyszczenia budowlane wokół budynku szpitala spowodowane trwającym remontem elewacji. Stan sanitarno – porządkowy nie budził zastrzeżeń w dniu kontroli. Na terenie szpitala prowadzone są również systematyczne remonty bieżących uchybień technicznych.

/protokół kontroli z dn. 16.09.2010 r. k. 356 – 357v./

W dniu 5 października 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kontrolę dokumentacji i wykonawstwa szczepień ochronnych przeciwężcowych w (...) Izbie Przyjęć w III Szpitalu Miejskim im. dr K. J. w Ł.. Podczas kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie nałożono mandatów karnych. Polecono opracować procedurę postępowania w przypadku skażenia materiałem biologicznym.

/protokół kontroli z dn. 5.10.2010 r. k. 352 – 353 v./

W dniu 6 października 2010 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w Ł. przeprowadził kontrolę zabezpieczenia przeciwepidemicznego, stanu sanitarno – higienicznego, stanu czystości bieżącej, postępowania z odpadami medycznymi oraz ocenę szpitala w zakresie systemu kontroli zakażeń szpitalnych w III Szpitalu Miejskim im. dr K. J. w Ł.. Podczas kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- w Oddziale C. – Ogólnym – duży zaciek na ścianie w salach 217 i 218,
- w Oddziale Chorób Wewnętrznych A – na korytarzu (obok dyżurki pielęgniarek), a magazynie sprzętu, na klatce schodowej prowadzącej do Oddziału – duży zaciek na ścianie,
- Oddział Rehabilitacyjny – zły stan sanitarno – techniczny całego Oddziału,
- Blok Operacyjny – w pomieszczeniach bloku płytki w złym stanie technicznym, powstające ubytki uzupełniane na bieżąco,
- Szpitalny Oddział Ratunkowy – brak procedury szybkiej diagnostyki przy podejrzeniu choroby zakaźnej, brak procedury powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym.

/protokół kontroli z dn. 6.10.2010 r. k. 354 – 355/

Stwierdzone przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ł. uchybienia w funkcjonowaniu III Szpitala Miejskiego im. (...) w Ł. nie miały wpływu na leczenie powoda. W przebiegu hospitalizacji powoda nie było mowy o zagrożeniu chorobą zakaźną.

/pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. z dn. 3.06.2016 r. k. 367 – 368/

W piśmie z dnia 5 września 2012 r. pełnomocnik powoda S. P. (1) zgłosił pozwanemu szkodę powoda doznaną wskutek zakażenia pałeczką ropy błękitnej po wypadku z dnia 21 stycznia 2010 r. wraz z wyznaczonym 14 – dniowym terminem do zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 60.000 zł, ewentualnie przesłania we wskazanym terminie zgłoszenia szkody wraz z załącznikami do zakładu ubezpieczeń, w którym pozwany szpital był objęty ubezpieczeniem. Wezwanie zostało doręczone pozwanemu dnia 7 września 2012 r.

/zgłoszenie szkody k. 13 – 15, potwierdzenie odbioru k. 16/

Pismem z dnia 5 grudnia 2012 r. powód wystąpił z wnioskiem o zawiązanie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej III Szpital Miejski im. dr K. J. w Ł. do próby ugodowej.

/wniosek o zawiązanie do próby ugodowej k. 17 – 19/

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo w niniejszej sprawie podlegało oddaleniu jako nieudowodnione.

Powód dochodził zasądzenia na jego rzecz zadośćuczynienia oraz ustalenia na przyszłość odpowiedzialności pozwanego szpitala w związku z zakażeniem pałeczką ropy błękitnej – według twierdzeń powoda – w pozwanym szpitalu, wobec nieprzestrzegania zasad higieny.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych statuuje art. 430 k.c., wprowadzając odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. W konsekwencji ustalenie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga ustalenia, iż nastąpiło powierzenie wykonania czynności na własny rachunek osobie podlegającej kierownictwu powierzającego, zawinione zachowanie podwładnego przy wykonywaniu powierzonych mu czynności, szkoda i związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem podwładnego a szkodą. Jakkolwiek więc na podstawie art. 430 k.c. szpital będący zwierzchnikiem może ponosić odpowiedzialność za wspomnianą szkodę, to jednak błąd medyczny nie rodzi zautomatyzowanej odpowiedzialności szpitala.

Elementem niezbędnym dla przypisania odpowiedzialności strony pozwanej jest adekwatny tj. pozostający w granicach normalnego powiązania kauzalnego, związek między zachowaniem lekarza a szkodą (por. wyrok Sądu Najwyższego z 17 czerwca 2009 r., IV CSK 37/2009, OSP 2010 r. Nr 9). Z uwagi na szczególny charakter błędu medycznego w braku pewnego dowodu, przyjmuje się, iż wystarczające jest wykazanie tylko z dostateczną dozą prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego (wyrok SN z dn. 17.06.1969 r. II CR 165/69, z dn. 11.10.1972 r. II PZ 288/72, z dnia 17/10.2007 r. II CSK 285/07, z dnia 5.04.2012 r. II CSK 402/11, SA w Ł. w wyroku z 10.06.2014; sygn. akt I ACa 1570/13; Lex 1477198). W orzecznictwie wskazuje się wręcz, iż w przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego (tak wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 19.06.2013; sygn. akt I ACa 727/12, LEX numer 1342295). Ocena postępowania zakładu leczniczego winna następować z zachowaniem miernika należytej staranności – art. 355 k.c. W procesie leczenia staranność taka wyraża się przede wszystkim w podejmowaniu czynności leczniczych w takich warunkach, które eliminować winny możliwość zakażenia innymi chorobami.

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.

W ocenie Sądu roszczenie powoda nie zasługiwało na uwzględnienie z uwagi na nie wykazanie przez niego, iż doznana przez niego szkoda w postaci zarażenia pałeczką ropy błękitnej pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z działalnością personelu medycznego Miejskiego Centrum Medycznego im. (...) w Ł..

W pierwszej kolejności odniesienia się wymagają zastrzeżenia pełnomocnika powoda do opinii biegłego sądowego E. S.. Wskazać należy, iż w orzecznictwie podkreśla się, iż z istoty i celu dowodu z opinii biegłego wynika, że jeżeli rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii biegłego jest koniecznością (SA w Ł. w wyroku z 18.07.2014 r., sygn. akt I ACa 112/14; Lex numer 1506226). Jeżeli zaś opinia biegłego jest prawidłowa, zaś odmienne ustalenia nie znajdują oparcia w pozostałym materiale dowodowym, sąd nie jest władny poczynić ustaleń sprzecznych z tą opinią. Wskazać również należy, iż wniosek o dopuszczenie kolejnego biegłego nie może zostać uwzględniony w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest dla strony niekorzystna (por. SA w P. w wyroku z 19.09.2013, sygn. akt I ACa 531/13; LEX numer 1372353), zaś potrzeba powołania innego biegłego musi wynikać z okoliczności sprawy, po uprzednim dokonaniu jej oceny przez Sąd.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, iż Sąd oddalił wniosek z opinii innego biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych nie znajdując zarzutów pełnomocnika powoda w przedmiocie niejasności kryteriów przyjętych przez biegłą przy ocenie możliwości ustalenia miejsca i czasu zakażenia powoda, czasu w jakim od momentu wystąpienia zakażenia są możliwe do zaobserwowania objawy oraz skutków zakażenia na funkcjonowanie człowieka, w tym na proces rekonwalescencji u powoda, zasadnymi. W ocenie Sądu sporządzona przez biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. opinia była rzetelna, kompletna i wiarygodna. Biegła, jakkolwiek wywód rozpoczęła od ogólnego wyjaśnienia specyfiki problemu, to jednak następnie na bazie tych informacji należycie oceniła skonkretyzowane zagadnienie powoda. Z tego względu Sąd opinii biegłej, jako wysoce profesjonalnej i noszącej walor pełnowartościowego źródła wiedzy specjalnej przyznał wiarę w całości. Jednocześnie wniosek pełnomocnika powoda podlegał oddaleniu jako zmierzający do przedłużenia postępowania i wyjaśnienia zagadnień wyjaśnionych już dostatecznie przez biegłego sądowego E. S..

Na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej oraz dowodu z opinii obu biegłych sądowych – z zakresu chorób zakaźnych i z zakresu ortopedii – Sąd ustalił, iż powód doznał szkody w postaci otwartego, wieloodłamowego złamania dalszych przynasad kości podudzia prawego. Powód wywodzi, iż do zakażenia pałeczką ropy błękitnej doszło podczas hospitalizacji bądź leczenia ambulatoryjnego w pozwanym szpitalu. W ocenie Sądu okoliczność ta jest nieudowodniona. W sprawie bezspornym jest, iż do złamania doszło w styczniu 2010 r. w Austrii podczas pobytu powoda na urlopie, podczas jazdy na sankach. Powód następnie został przetransportowany do miejscowego szpitala, gdzie wykonano operację, a następnie po tygodniowej hospitalizacji przetransportowany do Polski i dalej hospitalizowany i leczony w pozwanym szpitalu. Wskazać należy, iż z opinii biegłego sądowego E. S. wynika, iż możliwości zarażenia się pałeczką ropy błękitnej są niezwykle szerokie, bowiem pałeczka jest szeroko rozpowszechniona w przyrodzie - może występować w wodzie, glebie, ściekach, powietrzu, roślinach, na owadach, na skórze człowieka, w jelicie grubym, a czasami w drogach oddechowych. Istnieje także możliwość zakażenia tą bakterią w warunkach szpitalnych poprzez aparaturę. Sąd przychylił się do stanowiska biegłej, iż z uwagi na okoliczność, iż powód doznał złamania wieloodłamowego otwartego, narażenie na zakażenie pałeczką ropy błękitnej istniało już od chwili samego wypadku, albowiem rana była pierwotnie brudna. Do rany mogły się dostać bakterie zarówno występujące w ziemi, z którą powód miał kontakt, jak na ubraniach, ciele powoda czy też austriackich ratowników medycznych i lekarzy. Równie wysokie prawdopodobieństwo zakażenia istniało w trakcie zabiegu operacyjnego z zainstalowaniem stabilizatora zewnętrznego również przeprowadzonego w Austrii oraz następnie podczas transportu do Polski i leczenia w kraju. Ustalenie zakażenia pałeczką ropy błękitnej nastąpiło dopiero w lipcu 2010 r., a więc po pobycie powoda we wszystkich tych miejscach z których hipotetycznie każde mogło być miejscem zakażenia. Co więcej, z opinii obu biegłych wynika, iż najbardziej prawdopodobnym miejscem zakażenia pałeczką ropy błękitnej jest bądź samo miejsce wypadku z dnia 21 stycznia 2010 r. bądź klinika w Austrii, gdzie przeprowadzono operację. Opinia biegłych w tym zakresie potwierdzona jest zarówno klinicznym okresem rozwoju zakażenia pałeczką ropy błękitnej jak i stwierdzeniem przy przyjęciu do pozwanego szpitala sączenia surowiczego z rany powoda, które to sączenie stanowić mogło z dużym prawdopodobieństwem jedną z pierwszych oznak zakażenia.

Powód wskazywał, iż do zakażenia doszło wskutek działań lekarzy pracujących w pozwanym szpitalu podjętych w niehigienicznych warunkach. Powód jednocześnie nie zdołał wykazać prawdziwości swych twierdzeń w tym względzie, w szczególności nie udowodnił, iż dochodziło do zabiegów z jego udziałem, podczas których lekarze posługiwali się niesterylizowanymi narzędziami, bądź też których dokonywali bez jednorazowych rękawiczek czy mycia rąk. Powód nie wykazał również, aby ogólnie panujące w pozwanym szpitalu zwyczaje i warunki higieniczne były takie, które uzasadniałyby możliwość zakażenia pałeczką ropy błękitnej. Dowodu takiego nie stanowią przedstawione na wniosek powoda przez pozwanego protokoły z kontroli Powiatowej Inspekcji Sanitarnej z roku w którym rzekomo doszło do zakażenia. Jakkolwiek bowiem z protokołów tych wynikają drobne nieprawidłowości w działalności szpitala z punktu widzenia sanitarnego, to jednak po pierwsze nieprawidłowości te nie zbiegają się czasowo z okresem korzystania przez powoda z usług szpitala, a nadto z uzupełniającej opinii biegłego E. S. wynika, iż pozostają one bez wpływu na możliwość zakażenia pałeczką ropy błękitnej.

W ocenie Sądu zatem pomiędzy datą zdarzenia szkodzącego w postaci wypadku w Austrii a wykryciem zakażenia nastąpiło tak wiele zdarzeń pośrednich narażających powoda na zarażenie, iż ustalenie powodu zakażenia wyłącznie w oparciu o ogólnie jedynie zaniedbania szpitala pozwanego stałoby w sprzeczności z koniecznością ustalenia adekwatnego związku przyczynowego. Reasumując zatem Sąd po wszechstronnym rozważeniu okoliczności sprawy doszedł do przekonania, iż powód nie zdołał wykazać istnienia związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem pałeczką ropy błękitnej a warunkami leczenia w pozwanym szpitalu, z uwagi na co powództwo podlegało oddaleniu.

Uwzględniając powyższe wskazać należy, iż Sąd w pełnej rozciągłości przychylił się do opinii biegłego sądowego E. S. w zakresie stwierdzenia, iż krótkotrwały pobyt szpitalny u pozwanego wydaje się miejscem bardzo mało prawdopodobnym do spowodowania zakażenia miejsca złamania i pourazowego zapalenia kości podudzia prawego. Najbardziej prawdopodobne jest zakażenie w chwili wypadku i w pierwszym szpitalu leczącym chorego.

Konkludując, w ocenie Sądu powód nie wykazał istnienia związku przyczynowego pomiędzy doznaną przez niego szkodą a działaniem pozwanego szpitala, co powodowało, iż powyższe powództwo podlegało oddaleniu w całości.

O kosztach postępowania Sąd rozstrzygnął zgodnie z wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, obowiązkiem ich zwrotu na rzecz pozwanego jako wygrywającego sprawę w całości obciążając powoda. Do poniesionych przez pozwanego kosztów postępowania należały zaś koszty zastępstwa procesowego radcy prawnego w wysokości 2.400 zł ustalone w oparciu o § 6 pkt 5) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 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 (Dz.U.2013.490 j.t. wraz z późn. zm.).

O nieuiszczonych kosztach postępowania tymczasowo kredytowanych przez Skarb Państwa Sąd orzekł na podstawie art. 113 ust. 4 u.k.s.c. nie obciążając nimi powoda. Komentowany przepis przewiduje zasadę słuszności, zgodnie z którą w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może nie obciążać strony przegrywającej nieuiszczonymi kosztami postępowania. W tym względzie Sąd dokonuje dyskrecjonalnej oceny czy zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek przewidziany w ww. przepisach. Uznaje się, iż za odstępniem od obciążenia strony przegrywającej kosztami przemawia m.in. okoliczność, iż strona przegrywająca znajduje się w wyjątkowo trudnej sytuacji majątkowej, wytaczając powództwo była subiektywnie przeświadczona o słuszności dochodzonego roszczenia, zaś strona wygrywająca nie poniosła dodatkowych nakładów na prowadzenie procesu z uwagi na korzystanie ze stałej obsługi prawnej (por. wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 maja 2015 r., I ACa 51/15, LEX nr 1734657).

W ocenie Sądu charakter niniejszej sprawy przemawia za odstępniem od obciążenia powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi, o czym Sąd orzekł w punkcie 3. wyroku.