

Sygn. akt I C 1156/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 09 maja 2018 roku

Sąd Okręgowy w Płocku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Łukasz Wilkowski
Protokolant:	st. sekr. sąd. Justyna Wieteska

po rozpoznaniu w dniu 27 kwietnia 2018 roku w Płocku na rozprawie

sprawy z powództwa Z. K.

przeciwko (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. oraz Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą w M.

o zadośćuczynienie w kwocie 200.000,00 zł i ustalenie

I. zasądza od pozwanych (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w M. na rzecz powoda Z. K. kwotę 100.000,00 zł (sto tysięcy złotych) wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 17 maja 2017 roku do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, iż zapłata przez jednego z pozwanych, zwalnia drugiego pozwanego oraz zasądza od pozwanego (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz powoda Z. K. odsetki ustawowe liczone od kwoty 50.000,00 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych) od dnia 06 lutego 2013 roku do dnia 16 maja 2017 roku;

II. oddała powództwo w pozostałym zakresie;

III. nakazuje pobrać od pozwanych (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w M. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Płocku kwoty po 3.747,58 zł (trzy tysiące siedemset czterdzieści siedem złotych pięćdziesiąt osiem groszy) tytułem zwrotu części opłaty sądowej od pozwu, której obowiązku uiszczenia nie miał powód oraz zwrotu części wydatków poniesionych tymczasowo z sum budżetowych;

IV. nakazuje pobrać od powoda Z. K. z zasądzonego na jego rzecz w punkcie I. sentencji niniejszego wyroku roszczenia na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Płocku kwotę 7.495,17 zł (siedem tysięcy czterysta dziewięćdziesiąt pięć złotych siedemnaście groszy) tytułem zwrotu części opłaty sądowej od pozwu, której obowiązku uiszczenia nie miał powód oraz zwrotu części wydatków poniesionych tymczasowo z sum budżetowych;

V. znosi w pozostałym zakresie koszty procesu między stronami.

Sygn. akt I C 1156/17

UZASADNIENIE

Powód Z. K. przed Sądem Rejonowym w Mławie wniósł w dniu 15 lipca 2013 r. o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 50.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z zakażeniem rany pooperacyjnej wraz z ustawowymi odsetkami, liczonymi od dnia 6 lutego 2013 r. do dnia zapłaty, a nadto kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wraz ze zwrotem opłat skarbowych od udzielonych pełnomocnictw. W uzasadnieniu wskazał, że w dniu 7 czerwca 2012 r., grając w piłkę nożną na boisku, uległ wypadkowi, w którym doznał wieloodłamowego, otwartego złamania kości piszczelowej lewej oraz złamania strzałki lewej. Tego dnia został przewieziony do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w M., gdzie na Oddziale Chirurgicznym dokonano otwartego nastawienia złamania z wewnętrzną stabilizacją kości piszczelowej oraz kości strzałkowej. Następnie, w dniu 21 czerwca 2012 r. powtórnie wykonano u powoda zabieg otwartej repozyycji z wewnętrzną stabilizacją kości. W dniu 6 lipca 2012 r. powoda wypisano do domu z zaleceniami kontroli w (...), zakazem obciążania operowanej kończyny oraz zaleceniem stosowania profilaktyki zakrzepowo – zatorowej. Po opuszczeniu szpitala, z upływem tygodnia, powód zauważył powiększanie się rany oraz wyciek. W dniu 30 lipca 2012 r. powód ponownie trafił do SPZOZ w M., gdzie na podstawie wymazu z rany stwierdzono u niego istnienie bakterii: gronkowca złocistego, pałeczki okrężnicy, tlenowych pałeczek Gram (-) z rodziny Enterobacteriaceae oraz pałeczek jelitowych Klebsiella. Wobec powoda zastosowano antybiotykoterapię, dokonano usunięcia zespolenia wewnętrznego kości piszczelowej i strzałkowej oraz wycięcia martwiaka tychże kości. Podczas pobytu powoda w szpitalu, w dniu 20 sierpnia 2012 r., na podstawie dodatkowych badań, stwierdzono występowanie u niego szczepów bakterii paciorkowca kałowego oraz patogenu alarmowego gatunku Gram (-) bakterii z rodziny Moraxellaceae. Powód opuścił szpital w dniu 7 września 2012 r. z zaleceniami chodzenia o kulach, nieobciążania operowanej kończyny oraz kontroli w Poradni Urazowej po upływie tygodnia. Mimo zastosowanej antybiotykoterapii, rana powoda nie goiła się, zaś negatywne skutki zakażenia przybrały postać zapalenia kości oraz martwicy skóry. W dniu 24 września 2012 r. powód został przyjęty do (...) Publicznego Szpitala (...) im. prof. A. G. (...) W. Kliniki (...) na Oddział Zapaleń Kości, gdzie stwierdzono u niego zapalenie kości podudzia lewego z masywnym ubytkiem oraz martwicą skóry, a także istnienie szczepów bakterii pałeczek jelitowych Klebsiella oraz pałeczki okrężnicy. W dniu 10 października 2012 r. dokonano wycięcia części blizn przyśrodkowych powierzchni lewej goleni, głębokiego wycięcia kości piszczelowej, rewizji jamy szpikowej, usunięcia śruby, płytki skórno – powięziowym płatem śmigłowym opartym na perforatorze naczyń piszczelowych tylnych oraz przeszczepu pełnej grubości z przyśrodkowej powierzchni prawego uda. W dniu 25 października 2012 r. powód został wypisany ze szpitala z odpowiednimi zaleceniami. Pozostaje pod stałą opieką tejże placówki. Powód zgłosił szkodę pozwanemu. W dniu 5 lutego 2013 r. pozwany wydał decyzję odmawiającą wypłaty zadośćuczynienia na rzecz powoda. Pismem z dnia 2 lipca 2013 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia, zakreślając termin do zapłaty na dzień 10 lipca 2013 r. Ze względu na brak reakcji pozwanego, powód wytoczył niniejsze powództwo. Według powoda zarówno czas ujawnienia się zakażenia powyższymi szczepami bakterii, jego charakter oraz miejsce wskazują, że doszło do niego w czasie hospitalizacji na Oddziale Chirurgicznym SPZOZ w M. w okresie od 7 czerwca do 6 lipca 2012 r., a co najbardziej prawdopodobne podczas zabiegu operacyjnego zespolenia kości w dniu 7 czerwca 2012 r. oraz 21 czerwca 2012 r. Zakwestionował stanowisko wyrażone przez pozwanego w decyzji z dnia 5 lutego 2013 r., iż kontakt odłamów kostnych ze światem zewnętrznym stwarza zagrożenie i w zasadzie pewność zakażenia tkanki kostnej bakteriami z zewnątrz, uznając je za absurdalne i pozostające w sprzeczności z obecnym stanem wiedzy medycznej. Podniósł, że wysoce prawdopodobnym jest, że doszło do zakażenia szpitalnego, z winy personelu medycznego SPZOZ w M.. Tymczasem poprawnie przeprowadzony zabieg operacyjny, zgodnie z zasadami aseptyki, z uwzględnieniem osłabienia organizmu pacjenta i rozległości obrażeń, nie może prowadzić do zakażenia rany operacyjnej. Jednocześnie zaakcentował, że w danym przypadku, stosownie do treści art. 361 § 1 k.c. i orzecznictwa, nie można stawiać wymagania, aby istniał pewny i bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy pobytem powoda w szpitalu a doznany zakażeniem, lecz można mówić o wysokim prawdopodobieństwie wysokiego ryzyka. Nadto powód wskazał, że zakażenie rany pooperacyjnej bardzo negatywnie wpłynęło nie tylko na jego stan zdrowia fizycznego, ale także psychicznego. Z osoby prowadzącej aktywny tryb życia stał się człowiekiem prowadzącym osiadły tryb życia, zmniejszyła się jego aktywność na polu rodzinnym i społecznym, wywarło to także negatywny wpływ na jego samoocenę. Leczenie zakażenia wiąże się dla powoda z kolejnymi wyrzeczeniami oraz bólem wynikającym z konieczności przeprowadzenia ponownego zabiegu w okolicach wcześniej operowanych. Jako podstawę swojego roszczenia powód wskazał art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. (pозew – k. 4 – 16).

Pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew z dnia 19 listopada 2013 r. (data wpływu) wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazał, że pozwany zawarł z SPZOZ w M. umowę ubezpieczenia OC. Odpowiedzialność ubezpieczyciela oparta jest na zasadzie winy, co oznacza, że muszą być spełnione obiektywne i subiektywne elementy winy, wynikające z art. 415 k.c. Element obiektywny stanowi bezprawność zachowania się sprawcy, czyli zachowanie niezgodne z porządkiem prawnym, zaś element subiektywny polega na winie umyślnej lub na niedbalstwie. Powód nie wykazał, że pozwany jest zobowiązany do zapłaty żądanej kwoty w związku z zawartą umową ubezpieczenia. Z ostrożności procesowej pozwany podniósł, iż żądana kwota zadośćuczynienia jest rażąco wysoka (odpowiedź na pozew – k. 65 – 66).

Z kolei w piśmie z dnia 3 grudnia 2013 r. (data wpływu) pozwany podniósł, iż przed wydaniem decyzji w sprawie zasadności roszczeń powoda zasięgnął opinii w zakresie ewentualnej winy zakładu medycznego ubezpieczonego w zakresie odpowiedzialności cywilnej, która to opinia dawała podstawę do twierdzenia, że po stronie ubezpieczonego nie doszło do działania lub zaniechania uzasadniającego odpowiedzialność ubezpieczeniową (pismo – k. 81).

Pismem z dnia 30 października 2015 r. (data wpływu) powód rozszerzył powództwo, wniósł o zasądzenie na jego rzecz zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty 50.000 zł od dnia 6 lutego 2013 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 150.000 zł od dnia wniesienia niniejszego pisma do dnia zapłaty, a nadto kosztów procesu według norm prawem przepisanych. W uzasadnieniu powód wskazał, iż zgodnie z opinią biegłego z zakresu chorób zakaźnych w trakcie pobytu powoda w SPZOZ w M. doszło do zakażenia typowo szpitalnymi drobnoustrojami o alarmowym patogene. Bakterie te zostały wprowadzone do rany podczas zabiegów medycznych powoda. Nadto, zgodnie z twierdzeniami biegłego, miały miejsce nieprawidłowości w zakresie aseptyki, higieny, właściwej organizacji pracy szpitala, a także niewłaściwe stosowanie antybiotykoterapii u powoda. Powód podniósł, że poza doprowadzeniem do zarażenia powoda bakteriami patogennymi, ubezpieczony szpital nie zapewnił powodowi bezpieczeństwa w okresie hospitalizacji (pismo – k. 468 – 475).

Pismem z dnia 8 kwietnia 2016 r. (data wpływu) powód rozszerzył powództwo, wnosząc o ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej za skutki zakażenia powoda na przyszłość. Nadto powód wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego SPZOZ w M. (pismo – k. 494 – 496).

Postanowieniem z dnia 12 kwietnia 2016 roku Sąd Rejonowy w Mławie wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego SP ZOZ w M. (k. 512).

Pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w M. w odpowiedzi na pozew z dnia 29 kwietnia 2016 r. (data wpływu) przyłączył się do stanowiska pozwanego (...) S.A. z s. w W. (odpowiedź na pozew – k. 515).

Postanowieniem z dnia 16 maja 2017 r., sygn. akt I C 721/13, Sąd Rejonowy w Mławie stwierdził swoją niewłaściwość i sprawę przekazał do rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Płocku (postanowienie – k. 552).

Do końca procesu strony nie zmieniły swoich stanowisk.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Z. K. w dniu 7 czerwca 2012 r. uległ wypadkowi podczas gry w piłkę nożną na boisku, w wyniku którego doznał otwartego złamania wieloodłamowego trzonu kości piszczelowej lewej oraz złamania strzałki lewej. Tego samego dnia o godzinie 21:45 został przywieziony ambulans na Szpitalny Oddział Ratunkowy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w M. (dalej: Szpital w M.). Następnie ok. godziny 22.10 trafił na Oddział Chirurgiczny. Tego samego dnia, ok. godziny 23:30 wykonano u niego zabieg operacyjny repozycji złamania. Przebieg zabiegu nie został opisany w historii choroby. W profilaktyce okołoperacyjnej u powoda zastosowano od dnia 7 czerwca 2012 r. antybiotyk Tarfazolin w dawce 3x 1,0 g, którego podawanie kontynuowano do 10 czerwca 2012r. Po tym dniu antybiotyków w leczeniu nie stosowano. Z zapisów widniejących w karcie zmiany opatrunków wynika, iż rana pooperacyjna goiła się źle. Już od drugiej doby występował wysięk surowiczo-krwisty oraz martwicze pęcherze i obrzęk

kończyny. Stan miejscowy pogorszył się znacznie po 11 czerwca 2012 r. Od 19 czerwca 2012 r. zaobserwowano u powoda martwicę skóry, nadal utrzymywał się wysięk surowiczo - krwisty. W dniu 21 czerwca 2012 r. wykonano ponowny zabieg otwartego nastawienia złamania w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Okołooperacyjnie, również jak podczas pierwszego zabiegu, stosowano Tarfazolin przez 3 dni. Nie jest jasne, jaka była przyczyna wykonania powtórnego zabiegu. Podczas tego pobytu w Szpitalu nie wykonywano badań bakteriologicznych. Powód opuścił Szpital w M. w dniu 6 lipca 2012 r. Został wypisany z niewygojoną raną, z wysiękiem i niewielką martwicą. Zalecono kontrolę w poradni ortopedycznej. Kontrole takie odbyły się w dniach: 12 i 23 lipca 2012 r. Zapisy porad ambulatoryjnych w dokumentacji medycznej są całkowicie nieczytelne. Uniemożliwia to stwierdzenie jak wyglądał stan miejscowy rany pooperacyjnej oraz jakie konkretnie objawy doprowadziły do skierowania pacjenta ponownie do szpitala celem dalszego leczenia (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 452 – 465, dokumentacja medyczna – k. 218 – 410, opinia uzupełniająca z zakresu chorób zakaźnych – k. 563 - 570).

Ponowna hospitalizacja w tej samej placówce medycznej nastąpiła w dniach 30 lipca 2012 r. – 7 września 2012 r. Przy przyjęciu stwierdzono u powoda obrzęk, bolesność i ograniczenie ruchomości stawu skokowego w okolicy nasady dalszej podudzia lewego. W badaniu przedmiotowym w historii choroby nie odnotowano wycieku z rany, choć wysięk ten pobrano na posiew. W dniu 30 lipca 2012 r. wykonano u powoda badanie bakteriologiczne wymazu z rany. Wyniki wskazały na występowanie u powoda czterech drobnoustrojów: staphylococcus aureus, enterobacter cloacae, tj. bakterię będącą patogenem alarmowym, escherichia coli oraz Klebsiella oxytoca, tj. bakterię będącą patogenem alarmowym. W dniu 31 lipca 2012 r. powód przebył zabieg operacyjny usunięcia zespoleń wewnątrzkości piszczelowej strzałkowej, wycięcia martwiaka oraz przeszczepu skóry pełnej grubości w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Niniejszy zabieg nie został opisany w historii chorób. W kolejnym badaniu bakteriologicznym, przeprowadzonym w dniu 20 sierpnia 2012 r., wyhodowano następujące drobnoustroje: enterococcus faecalis, acinetobacter baumannii, tj. patogen z grupy bakterii uznanych za alarmowe, enterobacter cloacae oraz staphylococcus aureus. W dniu 6 września 2012 r. z kolei, dzień przed wypisaniem powoda ze szpitala, stwierdzono występowanie u niego bakterii enterococcus faecalis. Powoda wypisano ze szpitala w dniu 7 września 2012 r. z niewielkim wysiękiem z rany, nie zalecano przyjmowania żadnych antybiotyków, zalecono leczenie przeciwniezapalne oraz kontrolę w poradni ortopedycznej (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 452 – 465, dokumentacja medyczna – k. 218 – 410, opinia uzupełniająca z zakresu chorób zakaźnych – k. 563 - 570).

Rana na nodze powoda nie goiła się, powodując ból i nieprzyjemny zapach. W związku z tym w dniu 24 września 2012 r. powód trafił do Szpitala (...) im. prof. A. G. w O. do oddziału zapaleń kości z powodu zapalenia kości podudzia lewego, gdzie przebywał do 25 października 2012 r. W dniu 10 października 2012 r. wykonano zabieg operacyjny wycięcia blizn przyśrodkowej powierzchni lewej nogi, głębokiego wycięcia kości piszczelowej z rewizją jamy szpikowej, usunięciem materiału zespalającego i plastyką skórno – powięziową rany. Podczas hospitalizacji przeprowadzono badanie bakteriologiczne z materiału pobranego z rany w dniu 10 października 2012 r.. Dokonano identyfikacji z posiewu bakterii Klebsiella oxytoca i Enterobacter cloacae z posiewu materiału z rany (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 452 – 465, dokumentacja medyczna – k. 218 – 410, opinia uzupełniająca z zakresu chorób zakaźnych – k. 563 - 570).

Następnie, w dniu 18 marca 2013 r. powód ponownie trafił do szpitala w O., gdzie przebywał do dnia 26 marca 2013 r. Nie wykonywano u niego żadnych zabiegów operacyjnych, ograniczając się do leczenia zachowawczego i rehabilitacji. W dniu 19 marca 2013 r. 2013 r. pobrano wymaz z lewego podudzia, rana pooperacyjna była wówczas w całości wygojona, tym samym powód wyleczył się z zakażenia. Z posiewu wyhodowano bakterię Staphylococcus aureus. Nie stosowano jednak terapii antybiotykowej (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 452 – 465, dokumentacja medyczna – k. 218 – 410, opinia uzupełniająca z zakresu chorób zakaźnych – k. 563 - 570).

Uraz, jakiego doznał w dniu 7 czerwca 2012 r. powód, a zatem taki, w którym odłamy kości przerywają ciągłość skóry, jest obarczony wysokim prawdopodobieństwem wnikięcia zakażenia do rany. Jedynie szybkie i dokładne postępowanie medyczne polegające na oczyszczeniu i wypłukaniu rany z ewentualnych ciał obcych, repozycji kości oraz odtworzeniu fizjologicznej bariery tkanki podskórnej i skóry, przy zastosowaniu antybiotykoterapii, może doprowadzić do skutecznego zatrzymania procesu infekcyjnego. Szybkość działania medycznego przy złamaniu

otwartym jest bardzo istotna celem ograniczenia możliwości wystąpienia powikłania w postaci zaistnienia stanu zapalnego w miejscu urazu. Jak wynika z analizy dokumentacji medycznej, od przyjęcia pacjenta do Szpitala w M. do wykonania zabiegu operacyjnego repozycji zaopatrzenia złamania upłynęło mniej niż dwie godziny. Działanie personelu medycznego placówki w zakresie leczenia ostrego złamania kończyny dolnej było prawidłowe, szybkie. Podobnie prawidłowo zastosowano u powoda antybiotykoterapię w profilaktyce okołoperacyjnej. Szybkie postępowanie medyczne nie zapobiegło jednak wystąpieniu powikłań w postaci zakażenia bakteryjnego rany pooperacyjnej. Zakażenie to występowało w okresie 30 dni od operacji, jego wystąpienie można było stwierdzić już w kilka dni od pierwszego zabiegu na podstawie objawów w postaci utrzymującego się wysięku surowiczokrwistego, martwiczych pęcherzy, wzmożonego ucieplenia i obrzęku kończyny. Nadto zakażenie obejmowało głębiej położone tkanki miękkie w okolicy cięcia. Występował również martwiak kości. Zakażenie rany pooperacyjnej u powoda miało złożony charakter. Spowodowały je następujące drobnoustroje: ***Staphylococcus aureus***, ***Enterobacter cloacae***, tj. bakteria będąca szczepem typowo szpitalnym oraz patogenem alarmowym w rozumieniu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r., co za tym idzie niemogąca pochodzić ze środowiska zewnętrznego, a jedynie ze środowiska szpitalnego, ***Escherichia coli***, ***Klebsiella oxytoca***, będąca szczepem typowo szpitalnym oraz patogenem alarmowym, niemogącym pochodzić ze środowiska zewnętrznego, wprowadzona do rany podczas zabiegów medycznych, ***Enterococcus faecalis***, będąca w przypadku powoda najprawdopodobniej bakterią pochodzenia szpitalnego, choć jej udział w przebiegu choroby powoda jest niewielki, a także ***Acinetobacter baumani***, tj. bakteria, która występuje najczęściej jako zakażenia oportunistyczne pochodzenia szpitalnego u pacjentów poddanych wielokrotnym zabiegom operacyjnym - wyhodowany drobnoustrój ze względu na zróżnicowaną lekooporność był szczepem szpitalnym, jednocześnie patogenem alarmowym w rozumieniu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r., niemogącym pochodzić ze środowiska zewnętrznego, a jedynie z środowiska szpitalnego, wprowadzonym do rany podczas zabiegów medycznych. Zakażenie *Acinetobacter baumani* najprawdopodobniej nie wystąpiło u powoda w pierwszym etapie infekcji bakteryjnej, a jest wynikiem nadkażenia podczas kolejnych prowadzonych u powoda instrumentacji (operacji, zmian opatrunków). Jako że zakażenie tym szczepem bakterii ma charakter zakażenia oportunistycznego, na ogół deficyty odpornościowe i narażenie na ponawialny kontakt z lekoopornymi fenotypami tej bakterii powodują zwiększoną częstość infekcji. Nie ma jednak dowodu na osłabienie organizmu powoda lub jakikolwiek inny deficyt odpornościowy który mógł wystąpić u powoda w okresie w którym doszło do zakażenia (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 452 – 465, dokumentacja medyczna – k. 218 – 410).

W dokumentacji medycznej brak jest adnotacji o zdarzeniach lub wadliwie wykonanych czynnościach medycznych, które mogłyby spowodować zakażenie rany. Również przedstawiona przez SPZOZ w M. dokumentacja nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi nie budzi wątpliwości co do wysiłków strony pozwanej w zakresie kontroli i ograniczenia zakażeń szpitalnych. Niemniej, pewne czynności medyczne nie zostały dostatecznie dobrze udokumentowane i pozostawiają sporo niepewności co do przyczyn powzięcia określonych działań. Wziąwszy pod uwagę przebieg leczenia, wysoce prawdopodobnym jest, że do zakażenia doszło już podczas pierwszego zabiegu operacyjnego w szpitalu pozwanego przeprowadzonego w dniu 7 czerwca 2012 r. lub podczas zmiany opatrunków w dniach następnym, ewentualnie podczas kolejnego zabiegu w dniu 21 czerwca 2012 r. Jednakże przypisanie zakażenia określonym czynnościom medycznym z całą pewnością jest niemożliwe.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 452 – 465, dokumentacja medyczna – k. 218 – 410).

Zakażenie bakteriami spowodowało u powoda głębokie zakażenie miejsca operowanego którym zostały objęte tkanki miękkie oraz kość. Wykonana ilość badań bakteriologicznych była zbyt mała. Należało wykorzystać każdą szansę na zabezpieczenie materiału biologicznego z zakażonej rany. Z takiej możliwości nie skorzystano podczas zabiegu operacyjnego w dniu 31 lipca 2012 r. Brak jest konieczności dalszej hospitalizacji pacjenta w sytuacji, w której wykonano wszystkie procedury chirurgiczne, nawet przy dalszym utrzymywaniu się wysięku. Może być ono wręcz szkodliwe, gdyż naraża go na dalsze zakażenia szpitalne. Błędem natomiast jest nie zlecenie pacjentowi przy wypisie dalszej antybiotykoterapii wobec stwierdzenia zakażenia, a taka sytuacja miała miejsce w sprawie niniejszej. W odniesieniu do powoda nie można stwierdzić, aby doszło u niego do wykształcenia bakterii opornych na antybiotyki

stosowane do leczenia zakażeń. Zakażenie miejsca operowanego utrudniło powrót do zdrowia, jednak nie ma danych, by twierdzić, że go uniemożliwiło (opinia uzupełniająca biegłego z zakresu chorób zakaźnych – k. 563 – 570).

Leczenie szpitalne i w poradni ortopedycznej powoda prowadzone było w ramach świadczeń NFZ (bezsporne).

Po wyjściu ze szpitala powód wymagał zmiany opatrunków, których koszt mógł oscylować wokół kwoty 20,00 – 30,00 zł miesięcznie. W zakresie ortopedycznym już po opuszczeniu szpitala w październiku 2013 r. powód nie miał zaleconego poruszania się przy pomocy kuli łokciowej, nie ma potrzeby, aby aktualnie z niej korzystał. Powikłanie w postaci zapalenia kości podudzia z zeszywnieniem stawu skokowego u powoda kwalifikują się jako uszczerbek na zdrowiu. Stopień zaburzenia funkcji w odniesieniu do zaburzeń funkcji objętych w tym punkcie jest średniego stopnia i w porównaniu z zaburzeniami objętymi w tym punkcie w skali procentowej od 23 do 50 odpowiada **38% uszczerbku**. Na skutek powikłań powód jest częściowo niezdolny do wykonywania pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zakażenie miało wpływ na rozwinięcie się zapalenia kości i wydłużenie procesu zrostu kości oraz w rezultacie i innych negatywnych następstw w postaci ubytku kości oraz martwicy i ubytków skóry u powoda. Nie można z pewnością powiedzieć, że do martwicy skóry nie doszłoby w przypadku braku zakażenia, choć zakażenie pogarsza warunki gojenia ubytków skóry. W przyszłości istnieje ryzyko pojawienia się ujemnych dla zdrowia powoda następstw zakażenia w zakresie narządów ruchu w postaci niszczenia kości piszczelowej i okolicznych tkanek przez proces zapalny. Istnieje także ryzyko zaostrzeni procesu i jego uogólnienia. Przewlekły proces zapalny także ujemnie wpływa na funkcję układu odpornościowego, może prowadzić do skrobiawicy (opinia biegłego z zakresu ortopedii – k. 484 – 486, opinia uzupełniająca biegłego z zakresu ortopedii – k. 527).

Pozwany SPZOZ w M. w okresie hospitalizacji powoda objęty był ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia OC w (...) S.A. (bezsporne).

Powód zgłosił pozwanemu (...) S.A. z s. w W. szkodę. Pozwany zażądał od powoda doręczenia kompletnej dokumentacji medycznej. W efekcie, po zasięgnięciu opinii specjalisty chirurga ortopedy i traumatologa, pismem z dnia 5 lutego 2013 r. pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. poinformował powoda o tym, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego i wypłaty świadczenia (pisma – k. 85 – 88, 106, 108 – 109, opinia – k. 110 - 111).

W odpowiedzi na powyższe powód, pismem z dnia 2 lipca 2013 r. wezwał pozwanego (...) S.A. do zapłaty kwoty 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia w terminie do dnia 10 lipca 2012 r. (pismo – k. 37 – 38, 112 - 113).

Pismem z dnia 30 lipca 2013 r. pozwany poinformował powoda, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...) S.A. za przedmiotowe zdarzenie i wypłaty na jego rzecz świadczenia. Wskazał, że samo istnienie bakterii opornych u powoda nie stanowi dowodu na wysokie prawdopodobieństwo zakażenia z winy personelu (pismo – k. 116 – 117).

Powód Z. K. ma 44 lata, jest żonaty, posiada dwoje dzieci: pełnoletnią córkę i małoletniego syna. Ukończył szkołę zawodową, a następnie technikum, z zawodu jest elektrykiem. Nie pracuje. Jego żona zatrudniona jest jako woźna w szkole. Przed przedmiotowym wypadkiem powód prowadził własną działalność gospodarczą, pracował w delegacjach, także poza granicami Polski, zarabiał nawet do 5.000,00 zł netto miesięcznie. Nie pobiera świadczenia rentowego. Utrzymuje się z pensji żony, podejmuje prace dorywcze. W okresie od 7 czerwca 2012 r. do 31 października 2013 r. orzeczono wobec niego znaczny stopień niepełnosprawności, następnie zaś, po upływie tegoż okresu stopień niepełnosprawności powoda został określony jako umiarkowany do dnia 31 marca 2021 r. Powód wziął udział w jednym spotkaniu z psychologiem w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w M.. Aktualnie swój stan zdrowia ocenia jako dobry, nie leczy się przewlekle. Średnio co dwa miesiące jeździ na kontrole do szpitala w O., przeszedł rehabilitację kończyny, która uległa złamaniu i zakażeniu. Przed wypadkiem powód lubił grać w piłkę i tenisa stołowego, z tych aktywności musiał zrezygnować. Z uwagi na ograniczoną ruchomość stopy nie może aktualnie prowadzić samochodu i jeździć rowerem. Po wypadku, w trakcie leczenia zakażenia otrzymał dużo wsparcia od rodziny, sąsiadów, przyjaciół i dalszych znajomych. Nie czuje się odsunięty od relacji interpersonalnych, podtrzymuje je, korzysta z pomocy oferowanej mu przez innych, na przykład w zakresie dowożenia samochodem do lekarza czy na badanie przez biegłych. Powód nie ujawnia negatywnej, pesymistycznej oceny swojej obecnej sytuacji, jest

dobrze nastawiony na przyszłość. Posiada mechanizmy radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. W jego osobowości nie występują symptomy istotnych zakłóceń, sam powód nie dostrzega, aby zmienił się pod wpływem przeżytego wypadku. Zdaje sobie sprawę ze swoich ograniczeń w zakresie pracy zawodowej, nie ocenia tego jednak negatywnie, wykonuje zajęcia, które nie obciążają chorej nogi. Neguje istotne pogorszenie samopoczucia psychicznego. Nie miał myśli samobójczych i rezygnacyjnych. Okresowo doświadczał problemów ze snem, co nie budziło jednak i nie budzi jego niepokoju, jest to w jego subiektywnej ocenie zrozumiałe. Zakażenie rany pooperacyjnej nie wywołało u niego objawów zaburzeń psychicznych, w tym nie doprowadziło do zmiany charakteru powoda. Była to dla niego sytuacja stresująca, ale uruchomione zostały mechanizmy poradzenia sobie ze stresem na poziomie przeciętnym (53 pkt w skali Holmes'a i Rahe'a). Równie stresujące na poziomie umiarkowanym (45 pkt) jest pozostawanie przez powoda bez stałej pracy, jednak posiadane zasoby osobiste oraz wsparcie najbliższych powodują, iż dobrze radzi sobie ze stresem i adaptacja do zmian, jakie zaszły w jego życiu w związku ze wspomnianym zdarzeniem, przebiega prawidłowo, nie skutkuje zakłóceniami sfery emocjonalnej. Powód nie jest jednak w pełni pogodzony ze swoim stanem zdrowia i ograniczeniami w zakresie swojej sprawności, pozytywnie jednak patrzy w przyszłość, liczy na efekty dalszego jego leczenia. Ujawnia poczucie niespełnienia zawodowego, bowiem nie jest w stanie pracować w takim wymiarze, jak miało to miejsce przed zakażeniem rany pooperacyjnej, m.in. nie może wchodzić na drabinę, prowadzić auta. Nadto jest ograniczony w zakresie wykonywania prac przydomowych, tj. rąbanie drewna (orzeczenia – k. 139 – 140v., 619 – 619 v., przesłuchanie powoda - k. 130 – 131, k. 624 - 625 - 00:08:01 – 00:19:25, opinia psychiatryczno – psychologiczna – k. 576 – 588, opinia uzupełniająca psychologa – k. 608 – 610, zeznania świadka G. K., k. 131 – 132).

Aktualnie rana nadal nie jest w pełni wygojona. Powód musi ją przemywać 3 - 4 razy dziennie octaniseptem. Pojawiają się wycieki z niej. Gdy nie ma wycieków przez 2 - 3 dni to wówczas noga puchnie i boli bardzo mocno. Wówczas powód przyjmuje leki przeciwbólowe, a jak one nie pomagają udaje się do szpitala w O. i tam przeprowadzane jest oczyszczanie rany, poprzez nakłuwanie nogi i robienie drenaża. Oprócz tych sytuacji powód nadal odczuwa ból lewej nogi, dodatkowo zaczął również odczuwać ból prawej nogi i biodra (przesłuchanie powoda - k. 624 - 625 - 09:49 - 16:38).

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie dokumentów i kopii dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, w tym w szczególności w oparciu o opinie sporządzone przez biegłych sadowych. Nadto w oparciu o zeznania powoda i świadka G. K..

W ocenie Sądu opinie biegłych: J. P., specjalisty z zakresu chorób zakaźnych, R. P., specjalisty z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii, K. P., specjalisty z zakresu psychiatrii i A. Ł., specjalisty z zakresu psychologii są rzetelne, zawierają jasne i zwięzłe wnioski, zgodne zarówno z paradygmatami współczesnej wiedzy, jak i zasadami życiowymi i regułami logicznego myślenia. Mogące pojawić się wątpliwości biegli rozwiali poprzez sporządzenie opinii uzupełniających.

Sąd odmówił wiary twierdzeniom powoda, że na skutek przedmiotowego zdarzenia ucierpiały znacząco jego kontakty towarzyskie, albowiem przeczy temu pozostały materiał dowodowy zgromadzony w sprawie.

Sąd dał wiarę w pełni świadkowi G. K., korespondują one z pozostałym materiałem dowodowym.

W ocenie Sądu pozwani nie udowodnili, w myśl dyspozycji art. 6 k.c. i 232 k.p.c., swoich twierdzeń zawartych w pismach procesowych. Nie ulega wątpliwości Sadu, iż u powoda doszło do zakażenia bakteriami szpitalnymi, z wysokim prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością do zakażenia tego doszło na skutek błędów medycznych i zaniedbań w stosowanym u powoda leczeniu podczas jego hospitalizacji w Szpitalu w M..

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie w części.

Powód oparł swoje roszczenie na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Na tejże podstawie domagał się wyłącznie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Zgodnie z treścią art. 444 § 1 zd. 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. W myśl art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Ewentualną podstawą odpowiedzialności pozwanego SP ZOZ w M. jest art. 430 k.c., co oznacza odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego (art. 415 k.c.), bądź własne działania bądź zaniechania, których skutkiem była niewłaściwa organizacja pracy mogąca prowadzić do szkody (art. 416 k.c). Odpowiedzialność pozwanego (...) S.A. z kolei wynika z faktu, iż w okresie hospitalizacji powoda, Szpital w M. posiadał umowę ubezpieczenia OC w tymże towarzystwie ubezpieczeniowym. Odpowiedzialność wspólna szpitala i ubezpieczyciela opiera się o zasadę solidarności nieprawidłowej tj. in solidum.

W świetle powyższego, możliwość poniesienia odpowiedzialności przez pozwanego jest uzależniona od uprzedniego ustalenia, czy personel medyczny szpitala ponosi zawinioną odpowiedzialność za zdarzenie w postaci zakażenia rany operacyjnej powoda, a następnie niewłaściwego leczenia. Rozstrzygnięcie powyższej kwestii wymagało ustalenia następujących okoliczności: faktu zaistnienia szkody, tj. zakażenia rany, zawinionego zachowania personelu medycznego oraz normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy powstaniem szkody, a zachowaniem personelu medycznego.

Fakt doznania krzywdy, bo takową rekompensuje zadośćuczynienie, przez powoda w sprawie niniejszej w zasadzie był bezsporny. Sporna była zaś kwestia związku przyczynowo skutkowego pomiędzy procesem leczenia powoda, a zaistniałą krzywdą. Zarówno pozwany (...) S.A. z siedzibą w W., jak i SP ZOZ w M. kwestionowali to, aby do zakażenia rany u powoda doszło w czasie jego hospitalizacji w rzeczonyj placówce medycznej. Co więcej, pozwani argumentowali, iż skoro nie można z całą pewnością stwierdzić, że do takiego zakażenia doszło w wyniku konkretnych czynności lub zaniedbań, to samo wysokie prawdopodobieństwo nie jest wystarczające, aby ustalić ich odpowiedzialność.

Nie ulega wątpliwości Sądu, iż argumentacja pozwanych nie może zostać podzielona. W tzw. procesach lekarskich ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza (personelu medycznego), a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. W orzecznictwie podkreśla się, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione (vide: wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r., sygn. akt II CSK 285/07 oraz z dnia 27 lutego 1996 r., sygn. akt II CKN 625/97).

Sąd Okręgowy podziela także stanowisko Sądu Apelacyjnego w Łodzi, zgodnie z którym wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku "błędu w sztuce". W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka

jest objęte także niepowodzenie medyczne (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 roku sygn. akt I ACa 57/16).

Przy ocenie zachowań, działań, decyzji lekarzy i personelu medycznego należy brać pod uwagę stan faktyczny z chwili ich podejmowania, posiadane przez nich informacje, zgłaszane przez pacjenta w tym momencie objawy oraz wiedzę medyczną z tamtego okresu. O wiele łatwiej jest oceniać dany stan faktyczny z perspektywy czasu, mając dostępne wszystkie informacje co do przebiegu choroby, stanu chorego i rozwoju zdarzeń. W tym aspekcie niewątpliwym jest, że powód, który trafił do SPZOZ w M. w dniu 7 czerwca 2012 r., otrzymał stosowną pomoc w zakresie leczenia ortopedycznego. Niespełna dwie godziny od przyjęcia go na Oddział Chirurgiczny został wykonany zabieg, mający na celu połączenie złamanych na skutek urazu kości. Niemniej zastosowane dalej leczenie antybiotykami, mające na celu zapobieżenie wystąpienia infekcji bakteryjnej, nie zostało przeprowadzone poprawnie, zgodnie ze sztuką lekarską i aktualnymi paradygmatami wiedzy medycznej. Dokumentacja medyczna prowadzona była w sposób co najmniej nierzetelny, o ile nie taki, który miał na celu ukrycie pewnych nieprawidłowości. Nie jest jasne dlaczego zdecydowano się na ponowną repozycję złamania w dniu 21 czerwca 2012 r. Jeżeli celem wykonania zabiegu była chęć rewizji rany po to, aby ją ponownie oczyścić, to niezrozumiałe jest także zaprzestanie antybiotykoterapii w dniu 10 czerwca 2012 r., mimo braku poprawy stanu miejscowego u powoda. Antybiotykoterapię podjęto ponownie od 21 czerwca 2012 r., tym samym antybiotykiem Tarfazolin. Nadto niezrozumiałe jest niewykonywanie badań bakteriologicznych wysięku z rany. W opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych, którą podziela Sąd, stosowanie antybiotykoterapii u powoda było niekonsekwentne, gdyż zaprzestano jej po trzech dniach od zabiegu w dniu 7 czerwca, jak również po trzech dniach od zabiegu w dniu 21 czerwca i ograniczono ją jedynie do okresu bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, nie konfrontując jej skuteczności z pogarszającym się stanem miejscowym. Takie postępowanie było błędne, nielogiczne i sprzeczne ze stanem współczesnej wiedzy medycznej. Błędem było również niewykonywanie badań bakteriologicznych treści wypływającej z rany mimo wiedzy, że pacjent odniósł obrażenia z wysokim ryzykiem zakażenia oraz wobec świadomości, że pacjent jest chorym z grupy ryzyka zakażenia. Wskazano bowiem w ankiecie wypełnianej przy przyjęciu, że u pacjenta występuje czynnik ryzyka zakażenia w postaci niedokrwienia kończyn.

Niekonsekwencja w zlecanej antybiotykoterapii cechowała również postępowanie podczas drugiej hospitalizacji w szpitalu (...) w szpitalu w M.. Nie wiadomo, czemu służyło zastosowanie jednorazowej dawki gentamycyny w dniu 2 sierpnia. Takie zastosowanie antybiotyku jest całkowicie pozbawione sensu klinicznego i sprzeczne z farmakologicznymi wskazaniem użycia tego produktu leczniczego. Również nie wiadomo, dlaczego dokonywano kilkudniowych przerw w antybiotykoterapii Cipronexem, który stosowano przez wiele dni w zbyt niskich dawkach oraz w niezalecanej monoterapii w przypadku zakażenia takimi bakteriami, jakie zidentyfikowano u powoda. Tak stosowana antybiotykoterapia mogła być nieskuteczna i mogła się przyczynić do braku efektu klinicznego.

Nie sposób również przejść obojętnie wobec stwierdzenia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, iż lekarze powinni byli mieć świadomość tego, że rana powoda jest zakażona. Świadczył o tym wysięk. Wprawdzie nie było konieczności, aby po zakończeniu leczenia chirurgicznego – ortopedycznego powód dalej pozostawał w placówce pozwanego, było to wręcz niewskazane z uwagi na ryzyko dalszej inwazji drobnoustrojów do jego organizmu, osłabionego interwencjami chirurgicznymi, niemniej zupełnie nieracjonalne było niezalecenie stosowania przez pacjenta antybiotyków. W takiej sytuacji rana nie mogła się goić.

Kluczowe znaczenie w tej sprawie ma ustalenie, iż w organizmie powoda stwierdzono występowanie bakterii powszechnie występujących w środowisku, w tym w organizmie człowieka, ale także takich, które są szczepami wyłącznie szpitalnymi, występującymi tylko w szpitalach. Bakterie takie nie mogły znaleźć się w organizmie powoda w inny sposób, jak poprzez dokonywanie czynności medycznych. Faktem jest, iż nie ma aktualnie możliwości wskazać, która czynność spowodowała zakażenie, jednakże nie ma także takiej konieczności. Powód przebywał wyłącznie w SPZOZ w M., zatem konstatacja, iż do zakażenia tymiż bakteriami doszło na jego terenie jest, w ocenie Sądu, oczywista. Pozwany nie wykazał, aby istniało inne równie wysokie prawdopodobieństwo, graniczące z pewnością, że powód bakteriami szpitalnymi został zainfekowany poza szpitalem w M..

Warto zwrócić uwagę na to, że czas, w jakim pacjent może zostać skolonizowany bakteryjną florą szpitalną jest zróżnicowany i zależy od wielu czynników. Może to nastąpić niekiedy już po kilku godzinach pobytu w szpitalu, jak również może to nie mieć miejsca w ogóle. Niemniej, współczesna medycyna zna skuteczne sposoby zapobiegania kolonizacji i są one wykorzystywane przy hospitalizacji pacjentów z zaburzonymi funkcjami układu odpornościowego. Jest to hospitalizacja w izolowanych salach wyposażonych w śluzy i filtry przeciwbakteryjne. Pomimo posiadanej przez personel medyczny wiedzy o zakażeniu rany powoda, żadnych tego typu działań, mających wszak na celu dbałość o powrót do zdrowia powoda, nie podjęto.

Słusznym jest argument strony pozwanej, iż w czasie antybiotykoterapii może nastąpić selekcja szczepów antybiotykkoopornych. Jest to zjawisko niepożądane, ale nie jest ono trudne lub niemożliwe do uniknięcia przy długotrwałym leczeniu. Jeżeli dawki antybiotyków zostałyby u powoda zastosowane prawidłowo a antybiotyk dobrany zgodnie z antybiogramem i podawany w optymalnych odstępach czasu, właściwą drogą, to zjawisko takie nie powinno wystąpić.

Tym samym należy stwierdzić, że powód został zakażony bakteriami pochodzenia szpitalnego i nie tylko, bowiem dalej nie został poddany stosownej antybiotykoterapii, nie wykonano u niego niezbędnych i odpowiednio częstych badań bakteriologicznych, przez co jego stan zdrowia uległ pogorszeniu. Powód był zmuszony kontynuować leczenie w innej placówce (w Szpitalu w O.). W związku z tym zaznał zarówno bólu, jak i cierpienia psychicznego chociażby w postaci stresu, a także poczucia braku sprawności. Co więcej, powód został uznany – w konsekwencji zakażenia rany – za osobę niepełnosprawną, początkowo w stopniu znacznym, następnie w stopniu umiarkowanym. Mimo iż leczenie prowadzone było w ramach refundacji z NFZ, to jednak leki przeciwbólowe, antybiotyki i opatrunki powód zmuszony był zakupywać z własnych środków. Niemniej, kwestia ta nie stanowi szerszego pola do rozważań Sądu, bowiem powód nie żądał odszkodowania.

Wobec spełnienia przesłanek do przyznania powodowi zadośćuczynienia należało rozważyć kwestię wysokości tegoż świadczenia. Należało ustalić, w jakiej wysokości zadośćuczynienie stanowić będzie kompensatę cierpienia, jakiego doznał powód na skutek błędu w sztuce medycznej personelu pozwanej SPZOZ w M..

Zadośćuczynienie jest roszczeniem, które ma za zadanie kompensować doznaną krzywdę. Jego celem nie jest wyrównanie strat majątkowych, lecz ułatwienie przystosowania się do nowej sytuacji. W orzecznictwie powszechnym jest pogląd, iż zadośćuczynienie winno mieć charakter całościowy i obejmować zarówno cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, czas ich trwania, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości, a więc prognozy na przyszłość oraz wysokość sumy pieniężnej stanowiącej zadośćuczynienie za krzywdę, powinna być ustalona po uwzględnieniu wszelkich zachodzących okoliczności, zwłaszcza mających wpływ na rozmiar doznanej krzywdy. Określenie wysokości zadośćuczynienia powinno być więc dokonane z uwzględnieniem wszystkich zachodzących okoliczności danego przypadku. Tymi okolicznościami są m.in.: nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, stan ogólny poszkodowanego i jego trwałe następstwa. Poza tym, dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia znaczenie ma wiek poszkodowanego, jego zawód, stosunki majątkowe stron, zachowanie się i postawa osoby odpowiedzialnej. Wszystkie te okoliczności muszą być analizowane indywidualnie w związku z osobą poszkodowanego. Istotnym jest również to, że wysokość zadośćuczynienia nie może mieć charakteru symbolicznego, lecz odczuwalny ekonomicznie wymiar dla tego, kto doznał krzywdy. Co więcej, zadośćuczynienie jest odzwierciedleniem, w formie pieniężnej, rozmiaru krzywdy, która nie zależy od statusu materialnego pokrzywdzonego. Tym samym rozmiar zadośćuczynienia może być odnoszony wyłącznie do stopy życiowej społeczeństwa, która pośrednio może rzutować na jego umiarkowany wymiar i to w zasadzie bez względu na status społeczny i materialny pokrzywdzonego. Przesłanka „stopy życiowej” ma więc charakter uzupełniający i ogranicza wysokość zadośćuczynienia tak, by jego przyznanie nie prowadziło do wzbogacenia osoby uprawnionej, nie może jednak pozbawić zadośćuczynienia jego zasadniczej funkcji kompensacyjnej i eliminować innych czynników kształtujących jego wymiar (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2004r., sygn. akt IV CK 357/03, LEX nr 584206, teza 1 wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30.01.2013 r., sygn. akt I ACa 917/12, Lex nr 1271838, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27.03.2013 r., sygn.

akt I ACa 1351/12, LEX nr 1313321, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 19.04.2013r., sygn. akt I ACa 121/13, LEX nr 1311920).

W ocenie Sądu zadośćuczynienie na rzecz powoda winno wynosić kwotę 100.000,00 zł. Nie ulega bowiem wątpliwości, że powód, na skutek zakażenia rany operacyjnej przez zawinione postępowanie (lub zaniedbanie) personelu medycznego SP ZOZ w M., wymagał długotrwałego leczenia i nadal odczuwa jego skutki. Wiązało się to z wystąpieniem u niego zarówno bólu, jak i stresu. Przeprowadzony w sposób właściwy zabieg chirurgiczny i dalsze czynności medyczne nie powinien skutkować infekcją bakteryjną. Jeżeli natomiast już do niej dojdzie, personel medyczny winien podjąć wszelkie niezbędne działania lecznicze, aby pacjent względnie szybko powrócił do zdrowia. Taka sytuacja nie miała miejsca w sprawie niniejszej. Dalsze leczenie w Szpitalu w O. było dla powoda uciążliwe, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Sąd nie ma wątpliwości, iż zakażenie obniżyło także komfort życia powoda, który stał się osobą niepełnosprawną i jego możliwości zarobkowe uległy obniżeniu. Powód, będący z zawodu i doświadczenia elektrykiem, aktualnie nie może świadczyć pracy chociażby w zbliżonym zakresie, jak przed wypadkiem, przy czym to nie kwestia ortopedyczna decyduje o jego częściowej niezdolności do pracy, a fakt, iż nastąpiły powikłania w postaci zakażenia rany. Nadto Sąd wziął pod uwagę również i to, że mimo upływu 6 lat od zdarzenia nadal pojawiają się wysięki z rany, które sprawiają, iż powód codziennie musi dbać o higienę tego miejsca, a okresowo musi poddawać się zabiegom czyszczenia rany, które są nieprzyjemne i bolesne. W tej sytuacji zadośćuczynienie w kwocie 100.000,00 zł jest adekwatne do rozmiaru doznanej przez niego krzywdy i wszystkich konsekwencji tego zdarzenia. Jednocześnie dalsza kwota żądana przez powoda, jest kwotą wygórowaną. Stąd też Sąd zasądził od pozwanych w/w kwotę na zasadzie in solidum, oddalając powództwo w pozostałym zakresie.

Z uwagi na zgłoszenie żądania zasądzenia odsetek od dochodzonej kwoty należy przytoczyć art. 481 § 1 i 2 k.c. zgodnie z którymi, 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. Wskazać należy, że dla określenia terminu wymagalności zadośćuczynienia oraz w konsekwencji ustalenia, od kiedy można naliczać odsetki od zadośćuczynienia ważne jest, by dłużnik znał wysokość żądania osoby uprawnionej do zadośćuczynienia, a także czy znał lub powinien znać okoliczności decydujące o rozmiarze należnego od niego zadośćuczynienia. Jednocześnie Sąd Najwyższy uznał, iż o terminie, od którego należy naliczać odsetki ustawowe, decyduje także kryterium oczywistości żądania zadośćuczynienia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 lipca 2014 r., sygn. akt II CSK 595/13). W sprawie niniejszej pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. decyzją z dnia 5 lutego 2013 r. zakończył postępowanie likwidacyjne w sprawie szkody zgłoszonej przez powoda. Słusznie podniósł powód, iż w tej dacie pozwany ten dysponował niezbędnymi informacjami dla określenia wysokości przysługujących powodowi świadczeń. Powód zażądał odsetek, co do kwoty 50.000,00 zł od dnia następującego po dniu 5 lutego 2013 r., nie zaś od dnia zgłoszenia pozwanemu (...) S.A. szkody, czy też od dnia w którym upłynął 30 dniowy termin na likwidację szkody, który niewątpliwie był terminem wcześniejszym. Nie można usprawiedliwiać opóźnienia w zapłacie pieniężnego zadośćuczynienia przez podmiot do tego zobowiązany w sytuacji, gdy wysokość pieniężnego zadośćuczynienia – ze względu na występujące typowe okoliczności – nie budzi większych wątpliwości w świetle ukształtowanej praktyki orzeczniczej w podobnych sprawach. Nie ma także znaczenia to, że ostateczne określenie wysokości zadośćuczynienia leży, w razie sporu między uprawnionym i zobowiązanym, w kompetencji sądu, albowiem możliwość przyznania pokrzywdzonemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia nie zakłada dowolności ocen sądu, lecz stanowi konsekwencję niewymiernego charakteru okoliczności decydujących o doznaniu krzywdy i jej zakresie. Mimo więc pewnej swobody sądu przy orzekaniu o zadośćuczynieniu, wyrok zasądający zadośćuczynienie nie ma charakteru konstytutywnego, lecz deklaracyjny. Jeżeli zatem powód żąda od pozwanego zapłaty określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi od danego dnia, poprzedzającego dzień wyrokowania, odsetki te powinny być zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu, o ile tylko w toku postępowania zostanie wykazane, że dochodzona suma rzeczywiście się powodowi należała tytułem zadośćuczynienia od wskazanego przez niego dnia. Z uwagi na fakt, iż w dniu 5 lutego 2013 r. wiedzę w zakresie roszczeń powoda miał wyłącznie pozwany (...) S.A., toteż Sąd zasądził odsetki ustawowe, liczone od kwoty pierwotnego roszczenia w kwocie 50.000,00 zł od dnia 6 lutego 2013 r. wyłącznie od pozwanego (...) S.A. Począwszy od dnia 17 maja 2017 r. do dnia zapłaty Sąd orzekł odsetki ustawowe od kwoty całego zadośćuczynienia 100.000 zł na zasadzie in solidum od obojga pozwanych. Data

ta jest dniem następującym po dniu rozprawy, na której pozwani już z pewnością wiedzieli o rozszerzeniu powództwa (protokół – k. 551).

Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia powództwa w pozostałym zakresie, w tym do ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość w myśl art. 189 k.p.c., z uwagi na brak interesu prawnego powoda. Sąd stoi na stanowisku, iż ustalenie na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości nie jest wykluczone, jeżeli okaże się to uzasadnione w świetle konkretnych okoliczności sprawy. Należy mieć jednak na względzie, że w obecnym stanie normatywnym, pod rządem art. 442¹ § 3 k.c. praktycznie stracił na znaczeniu argument przemawiający za uznaniem interesu prawnego w rozumieniu art. 189 k.p.c., odwołujący się do potrzeby złagodzenia skutków upływu terminu przedawnienia. Uregulowanie, że bieg terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie rozpoczyna się z chwilą dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia powoduje, że nie jest ograniczony czas, w jakim może ujawnić się szkoda na osobie, prowadząc do powstania (zaktualizowania się) odpowiedzialności pozwanego za skutki danego zdarzenia. Obecnie więc jedynie przewidywanie potencjalnych trudności dowodowych może skłaniać do rozważania istnienia interesu prawnego w ujęciu art. 189 k.p.c. Ocena, czy powód ma taki interes jest dokonywana na kanwie okoliczności konkretnej sprawy (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 lutego 2018 r., sygn. akt I ACa 795/17).

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł, jak w pkt I i II sentencji orzeczenia.

W zakresie dotyczącym kosztów procesu Sąd orzekł w oparciu o treść art 100 zd 1 k.p.c. znosząc je wzajemnie między stronami, bowiem obie strony procesu wygrały go w ok. 50%.

Jednocześnie w oparciu o art 113 ust 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art 100 zd 1 k.p.c. Sąd nakazał pobrać od obu stron wydatki poniesione tymczasowo z sum budżetowych oraz opłatę sądową, której powód nie miał obowiązku uiszczenia w równych częściach. Suma tych kosztów to kwota 14.990,33 zł. A zatem powoda z tego obciążą kwota 7.495,17 zł, o której orzeczono w punkcie IV sentencji wyroku, pozwanych zaś ta sama kwota dzielona na pół tj. kwoty po 3.747,58, o których orzeczono w punkcie III. sentencji wyroku.

Mając powyższe na uwadze Sąd orzekł, jak w sentencji wyroku.