

Sygn. akt II C 658/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 stycznia 2015r.

Sąd Okręgowy w Łodzi II Wydział Cywilny

w składzie :

Przewodniczący : SSO Marek Kruszewski

Protokolant: Marta Witek

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 8 stycznia 2015r., w Łodzi

sprawy z powództwa M. K.

przeciwko Miastu P. i PZU S.A. w W.

o zapłatę

1/ zasądza od Miasta P. i (...) S.A. w W. na rzecz M. K. 60'000,00 zł (sześćdziesiąt tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 16 marca 2012r. w stosunku do Miasta P. oraz od 6 lipca 2012r. w stosunku do (...) S.A. w W., oraz 24'510,00 zł (dwadzieścia cztery tysiące pięćset dziesięć złotych) tytułem odszkodowania w ten sposób, że zapłata wymienionych wyżej świadczeń przez jednego z dłużników zwalnia drugiego z zobowiązania do wysokości zapłaty;

2/ oddala powództwo w pozostałej części;

3/ znosi między stronami koszty tego procesu;

4/ nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi, tytułem nieopłaconych kosztów sądowych:

a/ od M. K. z zasądzonych na jego rzecz roszczenia kwotę 5'383,14 zł (pięć tysięcy trzysta osiemdziesiąt trzy złote czternaście groszy),

b/ od Miasta P. i (...) S.A. w W. solidarnie kwotę 4'678,80 zł (cztery tysiące sześćset siedemdziesiąt osiem złotych osiemdziesiąt groszy).

II C 658/12

UZASADNIENIE

27 kwietnia 2012r. M. K. wniósł pozew, w którym domagał się zasądzenia od Miasta P. oraz (...) S.A. w W. solidarnie na swoją rzecz:

1/ 140'202,08 zł z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia wniosku o zawiązanie do próby ugodowej do dnia zapłaty,

2/ miesięcznej renty w wysokości po 1'442,00 zł poczynając od lutego 2012r. płatnej do dziesiątego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku niedotrzymania terminu płatności,

3/ kosztów procesu.

Na świadczenie wskazane w punkcie 1. złożyły się:

a/ 100'000,00 zł tytułem zadośćuczynienia,

b/ 14'620,00 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia,

c/ 25'582,08 zł tytułem rekompensaty utraconych przez powoda zarobków.

M. K. wywiódł swoje roszczenia z faktu zakażenia go gronkowcem złocistym podczas zabiegu endoprotezowania stawu biodrowego, przeprowadzonej w lutym 2009r., w SP Zespole (...) w P..

Pozwani wnieśli o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu według norm. (...) S.A. potwierdziła fakt objęcia wskazanej w pozwie placówki służby zdrowia ubezpieczeniem oc w okresie, w którym miało dojść do zakażenia powoda, zaś Miasto P. przyznało, że od 1 października 2011r. jest następcą prawnym zlikwidowanego SP ZOZ w P.. Pozwani zakwestionowali jednakże powództwo co do zasady oraz co do wysokości.

21 lutego 2014r. powód złożył pismo, w którym rozszerzył żądanie o kwotę 24'510,00 zł tytułem kosztów opieki osób trzecich, nie wnosząc przy tym o zasądzenie odsetek od tej kwoty. Podczas rozprawy z 17 listopada 2014r. strona powodowa doprecyzowała to roszczenie wskazując, że obejmuje ono koszty opieki nad powodem w okresie od zabiegu z lutego 2009r. przez kolejne miesiące wskazane przez biegłego A. W..

Na tej samej rozprawie (...) podniósł zarzut przedawnienia świadczeń periodycznych z tytułu zwiększonych potrzeb i utraconego dochodu za luty 2012r. oraz zarzut ograniczenia swojej odpowiedzialności do sumy gwarancyjnej 45'700,00 euro za jedno zdarzenie.

Powód nie kwestionował ograniczenia odpowiedzialności (...).

Stan faktyczny:

Od 22 lutego do 11 marca 2009r. M. K. był hospitalizowany w (...) Publicznym Zespole (...) w P. w związku z doznany złamaniem szyjki kości udowej. 25 lutego 2009r. powód został tam poddany operacji wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego.

/ niesporne /

W związku ze złym samopoczuciem zgłaszanym już kilka dni po wypisaniu ze szpitala, powód trafił ponownie na Oddział Ortopedii SP ZOZ w P. 16 marca 2009r. Podczas pobytu od 16 marca do 25 marca 2009 pacjent gorączkował wysoko; do 19 marca 2009r. był leczony antybiotykiem klindamycyną. W wykonanych badaniach stwierdzono OB - 75mm, CRP - 45,57 mg%, zdiagnozowano też zmiany zwyrodnieniowe i pourazowe kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego bez zmian zapalnych. Przy wypisie rozpoznano dyskopatię L5-S1. W kartę informacyjną powoda nie wpisano wyników OB i CRP oraz faktu leczenia antybiotykiem. Zalecono gorset Jevetta, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz dalsze leczenie w poradni rehabilitacyjnej. W (...) przy Szpitalu im. (...) w Ł., 22 czerwca 2009 wykonano u powoda punkcję ropnia i wysłano materiał na posiew, z którego wyhodowano gronkowca złocistego MSSA, wrażliwego na większość antybiotyków.

M. K. był leczony długotrwale z powodu zakażenia, zarówno nakłuwaniem okolicy ropnia, przemywaniem, jak i antybiotykami ogólnie. W lipcu 2010 skierowany został na leczenie autoszczepionką.

Od 2011 powód leczył się w Poradni i Szpitalu im. (...) w Ł., gdzie na przełomie stycznia i lutego 2011r. wykonano między innymi zabieg drenażu przepływowego zakażonego stawu. Po hospitalizacji zastosowano sześciotygodniową kurację antybiotykiem klindamycyna. Uzyskano poprawę jednak nietrwałą, ponieważ już pod koniec roku ponownie powstała przetoka ropna. Z wymazu wyhodowano ponownie gronkowca złocistego MSSA.

W maju 2012 powód był operowany w Szpitalu im (...) w Ł. z powodu septycznego obłuzowania się protezy stawu biodrowego prawego. Umocowano cementem nasączonym antybiotykiem endoprotezę tzw. spacer. Leczony był nadal antybiotykami. Ze śródoperacyjnie pobranego wymazu wyhodowano gronkowiec złocisty MSSA.

W listopadzie 2012 miała się odbyć następna operacja wszczepienia na stałe nowej endoprotezy.

Od maja do listopada 2012 samopoczucie chorego było dobre, nie było otwierania się przetoki.

U powoda doszło ewidentnie do zakażenia szpitalnego związanego z zabiegiem operacyjnym i implantacją protezy stawowej w SP ZOZ w P., w lutym 2009r. Dolegliwości zgłaszane przez powoda miały miejsce już w kilka dni po zabiegu operacyjnym, zastosowanie antybiotykoterapii dało przejściową poprawę, jednak jeszcze przed upływem roku wystąpiły kliniczne cechy przetoki ropnej stawu.

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. Źródłem zakażenia szpitalnego może być własna flora bakteryjna chorego lub środowisko zewnętrzne. W tym drugim przypadku zakażenie poprzedza 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 diagnostyczno-lecznicze, ale także przez ręce personelu. Zakażenia szpitalne wywołane bywają zarówno przez bakterie jak i wirusy, grzyby, pierwotniaki.

U M. K. doszło do zakażenia rany operacyjnej, zwanego zakażeniem miejsca operowanego. Są one spowodowane najczęściej gronkowcem złocistym, enterokokami i pałeczką okrężnicy. U powoda doszło do zakażenia rany operacyjnej czystej, tzn. jałowej rany operacyjnej w okolicy nieobjętej zapaleniem i nie drażącej do trzewi. Do takiego zakażenia dochodzi wyłącznie w trakcie zabiegu, gdy rana jest otwarta. Po jej zszyciu inne działania nie stanowią zagrożenia. Z tego względu czasami nie stosuje się opatrunków jałowych na szczelnie zszyte rany operacyjne.

Zakażenie powoda miało charakter zakażenia głębokiego.

Gronkowiec złocisty to jeden z najważniejszych patogenów bakteryjnych człowieka. Gronkowiec złocisty może stać się przyczyną zakażeń szpitalnych związanych z opieką medyczną. Ryzyko takiego zakażenia dotyczy ran operacyjnych, ran oparzeniowych, operacji wszczepienia protez stawowych, naczyńiowych, konieczności stosowania cewników do naczyń centralnych, a także chorych leczonych długotrwale antybiotykami. Źródłem bakterii powodujących takie zakażenie może być sam chory, a także inni chorzy, personel, odwiedzający. Zakażenia wywołane przez gronkowca złocistego mogą mieć charakter zakażenia miejscowego lub uogólnionego. Zakażenia miejscowe to zakażenia skóry i tkanki podskórnej z wydzieliną ropną. Gronkowiec złocisty jest także głównym czynnikiem etiologicznym przewlekłych zapaleń kości, a szczególnie często powoduje zakażenia protez stawowych. Leczenie antybiotykowe tych zakażeń jest nieskuteczne i wymaga usunięcia protezy. Zakażenie może także dotyczyć torebki stawowej. Zakażenia gronkowcowe są bardzo trudne do leczenia, bakterie te często tworzą tzw. biofilm utrudniający penetrację antybiotyku. Zakażenia dotyczące zamkniętych przestrzeni ustroju (np. zatoki, czy staw) są szczególnie trudne do wyleczenia. Oprócz antybiotyków wymagają często chirurgicznego oczyszczenia zakażonych miejsc.

W chwili obecnej trudno ustalić, czy źródłem gronkowca była skóra powoda czy środowisko szpitalne, nie zmienia to faktu, że za zakażenie szpitalne odpowiedzialny jest oddział, w którym wykonano zabieg operacyjny. Obecnie przed zabiegiem tego typu chorym ocenia się ryzyko zakażenia szpitalnego i informuje się o tym chorego i jego rodzinę.

/ opinia pisemna biegłej z zakresu chorób zakaźnych E. S. – k 261-266, zeznania biegłej E. S. – k 431 /

W wyniku zdarzenia z 22 lutego 2009 r., w zakresie narządów ruchu M. K. doznał złamania szyjki prawej kości udowej. Ponadto u powoda rozpoznano również zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa lędźwiowo -krzyżowego. Po zastosowanym leczeniu operacyjnym złamania, które polegało na wszczepieniu endoprotezy totalnej prawego stawu biodrowego, doszło do zakażenia miejsca operowanego bakterią gronkowca złocistego MSSA i konieczności

następnych zabiegów operacyjnych. Wykonywano kolejno: drenaż przepływowy, usunięcie wszystkich elementów endoprotezy z implantacją „spacera”, usunięcie „spacera” i ponowną alloplastykę prawego stawu biodrowego. W czasie pomiędzy tymi zabiegami istniała tendencja do okresowego otwierania się przetok, konieczność wykonywania opatrunków. Powód przez wiele miesięcy chodził z ograniczonym obciążaniem operowanej kończyny.

Obecnie pozostaje dobrze wygojona blizna, ograniczenie ruchomości prawego stawu biodrowego, obrzęk prawej kończyny dolnej, umiarkowany zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności.

Zakres cierpień fizycznych i psychicznych powoda w związku z zakażeniem gronkowcowym po alloplastyce prawego biodra związanej z doznanymi 22 lutego 2009 r. obrażeniami narządów ruchu należy określić jako bardzo duży. Jest to związane z doznawanym bólem, wielokrotnymi pobytami w szpitalu, kolejnymi zabiegami operacyjnymi, wykonywaniem opatrunków, wielomiesięcznym chodzeniem przy pomocy kul na lewej kończynie dolnej i bez możliwości pełnego obciążania drugiej kończyny, ograniczeniami w sprawności. Cierpienia fizyczne i psychiczne powoda w związku z zakażeniem gronkowcowym po alloplastyce prawego biodra trwały od 11 marca 2009 r. do 08 kwietnia 2013 r. Powód od czasu pierwszego opuszczenia szpitala czuł się źle, miał narastające bóle prawego biodra, stany podwyższonej temperatury. Później doszły opatrunki związane z powstawaniem przetok, kolejne zabiegi operacyjne, ograniczone możliwości poruszania się aż do czasu, gdy zaczął w pełni obciążać operowaną kończynę.

Uszczerbek na zdrowiu powoda na skutek zakażenia gronkowcowego po alloplastyce prawego biodra w zakresie narządów ruchu jest stały i wynosi obecnie 10%. U powoda po upadku w dniu 22 lutego 2009 r. doszło do złamania szyjki prawej kości udowej i konieczności wykonania alloplastyki prawego stawu biodrowego. Jest to uraz i zabieg skutkujący utratą własnego stawu biodrowego i zastąpieniem go endoprotezą o parametrach znacznie odbiegających od zdrowego stawu. Po alloplastyce wykonanej w sposób prawidłowy u zdrowego przedtem człowieka powstaje uszczerbek na zdrowiu o wielkości co najmniej 40%. U powoda ostateczny wynik leczenia jest wyraźnie gorszy niż optymalny, co jest skutkiem zakażenia. Powoduje to, że łączny uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi obecnie 50%, z czego 10% wynika z samego faktu zakażenia.

Na skutek zakażenia gronkowcowego u powoda występowała potrzeba szerokiej pomocy osób trzecich łącznie przez osiem miesięcy. Obejmowało to okres największych dolegliwości bólowych i ograniczeń sprawności (chodzenie bez możliwości obciążania operowanej kończyny) przez jeden miesiąc po wykonaniu drenażu w szpitalu im. J., przez sześć miesięcy po implantacji „spacera” i przez jeden miesiąc po ponownej alloplastyce prawego biodra. Powód wymagał pomocy w niektórych czynnościach higienicznych, ubieraniu się, wyręczania lub pomocy praktycznie we wszystkich czynnościach związanych z koniecznością nieco dłuższego stania, chodzenia, przenoszenia przedmiotów. Pomoc innych osób w tym ośmiomiesięcznym okresie była powodowi potrzebna przeciętnie w rozmiarze około czterech godzin dziennie.

Dalsza potrzeba częściowej pomocy osób trzecich występowała przez kolejne dwadzieścia sześć miesięcy. Było to związane z chodzeniem jeszcze przy pomocy dwóch kul i z ograniczonymi możliwościami obciążania operowanej kończyny dolnej. Okres ten zawierał się w przedziale czasu od czerwca 2009 r. (cztery miesiące po zaistnieniu urazu, gdy powinien nastąpić powrót wystarczającej sprawności po niepowikłanym leczeniu operacyjnym) do kwietnia 2013 r. (gdy powód zaczął chodzić z pełnym obciążaniem operowanej kończyny). Dotyczyło to pomocy we wszystkich czynnościach związanych z koniecznością jednoczesnego stania i użycia obu kończyn górnych, długotrwałego stania i chodzenia, przenoszenia większych przedmiotów. Można przyjąć, że pomoc innych osób w tym okresie była powodowi potrzebna przeciętnie w ciągu około dwóch godzin dziennie.

Potrzeba okresowej pomocy osób trzecich trwała jeszcze przez kolejne dwa miesiące w związku z utrzymującą się w znaczącym zakresie ograniczoną sprawnością prawej kończyny dolnej w początkowym okresie chodzenia przy pomocy jednej kuli. Dotyczyło to pomocy we wszystkich czynnościach związanych z dużym wysiłkiem, zwłaszcza z koniecznością długotrwałego stania i chodzenia, zwłaszcza wchodzenia z ciężarem na podwyższenia. W tym okresie powód wymagał pomocy w wymiarze około jednej godziny dziennie. Powód ze względu na skutki zakażenia gronkowcowego obecnie nie wymaga pomocy.

U M. K. istnieje nadal możliwość nawrotu zakażenia.

Chodzenie o kulach mogło nasilić zespół bólowy kręgosłupa wynikający ze zmian zwyrodnieniowych, jednakże w tym zakresie u powoda nie ma zmian ortopedycznych.

Z ortopedycznego punktu widzenia zabieg alloplastyki został wykonany u powoda prawidłowo.

/ opinia pisemna biegłego ortopedy A. W. – k 292-295, zeznania biegłego A. W. – k 407 /

W okolicy pachwinowej oprócz mięśni, pod więzadłem przechodzi tętnica udowa, nerw udowy i żyła udowa. W tej okolicy do żyły udowej spływają również żyły powierzchowne kończyny. Procesy zapalne toczące się w okolicy żył mogą prowadzić do uszkodzenia ich ścian i wystąpienia procesu zakrzepowego. W okresie największego zagrożenia zakrzepowego, powód był zabezpieczony farmakologicznie i jak wynika z dokumentacji, nie było powikłań zakrzepowych. Jednak przebyte liczne zabiegi i zwichnięcie zastosowanej w ostatnim zabiegu protezy stawu biodrowego znacznie pogorszyły sprawność kończyny i jej ruchomość, na co wpływ głównie miało zastosowane unieruchomienie gipsowe kończyny po repozyycji zwichnięcia.

Procesy zakrzepowe w żyłach zgodnie z regułą Vichofa powstają w wyniku zwolnionego przepływu krwi, uszkodzenia ściany naczynia żylnego lub zmian w składzie krwi. W wyniku toczącego się przez kilka lat procesu ropnego, mogło dojść do uszkodzenia ściany żyły, a zmniejszenie sprawności kończyny spowodowało zwolnienie odpływu krwi żyłnej do serca. Prawidłowa praca mięśni powoduje wymasowywanie krwi z kończyn w kierunku serca. W przypadku choroby powoda istnieją dwa czynniki mogące spowodować wystąpienie choroby zakrzepowej żył głębokich kończyn dolnych. Uszkodzenie ściany naczynia żylnego (niekoniecznie przez zakażenie gronkowcowe) i zwolnienie przepływu krwi żyłnej związane z mniejszą sprawnością kończyny szczególnie w okresie jej unieruchomienia gipsowego. Bez wątpliwości można stwierdzić, że wystąpienie choroby zakrzepowej żył głębokich kończyny dolnej prawej, miało bezpośredni związek z przebytem wypadkiem i leczeniem powoda. Na zakrzepicę u powoda złożyła się cała jego sytuacja zdrowotna, m.in. fakt, iż przez dłuższy czas był unieruchomiony. Nie ma pewności co do bezpośredniego związku zakrzepicy z samym zakażeniem, jednakże długotrwałość leczenia wynikająca z powikłań wywołanych zakażeniem ma wpływ na zakrzepicę.

Operacje ortopedyczne wiążą się z jednym z największych ryzyk zakrzepicy. Profilaktyka zmniejsza to ryzyko jedynie o 50%. Jest to normalne ryzyko prawidłowo przeprowadzonej operacji ortopedycznej.

Uszczerbek na zdrowiu powoda wynikający z żyłnej choroby zakrzepowej jest stały i wynosi 10%.

Choroba zakrzepowa w dalszym okresie trwania może spowodować szereg powikłań. W początkowym okresie, kiedy skrzeplina znajdująca się w żyłach i nie przywarła do ściany naczynia, jest niestabilna, może dojść do jej oderwania i przemieszczenia się z prądem krwi do tętnic płucnych. Mówimy wtedy o chorobie zakrzepowo – zatorowej. Zator płucny może w ciągu kilku minut doprowadzić do śmierci chorego. W łagodniejszej formie prowadzi do wyłączenia fragmentu płuca manifestującego się dusznością. W takich przypadkach odpowiednio prowadzone leczenie może doprowadzić do zmniejszenia objawów, a nawet do całkowitego wyleczenia. Niepowikłane zatorowością zakrzepowe zapalenie żył, w dalszym rozwoju może prowadzić do tzw. zespołu pozakrzepowego. Początkowo kończyna jest obrzęknięta z powodu gorszego odpływu krwi, następnie zalegająca krew pozbawia się produktów odżywczych, a krwinki czerwone ulegają rozpadowi. Barwniki krwi przedostają się przez ścianę naczynia i powodują brunatne zabarwienie skóry kończyny. Brak produktów odżywczych prowadzi do zaniku tkanki podskórnej, mięśni i przydatków skóry (włosy, gruczoły potowe i łojowe). Obwód goleni ulega zmniejszeniu, a skóra staje się cienka, słaba i podatna na urazy. W następnym etapie tworzy się owrzodzenie (ubytek skóry), które określane jest owrzodzeniem troficznym lub żylnym. Tak więc oprócz zagrożenia życia, choroba zakrzepowa może prowadzić do licznych ciężkich powikłań prowadzących do kalectwa.

W ostrym okresie choroby zakrzepowej żył występuje u pacjenta ból i obrzęk kończyny. Właściwe leczenie powoduje zmniejszenie dolegliwości w ciągu kilku, kilkunastu dni. Natomiast po ustąpieniu dolegliwości choroby wymagają

stosowanie tzw. kompresjioterapii (właściwego ucisku kończyny) przez stosowanie pończoch uciskowych lub bandażu elastycznych oraz stosowania leków zmniejszających lepkość krwi przez wiele lat, a nawet do końca życia.

Zakres cierpień spowodowanych zakrzepowym zapaleniem żył jest mierny, zwłaszcza w porównaniu z dolegliwościami towarzyszącymi samej chorobie stawu biodrowego.

Zakrzepica nie powoduje innych ograniczeń w życiu codziennym, niż te wynikające z choroby zasadniczej stawu biodrowego, ani nie wymaga pomocy ze strony osób trzecich.

/ opinia pisemna chirurga naczyniowego A. K. – k 348-352, zeznania biegłego A. K. – k 407 /

Odpłatność za usługi opiekuna (...) Komitetu Pomocy (...) wynosiła od lipca 2009r. do lutego 2013r. 9,50 zł za godzinę.

/ informacja (...) k 340 /

Od 1994r. do 18 sierpnia 2010r. M. K. był zatrudniony w Przedsiębiorstwie (...) S.A. w Ł. w pełnym wymiarze czasu pracy. Średnie miesięczne wynagrodzenie powoda w 2008r. wynosiło 3'050,61 zł.

/ zaświadczenie – k 64 /

Powód pobierał zasiłek chorobowy w wysokości 3'006,60 zł brutto od 22 lutego 2009r. do 22 sierpnia 2009r.

/ zaświadczenie pracodawcy – k 445 /

12 sierpnia 2009r. powodowi przyznano świadczenie rehabilitacyjne w wysokości 90% wynagrodzenia za okres od 23 sierpnia 2009r. do 20 listopada 2009r. oraz w wysokości 75% wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, za okres od 21 listopada 2009r. do 18 lutego 2010r. Wypłatę tego świadczenia przedłużono następnie do 17 sierpnia 2010r.

/ kopie decyzji ZUS – k 65, 66 /

Od 18 sierpnia 2010r. przyznano powodowi rentę wobec orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy, w wysokości 2'393,20 zł brutto, 1'978,81 zł netto. Świadczenie to podwyższono: od 1 marca 2011r. do kwoty 2'467,00 zł brutto, 2'038,32 zł netto; od 1 marca 2012r. do kwoty 2'538,39 zł brutto, 2'095,93 zł netto; od 1 marca 2013r. do kwoty 2'640,00 zł brutto, 2'178,34 zł netto. Od 1 października 2013r. M. K. pobierał rentę w wysokości 1'980,00 zł brutto, 1'644,75 zł netto, zaś od 1 marca 2014r. - w kwocie 2'012,00 zł brutto, 1'670,58 zł netto

/ zaświadczenie ZUS – k 446-447, decyzje ZUS – k 448, 449, 450 /

M. K. ma 63 lata i utrzymuje się z renty. Przed wypadkiem z lutego 2009r. powód nie miał żadnych urazów ortopedycznych, ani zabiegów ortopedycznych, był osobą w pełni sprawną. W okresie niepełnosprawności spowodowanej chorobą powód korzystał z pomocy żony.

/ zeznania powoda k 431 w zw. z k 254 odwrót – 255 /

(...) Publiczny Zespół (...) w P. został zlikwidowany zaś jego zobowiązania przejęło Miasto P.. W 2009r. SP ZOZ w P. objęty był ochroną ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej udzieloną przez (...) S.A. w W.. Odpowiedzialność ubezpieczyciela była ograniczona do równowartości 45'700,00 euro za jedno zdarzenie.

/ niesporne /

14 lutego 2012r. M. K. złożył w Sądzie Rejonowym w Pabianicach wniosek o zawiązanie Miasta P. i Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Centrum Medyczne w P. do próby ugodowej, zgłaszając roszczenia z tytułu przedmiotowego zdarzenia o zapłatę 140'202,08 zł zadośćuczynienia i odszkodowania oraz renty po 1'442,00 zł

miesięcznie poczynając od lutego 2012r. Odpis tego wniosku został doręczony Miastu P. 16 kwietnia 2012r. Do zawarcia ugody nie doszło.

/ załączone akta I Co 339/12 Sądu Rejonowego w Pabianicach /

Sąd odmówił mocy dowodowej prywatnej opinii medycznej dołączonej do pozwu (k 53-62). Pomijając fakt, że dokument ten nie spełnia wymogów pisemnej opinii biegłego, określonych w art. 278 kpc i następnych, i z tej racji może być traktowana wyłącznie jako dokument prywatny (art. 245 kpc), co z kolei wyklucza ten środek dowodowy jako zdalny do wykazania okoliczności wymagających wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 kpc), poważne zastrzeżenia budzą przede wszystkim kompetencje osób, które opinie tę sporządziły. Z widniejących pod dokumentem podpisów i pieczętek wynika bowiem, że opinię wydali: lekarz patomorfolog oraz specjalista położnictwa i chorób kobiecych. Specjalności te nie mają zbyt wiele wspólnego, ani z problematyką zakażeń, ani z ortopedią. Tym samym wątpliwe są, co najmniej, kwalifikacje tych specjalistów do wypowiedzania się w kwestiach dotyczących przypadku powoda.

Sąd odmówił mocy dowodowej zeznaniom świadków D. K., K. K. i S. K., którzy zostali zgłoszeni i przesłuchani na okoliczność warunków sanitarnych panujących w szpitalu podczas pobytu w nim powoda. Świadkowie posiadali wiedzę ograniczoną do tego, co widzieli w sali, na której M. K. przebywał przed i po operacji. Jak wynika z opinii biegłej K. S., okoliczności te nie mają znaczenia, ponieważ do zakażenia powoda doszło podczas samego zabiegu.

Sąd zważył, co następuje:

Podstawę prawną odpowiedzialności Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej stanowi art. 430 kc.

Z dokonanych ustaleń opartych na niezakwestionowanych opiniach biegłej z zakresu chorób zakaźnych oraz biegłego ortopedy wynika bez wątpienia, że u M. K. doszło do głębokiego zakażenia rany operacyjnej w trakcie samego zabiegu alloplastyki. Biegła H. wykluczyła przy tym możliwość zainfekowania prawidłowo zszytej rany w innych okolicznościach, a więc np. po opuszczeniu szpitala, wskutek jakichś zaniedbań higienicznych ze strony poszkodowanego. Z okoliczności nie wynika także, aby już w chwili podjęcia operacji organizm powoda był zakażony. Jak wynika z obszernych wywodów biegłej, do zakażenia rany operacyjnej może dojść dopiero wówczas, gdy rana ta powstanie, czyli podczas operacji.

W niniejszej sprawie mamy do czynienia z zakażeniem szpitalnym, tzn. takim za które odpowiedzialność ponosi personel placówki medycznej podlegający jej kierownictwu, do którego doszło podczas wykonywania zabiegu, a więc w trakcie czynności powierzonej temu personelowi w ramach działalności prowadzonej przez SP ZOZ na własny rachunek. Dla ustalenia odpowiedzialności nie ma znaczenia ustalenie źródła pochodzenia patogenu, który spowodował zakażenie, tzn. czy został on przeniesiony ze skóry samego powoda, czy od innego pacjenta, czy też od kogoś z pracowników. Sam fakt wystąpienia zakażenia operacyjnego przesądza o uznaniu, iż nie podjęto wszelkich możliwych środków w celu zapobieżenia mu. Tym samym pracownikom ZOZ można zarzucić zawinione działanie, co najmniej w postaci winy nieumyślnej.

Bezpośrednim następstwem zakażenia były powikłania w postaci stanu zapalnego operowanego stawu, stanowiące szkodę powoda.

Miasto P. ponosi odpowiedzialność za przedmiotowe zdarzenie z racji następstwa ogólnego po zlikwidowanym ZOZ-ie, natomiast odpowiedzialność (...) wynika z zawartej z tym podmiotem umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – art. 822 § 1 kc.

Ze względu na różną podstawę, odpowiedzialność pozwanych nie jest solidarna ponieważ nie wynika to ani z ustawy, ani z czynności prawnej – art. 369 kc.

Żądanie zadośćuczynienia jest usprawiedliwione co do zasady na podstawie art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 § 1 i 2 kc.

Rozważając wysokość należnego z tego tytułu świadczenia Sąd miał na względzie przede wszystkim fakt, że podstawowym źródłem problemów zdrowotnych M. K. nie było zakażenie, ale wypadek skutkujący złamaniem szyjki kości udowej, a więc zdarzenie, za które pozwani nie mogą ponosić odpowiedzialności. Jak wyjaśnił to biegły ortopeda, tego rodzaju kontuzja, sama w sobie powoduje znaczny, trwały uszczerbek na zdrowiu pacjenta nawet przy prawidłowym leczeniu bez powikłań. Natomiast zakażenie rany operacyjnej, czyli zdarzenie za które pozwani ponoszą odpowiedzialność, zwiększyło jedynie ten uszczerbek. Z drugiej strony należy mieć na względzie fakt, że zakażenie znacznie skomplikowało i wydłużyło proces leczenia poszkodowanego, było źródłem bardzo dużych i długotrwałych cierpień związanych zarówno z dolegliwościami bólowymi, jak i znacznym ograniczeniem sprawności, koniecznością poddawania się wielu procedurom medycznym, z których część związana była z hospitalizacją, niepewnością co do efektu końcowego leczenia, oraz uzależnieniem od opieki i pomocy osób trzecich.

Elementem zwiększającym rozmiar krzywdy był też niewątpliwy wpływ zakażenia na chorobę zakrzepową żył, chociaż i z tego punktu widzenia pozwanych nie można obarczać całkowitą odpowiedzialnością za negatywne następstwa. Jak wyjaśnił to biegły chirurg naczyniowy, sam zabieg ortopedyczny wiązał się z bardzo wysokim ryzykiem wystąpienia takiego schorzenia. Jednocześnie, nie jest możliwe wywiedzenie prostego związku przyczynowo-skutkowego między zakażeniem a zakrzepicą. Z tego względu nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, że choroba zakrzepowa żył u powoda była następstwem wyłącznie samego zakażenia. Z drugiej strony, komplikacje, które spowodowało zakażenie, tzn. wydłużenie procesu leczenia, konieczność poddawania się kolejnym zabiegom, z którymi związane jest ryzyko zakrzepicy, oraz długotrwałe unieruchomienie kończyny, a więc stworzenie warunków sprzyjających powstaniu takiego schorzenia, miało niewątpliwy wpływ na jego powstanie i przebieg. Dolegliwości, które wyniknęły z choroby naczyniowej nie były co prawda aż tak istotne w porównaniu z trwającą w tym samym czasie chorobą podstawową, nie wiązały się ze szczególnymi ograniczeniami, czy potrzebą wzmożonej opieki, niemniej jednak powodowały istotne zagrożenie dla życia i zdrowia powoda, co zwiększa rozmiar doznanej krzywdy.

Przy ocenie rozmiaru krzywdy Sąd nie uwzględnił natomiast utraty zdolności do pracy, ponieważ strona powodowa nie udowodniła, wbrew obowiązkowi wynikającemu z art. 6 kc, istnienia normalnego związku przyczynowego między zakażeniem a całkowitą lub częściową niezdolnością M. K. do pracy. Faktem nie podlegającym dyskusji jest, że powód utracił zdolność do pracy zarobkowej, co znalazło swój wyraz w decyzjach ZUS. Biorąc jednak pod uwagę opinię biegłego ortopedy, a w szczególności wskazany przez niego stopień uszczerbku na zdrowiu wynikający z samego urazu, należało uznać, że pierwotną przyczyną tego stanu rzeczy było złamanie kości szyjki udowej, a nie samo zakażenie. Żaden z biegłych nie wskazał na istnienie związku przyczynowego między zakażeniem a zdolnością powoda do pracy. Strona powodowa nie wykazała w tej kwestii żadnej inicjatywy dowodowej mimo, iż od początku procesu była reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, zaś jednym z zarzutów podniesionych w odpowiedzi na pozew było nieudowodnienie roszczeń i niezgłoszenie wniosków dowodowych. Sąd nie widział też potrzeby powoływania dowodów na tę okoliczność z urzędu, skoro powód korzystał z profesjonalnej pomocy procesowej.

Z tych samych względów trudno było uznać, aby zakażenie spowodowało zmniejszenie widoków M. K. na przyszłość. Rozpatrując tę okoliczność nie sposób było pominąć też faktu, że powód w chwili wypadku miał 57 lat, a zatem jego perspektywy życiowe nie były takie, jak u osoby młodej.

Rozstrzygając o wysokości zadośćuczynienia Sąd miał też na uwadze, że świadczenie to nie może mieć wymiaru symbolicznego, musi stanowić rzeczywistą wartość materialną, rekompensującą szkodę trudną do przeliczenia na pieniądze. Z drugiej strony, świadczenie to nie może być oderwane od realiów ekonomicznych społeczeństwa.

Mając na względzie przytoczone wyżej argumenty, Sąd uznał kwotę 60'000,00 zł za adekwatną rekompensatę krzywdy, za którą odpowiedzialność ponoszą pozwani.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 kc w zw. z art. 455 kc. Żądanie ich zasądzenia od dnia zawezwania do próby ugodowej było uzasadnione jedynie w przypadku Miasta P., ponieważ tylko ten pozwany został objęty takim wnioskiem. Natomiast w przypadku (...) roszczenie stało się wymagalne z upływem 30 dni po doręczeniu odpisu pozwu wniesionego w tej sprawie, co miało miejsce 5 czerwca 2012r. (k 83), stosownie do art. 817 § 1 kc.

Sąd uwzględnił powództwo w zakresie żądania zwrotu kosztów opieki. Świadczenie to jest uzasadnione na podstawie art. 444 § 1 kc. Czas i zakres opieki, której wymagał M. K. został wyliczony w oparciu o opinię biegłego ortopedy, której pozwani skutecznie nie zakwestionowali, jako suma iloczynów:

- 4 godziny dziennie przez 8 miesięcy,
- 2 godziny dziennie przez 26 miesięcy,
- 1 godzina dziennie przez 2 miesiące.

Warto w tym miejscu podkreślić, że oszacowanie biegłego W. dotyczy wyłącznie opieki, której powód wymagał ze względu na następstwa zakażenia. Dlatego wskazane wyliczenie nie uwzględnia opieki, która byłaby uzasadniona samym złamaniem szyjki kości udowej i wszczępieniem endoprotezy.

Uzyskany wynik został pomnożony przez stawkę wynagrodzenia opiekuna (...), ponieważ jest to najbardziej miarodajny sposób wyceny nakładu pracy świadczonej przez osoby bliskie na rzecz poszkodowanego, stosowany powszechnie w praktyce sądów. Sąd nie orzekł o odsetkach od tej kwoty, ponieważ powód nie zgłosił takiego żądania rozszerzając powództwo o to świadczenie. W tym zakresie Sąd związany jest dyspozycją art. 321 § 1 kpc.

Sąd nie uwzględnił podniesionego przez (...) zarzutu przedawnienia stojąc na stanowisku, że w przypadku tego rodzaju świadczenia zasądzanego za okres miniony nie mamy w istocie rzeczy do czynienia ze świadczeniem okresowym podlegającym przedawnieniu na podstawie art. 118 kc. „Okresowość” przejawia się wyłącznie w zwyczajowo przyjętym sposobie wyliczania takiego świadczenia. Natomiast z żadnego przepisu nie wynika, iż odszkodowanie za świadczenia osobiste osób najbliższych czynione na rzecz poszkodowanego w przeszłości powinny być rozliczane okresowo. Jedynie wówczas, gdy zachodzi konieczność uregulowania takich świadczeń na przyszłość wskutek prognozowanego zwiększenia potrzeb poszkodowanego, Sąd przyznaje odpowiednią rentę na żądanie uprawnionego stosownie do art. 444 § 2 kc. I dopiero takie świadczenie może mieć charakter okresowy.

Żądanie zasądzenia odszkodowania i renty obejmujących utracone zarobki podlegało oddaleniu wobec nie spełnienia przesłanki z art. 444 § 2 kc. Jak wspomniano to wcześniej, powód nie udowodnił istnienia związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 kc, między zakażeniem a całkowitą lub częściową utratą zdolności do pracy zarobkowej.

Żądanie zasądzenia odszkodowania i renty obejmujących koszty leczenia podlegało oddaleniu ze względu na nieudowodnienie co do wysokości. W sytuacji, gdy strona pozwana zakwestionowała powództwo zarówno co do zasady, jak i wysokości, obowiązkiem procesowym powoda było przedstawienie dowodów także na tę okoliczność – art. 6 kc. Tymczasem powód ograniczył się jedynie do załączenia sporządzonego przez siebie samego zestawienia, przedstawionego nota bene w kopii (k 63). Taki dokument prywatny ma tę samą wartość jako dowód poniesienia określonych wydatków, jak oświadczenie zawarte w uzasadnieniu pozwu lub żądanie zamieszczone w petitum. Ani w toku wyjaśnień, ani w trakcie zeznań powód nie był w stanie przedstawić poniesionych wydatków; nie wykazał też żadnej inicjatywy dowodowej w tym kierunku.

Sąd orzekł o kosztach procesu na podstawie art. 100 kpc biorąc pod uwagę wydatki poniesione przez strony w toku procesu oraz fakt, iż powództwo zostało uwzględnione w zakresie 46,5% ostatecznie sformułowanych roszczeń.

O kosztach sądowych, na które złożyły się: nieuiszczona opłata od pozwu oraz wydatki na wynagrodzenia biegłych w części pokrytej z funduszy Skarbu Państwa, Sąd postanowił na podstawie art. 113 ust. 1 i 2 uksc, w związku z art. 100 kpc, z zastosowaniem zasady ich rozdzielenia proporcjonalnie do stopnia, w jakim powództwo zostało uwzględnione.