

UZASADNIENIE

Powód A. C. domagał się od strony pozwanej (...) Spółki Akcyjnej w W. zasądzenia kwoty 25 000 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 17 maja 2013 r. do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. W uzasadnianiu pozwu podał, że w trakcie leczenia w Wojewódzkim Szpitalu (...) w L. został zakażony gronkowcem złocistym. Jest to równoznaczne z wywołaniem u powoda rozstroju zdrowia. Szpital naruszył obowiązek zapewnia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu w szpitalu. Dlatego powodowi należy się zadośćuczynienie w wysokości żądanej w pozwie. Odpowiedzialność strony pozwanej uzasadniona jest udzieleniem szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana (...) Spółka Akcyjna w W. wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz od powoda zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. Zdaniem strony pozwanej analiza dokumentacji w sprawie wskazuje, że nie występują nieprawidłowości w postępowaniu ubezpieczonego szpitala, nie stwierdzono żadnych błędów w postępowaniu leczniczym lub profilaktyce antybiotykowej, a stan sanitarny szpitala i Oddziału Ortopedii był dobry. W efekcie nie ma podstaw do przyjęcia, aby podczas udzielania świadczeń medycznych powodowi w ubezpieczonym szpitalu popełniono błąd medyczny lub nie dołożono należytej staranności.

Interwencję uboczną po stronie pozwanej zgłosił Wojewódzki Szpital (...) w L., który wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na rzecz strony pozwanej od powoda kosztów procesu wg norm przepisanych. Zaprzeczył, że do zakażenia gronkowcem złocistym u powoda mogło dojść w Wojewódzkim Szpitalu (...) w L., gdyż 10 do 50 % populacji ludzkiej jest nosicielem bakterii gronkowca, zatem u powoda do zakażenia doszło najpewniej w momencie urazu (złamania nogi) lub bezpośrednio po tym zdarzeniu. W trakcie hospitalizacji powoda nie odnotowano żadnych zakażeń gronkowcem u innych chorach. Nadto takich zakażeń ni odnotowano na Oddziale (...) Urazowo – Ortopedycznej w okresie 6 miesięcy przed hospitalizacją powoda ani 6 miesięcy po tej hospitalizacji. Okoliczność ta świadczy dodatkowo o tym, że wszelkie procedury sanitarne były w szpitalu bezwzględnie przestrzegane. Wskazuje to na brak jakichkolwiek zawinionych działań lub zaniechań personelu szpitala.

W toku procesu strony podtrzymały swoje stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 4 grudnia 2011 r. powód A. C. został przyjęty na Oddział (...) Urazowo – Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w L. z rozpoznaniem złamania dwukostkowego podudzia lewego. Powód przebywał na w/w Oddziale w okresie od 4 grudnia 2011 r. do 6 grudnia 2011 r. Wykonano w tym czasie u niego zabieg otwartej repozycji i stabilizacji metodą A-O i drutem K. z unieruchomieniem w gipsie podudziowo-stopowym. Zalecono zmianę opatrunków co 3 dni i usunięcie szwów po 14 dniach od zabiegu. W dniu 19 grudnia 2011 r. zanotowano w dokumentacji Przychodni (...): „Rany pooperacyjne zagojone-usunięto szwy”.

Dowody:

- skierowanie do szpitala z dnia 3.12.2011 r., k. 8,
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 6.12.2011 r., k. 9,
- karta oceny ryzyka przedhospitalizacyjnego, k. 10-11,
- historia choroby ogólna, k. 12-13,
- karta opieki pielęgniarskiej, k. 14,
- karta monitorowania miejsca operowanego, k. 15

- przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna, k. 16-17
 - historia pielęgnowania, k. 18,
 - ocena pielęgniarska stanu zdrowia pacjenta, k. 19,
 - indywidualna karta zleceń lekarskich, k. 20
 - karta obserwacyjna, k. 21
 - karta gorączkowa ogólna, k. 22,
 - protokół znieczulenia, k. 23,
 - karta statystyczna szpitalna ogólna, k.24,
 - wskazówki do dalszego postępowania, k. 25
 - zgoda na przeprowadzenie badań inwazyjnych i operacji, k. 26,
 - oświadczenie pacjenta, k. 27,
 - karta dokumentacji postępowania przeciwbólowego, k. 28,
 - wyniki badań laboratoryjnych, k. 29,
- zeznania powoda A. C., k. k. 454-455.

W dniu 17 stycznia 2012 r. powód otrzymał skierowanie do szpitala na oddział urazowo – ortopedyczny celem wykonania planowego zabiegu operacyjnego usunięcia zespolenia (śruby metalowej). Zabieg ten wykonano w Wojewódzkim Szpitalu (...) w L. w dniu 20 stycznia 2012 r. w znieczuleniu miejscowym 1 % L.. Tego samego dnia powód został wypisany do domu z zaleceniem ambulatoryjnych zmian opatrunków oraz zdjęcia szwów za 2 tygodnie.

Dowody:

- skierowanie do szpitala z dnia 17.01.2012 r., k. 30,
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 20.01.2012 r., k. 31
- karta kontroli wkluc dożylnych, k. 32
- karta gorączkowa ogólna, k. 33
- indywidualna karta zleceń lekarskich, k. 34
- karta statystyczna ogólna, k. 35
- karta znieczulenia, k. 36,
- zgoda na przeprowadzenie badań inwazyjnych i operacji, k. 37
- oświadczenia pacjenta, k. 38, 39,
- formularz przesiewowej oceny ryzyka, k. 40
- historia choroby, k. 41,

- zeznania powoda, k. 454-455.

Wizyta poszpitalna w poradni ortopedycznej nastąpiła 3 lutego 2012 r. Usunięto wówczas część szwów, wystawiono receptę na antybiotyki C.. Następna wizyta w dniu 8 lutego 2012 r. wykazała istnienie obrzęku, co skutkowało pobraniem materiału na posiew. W dniu 13 lutego 2012 r. rana była sącząca się, otwarta, w posiewie z dnia 9 lutego 2012 r. wyhodowano gronkowca złocistego (*S. aureus*) wrażliwego na C., B., Gentamycynę. Na kolejnej wizycie w dniu 20 lutego 2012 r. zmieniono opatrunek, odnotowano poprawę stanu miejscowego, zalecono stosowanie A.. Podczas wizyty w dniu 1 marca 2012 r. zanotowano, że gojenie przebiega prawidłowo, a w dniu 15 marca 2012 r., że rana pozostawała bez wysięku. Dlatego zalecono odstawienie antybiotyku oraz rehabilitację, wykonano rtg stawu skokowego, które wykazało prawidłowe ustawienie metalu, nie stwierdzono bolesności kostki przyśrodkowej.

Dowód:

- historia Poradni Urazowo – Ortopedycznej, k. 43-44,
- sprawozdanie z badań laboratoryjnych, k. 45-46.

Inny pacjent, który leżał w szpitalu w L. na miejscu powoda bezpośrednio po nim, też był zakażony gronkowcem złocistym.

Dowód:

- zeznania świadków: S. O., k. 123-125, M. C., k. 190.

W czasie pobytu powoda w Szpitalu w L. na Oddziale Urazowo - Ortopedycznym nie zanotowano zakażeń gronkowcem u innych chorych.

W 2011 r. i 2012 r. w Wojewódzkim Szpitalu (...) w L. obowiązywały procedury dotyczące m.in. higieny rąk w warunkach szpitalnych, procedur okołoperacyjnych, izolacji chorych, inne. Był sporządzony raport roczny o zakażeniach zakładowych za rok 2011 i 2012, co jest zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. Przeprowadzane także były szkolenia zapobiegające zakażeniom szpitalnym. Natomiast w szpitalu nie obowiązywała i nadal nie obowiązuje wykonywanie rutynowych badań mikrobiologicznych w celu np. wykrywania nosicielstwa gronkowca złocistego u pacjentów przed zabiegiem operacyjnym w związku z czym nie ma opracowanych procedur na ten temat. Badania mikrobiologiczne materiału biologicznego chorego, każdorazowo indywidualnie zleca lekarz na podstawie wskazań klinicznych, co jest zgodne z rekomendacjami zalecanymi przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. Od ok. początku 2015 r. indywidualną decyzją ordynatora oddziału urazowo – ortopedycznego każdy przyjmowany do oddziału chory ma wykonywane badanie mikrobiologiczne w kierunku nosicielstwa drobnoustrojów chorobotwórczych (wymazy z nosa i gardła).

W dokumencie „Karta monitorowania miejsca operowanego” (k.15) brak następujących danych: brak imienia, nazwiska pacjenta, daty zabiegu i rodzaju zabiegu, określenia rodzaju rany jaka była operowana, jaki antybiotyk został zastosowany.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu mikrobiologii medycznej i zakażeń szpitalnych z dnia 22.10.2014 r. sporządzona przez B. S., k.135-142 wraz z opiniami uzupełniającymi z dnia 24.04.2015 r., k. 292 – 299 i 10.02.2016 r., k. 359 – 362,
- dochodzenie epidemiologiczne z dnia 12.02.2013 r., k. 164,
- procedura higieniczna nr (...) – Higiena rąk w warunkach szpitalnych, k. 212-215;
- procedura kliniczna nr (...) – Procedury okołoperacyjne, k. 216-224,

- pismo pielęgniarki epidemiologicznej G. F. z dnia 1.06.2015 r., k. 339
- raport roczny o zakażeniach zakładowych w 2011 r. i 2012 r., k. 340-344,
- procedury, k. 381 – 420,
- wykaz szkoleń, k. 421-425, 433a,

- zeznania świadka A. D., k. 244-245.

Pismem z dnia 21 stycznia 2013 r. powód przez pełnomocnika zgłosił w (...) S.A. szkodę osobową w związku z pobytem w Szpitalu (...) w L. w dniach 4-6 grudnia 2011 r., domagając się wypłaty kwoty bezspornej 20 000 zł. Strona pozwana odmówiła przyjęcia odpowiedzialności za zakażenie powoda gronkowcem.

Dowód:

- pisma M. Centrum (...) z dnia 21.01.2013 r., k. 47, 22.04.2013 r., k. 51-52,
- pisma strony pozwanej z dnia 30.01.2013 r., k. 48, 27.02.2013 r., k. 49, 14.03.2013 r., k. 50, 16.05.2013 r., k. 53.

Przebyty u powoda proces ropny był powierzchowny, nie doprowadził do najczęściej spotykanego w takich okolicznościach powikłania jakim jest zapalenie kości z długo utrzymującą się przetoką ropną. Leczenie tego powikłania było prawidłowe, od początku powód miała wdrożoną antybiotykoterapię wcelowaną według posiewu. Przedłużone o kilka tygodni leczenie w wyniku stanu ropnego rany po usunięciu jednej ze śrub nie spowodowało ujemnych skutków dla powoda w sensie końcowego efektu pooperacyjnego. Nie stwierdzono u powoda uszczerbku na zdrowiu w związku z przedłużonym gojeniem się rany po usunięciu śruby więzozrostu piszczelowo-strzałkowego czyli w związku z zakażeniem gronkowcem.

Dowód:

- opinia łączna chirurga-ortopedy S. L. i neurologa J. W. z dnia 28.10.2014 r., k. 205-208,
- opinia uzupełniająca z dnia 21.03.2015 r. k. 281-282.

Powód A. C. ma 54 lata, utrzymuje się z wynagrodzenia za pracę w wysokości ok. 2 000 zł netto miesięcznie. Prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z żoną, która pracuje i zarabia ok. 1 700 zł netto. W związku ze złamaniem jakiego doznał w grudniu 2011 r. przez 6 miesięcy przebywał na zwolnieniu lekarskim, wymagał rehabilitacji. Na chwilę obecną nadal odczuwa bóle stawu skokowego lewego przy ruchach, co ma związek ze złamaniem.

Dowód:

- zeznania powoda A. C., k. 454-455.

W latach 2011 – 2012 strona pozwana (...) Spółka Akcyjna w W. udzielała Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w L. ochrony z tytułu odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Bezsporne

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Odpowiedzialność strony pozwanej oparta jest na treści art. 822 k.c. i wynika z niekwestionowanego faktu udzielania przez (...) S.A. w W. ochrony ubezpieczeniowej Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w L. w latach 2011 – 2012 r.

Placówka medyczna odpowiada za szkodę wyrządzoną wskutek zakażenia pacjenta według ogólnych zasad prawa cywilnego. Jest to odpowiedzialność na zasadzie winy. Przepis art. 415 k.c. stanowi, że kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Zatem podstawowym obowiązkiem poszkodowanego na zasadzie art. 6 k.c. jest udowodnienie:

- a) faktu istnienia związku przyczynowego między pobytem w szpitalu i dokonywanymi tam zabiegami a zachorowaniem,
- b) winy,
- c) szkody/krzywdy.

W doktrynie i orzecznictwie powszechnie akceptuje się ułatwienia procesowe dla poszkodowanego, wynikające z tego, że nie można stawiać powodowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Dlatego też w takiej sytuacji, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwają się z powoda na pozwanego.

W efekcie przy ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy pobytem powoda w szpitalu a zachorowaniem poprzestaje się na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa. Rzeczą strony pozwanej (obowiązkiem procesowym) jest osłabianie wspomnianego prawdopodobieństwa – przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich – według twierdzeń poszkodowanego – doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość. Niejednokrotnie ustalenia Sądu w omawianym zakresie opierają się na domniemaniach faktycznych na podstawie art. 231 k.p.c. i na dowodzie prima facie, które strona pozwana może obalić przeciwdowodem (wyrok SN z 17 kwietnia 2007 r., IV CSK 429/06, Lex nr 274129).

Przenosząc to co powiedziano na grunt niniejszej sprawy należy zauważyć, że uprawnione jest ustalenie, że do zakażenia powoda A. C. mogło dojść w trakcie pobytu w szpitalu w L.. W ocenie Sądu wskazuje na to ustalona chronologia zdarzeń, tj. ścisły związek czasowy pomiędzy udzielaną powodowi pomocą medyczną a stwierdzonym zakażeniem. Fundamentalne znaczenie ma bowiem to, że w okresie od 4 grudnia 2011 r. (data pierwszej operacji) do 8 lutego 2012 r. (kiedy stwierdzono pierwsze objawy zakażenia w postaci obrzęku i pobrano materiał do badań) powód kilkakrotnie przebywał w szpitalu (na oddziale, w przychodni przyszpitalnej, gabinecie zabiegowym) oraz był poddawany różnym zabiegom leczniczym, w tym zmianie opatrunków. Zaordynowany w stosunku do powoda w dniu 8 lutego 2012 r. posiew z rany dał wynik pozytywny. W ocenie Sądu miejsce pojawienia się stanu zapalnego, to że rana po pierwszym zabiegu wykonanym w dniu 4 grudnia 2011 r. była wygojona (świadczy o tym zapis w historii choroby Poradni Urazowo – Ortopedycznej z dnia 19 grudnia 2011 r., gdzie zanotowano: “Rany pooperacyjne zagojone – usunięto szwy”, k. 43 odwrót), a pierwsze objawy wskazujące na możliwość zakażenia (nieprawidłowe gojenie się rany) pojawiły się 19 dni po drugim zabiegu operacyjnego usunięcia zespolenia (zabieg miał miejsce 20 stycznia 2012 r.), nadto to, że zmiana opatrunków w okresie pomiędzy 20 stycznia 2012 r. a 8 lutego 2012 r. odbywała się również w szpitalu w L., uprawniały do ustalenia, że do zakażenia powoda mogło dojść w trakcie pobytu powoda w szpitalu w L. w związku z zabiegiem w dniu 20 stycznia 2012 r., czego strona pozwana skutecznie nie obaliła. Na gruncie niniejszej sprawy nie zostały wykazane żadne okoliczności, które podważałaby prawdopodobieństwo, że do zarażenia powoda doszło w trakcie innych zabiegów lub okoliczności.

Zgodnie z definicją legalną zamieszczoną w art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – zakażeniem szpitalnym jest zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:

- a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo
- b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

Według opinii uzupełniającej biegłej mikrobiologa B. S. z dnia 24 kwietnia 2015 r., która w tym zakresie oparła się na kryteriach opracowanych przez Zespół (...) powołanych przez (...) Centrum (...), za zakażenie szpitalne uznaje się zakażenie, które nastąpiło po 72 godzinach od chwili przyjęcia do szpitala. Najbardziej typowymi zakażeniami pooperacyjnymi są zakażenia powierzchowne ran po nacięciu chirurgicznym, w których infekcja pojawia się do 30 dni.

W efekcie biegła uznała, że cechy zakażenia szpitalnego można przypisać zakażeniu się powoda w momencie usuwania śruby zespalającej, co miało miejsce 20 stycznia 2012 r., gdyż do wystąpienia objawów, tj. do 8 lutego 2012 r. upłynęło 19 dni.

W ocenie Sądu powyższy wniosek jest przekonujący, logiczny, znajduje oparcie w wyżej zacytowanej definicji zakażenia szpitalnego oraz czasookresie jaki upłynął od operacji z dnia 20 stycznia 2012 r. do dnia pobrania materiału na posiew. O tym, że przed drugim zabiegiem powód nie był zakażony świadczy to, że rana pooperacyjna po zabiegu z 4 grudnia 2011 r. goiła się bez powikłań. Wskazuje na to zapis w dokumentacji medycznej z 19 grudnia 2011 r. oraz ponowne skierowanie powoda na planowy zabieg usunięcia zespolenia i wykonanie tego zabiegu w dniu 20 stycznia 2012 r. bez jakichkolwiek wątpliwości co do stanu zdrowia powoda, w tym występowania u niego objawów zakażenia mikrobiologicznego. Pobranie materiału do badania przy przyjęciu do szpitala w postaci wymazu z gardła lub nosa pozwoliłoby potwierdzić endogeny charakter zakażenia (pochodzący od pacjenta). Nie mniej jednak, jak wynika to z opinii biegłej B. S., żadna współczesna definicja zakażenia szpitalnego nie wymaga by było ono zakażeniem egzogennym (pochodzącym spoza ciała pacjenta). Jest to zatem kwestia drugorzędna przy ustalaniu czy do zakażenia szpitalnego doszło. Natomiast zaopatrzenie się przez szpital w badanie na obecność bakterii gronkowca u powoda przed przyjęciem do szpitala niewątpliwie pozwoliłoby szpitalowi na obalenie domniemania faktycznego, iż do zakażenia doszło w szpitalu. Takiego dowodu jednak pozwany nie dostarczył, gdyż jak wynika z dokumentów przedłożonych przez szpital oraz z zeznań świadka A. D. w latach 2011 – 2012 badanie takie nie było przeprowadzane rutynowo, nie obowiązywały w tym temacie żadne procedury. Sytuacja taka, jeśli chodzi o oddział urazowo – ortopedyczny, zmieniła się dopiero na początku 2015 r., kiedy to decyzją indywidualną ordynatora standardowo wprowadzono tego rodzaju badanie. Oczywiście z uwagi na brak obowiązku prowadzenia tego rodzaju badań nie można czynić szpitalowi zarzutu bezprawnego działania, nie mniej jednak tego rodzaju badanie niewątpliwie ułatwiłoby szpitalowi pozycję procesową w procesie o zadośćuczynienie za zakażenie szpitalne.

Mając powyższe na uwadze, Sąd ocenił stopień prawdopodobieństwa zakażenia powoda w szpitalu w L. jako na tyle wysoki by przyjąć odpowiedzialność strony pozwanej za to zakażenie.

Przechodząc do kwestii winy należy zauważyć, że na gruncie odpowiedzialności placówki medycznej za zakażenie szpitalne funkcjonuje koncepcja tzw. winy organizacyjnej. Dotyczy to stwierdzenia po stronie tej placówki zaniedbań o charakterze organizacyjnym, prowadzących do powstania szkody. W szczególności w grę może wchodzić niewłaściwy stan sanitarny, używanie niewysterylizowanego sprzętu, brak odpowiedniej izolacji chorych zakażenie, itd. Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego szpital jest zobowiązany do zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. Zakres tego obowiązku zależy zaś od rodzaju zakładu leczniczego i stanu zdrowia pacjenta. Obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa pobytu w szpitalu polega także na ochronie pacjenta przed spowodowaniem u niego innej choroby.

Przyczynami zakażeń są najczęściej: nieprzestrzeganie przez personel medyczny zasad bezpieczeństwa i higieny, niedostateczna sterylizacja i dezynfekcja sprzętu medycznego, nienależyty nadzór epidemiologiczny, zły stan leczniczy i sanitarny pomieszczeń szpitalnych.

„Obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając, na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej. Przypisanie takiej winy wymaga, zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce. W rozpoznawanej

sprawie oczywistym jest, iż poprawnie funkcjonująca placówka służby zdrowia winna tak zorganizować swą pracę i zapewnić takie środki, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek podejmowania takich działań wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 w brzmieniu obowiązującym na dzień przeprowadzenia zabiegu). Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych przez ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki, prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji tych działań” (tak wyrok SA w Gdańsku z dnia 17 maja 2013 r., sygn.. akt V ACa 274/13).

Mając powyższe na uwadze, a także wnioski wypływające z opinii mikrobiologicznej, należy zauważyć, że podczas hospitalizacji A. C. w (...) w L. zrobiona wiele aby nie doszło do zakażenia rany pooperacyjnej *S. aureus* (...). Nie sposób jednak przyjąć, by na gruncie niniejszej sprawy szpital w sposób właściwy wywiązał się z ciężących na nim obowiązków w zakresie zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu. Zauważyć bowiem należy, że pomimo dostarczenia ostatecznie przez interwenienta ubocznego wszystkich obligatoryjnych procedur medycznych, nie było one jednak do końca właściwie przestrzegane, o czym świadczy między innymi niesystematycznie i nieprzejrzysto wypełniana dokumentacja medyczna. Według biegłej nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej dotyczą „Karty monitorowania miejsca operowanego”, gdzie brak jest takich danych jak: imię, nazwisko pacjenta, data zabiegu i rodzaj zabiegu, określenie rodzaju rany jaka była operowana, nie wpisanie jaki antybiotyk został zastosowany. Zdaniem biegłej taki dokument potwierdziłby, iż rana pooperacyjna od początku goiła się prawidłowo. Nadto, wg biegłej, braki w dokumentacji świadczą o tym, że rana nie była obserwowana codziennie i nie wiadomo czy codziennie zmieniano opatrunki.

Opinia mikrobiologiczna jest przekonująca w zakresie w jakim akcentuje, że całkowite wyeliminowanie zakażeń szpitalnych nie jest możliwe, nie mniej jednak wprowadzenie programu nadzoru nad zakażeniami, świadomość istnienia zakażeń, ich następstw oraz wiedza o ich przyczynach, czynnikach etiologicznych i objawach klinicznych, jak również ściśle przestrzeganie obowiązujących procedur może zmniejszyć do minimum wystąpienie zakażeń w szpitalach.

W ocenie Sądu zarzuty interwenienta ubocznego do opinii mikrobiologicznej jak w piśmie z dnia 29 marca 2016 r. mają charakter polemiczny i nie zmieniają stanu rzeczy, że dokumentacja medyczna powoda nie była wypełniana w sposób przejrzysty, kompletny, całościowy. W tych okolicznościach, zdaniem Sądu, aktualizuje się możliwość postawienia szpitalowi zarzutu winy organizacyjnej wyrażającej się w tym, że szpital nie dochował należytej staranności i ponosi winę za zakażenie powoda.

Sąd nie uwzględnił wniosku interwenienta ubocznego jak w piśmie z dnia 29 marca 2016 r., gdyż ocena czy w okolicznościach konkretnej sprawy szpitalowi można przypisać winę należy do Sądu orzekającego w tej sprawie a nie do biegłego, zaś materiał dowody zgromadzony w aktach uznać należało za kompletny dla dokonania takiej oceny.

Ostatnią przesłanką odpowiedzialności deliktowej placówki medycznej jest krzywda rozumiana jako całokształt cierpień fizycznych i psychicznych towarzyszących zakażeniu szpitalnemu.

Podstawę żądania zadośćuczynienia stanowi art. 445 k.c. Zgodnie z § 1 tego artykułu sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę „w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym”. Wypadki, o których mowa w artykule poprzedzającym, tj. w art. 444 k.c., to uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia. Przepis o zadośćuczynieniu może mieć zatem

zastosowanie w przypadku szkód wyrządzonych przy leczeniu, w szczególności przy zakażeniu pacjenta chorobą, co jest już równoznaczne z wywołaniem u niego rozstroju zdrowia.

W ocenie Sądu, w realiach rozpoznawanej sprawy, krzywda powoda A. C. wyraża się w tym, że powód został zarażony bakterią gronkowca złocistego, co już samo w sobie jest wywołaniem rozstroju zdrowia. W konsekwencji był narażony na większą ilość wizyt lekarskich i pielęgniarских, musiał zażywać antybiotyki, był poddawany zabiegom mającym na celu oczyszczenie rany. Powyższemu towarzyszył dyskomfort, niepokój o własny stan zdrowia, niepewność co do rokowań na przyszłość, obawa o to by nie doszło do powikłań. Niewątpliwy jest negatywny wpływ zakażenia na goję się rany. Zabieg usunięcia śruby miał miejsce 20 stycznia 2012 r., a dopiero w dniu 15 marca 2012 r. stwierdzono brak wysięku z rany i zalecono odstawienie antybiotyku. Skoro po zabiegu z 4 grudnia 2011 r. rana była wygojona już 19 grudnia 2011 r., a więc po ok. 2 tygodniach, to należy uznać, że proces gojenia w przypadku rany po drugim zabiegu wydłużył się o ok. 1,5 miesiąca.

Niemniej jednak dla oceny rozmiaru krzywdy fundamentalne znaczenie winna mieć opinia lekarska chirurga – ortopedy i neurologa, która zlecona została na okoliczność uszczerbku na zdrowiu powoda oraz rokowań na przyszłość. Ewidentnie dotyczyła zatem wyłącznie istnienia i rozmiaru krzywdy (rozstroju zdrowia), a nie związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem a pobytem w szpitalu. Temu ostatniemu celowi służyła opinia mikrobiologiczna, stąd pomiędzy zakresami przedmiotowymi w/w opinii brak tego rodzaju związku, który pociągałaby za sobą konieczność konfrontowania biegłych z uwagi na sprzeczne, wzajemnie wykluczające się wnioski opinii. W efekcie, Sąd oddalił wniosek powoda z dnia 12 lutego 2015 r., powtórzony w pismach z dnia 20 maja 2015 r. oraz 4 kwietnia 2016 r. oraz wniosek interwenienta ubocznego z dnia 29 marca 2016 r.

Oceniając rozmiar krzywdy powoda Sąd miała na uwadze, że biegli sądowi lekarze rozpoznali u powoda stan po usunięciu śruby z więzozrostu piszczelowo – strzałkowego powikłany powierzchownym procesem ropnym. Nie stwierdzili uszczerbku na zdrowiu w związku z przedłużonym gojeniem się rany czyli w związku z gronkowcem złocistym. Proces ropny nie doprowadził do typowych powikłań jak zapalenie kości z długo utrzymującą się przetoką ropną. Również leczenie powikłania było prawidłowe, powód miał od początku wdrożoną antybiotykoterapię wycelowaną wg posiewu. Przedłużone o kilka tygodni leczenie w wyniku stanu ropnego rany po usunięciu jednej ze śrub nie spowodowało ujemnych skutków dla powoda w sensie końcowego efektu pooperacyjnego.

W tych okolicznościach za adekwatną pieniężną rekompensatę cierpień psychicznych i fizycznych Sąd uznał kwotę 5 000 zł, która w ocenie Sądu wypełnia wskazania orzecznictwa co do tego, że zadośćuczynienie winno być utrzymane w rozsądnych granicach, powinno uwzględniać przeciętny poziom życia w społeczeństwie, a jednocześnie mieć wymierną wartość, która uwzględnia, że naruszenia doznało zdrowie ludzkie jako dobro osobiste o szczególnej wartości i doniosłości.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 822 k.c. w zw. z art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c. i 415 k.c., orzeczono jak w punkcie I i II wyroku.

O odsetkach, jak w punkcie I wyroku, Sąd orzekł mając na uwadze, że stosownie do art. 817 k.c. termin spełnienia świadczenia przez zakład ubezpieczeń wynosi 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Po upływie tego terminu roszczenie poszkodowanego przeciwko zakładowi ubezpieczeń o zadośćuczynienie staje się wymagalne. Możliwość żądania odsetek ustawowych za opóźnienie jest uzależniona od wymagalności roszczenia. Skoro w okolicznościach rozpoznawanej sprawy omawiane roszczenie stało się wymagalne nie później niż z końcem lutego 2013 r., to powód jest uprawniony do żądania odsetek za opóźnienie od dnia 17 maja 2013 r., tj. dnia następnego po wydaniu przez (...) S.A. ostatecznej decyzji o odmowie przyznania świadczenia.

W efekcie, o odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 817 § k.c. jak w punkcie I.

Rozstrzygnięcie dotyczące kosztów procesu (pkt III wyroku) ma uzasadnienie w treści art. 100 k.p.c., zgodnie z który w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą stosunkowo rozdzielone. Powód wygrał proces jedynie w 20 %, dlatego z poniesionych przez niego kosztów w wysokości 4 250 zł, należy się mu zwrot w wysokości 850 zł. Wygrana

pozwanego to aż 80 %, dlatego z poniesionych przez niego kosztów w wysokości 2 400 zł, należy mu się zwrot kwoty 1 920 zł. W ostatecznym rozrachunku stronie pozwanej należy się od powoda zwrot kosztów w wysokości 1 070 zł.

Rozstrzygnięcie w pkt IV oparte jest na treści art. 107 zd. 3 k.p.c., albowiem przyznanie zwrotu kosztów interwencji od przeciwnika obowiązującego do zwrotu kosztów jest tylko fakultatywne, zaś charakter roszczenia sprzeciwia się takiemu rozstrzygnięciu.

W pkt V wyroku Sąd orzekł na podstawie art. 83 ust. 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c. Ponieważ brakujące w sprawie koszty sądowe wyniosły 5 048,02 zł, obciążenie nimi stron procesu w stosunku 80 % - powód, 20 % - strona pozwana, daje kwoty o jakich mowa w pkt V wyroku.

Rozstrzygnięcie jak w pkt VI oparte jest na treści art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych i wynika z faktu, że interwenient uboczny korzystał ze zwolnienia od kosztów sądowych.