

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

17 września 2015 roku

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Dominika Romanowska

Protokolant: Anna Gniwek

po rozpoznaniu na rozprawie 27 sierpnia 2015 roku we Wrocławiu

sprawy z powództwa A. S.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W., (...) Szpitalowi (...) (...) z siedzibą we W. oraz Województwu (...)

- o zapłatę i ustalenie

I. zasądza od pozwanych (...) S.A. z siedzibą w W. oraz Województwa (...) na rzecz powoda A. S. kwotę 127.907 zł (sto dwadzieścia siedem tysięcy dziewięćset siedem złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od (...) S.A. z siedzibą w W. liczonymi od kwoty 62.907 zł od 27 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty i od kwoty 65.000 zł od 01 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty, natomiast od Województwa (...) liczonymi od kwoty 62.907 zł od 19 września 2012 r. do dnia zapłaty i od kwoty 65.000 zł od 01 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty, przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego od obowiązku zapłaty;

II. oddala dalej idące powództwo;

III. zasądza od pozwanych (...) S.A. z siedzibą w W. oraz Województwa (...) solidarnie na rzecz powoda A. S. kwotę 3.617 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego;

IV. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu pozwanemu (...) Szpitalowi (...) (...) z siedzibą we W.;

V. nakazuje pozwanym (...) S.A. z siedzibą w (...), aby uiścili na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego we Wrocławiu kwotę 7.339,71 zł tytułem brakującej opłaty sądowej od pozwu oraz zaliczek na wynagrodzenie biegłego, od uiszczenia których powód został zwolniony.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 22 listopada 2011 r. skierowanym przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. powód A. S. wniósł o:

- zasądzenie od strony pozwanej odszkodowania w kwocie 85.0000 zł wraz odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia 27 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty,

- zasądzenie zadośćuczynienia w wysokości 60.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 27 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty,

- zasądzenie kosztów leczenia w wysokości 2.907 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia złożenia pozwu do dnia zapłaty,

- zasądzenie renty w wysokości 1.386 zł miesięcznie, płatnej od dnia złożenia pozwu,

- ustalenie w wyroku odpowiedzialności strony pozwanej za szkody mogące powstać u powoda w przyszłości,

- zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska powód wskazał, że był zatrudniony jako doradca handlowy w sklepie (...)i w dniu (...)r. uległ wypadkowi w pracy (uraz skrętny kolana lewego podczas schodzenia z drabiny). Z tego powodu był operowany w szpitalu przy ul. (...)we W.(w tym czasie (...) Szpitala (...)), gdzie usunięto mu łękotkę kolana lewego. Dla zachowania sprawności ruchowej konieczna była kolejna operacja – rekonstrukcji więzadeł – której termin ustalono na 20 stycznia 2010 r. Powód podał przy tym, że przed operacją rekonstrukcji więzadeł był zdrowym, silnym, 43-letnim mężczyzną, niemającym obniżonej predyspozycji na zakażenia.

Powód wyjaśnił, że stawił się w szpitalu w wyznaczonej dacie, jednak zabieg został przesunięty o dwa dni, na 22 stycznia 2010 r., ze względu na brak lekarza anestezjologa. Wskazał, że z dokumentacji medycznej wynika, że również sama operacja nie przebiegała bez zakłóceń. Operacja przedłużyła się, co lekarz operujący tłumaczył mu później koniecznością czekania na sprzęt wykorzystywany w toczącej się równolegle operacji. Skutkiem tego były również krwaki i zasinienie całej nogi powoda (zbyt długie utrzymywanie opaski uciskowej tamującej dopływ krwi do miejsca operowanego). Powód miał przebywać w szpitalu do 25 stycznia 2010 r., jednak jego wypis nastąpił dopiero 27 stycznia 2010 r., ze względu na „źle wyglądającą nogę”.

Powód wskazał następnie, że w domu odczuwał nasilający się ból kolana i w związku z tym udał się do Szpitala (...), gdzie w dniu 3 lutego 2010 r. został ponownie przyjęty na oddział, w trybie nagłym. Kolano miało widoczną opuchliznę, było ciepłe i zaczerwienione, a wykonane w szpitalu badania wskazały na istnienie stanu zapalnego. W dniu 4 lutego 2010 r. powód był operowany i stwierdzono ropno-śluzowatą treść w stawie z masywnymi ogniskami martwiczymi oraz tkanką włóknkową oraz rozmiękanie wszczepu (...). Powód podniósł, że w przedstawionym stanie rzeczy nie powinno budzić wątpliwości, iż doszło do zakażenia miejsca operowanego.

Powód wskazał, że w szpitalu przy ul. (...)we W.przebywał do 4 maja 2010 r. W międzyczasie, z powodu likwidacji (...) Szpitala (...)w dniu 31 marca 2010 r., pacjent został, w sposób formalny, przekazany do dalszego leczenia i diagnostyki do Oddziału (...)we W.. W sensie faktycznym powód przebywał jednak cały czas w tym samym szpitalu przy ul. (...), pod opieką tego samego personelu medycznego.

Powód zarzucił, iż diagnostyka oraz leczenie stanu zapalnego nie były prowadzone prawidłowo. W okresie od 4 lutego do 8 lutego 2010 r. nie wykonywano żadnych badań, pomimo narastających objawów zakażenia. W dniu 8 lutego 2010 r. uzyskano dodatni wynik badania bakteriologicznego, jednak nie wykonano antybiogramu, który wskazałby, na jaki antybiotyk wyhodowany w badaniu szczep jest wrażliwy. Leczenie nie było zatem prawidłowe, nastawione na zwalczenie przyczyny złego stanu zdrowia powoda. Nie podjęto żadnej decyzji, która spowodowałaby progres w leczeniu. Prowadzone było jedynie leczenie opatrunkowe, antybiotykowe i przeciwbólowe. Powód zarzucił również, iż pomimo zakażenia nie przebywał w izolowanym pomieszczeniu, lecz z innymi pacjentami na zwykłej szpitalnej.

Powód podał także, że w dniu 19 lutego 2010 r. został poddany kolejnej operacji – usunięcia założonego uprzednio wszczepu. Powód w okresie pobytu w szpitalu odczuwał silne dolegliwości bólowe (w dniu 16 lutego 2010 r. dwukrotnie podawano mu morfinę). Wystąpiły u niego zaburzenia adaptacyjno-depresyjne, co zostało stwierdzone podczas konsultacji psychiatrycznej.

Powód wyjaśnił, że dopiero w dniu 4 maja 2010 r. został przewieziony karetką do Oddziału(...)Kliniki (...)w O.. Lekarze z Oddziału w O.stwierdzili, że pacjent trafił do ich Ośrodka o wiele za późno. Powód przebywał w O.do dnia 20 maja 2010 r. i był tam jeszcze następnie kilkakrotnie hospitalizowany.

Powód podkreślił, że w jego przypadku popełniono błędy, których konsekwencją było zakażenie – ropowica stawu kolana lewego oraz masywny stan zapalny podudzia lewego. Nieprawidłowo, a przede wszystkim przewlekłe, prowadzony proces leczenia doprowadził do trwałego kalectwa powoda – resekcji stawu kolanowego, usztywnienia oraz skrócenia nogi. Powód podał, że szkoda, jaką poniósł, jest oczywista. Silny, zdrowy, sprawny, atrakcyjny 43-letni

mężczyzna w wyniku zakażenia szpitalnego, leczonego niezgodnie ze sztuką medyczną, ale też i zwykłym zdrowym rozsądkiem, stał się osobą o głębokiej niepełnosprawności, ze sztywną, krótszą o 3,5 cm nogą oraz zrujnowanym – w wyniku długotrwałego przyjmowania środków przeciwbólowych – zdrowiem.

Powód podał, że na wysokość dochodzonych kosztów leczenia składają się koszty przejazdu do szpitala w O. na kolejne hospitalizacje oraz wizyty kontrolne (wydatki na paliwo oraz wyżywienie dla powoda i kierowcy). Natomiast żądanie zasądzenia renty w wysokości 1.386 zł miesięcznie jest związane z koniecznością zaspokojenia podstawowych potrzeb powoda, które znacznie wzrosły w związku z chorobą. Przed wypadkiem z października 2009 r. powód zarabiał 2.002 zł i miał perspektywy na otrzymanie premii, dodatków oraz na szybki awans. W chwili obecnej powód jest całkowicie niezdolny do pracy. Proces leczenia trwa, a powód już nigdy nie będzie osobą w pełni sprawną. Będzie to miało z pewnością wpływ na ewentualne poszukiwanie pracy w przyszłości.

W odpowiedzi na pozew z dnia 1 lutego 2012 r. (k. 172) strona pozwana (...) S.A. wniosła o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz strony pozwanej kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa prawnego, według norm przepisanych. W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana wskazała, że jej odpowiedzialność gwarancyjna uwarunkowana jest zaistnieniem odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego – (...) Szpitala (...) we W.. W niniejszej sprawie bezspornym jest fakt doznania przez powoda szkody w postaci rozstroju zdrowia. Tym niemniej personelowi szpitala nie można postawić zarzutu zawinionego działania lub zaniechania, a prawdopodobna przyczyna rozstroju zdrowia powoda leży poza sferą działań lub zaniechań ubezpieczonego Szpitala.

Odnosząc się szczegółowo do zarzutów powoda, strona pozwana wskazała między innymi, że przed zabiegami operacyjnymi z dnia 27 października 2009 r. (po wypadku) oraz z dnia 22 stycznia 2010 r. (rekonstrukcja więzadła) zastosowano profilaktykę antybiotykową. W toku kolejnej hospitalizacji powoda wielokrotnie wykonywano posiewy materiału pobranego z jamy stawowej – w celach diagnostycznych. Powód był kilkakrotnie operowany, stosowano drenaż przepływowy, usunięto przeszczep (...) i implanty, podawano antybiotyki ogólnie i miejscowo. Natomiast przebieg schorzenia, negatywne wyniki posiewów bakteriologicznych oraz badania histopatologicznego mogą wskazywać, że przyczyną powikłania pooperacyjnego po zabiegu z dnia 22 stycznia 2010 r. była alergia na czynniki składowe bioresorbowalnych implantów użytych do rekonstrukcji więzadła z nadkażeniem rany, nabytym już po wypisaniu ze szpitala.

Z ostrożności procesowej strona pozwana zarzuciła, że żądane przez powoda zadośćuczynienie jest wygórowane i nie znajduje oparcia w materiale dowodowym. Istotnym jest przy tym, czy w związku z wypadkiem powód podjął próbę otrzymania bądź otrzymał inne świadczenia pełniące funkcję kompensacyjną. Nadto strona pozwana wskazała, że powód nie wskazał podstaw faktycznych wyliczenia odszkodowania, tj. jaką szkodę materialną poniósł, podobnie jak i podstaw faktycznych żądanej renty. Odnosząc się zaś do żądania ustalenia odpowiedzialności na przyszłość, strona pozwana podniosła, że w obecnym stanie prawnym w przypadku ujawnienia nowej szkody na osobie powód może dochodzić naprawienia tej nowo ujawnionej szkody w drodze odrębnego powództwa o zasądzenie, w terminie trzech lat od ewentualnego ujawnienia nowej szkody.

Pismem z dnia 25 czerwca 2012 r. (k. 295) powód wniósł o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanych Województwa (...)jako następcy prawnego (...) Szpitala (...)we W.w zakresie zobowiązań tego szpitala sprzed jego likwidacji oraz (...)Szpitala (...)– (...) we W.jako jednostki, która leczyła powoda w okresie po likwidacji Szpitala (...), to jest po 31 marca 2010 r.

Postanowieniem z dnia 27 sierpnia 2012 r. (k. 313) Sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanych Województwo (...)oraz (...)Szpital (...)– (...) we W..

W odpowiedzi na pozew z dnia 24 września 2012 r. (k. 327) strona pozwana (...)Szpital (...)– (...)we W.wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie na rzecz strony pozwanej kosztów postępowania. W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana – szpital im. (...)wskazała, że biorąc pod uwagę całokształt przebiegu schorzenia, negatywnie wyniki powtarzanych 15 razy posiewów bakteriologicznych oraz negatywny wynik badania histopatologicznego nie można wykluczyć, iż przyczyną wystąpienia powikłania u powoda był aseptyczny proces

zapalny stawu kolanowego i otaczających go tkanek miękkich w wyniku uczulenia na składowe bioresorbowalnych implantów firmy (...), użytych do artroskopowej rekonstrukcji (...), z następowym nakażeniem rany, nabytym po wypisaniu z oddziału pozwanego szpitala.

Odnosząc się do zarzutów powoda strona pozwana wskazała, że posiewy bakteriologiczne były wykonane prawidłowo, w pozwanym szpitalu znajdował się anestezjolog, jak również dysponowano odpowiednim sprzętem operacyjnym. Podniosła, że laboratorium diagnostyczne, w którym wykonane były wyniki badań, świadczy wysoki poziom usług potwierdzony licznymi certyfikatami. W obecnych realiach nie istnieją żadne specjalistyczne ośrodki lecznicze zajmujące się leczeniem tylko zakażeń pooperacyjnych. Zasady postępowania w zapaleniu stawu kolanowego po leczeniu operacyjnym są jasno określone i miały w całości zastosowanie w niniejszej sprawie. Pobyt powoda, z rozpoznaniem ropowicy kolana lecz bez pozytywnego wyniku w kierunku rozpoznania patogenu, na oddziale czystym nie stanowił dla powoda zagrożenia. Bezzasadny jest także zarzut opieszałości czy też braku działań w stosunku do powoda, gdyż takie działania lecznicze były podejmowane (punkcja stawu kolanowego, artroskopia z założeniem drenażu płuczącego z antybiotykiem, operacyjne usunięcie przeszczepu, oczyszczenie przetoki, rewizja stanu kolanowego, tomografia komputerowa kolana).

Pozwany szpital wyjaśnił, że przeprowadzone u powoda badania bakteriologiczne wykazały obecność bakterii gronkowca złocistego (...). Gronkowce złociste często występują w środowisku człowieka. Na salach operacyjnych pozwanego szpitala rygorystycznie przestrzegane są reżimy sanitarne. Zakażenia pooperacyjne szpitalne charakteryzują się bardzo krótkim okresem inkubacji oraz wielooporowością antybiotykową, a takim drobnoustrojem jest gronkowiec złocisty metycylinooporny (...), którego w przypadku powoda nie stwierdzono (stwierdzono (...)). Można zatem uznać, że zakażenie, które pojawiło się u powoda było zakażeniem endogennym, tj. wywodzącym się z własnej flory bakteryjnej powoda, a nie wynikającym z faktu kontaktu pacjenta z florą bakteryjną bytującą w szpitalu. Strona pozwana wskazała przy tym, że zabiegi ortopedyczne, w których zastosowano implanty, niosą zagrożenie zakażenia endogenne.

Strona pozwana podniosła, iż przyczyną ujemnych hodowli z materiałów wysyłanych od pacjenta mogła być prowadzona u niego antybiotykoterapia i hamowanie wzrostu bakterii in vitro. Natomiast późniejsze wyniki badań (z czerwca i sierpnia 2010 r.) w żaden sposób nie potwierdzają zarzutów powoda, gdyż w maju 2010 r. powód przebywał w Klinice w O., gdzie mogło dość do zakażenia gronkowcem. Dodała strona pozwana, że ostatnich latach nie stwierdzono u niej żadnych uchybień w zakresie stosowanych procedur oraz warunków sanitarno-epidemiologicznych.

Strona pozwana wskazała, że nie można obciążać jej wszystkimi konsekwencjami, jakie obecnie odczuwa powód, gdyż ich źródłem jest wypadek, jakiemu uległ powód w dniu (...) r. (skomplikowany uraz kolana). W wyniku tego wypadku powód doznał skomplikowanego urazu kolana lewego, skutkującego ograniczeniem możliwości życiowych i ograniczeniem sprawności. Także depresja, o której pisze powód, wynika ewidentnie z faktu doznanego urazu i jego konsekwencji.

W odpowiedzi na pozew z dnia 21 września 2012 r. (k. 366) strona pozwana Województwo (...), reprezentowane przez Marszałka Województwa (...), wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz strony pozwanej kosztów procesu. W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana wskazała, że jest jedynie organem założycielskim dawnego Szpitala (...), który zgodnie z przepisami prawa przejmuje należności i zobowiązania po zlikwidowanej jednostce, nie mogąc jednak ingerować w procedury medyczne. W związku z tym strona pozwana pozostawiła sobie możliwość wypowiedzenia się co do roszczeń powoda po wydaniu w niniejszej sprawie opinii przez biegłego.

Po przeprowadzeniu dowodów z opinii biegłego sądowych z zakresu chorób zakaźnych oraz biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii strona pozwana – Województwo (...) podtrzymała swoje stanowisko, wnosząc o oddalenie powództwa (k. 724).

Pismem złożonym w dniu 1 kwietnia 2014 r. (k. 529) **powód sprecyzował, że na jego żądanie zapłaty składają się następujące kwoty:**

- 2.907 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia wraz z odsetkami od dnia złożenia pozwu do dnia zapłaty,
- 1.386 zł miesięcznie tytułem renty płatnej od dnia złożenia pozwu,
- 145.000 zł tytułem zadośćuczynienia w zakresie doznanej krzywdy w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. wraz z odsetkami od dnia 27 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty.

Z kolei w piśmie złożonym na rozprawie w 7 maja 2015 r. (k. 678) w powód wskazał, że podtrzymuje żądanie w zakresie zasądzenia wyżej wskazanych kwot od stron pozwanych, które mają odpowiadać na zasadzie solidarności nieprawidłowej (in solidum). Jednocześnie z ostrożności procesowej, **na wypadek nieprzyjęcia** przez Sąd istnienia **odpowiedzialności solidarnej** Województwa (...)w stosunku do (...)Szpitala (...)– (...) powód **wniósł ewentualnie o zasądzenie:**

- solidarnie od (...) S.A. kwoty 125.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 2.907 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia weź z odsetkami wskazanymi w pozwie oraz kwoty 1.386 zł miesięcznie tytułem renty płatnej od dnia złożenia pozwu,
- solidarnie od (...)Szpitala (...)– (...) i (...) S.A.kwoty 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami wskazanymi w pozwie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu (...)r. powód A. S.uległ wypadkowi w pracy, w wyniku którego doznał urazu kolana (skręt boczny kolana). Powód pracował jako doradca handlowy (sprzedawca) w (...) we W.i w ramach wykonywania swoich obowiązków ściągał towar z wysoko położonej półki, używając w tym celu drabiny. Podczas schodzenia z drabiny powód spadł z drabiny a w następstwie upadku doznał urazu skrętnego lewego kolana. Wezwana została karetka pogotowia, a powód trafił do (...) Szpitala (...)przy ul. (...)we W..

Dowód:

- protokół nr (...)ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (...) W.B.z 3 listopada 2009 r., k. 7 - 13 akt odszkodowawczych ZUS A. S.
- karta zlecenia wyjazdu Pogotowia (...)we W.z (...) r., k. 35 akt odszkodowawczych ZUS A. S.

W dniu wypadku powód został przyjęty na Oddział (...) we W. w trybie ostrożydrowym i przebywał tam do dnia 29 października 2009 r. W toku pobytu w szpitalu powoda poddano leczeniu operacyjnemu: wykonano artroskopię lewego kolana, w trakcie której częściowo usunięto łąkotkę przysrodkową oraz stwierdzono uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego ((...)) i chondromalację kolana lewego. Operacja nie wywołała powikłań. Powoda wypisano do domu z zaleceniem kontroli w poradni ortopedycznej, celem ustalenia terminu planowej rekonstrukcji (...).

Dowód:

- karta informacyjna z leczenia szpitalnego w (...) Szpitalu (...) z 29 października 2009 r., k. 47
- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574

Dwudziestego stycznia 2010 r. powód został ponownie przyjęty na Oddział (...) we W., tym razem w trybie planowym, celem rekonstrukcji (...) w technice artroskopowej. Operacja miała miejsce 22 stycznia 2010 r. W dniu 27 stycznia 2010 r. powoda wypisano do domu z zaleceniami ćwiczeń według instruktażu udzielonego na oddziale, chodu z

odciążaniem operowanej kończyny przez 4 tygodnie (przy pomocy kul lub balkonika), usunięcia szwów w 14 dobie po zabiegu, kontroli w poradni ortopedycznej za 4 tygodnie oraz przyjmowania podskórnie preparatu F..

Dowód:

- karta informacyjna z leczenia szpitalnego w (...) Szpitalu (...) z 27 stycznia 2010 r., k. 49

Po powrocie do domu u powoda pojawił się ból lewego kolana, który systematycznie narastał. W dniu 1 lutego 2010 r. pacjent kontaktował się z pracownikiem oddziału Szpitala (...), a w dniu 3 lutego 2010 r. zgłosił się osobiście do szpitala, celem zdiagnozowania przyczyny bólu kolana. U powoda stwierdzono bóle kolana operowanego (lewego), opuchliznę, wysięk w kolanie, krwiak podudzia oraz ograniczoną ruchomość w lewym stawie kolanowym. W badaniach dodatkowych stwierdzono, że poziom OB wynosi 80 mm (norma poniżej 10 mm), a poziom (...) wynosi 231 mg% (zakres referencyjny od 0 do 5 mg%). Wykonano punkcję stawu kolanowego, w której uzyskano treść ropną. W tym samym dniu powód został przyjęty na oddział w trybie nagłym z powodu ropowicy kolana lewego.

Dowód:

- przesłuchanie powoda, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 22 maja 2013 r., 00:02:29 – 00:21:48

- zeznania świadka I. M., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 6 lutego 2013 r., 00:06:44 – 00:15:49

- historia choroby pacjenta A. S. wraz z wywiadem przedmiotowym z (...) Szpitala (...) we W., k. 67 – 69

- wyniki OB. z dnia 3 lutego 2010 r., k. 76

- biochemia – wyniki z 3 lutego 2010 r., k. 78

- zeznania świadka R. D., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 4 czerwca 2012 r., 00:26:04 – 00:44:30 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 6 lutego 2013 r., 00:15:49 – 00:53:56

- notatki lekarskie obrazujące historię leczenia powoda, k. 100

- karta indywidualnej pielęgnacji, k. 118 - 124

Podczas punkcji stawu kolanowego pobrano materiał na posiew w celach diagnostycznych (laboratoryjne wyhodowanie bakterii występujących w organizmie powoda). Przeprowadzone badanie laboratoryjne dało jednak wynik ujemny („brak wzrostu”).

Dowód:

- wynik badania bakteriologicznego z 3 lutego 2010 r., k. 74 - 75

W dniu 4 lutego 2010 r. wykonano artroskopię kolana lewego powoda. Stwierdzono ropno-śluzowatą treść w stawie wraz z masywnymi ogniskami martwiczymi oraz tkanką włóknikowatą. Staw wypłukano wielokrotnie solą fizjologiczną z antybiotykiem. Oczyszczono części martwe i zalegające masy włóknikowe. Usunięto zrosty. Uwidoczniono rozmiękający wszczep (...), który miał zachowaną ciągłość, jednak był znacznie rozciągliwy, niewydolny. Założono drenaż przepływowy o dużej średnicy.

Dowód:

- informacja o operacji z 4 lutego 2010 r., k. 71

Ósmego lutego 2010 r. pobrano kolejny posiew, tym razem z drenu. W badaniach laboratoryjnych wyhodowano szczep S. spp. (koagulazoujemny). Nie wykonano jednak antybiogramu, co mogło być związane z tym, że wykryto

jedynie pojedynczą kolonię, a laboratorium potraktowało wyhodowany szczep jako wynik nadkażenia powstałego w transporcie lub w inny sposób.

Dowód:

- karta indywidualnej pielęgnacji, k. 118 - 124

- wynik badania bakteriologicznego z 3 lutego 2010 r., k. 80

- zeznania świadka R. D., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 4 czerwca 2012 r., 00:26:04 – 00:44:30 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 6 lutego 2013 r., 00:15:49 – 00:53:56

W dniu piętnastego lutego 2010 r. wykonano punkcję stawu kolanowego, ewakuowano 90 ml mętnej treści krwistopropnej. Do stawu podano 80 mg Gentamycyny. Pobrany w czasie zabiegu materiał przesłano na posiew. Badanie laboratoryjne dało wynik ujemny.

Dowód:

- notatki lekarskie obrazujące historię leczenia powoda, k. 99

- wynik badania bakteriologicznego z 3 lutego 2010 r., k. 437

Dziewiętnastego lutego 2010 r. ponownie operowano powoda, usuwając pin, śrubę bioresorbowalną oraz wszczep ST-G. Podczas zabiegu ze stawu wypłynęła duża ilość treści ropnej. Wypłukano staw oraz pobrano materiał do badania histopatologicznego. Zaimplementowano dwa opakowania Gąbki G.. Założono 2 dreny do szpary stawowej i 2 dreny do ran po usuniętych implantach bioresorbowalnych. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano fragment kości gąbczastej o „ścieńczałych” beleczkach kostnych.

Dowód:

- opis zabiegu operacyjnego z 19 lutego 2010 r., k. 88

- wynik badania histopatologicznego nr (...), k. 112

Dwudziestego piątego marca 2010 r. powód miał kolejną operację, podczas której dokonano rewizji stawu kolanowego. Stwierdzono występowanie znacznej ilości wydzieliny ropnej w tkankach otaczających. Usunięto płynną treść ropną i martwiczo zmienione tkanki miękkie, a także oczyszczono kanał piszczelowy. W obrębie kłykcia przysrodkowego stwierdzono złamanie patologiczne piszczeli. Po oczyszczeniu chirurgicznym tkanek zaimplantowano dwa opakowania Gąbki G. do kanału piszczelowego oraz w tkanki otaczające. Z rany wyprowadzono 3 dreny. W czasie zabiegu pobrano materiał na posiew bakteriologiczny. Badanie bakteriologiczne dało wynik ujemny (brak wzrostu).

Dowód:

- lekarski opis zabiegu operacyjnego z 25 marca 2010 r., k. 114

- karta indywidualnej pielęgnacji, k. 118 - 124

- wynik badania bakteriologicznego z 25 marca 2010 r., k. 447

W czasie pobytu w Szpitalu (...) powód otrzymywał w okresie od 3 lutego 2010 r. antybiotyki - B., M. oraz Z., przy czym dwa pierwsze leki były stosowane do 8 lutego 2010 r., a Z. do 15 lutego 2010 r. Od 15 lutego do 18 lutego 2010 r. stosowano B., a od 19 lutego do 1 marca 2010 r. – C.. Od jedenastego marca 2010 r. do 22 marca 2010 r. powód przyjmował N., natomiast od 26 marca do 31 marca 2010 r. podawano mu A.. Nadto powodowi dwukrotnie zaimplantowano po 2 opakowania Gąbki G., o czym była już mowa. Stosowanie różnych antybiotyków było związane z tym, że lekarze nie byli w stanie ustalić, jaki szczep bakterii jest odpowiedzialny za zakażenie, w

szczegółności kolejne badania bakteriologiczne dawały wyniki ujemne (poza badaniem z dnia 8 lutego 2010 r., które zostało jednak potraktowane jako nieobiektywne przez laboratorium). Konieczne było zatem leczenie empiryczne i stosowanie różnych antybiotyków (działających na różne bakterie).

Dowód:

- karty obserwacji, zleceń i gorączkowe, k. 129 - 138

- zeznania świadka R. D., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 4 czerwca 2012 r., 00:26:04 – 00:44:30 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 6 lutego 2013 r., 00:15:49 – 00:53:56

- zeznania świadka R. J., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 12 października 2012 r., 00:15:15 – 00:37:28

- zeznania świadka M. Z. (1), protokół elektroniczny rozprawy z dnia 12 października 2012 r., 00:01:47 – 00:14:51

Na podstawie uchwały nr (...) Sejmiku Województwa (...)z dnia 29 października 2009 r. doszło do likwidacji (...) Szpitala (...). Otwarcie likwidacji Szpitala ustalono na dzień 1 stycznia 2010 r., zakończenie działalności medycznej na dzień 31 marca 2010 r., a zakończenie likwidacji na dzień 30 czerwca 2010 r. (§ 1 uchwały). Od dnia 1 kwietnia 2010 r. osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego Szpitala dalsze udzielanie takich świadczeń miał, co do zasady, zapewnić (...)Szpital (...)- (...)we W.(§ 2 uchwały). Z dniem 1 kwietnia 2010 r. pracownicy Szpitala stali się pracownikami Szpitala im. (...)(§ 3 uchwały).

Dowód:

- uchwała nr (...) Sejmiku Województwa (...)z 29 października 2009 r., k. 144 – 146

Zobowiązania i należności Szpitala po zakończeniu likwidacji miały stać się zobowiązaniami i należnościami Samorządu (...) (§ 5 ust. 1 uchwały). Jednakże zobowiązania związane z bieżącą działalnością w ostatnim miesiącu poprzedzającym dzień zakończenia działalności medycznej miały stać się zobowiązaniami Szpitala im. (...) (§ 5 ust. 2 uchwały). Dotyczyło to w szczególności wynagrodzenia pracowników szpitala, składek na ubezpieczenie społeczne, zaliczek na podatek dochodowy i innych, powstałych w związku ze świadczeniem przez szpital usług medycznych (§ 5 ust. 2 uchwały). Szpitalowi im. (...) miały również przysługiwać należności wobec Narodowego Funduszu Zdrowia za ostatni miesiąc poprzedzający dzień zakończenia działalności medycznej przez (...) Szpital (...), które to środki winny być przeznaczone na uregulowanie zobowiązań z miesiąca poprzedzającego zakończenie działalności medycznej (§ 5 ust. 3 uchwały)

Dowód:

- uchwała nr (...) Sejmiku Województwa (...)z 29 października 2009 r., k. 144 – 146

Prawna likwidacja Szpitala (...) nie wpłynęła na sytuację faktyczną powoda w tym sensie, że przebywał wciąż w tym samym budynku szpitalnym przy ul. (...) i był leczony przez ten sam personel szpitalny, który kontynuował dotychczas prowadzoną terapię.

Dowód:

- zeznania świadka R. D., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 4 czerwca 2012 r., 00:26:04 – 00:44:30

- przesłuchanie przedstawiciela pozwanego Szpitala im. (...) M. Z. (2), protokół elektroniczny rozprawy z dnia 31 lipca 2013 r., 00:07:30 – 00:16:07

Do 7 kwietnia 2010 r. kontynuowano podawanie powodowi antybiotyku A.. Następnie, zaniechano podawania antybiotyków i stosowano jedynie leczenie miejscowe – opatrunkowe (przemywanie rany, zakładanie opatrunków). Związane było to z lepszymi rezultatami badań, wskazującymi na ustępowanie stanu zapalnego (stopniowy spadek

(...)). Stosowane leczenie miejscowe nie doprowadziło jednak do poprawy stanu stawu kolanowego. W związku z tym w dniu 4 maja 2010 r., po konsultacji ze S. R., Ordynatorem VI Oddziału Kliniki (...) w O., przekazano pacjenta do O. celem dalszego specjalistycznego leczenia.

Dowód:

- karty obserwacji, zleceń i gorączkowe, k. 268 – 270

- zeznania świadka R. D., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 4 czerwca 2012 r., 00:26:04 – 00:44:30 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 6 lutego 2013 r., 00:15:49 – 00:53:56

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z 5 maja 2010 r., k. 263

W okresie od 4 maja do 20 maja 2010 r. powód przebywał na Oddziale Zapaleń Kości w Klinice (...)w O.. W momencie przyjęcia na Oddział stwierdzono objawy zapalenia stawu kolanowego lewego z ogniskiem zapalnym nasady bliższej kości piszczelowej lewej i przetoką wydzielającą mętny białawy płyn. Przewiezienie powoda z (...)szpitala im. (...)nastąpiło w czasie umożliwiającym prawidłowe leczenie powoda na specjalistycznym oddziale zapaleń kości. Leczenie powoda trwało około półtora roku i wymagała kilkukrotnego pobytu chorego na oddziale (poza pierwszym pobycem w maju 2010 r.). W tym czasie wykonywano operacje oczyszczające ogniska zapalne stawu kolanowego lewego. Z powodu następującej destrukcji elementów kostnych, dających duże dolegliwości bólowe i skutkujących ograniczeniem ruchomości tego stawu, zdecydowano się na resekcję stawu i usztywnienie go aparatem zewnętrznym. Po kilku miesiącach doszło do zrośnięcia usztywnionych końców kości stawowych i wtedy zdjęto aparat zewnętrzny.

Dowód:

- zeznania świadka S. R., posiedzenie przed Sądem Rejonowym w O., Wydziałem I Cywilnym, sygn. akt I Cps 32/12, k. 388 – 390 akt niniejszej sprawy

- karty informacyjne Kliniki (...) w O., k. 150 – 152, 156

W czasie kolejnych pobytów w Klinice w O. (maj 2010 r., wrzesień 2010 r., styczeń – luty 2011 r., maj – czerwiec 2011 r.) powód miał wykonywane badania bakteriologiczne. Niemniej jednak z pobranego materiału nie wyhodowano drobnoustrojów w warunkach tlenowych bądź beztlenowych.

Dowód:

- karty informacyjne Kliniki (...) w O., k. 150 – 152, 156

Natomiast po pierwszej hospitalizacji w O., w czasie przebywania w domu, powód wykonał w dniu 10 czerwca 2010 r. badanie bakteriologiczne z materiału pobranego z rany. W toku badania wyhodowano S. koagulazoujemny, szczep (...). Wykonano antybiogram, -typując antybiotyki, na który wrażliwy jest ten szczep. Kolejne badanie powód wykonał w dniu 23 sierpnia 2010 r. i to badanie również dało wynik dodatni. Wyhodowano S. koagulazoujemny, tym razem jednak ze szczepu (...). Również w przypadku tego badania wykonano antybiogram.

Dowód:

- wyniki badań bakteriologicznych 16 czerwca 2010 r. i 27 sierpnia 2010 r., k. 116, 117

Powód jeszcze przed doznaniem urazu z (...) r. miał problemy z lewym stawem kolanowym i z powodu uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej tego kolana miał wykonywaną artroskopię w 2008 r. Ponowny uraz spowodował konieczność powtórzenia tego zabiegu operacyjnego w dniu urazu, przy czym w ramach kolejnej artroskopii wykonano także usunięcie łąkotki. Przy okazji stwierdzono uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego lewego ((...)).

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574 wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 27 lutego 2015 r., k. 628 – 630 oraz ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

Więzadło krzyżowe przednie jest jednym z najważniejszych elementów anatomicznych stabilizujących kolano ludzkie, lecz nie jedynym. Do rekonstrukcji (...) kwalifikuje się pacjentów ze stwierdzoną niestabilnością, młodych, uprawiających czynnie sport. Bierze się także pod uwagę typ konstytucjonalny pacjenta – osoby o długich kończynach bardziej kwalifikują się do takiej rekonstrukcji niż osoby krępe, z bardziej rozbudowaną muskulaturą. Operacja taka powinna być poprzedzona szczegółową informacją dla pacjenta. Nie każde uszkodzenie (...) musi powodować bezpowrotną niestabilność stawu kolanowego - w wielu wypadkach prawidłowe rozwicie mięśnia czworogłowego uda może tę niestabilność zmniejszyć lub nawet jej zapobiec. Pacjent powinien zostać poinformowany również o możliwych powikłaniach w postaci pewnych ograniczeń ruchowych po operacji (niewielkie ograniczenie możliwości zgięcia kolana), a także o możliwości powikłań ropnych.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574 wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 27 lutego 2015 r., k. 628 – 630 oraz ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

Powód nie był informowany o tym, że prawidłowo prowadzona rehabilitacja oraz wzmocnienie mięśni czworogłowych uda może wyeliminować lub zmniejszyć niestabilność kolana. Lekarze zapewniali go, że rekonstrukcja (...) jest prostym zabiegiem oraz że powinna zostać wykonana, jeżeli powód chce normalnie funkcjonować i jeździć rowerem. W przeciwnym wypadku jego kolano będzie „uciekać”. Powoda nie informowano o ryzyku związanym z tym zabiegiem i możliwości powstania zakażenia.

Dowód:

- przesłuchanie powoda, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 22 maja 2013 r., 00:02:29 – 00:21:48 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:34:42 – 00:51:51

Operacja wykonywana w dniu 22 stycznia 2010 r. nie przebiegała typowo, a w jej wyniku nastąpiły pewne problemy techniczne – zaistniały trudności z wprowadzeniem pinu, doszło do destabilizacji wszczepu. Zaszła konieczność powtórzenia procedury w celu uzyskania dobrego kotwiczenia wszczepu w piszczeli. W wyniku tych trudności czas trwania zabiegu wydłużył się znacznie.

Dowód:

- opis przebiegu operacji w historii choroby powoda, k. 59 verte

- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574 wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 27 lutego 2015 r., k. 628 – 630 oraz ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

- opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych B. D. (1) z dnia 20 stycznia 2014 r., k. 504 – 512 wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 27 lutego 2015 r., k. 634 – 638 oraz ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 czerwca 2015 r., 00:03:19 – 00:32:31

W związku z przedłużaniem się operacji konieczne było zdjęcie opaski uciskowej z nogi operowanej (przerwanie niedokrwienia), a później jej ponowne założenia. Samo przedłużające się niedokrwienie przy operacji tego typu jest czynnikiem niekorzystnym w gojeniu się. Nade wszystko jednak, przy tak długo trwającym zabiegu konieczne

było ponowne podanie antybiotyku w trakcie operacji, w ramach okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. W przypadku powoda zaniechano jednak podania dodatkowej dawki antybiotyku w czasie operacji.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574 wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 27 lutego 2015 r., k. 628 – 630 oraz ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

- opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych B. D. (1) z dnia 20 stycznia 2014 r., k. 504 – 512 wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 27 lutego 2015 r., k. 634 – 638 oraz ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 czerwca 2015 r., 00:03:19 – 00:32:31

W przypadku powoda wystąpiły czynniki powodujące zwiększenie ryzyka zakażenia w postaci wydłużenia trwania zabiegu ponad 2 godziny, dodatkowej traumatyzacji tkanek i znacznego krwawienia miejsca operowanego, zastosowania implantów, stosowania opaski uciskowej oraz faktu wykonania trzeciego już zabiegu operacyjnego w tym samym obszarze ciała (lewe kolano). Zasadnym było zatem podjęcie dodatkowych środków ostrożności w postaci dalszego podawania antybiotyku (B.), przy czym lek ten powinien być stosowany co 6 – 8 godzin przez okres 3 – 5 dni. U powoda antybiotyk ten był stosowany od 22 stycznia do 25 stycznia 2010 r., jednak jedynie 2 razy na dobę, a zatem tylko co 12 godzin. W związku ze zwiększonym ryzykiem zakażenia zasadnym było także dłuższe zatrzymanie powoda w szpitalu niż do dnia 27 stycznia 2010 r., gdy nastąpił wypis lub chociażby zalecenie dalszej antybiotykoterapii.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych B. D. (1) z dnia 20 stycznia 2014 r., k. 504 – 512 wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 27 lutego 2015 r., k. 634 – 638 oraz ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 23 czerwca 2015 r., 00:03:19 – 00:32:31

- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574 wraz z ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

W zakresie procesu diagnostycznego prowadzonego u powoda już po wystąpieniu zakażenia nie można zarzucić jednostce leczniczej żadnych zaniedbań. Postępowanie lecznicze po wystąpieniu zakażenia stawu kolanowego lewego u powoda było intensywne, wyczerpano wszelkie możliwości terapeutyczne. Prawidłowo zastosowano kilkukrotne leczenie operacyjne oraz drenaż przepływowy, i ssący, implantowano gąbkę garamycynową. Nie zmienia to faktu, że najbardziej prawdopodobną przyczyną zakażenia stawu kolanowego lewego było zakażenie śródoperacyjne przy przedłużającej się operacji rekonstrukcji (...) i brak wystarczającej osłony antybiotykowej w trakcie operacji i po niej, po wypisaniu powoda do domu.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574 wraz z ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

W wyniku opisanego wyżej niepowodzenia leczniczego w chwili obecnej lewa noga powoda jest krótsza od prawej o 4 cm (lewa ma 89 cm, a prawa 93 cm). Występują także znaczne ograniczenia ruchomości stawu. Staw kolanowy jest usztywniony w śladowym, 10-stopniowym zgięciu. Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda należy ocenić na 35 %. Przy tym rokowania co do stanu zdrowia powoda na przyszłość są niezbyt korzystne. Pomimo wyleczenia stanu zapalnego kolana i kości piszczelowej można w przyszłości liczyć się z nawrotem zakażenia kości. Z tego powodu wszelkie operacje rekonstrukcyjne, na przykład egalizacja (wyrównanie kończyn) stoją pod znakiem zapytania. Wyjątkowo rzadko po artrodezii (operacyjnym usztywnieniu stawu), która miała miejsce u powoda, proponuje się pacjentom próbę implantacji endoprotezy stawu kolanowego, zwłaszcza gdy artrodeza została wykonana jako leczenie procesu ropnego.

Usztywnione kolano u osoby w sile wielu może z czasem powodować powstanie wtórnych zmian zwyrodnieniowych w innych stawach kończyn dolnych.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. z 24 lipca 2014 r., k. 567 – 574 wraz z ustną opinią uzupełniającą, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

W chwili obecnej nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie na ile obecny stan zdrowia powoda jest następstwem zakażenia, a na ile doznanego urazu kolana oraz wcześniejszych przypadłości dotyczących tego stawu kolanowego. Powód praktycznie stracił staw kolanowy, ma usztywnioną kończynę. Nie jest zatem możliwe odróżnienie skutków zakażenia od skutków wcześniejszych urazów. Tym niemniej w przypadku powodzenia operacji uszczerbek na zdrowiu powoda – nawet jeśli występowałyby obecnie – to miałyby niewielki zakres i obejmowałyby jedynie drobne ograniczenia ruchomości nogi lewej w stawie kolanowym.

Dowód:

- ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:04:23 – 00:33:58

Na co dzień powód porusza się z wykorzystaniem jednej kuli. Nie ma czucia w lewym kolanie. Powód ma obecnie problemy z dłuższym staniem, wchodzeniem po schodach. Powód mieszka na 4 piętrze i po nieudanej operacji przez pewien czas rzadko wychodził z domu. Przy dłuższym siedzeniu jego lewa noga powinna znajdować się w pozycji uniesionej. Powód w przeszłości potrafił i lubił wykonywać prace związane z majsterkowaniem, domowe remonty, lecz obecnie nie jest już w stanie tego sprawnie robić. W przeszłości dużo jeździł rowerem (dojeżdżając do pracy oraz jeżdżąc na wycieczki). W chwili obecnej nie może jeździć tradycyjnym rowerem; pozostaje mu korzystanie z handbike'a (roweru poruszanego siłą rąk).

Dowód:

- przesłuchanie powoda, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 22 maja 2013 r., 00:02:29 – 00:21:48 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:34:42 – 00:51:51

- zeznania świadka B. S., protokół elektroniczny rozprawy z dnia 4 czerwca 2012 r., 00:02:29 – 00:21:48

Powód przed zabiegiem pracował w (...) we W. jako doradca handlowy (sprzedawca) uzyskując wynagrodzenie w kwocie ok. 2.000 zł miesięcznie. Powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy w okresie do końca grudnia 2012 r. i pobierał rentę z tego tytułu w wysokości ok. 1.050 zł miesięcznie. Następnie został uznany za częściowo niezdolnego do pracy, do końca 2016 r. i przyznano mu z tego tytułu rentę, która wynosi obecnie 822 zł.

Dowód:

- przesłuchanie powoda, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 22 maja 2013 r., 00:02:29 – 00:21:48 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:34:42 – 00:51:51

- orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z 30 grudnia 2010 r. oraz 23 listopada 2011 r., k. 45, 133 akt rentowych ZUS powoda A. S.

W związku z leczeniem podejmowanym w O. powód zmuszony był do korzystania z pomocy osoby trzeciej, która przewiozłaby go do O. i odebrała po zakończonej hospitalizacji. Powód w ten sposób wrócił do W. w dniu 20 maja 2010 r., a następnie jeszcze trzykrotnie przebywał w szpitalu w O.: we wrześniu 2010 r., styczniu 2010 r. i maju 2011 r. Nadto powód pięciokrotnie przyjeżdżał do O. na wizyty kontrolne: w lipcu 2010 r., październiku 2010 r., kwietniu 2011 r., sierpniu 2011 r. i październiku 2011 r.

Dowód:

- karty informacyjny z leczenia w (...) Publicznym Szpitalu (...). (...)w O., k. 150 – 152, 156,
- zaświadczenie o stanie zdrowia z 3 lutego 2011 r., k. 153,
- zezwolenia na wjazd samochodu do Strefy Ograniczonego Postoju na terenie Szpitala im. (...)(...)(...), k. 154 – 155
- przesłuchanie powoda, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 22 maja 2013 r., 00:02:29 – 00:21:48 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:34:42 – 00:51:51

Odległość drogowa pomiędzy O. a W. wynosi 380 km, a cena 1 litra paliwa w latach 2010 – 2011 wynosiła ok. 5,30 zł. Samochód, którym powód był dowożony na leczenie spalał ok. 7 litrów paliwa na 100 km. W czasie każdego przejazdu powód wydawał ok. 30 zł na posiłki dla siebie i kierowcy.

Dowód:

- karty informacyjny z leczenia w (...) Publicznym Szpitalu (...). (...)w O., k. 150 – 152, 156,
- zaświadczenie o stanie zdrowia z 3 lutego 2011 r., k. 153,
- zezwolenia na wjazd samochodu do Strefy Ograniczonego Postoju na terenie Szpitala im. (...). (...), k. 154 – 155
- przesłuchanie powoda, protokół elektroniczny rozprawy z dnia 22 maja 2013 r., 00:02:29 – 00:21:48 oraz protokół elektroniczny rozprawy z dnia 27 sierpnia 2015 r., 00:34:42 – 00:51:51

Pismem z dnia 18 marca 2011 r., doręczonym stronie pozwanej (...) S.A. w dniu 28 marca 2011 r., powód domagał się od strony pozwanej zapłaty kwoty 150.000 zł tytułem odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu, zadośćuczynienia za dolegliwości psychiczne oraz psychiczne, a także refundacji kosztów związanych z wypadkiem (według rachunków) i zaliczki na leczenie oraz rehabilitację.

Dowód:

- pismo z dnia 18 marca 2011 r. wraz z potwierdzeniem odbioru, k. 157 – 159

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

W niniejszej sprawie powód, po ostatecznym sprecyzowaniu swojego żądania 1 kwietnia 2014 r. i 7 maja 2015 r., domagał się zasądzenia na jego rzecz zadośćuczynienia za krzywdę, jakiej doznał w wyniku zakażenia szpitalnego powstałego w trakcie hospitalizacji powoda w (...) Szpitalu (...) we W. oraz późniejszego nieprawidłowego leczenia tego zakażenia. W tym zakresie żądanie powoda jest uzasadnione treścią art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. Stosownie do art. 444 § 1 zd. 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Natomiast 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. Powód domagał się na podstawie art. 444 § k.c. zasądzenia na jego rzecz odszkodowania za poniesione koszty leczenia w postaci kosztów wyjazdu do szpitala w O. (koszty przejazdów oraz wyżywienia w trakcie wyjazdów). Powód wnosił o przyznanie mu renty miesięcznej i w tym zakresie żądanie powoda znajduje podstawę w art. 444 § 2 k.c., który stanowi, że jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Niezależnie od podnoszonych roszczeń pieniężnych

powód domagał się ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej stron pozwanych za skutki zaistniałego zdarzenia medycznego, które mogą powstać dopiero w przyszłości (art. 189 k.p.c.).

Należy wyjaśnić, iż odpowiedzialność stron pozwanych (...) S.A. oraz Województwa (...) ma charakter pochodny wobec odpowiedzialności innych podmiotów – szpitali, w których leczony był powód. (...) Szpital (...), w którym operowano powoda, odpowiadał za zawinione działania swoich lekarzy i personelu medycznego, a podstawę jego odpowiedzialności w tym zakresie stanowił art. 430 k.c. Zgodnie z tym unormowaniem, na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Nie stanowił zaś podstawy odpowiedzialności Szpitala art. 417 k.c., który wprowadza odpowiedzialność opartą na zasadzie ryzyka, jednak odnoszącą się jedynie do sfery wykonywania władzy publicznej przez Państwo bądź jednostki samorządu terytorialnego.

Z kolei wobec likwidacji (...) Szpitala (...) za zobowiązania tej placówki odpowiada na podstawie § 5 ust. 1 uchwały nr (...) Sejmiku Województwa (...) strona pozwana Województwo (...). W okolicznościach niniejszej sprawy dotyczy to zabiegu operacyjnego, który miał miejsce w styczniu 2010 r. oraz późniejszego leczenia zakażenia, które było podejmowane w trakcie kolejnej hospitalizacji powoda w okresie do końca marca 2010 r. a więc do zaprzestania prowadzenia działalności medycznej przez (...) Szpital (...). Natomiast za dalsze leczenie powoda, od początku kwietnia 2010 r., na podstawie przywoływanej uchwały Sejmiku odpowiadał już Szpital im. (...), który kontynuował działalność leczniczą swojego poprzednika (z wykorzystaniem przekazanych budynków, środków finansowych itp.). W uchwale jest co prawda mowa o odpowiedzialności szpitala im. (...) za zobowiązania z ostatniego miesiąca działalności (a zatem marca 2010 r.), jednak w ocenie Sądu treść tej uchwały wskazuje jedynie na bieżące, typowe wydatki (wynagrodzenie pracowników, składki na ubezpieczenie społeczne itp.), a nie na szczególne, potencjalnie znaczące zobowiązania związane z nieprawidłowym leczeniem pacjentów przez poprzednika prawnego. Wobec tego zdaniem Sądu cezurę czasową wyznaczającą odpowiedzialność szpitala im. (...) jest 1 kwietnia 2010 r. i szpital ten mógł odpowiadać jedynie za nieprawidłowe leczenie powoda podejmowane po tej dacie. Odpowiedzialność tego szpitala znajduje podstawę w art. 430 k.c. – analogicznie jak w przypadku zlikwidowanego (...) Szpitala (...) we W..

Podstawę odpowiedzialności strony pozwanej (...) S.A. statuuje art. 822 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. W niniejszej sprawie pozwany ubezpieczyciel nie kwestionował, że (...) Szpital (...) oraz w dalszej kolejności współpозwany szpital im. (...) legitymują się wystawioną przez pozwanego ubezpieczyciela polisą ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej. Spornym było natomiast, czy szpitale te w istocie w sposób zawiniony wyrządziły powodowi szkodę majątkową i niemajątkową podlegającą naprawieniu w świetle reguł odpowiedzialności deliktowej.

W niniejszej sprawie nie było natomiast podstaw do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności Województwa (...) (odpowiadającego za zobowiązania zlikwidowanego (...) Szpitala (...)) oraz pozwanego szpitala im. (...), gdyż ewentualna odpowiedzialność tej pierwszej jednostki mogła dotyczyć jedynie zdarzeń sprzed 1 kwietnia 2010 r., a odpowiedzialność Szpitala – jedynie zdarzeń późniejszych. W związku z tym przy ocenie roszczeń podnoszonych przez powoda Sąd odnosił się do stanowiska wyrażonego przez powoda w piśmie z dnia 7 maja 2015 r., w którym powód wskazał, że na wypadek nieprzyjęcia przez Sąd solidarności tych podmiotów domaga się kwoty 125.000 zł tytułem zadośćuczynienia od Województwa (...) (solidarnie z (...) S.A.) oraz odrębnie kwoty 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia od pozwanego szpitala im. (...) (solidarnie z (...) S.A.).

W ocenie Sądu powód zdołał wykazać, że w związku z zabiegiem operacyjnym z dnia 22 października 2010 r. powód doznał zakażenia szpitalnego, które wymagało długotrwałego leczenia oraz doprowadziło do aktualnego stanu zdrowia powoda i ograniczeń z nim związanych. Oceniając przesłankę związku przyczynowego pomiędzy działaniami lekarzy i personelu medycznego a faktem wystąpienia zakażenia, Sąd miał na uwadze, że w sprawach o błąd medyczny (z jaką mamy tu do czynienia) precyzyjne wykazanie przez powoda okoliczności związanych z niedołożeniem przez

lekarzy i personel medyczny należytej staranności oraz wpływem tych zaniedbań na stan zdrowia powoda jest z reguły niezwykle trudne bądź wręcz niewykonalne.

W związku z tym w praktyce sądowej wykształcona została konstrukcja dowodu *prima facie* mającego zastosowanie szczególnie w sprawach, w których udowodnienie okoliczności faktycznych jest niezwykle trudne (np. szkody komunikacyjne czy lekarskie). Oparty jest on na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) i zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825). Jednocześnie posłużenie się konstrukcją dowodu *prima facie* pozwala na przeniesienie na stronę przeciwną, która zna okoliczności towarzyszące powstaniu szkody i może je wykazać, ciężaru wykazania prawidłowości i staranności swojego działania (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2014 r., I CSK 291/13, LEX nr 1526621).

W okolicznościach niniejszej sprawy powód wykazał bardzo wysokie prawdopodobieństwo tego, że do zakażenia doszło wskutek nieprawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego z dnia 22 stycznia 2010 r. Świadczy o tym w szczególności fakt wystąpienia objawów zakażenia bezpośrednio po wypisaniu powoda do domu po zabiegu operacyjnym, a także nietypowy przebieg samej operacji – trudności techniczne (problemy z wprowadzeniem pinu, destabilizacja wszczepu) i związane z tym dalsze uszkodzenie tkanki, przedłużający się czas zabiegu. Dodatkowo, powód miał już wcześniej wykonywane zabiegi operacyjne w obrębie lewego kolana. W związku z tym, wobec przedłużającego się czasu zabiegu i dalszych zarysowanych okoliczności, zasadnym było podanie powodowi dodatkowej dawki antybiotyku, w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, czego jednak zaniechano. Na okoliczność tę zwrócili uwagę biegli sporządzający opinię w niniejszej sprawie: biegły sądowy z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. L. oraz biegła sądowa z zakresu chorób zakaźnych B. D. (2). Z obu opinii wynika, że zabieg operacyjny nie był wykonany poprawnie, co skutkowało zakażeniem miejsca, w którym dokonywano rekonstrukcji więzadła stawu kolanowego (rekonstrukcja (...)). Zdaniem Sądu obie opinie, wraz z uzupełniającymi opiniami pisemnymi i ustnymi, są we wskazanym zakresie spójne logicznie i dobrze uzasadnione. Natomiast strony pozwane nie zdołały wykazać, że do zakażenia doszło w jakimś innym momencie niż podczas hospitalizacji powoda w dawnym (...) Szpitalu (...), w szczególności nie zdołały wykazać, że źródło zakażenia miały charakter endogenny (wewnętrzny) bądź też, że przyczyną stanu zdrowia powoda była jego własna reakcja alergiczna.

Powód wykazał również, że zakażenie było następstwem niedołożenia należytej staranności przez lekarzy i personel szpitala w związku z wykonywaniem zabiegu operacyjnego. Przy tak długo trwającym zabiegu konieczne było ponowne podanie antybiotyku w trakcie operacji, w ramach okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. W przypadku powoda zaniechano jednak podania dodatkowej dawki antybiotyku w czasie operacji. Jak wynika z opinii biegłej B. D. (2), wobec zwiększonego ryzyka zakażenia występującego u powoda, celowym byłoby podjęcie dodatkowych środków ostrożności w postaci dalszego podawania antybiotyku (B.), przy czym lek ten powinien być stosowany co 6 – 8 godzin przez okres 3 – 5 dni. U powoda antybiotyk ten był stosowany od 22 stycznia do 25 stycznia 2010 r., jednak jedynie 2 razy na dobę, a zatem tylko co 12 godzin. Z kolei biegły S. L. wskazał, iż w związku ze zwiększonym ryzykiem zakażenia zasadnym było także dłuższe zatrzymanie powoda w szpitalu niż do dnia 27 stycznia 2010 r., gdy nastąpił wypis lub chociażby zalecenie dalszej antybiotykoterapii. Sąd akceptuje te ustalenia biegłych, przyjmując iż znajdują one oparcie w całości z gromadzonego materiału dowodowego (dotyczącego przebiegu operacji, wcześniejszych zabiegów wykonywanych na kolanie powoda) i dlatego nie budzą wątpliwości.

Jednak w ocenie Sądu nie powód nie wykazał, żeby późniejsze leczenie podejmowane wobec powoda pierwotnie przez (...) Szpital (...), a następnie przez Szpital im. (...) (w sensie faktycznym podejmowane jednak w tym samym budynku przez ten sam personel medyczny) było nieprawidłowe. W szczególności biegły S. L. w swojej opinii wskazał, że po wystąpieniu zakażenia, nie można zarzucić jednostce leczniczej żadnych zaniedbań. W ocenie biegłego postępowanie lecznicze było intensywne i wyczerpano wszelkie możliwości terapeutyczne. Zarzut powoda o zbyt późnym skierowaniu do szpitala w O. jest również chybiony ze względu na intensywność leczenia podjętego w szpitalu we W.. Dodatkowo również z zeznań świadka S. R., ordynatora oddziału zapaleń kości w szpitalu w O., wynika, że

przewiezienie powoda do O. nastąpiło w czasie umożliwiającym prawidłowe leczenie powoda na specjalistycznym oddziale zapaleń kości.

Sąd miał na uwadze, że po 7 kwietnia 2010 r. zaniechano podawania powodowi antybiotyków i stosowano jedynie leczenie miejscowe – opatrunkowe (przemywanie rany, zakładanie opatrunków). Jak wynika jednak z zeznań świadka R. D., ordynatora oddziału, w którym leczony był powód, związane było to z lepszymi rezultatami badań wskazującymi na ustępowanie stanu zapalnego (stopniowy spadek (...)). Również z uzupełniającej opinii biegłego sądowego S. L. wynika, że w tym okresie czasu największy sens miało leczenie miejscowe, opatrunkowe, przepłukiwanie miejsca objętego zakażeniem.

Nie podzielił Sąd zastrzeżeń sformułowanych przez biegłą B. D. (1), w szczególności biorąc pod uwagę, że specjalność biegłej (choroby zakaźne i zakażenia szpitalne) nie predysponuje jej w takim stopniu do oceny leczenia chirurgicznego prowadzonego przez lekarzy z (...) Szpitala (...) (a później Szpitala im. (...)) jak specjalność biegłego ortopedy chirurga S. L.. Wskazać przy tym należy, że zarzuty dotyczące braku wykonywania posiewów mających na celu zdiagnozowanie bakterii odpowiedzialnych za zakażenie oraz podjęcie odpowiedniego („celowanego”) leczenia antybiotykowego stoją w sprzeczności ze zgromadzonym materiałem dowodowym w postaci licznych wyników badań laboratoryjnych. W ocenie Sądu nie można przy tym jedynie na podstawie nie do końca pełnego opisu badania (źródło pobranego materiału) domniemywać, że badania te były wykonywane nieprawidłowo, jeżeli wykonywane były one wielokrotnie przez profesjonalne laboratorium a materiał do badań był pobierany przez specjalistyczny personel medyczny.

W tym kontekście jako przekonujące jawią się zeznania świadka R. D., który wskazywał, że w wielu przypadkach zakażenia kolana nie udaje się zrobić pozytywnego posiewu.

W konsekwencji Sąd uznał, że aktualny stan zdrowia jest następstwem niepodjęcia przez lekarzy i personel medyczny stosownych działań mających chronić powoda przez ryzykiem powstania zakażenia w związku z wykonywanym zabiegiem operacyjnym w styczniu 2010 r. Natomiast stan zakaźny, który w istocie wystąpił, konieczność jego długotrwałego leczenia i obecny stan zdrowia powoda są już tylko konsekwencją tych początkowych błędów. Przy czym Sąd miał na uwadze, że powód w przeszłości doznawał już urazów lewego kolana a obecnie stan tego stawu kolanowego jest tak zły, że nie da się stwierdzić, jakie były następstwa tych wcześniejszych urazów. Biegły S. L. w toku ustnej opinii uzupełniającej obrazowo wyjaśnił, że powód praktycznie „nie ma już kolana”. Tym niemniej w zgromadzonym materiale dowodowym nie ma żadnych danych wskazujących na to, że po udanym zabiegu operacyjnym powód miałby nie mieć sprawnego stawu kolanowego. Operacja była właśnie wykonywana po to, żeby powód mógł prawidłowo funkcjonować – chodzić, jeździć rowerem i tak właśnie przedstawiano powodowi potrzebę wykonania tego zabiegu, co wynika z zeznań samego powoda, niepodważonych w tym zakresie przez strony pozwane. Dodatkowo, z ustnej uzupełniającej opinii biegłego sądowego S. L. wynika, że w razie powodzenia operacji (braku zakażenia) możliwe byłoby, że u powoda nie dałoby się stwierdzić żadnego uszczerbku. Bardziej prawdopodobnym jest jednak, że wystąpiłoby niewielkie ograniczenie ruchomości w stawie, które nie wpływałoby jednak na możliwość normalnego funkcjonowania przez powoda.

Poszkodowany, stosownie do przywoływanego już przepisu art. 445 § 1 k.c., może domagać się przyznania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, poprzez którą należy rozumieć wszelkie ujemne następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zarówno w sferze cierpień fizycznych, jak i psychicznych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11.07.2007 r., II CKN 1119/98, Lex nr 50884). Zadośćuczynienie pełnić ma szeroko rozumianą funkcje kompensacyjną, tzn. jego wysokość, odpowiadająca doznanej krzywdzie, powinna być odczuwalna dla poszkodowanego i przynosić mu równowagę emocjonalną, naruszoną przez doznane cierpienia psychiczne (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14.02.2008 r., II CSK 536/07, Lex nr 461725). W myśl utrwalonego w judykaturze stanowiska, przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należy wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności istotne dla określenia rozmiaru doznanej krzywdy, takie jak: wiek poszkodowanego, stopień cierpień fizycznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpeccenie), zakres i rodzaj wywołanego rozstroju zdrowia, rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa, stopień winy sprawcy czynu niedozwolonego

(wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20.04.2006 r., IV CSK 99/05, Lex nr 198509 i z dnia 09.11.2007 r., V CSK 245/07, Lex nr 369691).

W ocenie Sądu rozmiar krzywdy doznanej przez powoda jest znaczny i uzasadnia zasądzenie na jego rzecz kwoty 125.000 zł jako zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w wyniku zakażenia pooperacyjnego powstałego po zabiegu wykonanym w styczniu 2010 r. W konsekwencji doznanego zakażenia powód zmuszony był poddać się kilkumiesięcznej hospitalizacji, w ramach której dokonywano kolejnych zabiegów operacyjnych, mających na celu oczyszczenie kolana. Pierwotny zabieg okazał się nieskuteczny i, pomimo prób ratowania implementowanego wszczepu, konieczne stało się jego operacyjne usunięcie. Nadto powód był zmuszony do dalszej hospitalizacji, podejmowanej kilkakrotnie w szpitalu w O., związanej z dalszymi zabiegami operacyjnymi oraz koniecznością usztywnienia lewego kolana. Ta hospitalizacja i długotrwałe leczenie musiało stanowić dla powoda znaczne obciążenie psychiczne i wyłączało go z normalnego, codziennego funkcjonowania, co potwierdzają zeznania powoda, jak również jego byłej małżonki, B. S..

W wyniku nieudanej operacji rekonstrukcji więzadła lewego kolana w chwili obecnej lewa noga powoda jest krótsza od prawej o 4 cm (lewa ma 89 cm, a prawa 93 cm). Występują także znaczne ograniczenia ruchomości stawu. Staw kolanowy jest usztywniony, co umożliwi jedynie śladowe, 10-stopniowe zgięcie. W związku z tym na co dzień powód porusza się o jednej kuli. Powód nie ma czucia w lewym kolanie. Takie ograniczenia ruchomości muszą być uznane za bardzo znaczące, szczególnie że powód w chwili operacji miał 43 lata, a obecnie ma lat 48, a zatem jest stosunkowo młodym mężczyzną.

Powód ma obecnie problemy z dłuższym staniem, wchodzeniem po schodach. Powód mieszka na 4 piętrze i po nieudanej operacji przez pewien czas rzadko wychodził z domu. Przy dłuższym siedzeniu jego lewa noga powinna znajdować się w pozycji uniesionej. Powód w przeszłości potrafił i lubił wykonywać prace związane z majsterkowaniem, domowe remonty, lecz obecnie nie jest już w stanie tego sprawnie robić, co potwierdzają zeznania powoda oraz jego byłej małżonki B. S.. W przeszłości dużo jeździł rowerem (dojeżdżając do pracy oraz jeżdżąc na wycieczki). W chwili obecnej nie może jeździć tradycyjnym rowerem; pozostaje mu korzystanie z handbike'a (roweru poruszanego siłą rąk).

Powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy w okresie do końca grudnia 2012 r., następnie został uznany za częściowo niezdolnego do pracy, do końca 2016 r. i przyznano mu z tego tytułu rentę. A zatem powód przez okres dwóch lat był pozbawiony możliwości świadczenia pracy, a obecnie możliwość ta pozostaje ograniczona. Sąd częściowo dał przy tym wiarę wyjaśnieniom powoda co do braku możliwości znalezienia kolejnego zatrudnienia. W istocie bowiem obecny stan zdrowia powoda może stanowić przeszkodę do wykonywaniu wielu prac, które w przeszłości powód mógł wykonywać. Tym niemniej już z samego faktu orzeczenia częściowej zdolności do pracy wynika, że pewne prace mogą być wykonywane przez powoda. Z zeznań powoda nie wynika natomiast, żeby powód przejawiał póki co większą inicjatywę w poszukiwaniu nowego zatrudnienia (korzystanie z pośrednictwa pracy oferowanego chociażby przez Powiatowy Urząd Pracy).

Przy tym rokowania co do stanu zdrowia powoda na przyszłość są niezbyt korzystne. Jak wynika z opinii biegłego S. L., pomimo wyleczenia stanu zapalnego kolana i kości piszczelowej można w przyszłości liczyć się z nawrotem zakażenia kości. Z tego powodu wszelkie operacje rekonstrukcyjne, na przykład egalizacja (wyrównanie kończyn) stoją pod znakiem zapytania. Wyjątkowo rzadko po artrodezii (operacyjnym usztywnieniu stawu), która miała miejsce u powoda, proponuje się pacjentom próbę implantacji endoprotezy stawu kolanowego, zwłaszcza gdy artrodeza została wykonana jako leczenie procesu ropnego. Nadto usztywnione kolano u osoby w sile wielu może z czasem powodować powstanie wtórnych zmian zwyrodnieniowych w innych stawach kończyn dolnych.

Wspomnieć przy tym należy, że na rozmiar doznanej przez powoda krzywdy wpływa również fakt naruszenia przez personel (...) Szpitala (...) prawa do informacji jako jednego z praw pacjenta gwarantowanego zarówno przez przepisy prawnie powszechnie obowiązujące, jak i przez postanowienia Kodeksu Etyki Lekarskiej. Powoda nie poinformowano bowiem o tym, że odpowiednia rehabilitacja może wyłączyć konieczność podjęcia leczenia operacyjnego, a sam zabieg

operacyjny może być powiązany z ryzykiem zakażenia. Sąd dał w tym zakresie wyjaśnieniom powoda, które nie były zresztą podważane przez strony pozwane.

Reasumując tę część rozważań, rozmiar krzywdy doznanej przez powoda jest znaczny i uzasadnia mu przyznanie kwoty 125.000 zł, zgodnie z żądaniem ewentualnym powoda sformułowanym w piśmie powoda z dnia 7 maja 2015 r. Nadmienić przy tym należy, że nie ma znaczenia dla rozmiaru przyznanego zadośćuczynienia świadczenie otrzymane przez powoda z tytułu wypadku przy pracy, gdyż dotyczyło ono innego zdarzenia niż będące przedmiotem niniejszego procesu.

Powód w dostatecznym zakresie wykazał również wysokość poniesionych kosztów związanych z dojazdami do szpitala w O.. Nie budzi wątpliwości, że powód był kilkakrotnie hospitalizowany w tej jednostce leczniczej, przy czym za pomocą załączonych dokumentów powód wykazał ilość pobytów w tym szpitalu oraz wyjazdów na wizyty kontrolne. Sąd dał przy tym wiarę powodowi co do wysokości ponoszonych z tego tytułu wydatków, a mianowicie co do kosztów paliwa, ilości przejechanych kilometrów i kosztów posiłków, które to dane Sąd zweryfikował z powszechnie dostępnymi danymi. Powód trasę pomiędzy W. a O. pokonał 17-krotnie (powrót z pierwszej hospitalizacji, oraz 3 kolejne pobyty w szpitalu i 5 wizyt kontrolnych – przy czym trasa ta, poza pierwszym powrotem do W., była rzecz jasna pokonywana w obie strony). Odległość drogowa pomiędzy O. a W. wynosi 380 km, a cena 1 litra paliwa w latach 2010 – 2011 wynosiła ok. 5,30 zł. Samochód, którym powód był dowożony na leczenie spalał ok. 7 litrów paliwa na 100 km. Nadto w czasie każdego przejazdu powód wydawał ok. 30 zł na posiłki dla siebie i kierowcy podczas podróży do O. i powrotu. Powód poniósł zatem łączne wydatki w wysokości 2.907 zł ($17 \cdot (380 \text{ km} \cdot 5,30 \text{ zł}/100 \text{ km} \cdot 7 + 30 \text{ zł})$).

Powód nie udowodnił natomiast swojego żądania w zakresie renty wynoszącej 1.386 zł miesięcznie. Powód nie wykazywał, że ponosi obecnie jakieś dodatkowe wydatki związane z niesprawnym lewym kolaniem. Powód wskazywał w trakcie swojego przesłuchania, że masaże którym się poddawał były związane głównie ze stanem jego kręgosłupa, a nie kolana. Nie wykazał zatem przesłanki dla zasądzenia renty w postaci zwiększonych potrzeb. Niewątpliwie powód utracił częściowo zdolność zarobkowania, jednakże z tego właśnie tytułu pobiera rentę, nie przejawiając żadnej inicjatywy w zakresie poszukiwania dodatkowego źródła zarobkowania, zgodnego z jego aktualnymi predyspozycjami. Jak już wskazywano, powód częściowo utracił zdolność do świadczenia pracy, jednak nie oznacza to, że powód nie może być w żadnym stopniu zatrudniony. Nadto powód otrzymuje rentę – z tytułu częściowej niezdolności do pracy.

Niezasadne okazało się również żądanie ustalenia odpowiedzialności stron pozwanych za szkody, które mogą powstać w przyszłości w związku z doznanym. W tym kontekście wskazać należy, że zgodnie z aktualnym brzemieniem art. 442¹§ 3 k.c., w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Przepis ten umożliwia zatem poszkodowanemu wytoczenie kolejnego powództwa w razie ujawnienia się dalszych skutków czynu niedozwolonego. W okolicznościach niniejszej sprawy należy zaś zauważyć, że jakkolwiek z opinii biegłego S. L. wynika, że możliwy jest nawrót zakażenia oraz dalsze zmiany zwyrodnieniowe, to są to póki co jedynie zagrożenia potencjalne. Natomiast powód cierpi również na schorzenie kręgosłupa, które nie ma związku ze stanem jego kolana (a w każdym razie nie zostało to wykazane). W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia powoda może być zatem wątpliwe, jaka byłaby tego przyczyna i nie można z góry zakładać, że potencjalne schorzenia, o ile w ogóle wystąpią, byłyby związane z przedmiotem niniejszej sprawy.

Łącznie na rzecz powoda zasądzono kwotę 127.907 zł tytułem zadośćuczynienia i kosztów leczenia. Orzeczenie w zakresie odsetek znajduje natomiast podstawę w art. art. 455 k.c., art. 481 § 1 k.c., a także – w stosunku do strony pozwanej (...) S.A. - w art. 817 § 1 k.c. W myśl art. 455 k.c., jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Zgodnie zaś z art. 481 § 1 k.c., 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. Natomiast w myśl art. 817 § 1 k.c., ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

W okolicznościach niniejszej sprawy powódka zgłosiła zdarzenie stronie pozwanej (...) S.A. pismem doręczonym w dniu 28 marca 2011 r., a zatem 30-dniowy termin do spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela upłynął w dniu 27 kwietnia 2011 r. Jednak w niniejszym postępowaniu powód dochodził pierwotnie jedynie kwoty 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty 2.907 zł z tytułu poniesionych kosztów wyjazdu, a pozostałej kwoty tytułem odszkodowania (którego zasadności powód nie wykazał). Sąd zasądził zatem od strony pozwanej (...) S.A. odsetki od kwoty 62.907 zł od dnia 27 kwietnia 2011 r. do dnia zapłaty. Natomiast na podstawie postanowienia z dnia 27 sierpnia 2012 r. tut. Sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze strony pozwanej Województwo (...), a odpis pozwu doręczono stronie pozwanej w dniu 5 września 2012 r. Strona pozwana powinna była spełnić świadczenie niezwłocznie, co w ocenie Sądu odpowiada terminowi 14 dni. Wobec tego Sąd zasądził od strony pozwanej Województwa (...) odsetki od kwoty 62.907 zł od dnia 19 września 2012 r. do dnia zapłaty.

Pismem doręczonym do Sądu w dniu 1 kwietnia 2014 r. powód sprecyzował, że na jego żądanie zapłaty składa się w szczególności kwota 145.000 zł tytułem zadośćuczynienia, a nie tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia, a następnie w piśmie z dnia 7 maja 2015 r. przedstawił żądanie ewentualne w zakresie 125.000 zł przeciwko Województwu (...)(solidarnie z (...) S.A.) oraz w zakresie 20.000 zł przeciwko szpitalowi im. (...)(również solidarnie z (...) S.A.). To drugie roszczenie w zakresie 20.000 zł podlegało oddaleniu, z przyczyn wyżej podanych. Natomiast odsetki od dalszej kwoty 60.000 zł, zasądzonej tytułem zadośćuczynienia, należą się od (...) S.A. od dnia 1 kwietnia 2014 r., a zatem od daty sprecyzowania przez powoda, że kwoty tej dochodzi tytułem zadośćuczynienia, a nie odszkodowania.

Orzeczenie o kosztach Sąd wydał w oparciu o 98 k.p.c., art. 100 k.p.c. oraz art. 102 k.p.c. Żądanie powoda wobec (...) S.A. zostało uwzględnione jedynie w części, jednak powód uległ jedynie co do żądania w zakresie renty w wysokości 1.386 zł miesięcznie (16.632 zł rocznie), a zatem uznać należy, że powód uległ jedynie co do nieznaczącej części żądania, co uzasadniało obciążenie stron pozwanych obowiązkiem zwrotu powodowi wszystkich kosztów procesu (art. 100 k.c. w zw. z art. 98 k.p.c.). Na koszty te składało się zaś wynagrodzenie pełnomocnika powoda w wysokości 3.600 zł wraz z opłatą od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł.

Pozwany przegrał natomiast sprawę w stosunku do szpitala im. (...). Tym niemniej Sąd miał na uwadze, że ocena odpowiedzialności pozwanych wymagała przeprowadzenia obszernego postępowania dowodowego, w szczególności dowodów z opinii biegłych sądowych z zakresu chirurgii ortopedii oraz zakażeń szpitalnych, a zatem powód mógł pozostawać w przekonaniu, iż obydwa podmioty odpowiadają za skutki wadliwego leczenia. W powiązaniu z sytuacją majątkową powoda, który nie jest osobą zamożną, Sąd uznał, że zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony w rozumieniu przepisu art. 102 k.p.c. i nie obciążył powoda kosztami procesu wobec pozwanego szpitala im. (...).

Nadto Sąd nakazał stronom pozwanym (...) S.A. i Województwa (...), które przegrały niniejszy proces, aby uiścili na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego we Wrocławiu kwotę 7.339,71 zł, na którą składa się brakująca opłata od pozwu oraz zaliczki na wynagrodzenie biegłego, od uiszczenia których powód został zwolniony (art. 113 ust. 1 ustawy 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, t. jedn. Dz. U. 2010 r. Nr 90, poz. 594, ze zmianami w zw. z art. 98 k.p.c.).