

*Sygn. akt I C 1040 / 12*

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 października 2015 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Krzysztof Rudnicki**

Protokolant: **Małgorzata Wąchala**

po rozpoznaniu w dniu 22.09.2015 r.

we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa **R. K.**

przeciwko **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiemu Szpitalowi (...)** **we W.**

z udziałem **P. R.** jako interwenienta ubocznego po stronie pozwanego

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość

**I.** oddała powództwo;

**II.** nie obciąża powoda kosztami procesu na rzecz pozwanego i interwenienta ubocznego;

**III.** obciąża Skarb Państwa niepokrytymi kosztami sądowymi.

## UZASADNIENIE

W dniu 27.06.2012 r. powód R. K. wystąpił o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. 40 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, 21 000 zł skapitalizowanej renty za okres od 12.2011 r. do 06.2012 r., 30 137 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, renty w kwocie 3 500 zł miesięcznie, począwszy od dnia wniesienia pozwu, ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za dalsze szkody związane z popełnionym wobec powoda błędem terapeutycznym, a także o zasądzenie od powoda kosztów procesu.

Powód podał, że w dniu 19.01.2011 r. został przyjęty do pozwanego Szpitala w trybie nagłym po wypadku komunikacyjnym celem leczenia operacyjnego. Podczas operacji zespolone zostało złamanie trzonu kości udowej. W dniu 09.02.2011 r. powód został wypisany. Ponownie został przyjęty w dniu 17.02.2011 r. Powodem hospitalizacji był zainfekowany krwiak uda lewego w operowanym wcześniej miejscu. Rana została oczyszczona. W dniu 23.02.2011 r. powód został wypisany do domu. W marcu i kwietniu 2011 r. powód odbywał konsultacje lekarskie, wykonywane były zdjęcia RTG. W dniu 27.04.2011 r. stwierdzono uszkodzenia zespolenia chirurgicznego w obrębie dystalnych śrub, przerwanie drugiej śruby liczonej od końca dalszego kości udowej, z pozostawieniem jej trzpienia w kości udowej. Powód został po raz kolejny przyjęty do pozwanego Szpitala i w dniu 09.05.2011 r. poddany został operacji wycięcia martwiaka z kości udowej. Rozpoznano zakażenie i odczyn zapalny spowodowany stabilizatorem wewnętrznym kości

udowej lewej i destabilizację płyty AO. Usunięto w całości metalową płytkę i wszystkie śruby, którymi zaopatrzone wcześniej zostało złamanie trzonu kości udowej lewej z powodu ich zainfekowania. Wymaz śródoperacyjny z rany okolic złamania wykonany podczas operacji dał wynik pozytywny na obecność gronkowca. Do zakażenia doszło w czasie wcześniej wykonywanych wobec powoda procedur medycznych w pozwanym Szpitalu. Zakażenie gronkowcem było przyczyną powstania martwiaka i skutkowało koniecznością usunięcia stabilizatora. Konsekwencją powyższego jest deformacja uda i jego skrócenie, które wymaga korekty operacyjnej. W dniu 25.05.2011 r. ponownie zamontowano stabilizator i skierowano chorego na terapię w komorze hiperbarycznej, gdzie odbył 60 sprężeń.

Następnie w okresie 24.11.2011 r. – 28.11.2011 r. przebył zabieg stabilizacji stawu rzekomego trzonu kości udowej lewej metodą I. z jednoczesną częściową korekcją ustawienia odłamów.

Powód podniósł, iż istnieje związek przyczynowy pomiędzy pobytem w szpitalu a doznany zakażeniem gronkowcem. Powód nie przechodził wcześniej zabiegów operacyjnych na lewej nodze. W wyniku obrażeń doznanych w wypadku operowane były

lewa noga i lewa ręka, natomiast zakażenie gronkowcem wystąpiło wyłącznie w nodze lewej.

Obecnie powód pozbawiony jest możliwości normalnego funkcjonowania, adekwatnego do jego wieku (22 lata), z trudem porusza się o kulach. Czeka go jeszcze długi i bolesny proces leczenia. Powód zmuszony był przerwać naukę w Wyższej Szkole (...). Obecny stan zdrowia powoduje, że zdany jest na pomoc osób trzecich w codziennych czynnościach, drastycznie obniżył się komfort jego życia.

Powód podał, że domaga się zadośćuczynienia, które ma zrekompensować doznaną krzywdę fizyczną i cierpienia psychiczne. Zakażenie gronkowcem doprowadziło do ogólnego rozstroju zdrowia powoda, diametralnie przedłużyło proces leczenia doznanego urazu, naraziło powoda na poważny dyskomfort i obniżenie jakości życia. Na obecnym etapie nie sposób przewidywać, jaki skutki nieść będzie za sobą przebyte zakażenie gronkowcem. Powód jest osobą bardzo młodą, wcześniej nie cierpiącą na żadne kłopoty zdrowotne. Wysoce prawdopodobne jest, że zakażenie gronkowcem będzie negatywnie wpływać na stan zdrowia powoda w przyszłości.

Powód podał, że domaga się odszkodowania, na które składa się równowartość poniesionych wydatków od lutego 2011 r. związanych bezpośrednio z procesem jego leczenia, w czym zawiera się koszt dojazdów na zabiegi fizjoterapeutyczne, zdjęcia rtg, koszt zakupu kul, leków, środków opatrunkowych oraz wartość utraconych zarobków w okresie od lipca 2011 r. do lipca 2012 r., pomniejszonych o wartość przyznanego choremu świadczenia rehabilitacyjnego.

Powód przed wypadkiem był taksówkarzem. Od początku podjęcia działalności gospodarczej, tj. od września 2010 r., osiągnął średni miesięczny dochód w wysokości 2 523 zł. Od momentu wypadku jest niezdolny do pracy zarobkowej. Od stycznia do czerwca 2011 r. otrzymywał zasiłek chorobowy. Zakażenie powoda gronkowcem doprowadziło do wydłużenia procesu leczenia, a tym samym do przedłużenia czasu pozostawania bez możliwości zarobkowania. Od lipca 2011 r. został uznany za niezdolnego do pracy i pobiera średnio miesięcznie ok. 235 zł świadczenia rehabilitacyjnego.

Powód wskazał, że żądana renta w kwocie 3 500 zł uzasadniona jest jego zwiększonymi potrzebami, koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, odzieży, opatrunków, przejazdami na wizyty lekarskie, ponoszonymi kosztami fizjoterapii, a do tego brakiem możliwości zarobkowania. Dochodzi również zapłaty skapitalizowanej renty za okres od grudnia 2011 r. do czerwca 2012 r., tj. od momentu, kiedy pozwany dowiedział się o roszczeniach powoda.

W odpowiedzi na pozew z dnia 21.09.2012 r. (k. 142-145) pozwany Wojewódzki Szpital (...) we W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda kosztów procesu.

Pozwany wskazał, że dnia 31.05.2010 r. zawarł z Fundacją dla Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznych dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala (...) we W.. Lekarz P. R., który leczył powoda w pozwanym Szpitalu, świadczył usługi

medyczne w zakresie zapewnienia specjalistycznej opieki w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej, sprawowania bieżącego nadzoru nad pacjentami, udzielania pomocy lekarskiej pacjentom znajdującym się w Oddziale (...) w pozwanym szpitalu na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Pozwany wskazał, że podczas drugiego pobytu powoda w okresie 17.02.-23.02.2011 r. stwierdzono bakterię gronkowiec koagulujący metacyklinowrażliwy i niezwłocznie wdrożono leczenie antybiotykiem A.. Pomiędzy pierwszym a drugim pobyciem powoda w pozwanym szpitalu upłynęło 7 dni. Powód po przywiezieniu do szpitala miał bardzo liczne otwarte obrażenia. Możliwość przedostania się drobnoustrojów ze skóry powoda była bardzo duża. Powód nie wykazał, że szczep gronkowca nie należy do tak zwanych wewnątrzszpitalnych, tj. takich, które mogą rozwijać się tylko w szpitalu.

Żądając zasądzenia renty powód nie wykazał, że zakażenie gronkowcem poza przedłużeniem procesu leczenia skutkuje uszczerbkiem na zdrowiu powoda. Przy aktualnym stanie wiedzy medycznej przy wdrożeniu leczenia antybiotykami istnieje możliwość wyleczenia powoda z zakażenia gronkowcem. Powód nie wykazał, że po zakończeniu leczenia nie będzie mógł pracować. Pozwany nie może ponosić odpowiedzialności za obrażenia powoda, których doznał w wypadku komunikacyjnym.

Pozwany zarzucił, że renta, której domaga się powód, jest wygórowana, bowiem przekracza średni miesięczny dochód, jaki powód uzyskiwał z działalności gospodarczej.

Pozwany zaprzeczył, aby w przypadku leczenia powoda zaistniał błąd terapeutyczny.

W piśmie z dnia 08.10.2012 r. (k. 169-171) P. R. zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanego. Wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów procesu.

Zarzucił, iż brak jest podstaw do przyjęcia, że zachodzi związek przyczynowy pomiędzy leczeniem u pozwanego a zakażeniem gronkowcem.

Wskazał, że powód został przyjęty przez pozwanego z bardzo ciężkimi obrażeniami. Operowane były lewe ramię oraz trzon kości udowej. Mimo przeprowadzenia dwóch operacji w bardzo krótkich okresach czasu zakażenie wystąpiło jedynie w nodze lewej. Złamanie, jakiemu uległ powód, nie było prostym złamaniem, które co do zasady leczone jest przez okres 6 tygodni i potem indywidualnie rehabilitowane. Złamanie, jakiemu uległ powód, było złamaniem wewnętrznym wieloodłamowym o znacznym stopniu skomplikowania, zarówno co do jego leczenia, jak i późniejszej rehabilitacji. Prowadziło do osłabienia organizmu powoda i jego zwiększonej podatności na infekcję. Powód nie wykazał, że zakażenie wykrytym w jego organizmie typem gronkowca może wystąpić jedynie w warunkach szpitalnych. Stopień obrażeń odniesionych w wypadku komunikacyjnym spowodował rozległe uszkodzenia zwłaszcza w trzonie uda lewego. Powód był zobligowany do samodzielnej zmiany opatrunków na ranie operacyjnej oraz samodzielnej rehabilitacji, przebywając w warunkach domowych siłą rzeczy nie przebywał w warunkach w pełni sterylnych. Ponadto uległ upadkowi, który mógł przyczynić się do pogłębienia destabilizacji zespolenia złamania kości stabilizacji. Każdy z tych czynników mógł spowodować przyczynienie się powoda do wystąpienia zakażenia w jego organizmie oraz wpłynąć na dalszy proces leczenia.

Wykonywane przez interwenienta zabiegi przeprowadzane były zgodnie ze sztuką medyczną przy zachowaniu wszelkich wymaganych procedur.

Infekcja bakteryjna, jaka wywiązała się w lewej nodze powoda, stanowi pośredni skutek przebytego urazu. Lewa noga powoda uległa większemu zniszczeniu podczas wypadku komunikacyjnego niż operowana na tej samej zasadzie rana ramienia lewego.

Interwenient podniósł, że powód usiłuje przenieść wszelkie skutki urazów, których doznał, na pozwanego, nie uwzględniając, iż są one w przeważającej mierze wynikiem wypadku.

Podstawę odszkodowania może stanowić wyłącznie różnica dotycząca poniesionych wydatków związanych z leczeniem zakażenia gronkowcem. Powód nie bierze pod uwagę, że w jego przypadku można mówić co najwyżej o pogłębieniu istniejącego już wcześniej rozstroju zdrowia.

Interwienient zarzucił bezzasadność żądania renty, brak uzasadnienia dla dochodzonej sumy zadośćuczynienia, a także brak podstaw do ustalenia odpowiedzialności na przyszłość wobec braku błędu terapeutycznego.

W piśmie z dnia 02.01.2013 r. (k. 233-236) powód podniósł, że procedura medyczna, jakiej powód został poddany – polegająca na zaopatrzeniu trzonu kości udowej lewej płytą AO stanowiła co najmniej czynnik ryzyka zakażenia. Do zakażenia doszło podczas pobytu powoda w szpitalu i wykonywanych wobec niego zabiegów. Powód nie miał licznych złamań otwartych. Takiemu złamaniu uległo tylko ramię powoda, które zostało zoperowane i wyleczone bez żadnych komplikacji. Zakażeniu gronkowcem uległa kość udowa. Powód upatruje zakażenia w momencie przeprowadzania operacji lub pobytu powoda w szpitalu. Fakt, że do zakażenia doszło jedynie w nodze, a nie w operowanym ramieniu, może świadczyć np. o niewłaściwie zdezynfekowanym polu operacyjnym, czy też niedochowaniu wymogów sterylności w szpitalu.

Powód podniósł, że gdyby do zakażenia miało dojść podczas pobytu powoda poza szpitalem i na skutek zaniedbań z jego strony, wówczas zakażeniu uległaby również rana pooperacyjna na ramieniu. Tak się jednak nie stało. Ramię wygoiło się bez żadnych komplikacji, natomiast krwiak powstał w miejscu operowanym w nodze. Rana ta była kilkakrotnie czyszczona, aż w końcu wobec stwierdzenia uszkodzenia w zainfekowanej kości należało ponownie operować powoda – co miało miejsce w maju 2011 r. Wówczas wykonania wymaz z rany i ujawniono zakażenie gronkowcem.

Powód zaprzeczył twierdzeniu, że do destabilizacji zespolenia kości udowej przyczynił się upadek. Powód nigdy nie upadł, przestrzegał zaleceń, aby złamanej nogi nie obciążać. Jednakże ze względu na rozwijające się zakażenie, płytka, którą wykonane zostało zespolenie, uległa obłuzowaniu i zniszczeniu i konieczne stało się ponowne operowanie powoda.

Powód nie przeczy, że złamanie kości udowej, którego doznał w wyniku wypadku komunikacyjnego było złamaniem skomplikowanym. Jednakże, biorąc pod uwagę młody wiek powoda, ogólną sprawność fizyczną – przy wdrożeniu leczenia operacyjnego bez zakażenia, do pełnego wyleczenia doszłoby w okresie ok. 6-8 tygodni, a następnie powód mógłby zostać poddany rehabilitacji.

Na skutek zakażenia nie doszło do samoistnego zrostu kości, lecz doprowadziło do powstania u powoda stawu rzekomego, którego leczenie polegało na stabilizacji płytą przykostną z użyciem przeszczepów pobranych z talerza prawej kości biodrowej. Z racji braków technicznych wykonania takiego zabiegu u pozwanego, dalsze leczenie powoda zostało przejęte przez (...) Szpital (...).

Zakażenie gronkowcem wydłużyło proces leczenia i przysporzyło powodowi znacznych cierpień psychicznych i fizycznych. Do chwili obecnej do wyleczenia nie doszło, powód porusza się o kulach, przebył kolejne operacje.

W wyniku zakażenia gronkowcem rozstrojowi uległ ogólny stan zdrowia powoda – nie jest osobą sprawną fizycznie, długotrwała antybiotykoterapia spowodowała obniżenie odporności powoda i wzrost narażenia na zwiększone ryzyko infekcji. Przez długi czas powód przyjmował silne środki przeciwbólowe, nie pozostające bez wpływu na jego organizm, zwłaszcza wątrobę.

Powód został też wyłączony z możliwości funkcjonowania adekwatnego do swego wieku.

**Sąd ustalił w sprawie następujący stan faktyczny.**

Dnia 31.05.2010 r. Wojewódzki Szpital (...) we W. jako udzielający

zamówienia oraz Fundacja dla Wojewódzkiego Szpitala (...)we W.jako przyjmujący zamówienie zawarli umowę o świadczenie usług medycznych nr (...), na mocy której przyjmujący zamówienie zobowiązał się do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej dla pacjentów (...)poza godzinami podstawowej ordynacji.

/ dowód: umowa na (...) wraz z aneksami – k. 148-157 /

Dnia 01.06.2010 r. Fundacja dla Wojewódzkiego Szpitala (...)we W.jako udzielający zamówienia i P. R.jako przyjmujący zamówienie zawarli umowę o świadczenie usług medycznych, na mocy której P. R.zobowiązał się do zapewnienia specjalistycznej opieki lekarskiej w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej: sprawowania bieżącego nadzoru nad pacjentami, udzielania pomocy lekarskiej pacjentom znajdującym się w Oddziale (...) (...)w dniach i godzinach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń zdrowotnych, tzn. w poniedziałki od godz. 7.00 do 14.35.

Umowa została zawarta na okres od dnia 01.06.2010 r. do dnia 31.12.2010 r., następnie przedłużana do dnia 31.12.2011 r. oraz do dnia 31.12.2012 r.

/ dowód: umowa wraz z aneksami – k. 158-161 /

W 2010 r. powód R. K. był zatrudniony na zlecenie w (...) sp. z o.o.

Dnia 22.07.2010 r. powód zarejestrował własną działalność gospodarczą – przewóz taxi, którą wykonywał od 01.09.2010 r. Dochód z tej działalności powód przeznaczył na swoje utrzymanie, dokładał się rodzicom, opłacał studia w Wyższej Szkole (...) we W. na kierunku turystyka-rekreacja.

Działalność gospodarczą powód zawiesił z dniem 27.07.2012 r.

W 2010 r. powód osiągnął zgłoszony do opodatkowania dochód z działalności wykonywanej osobiście w kwocie 1 565, 28 zł.

/ dowód: zaświadczenia – k. 47 124; wniosek o wpis – k. 125-127; zeznanie PIT-37 – k. 131-132;

informacja PIT-11 – k. 133-134; zeznania świadka B. D. – e-

protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.05.06-00.16.16; zeznania powoda R. K.

– e-protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.16.15-00.31.36 /

Dnia 29.01.2011 r. powód R. K. uległ wypadkowi samochodowemu.

Powód trafił najpierw na Izbę Przyjęć Szpitala w O., następnie został przetransportowany do Wojewódzkiego Szpitala (...) we W..

W okresie od 29.01.2011 r. do 09.02.2011 r. przebywał na Oddziale (...)tego Szpitala.

U powoda rozpoznano uraz głowy z niepamięcią wsteczną, złamanie brzeżne trzonów kręgowych w odcinku piersiowym, złamanie skośne 1/2 trzonu kości ramiennej lewej, ranę tłuczoną szarpaną tylnej powierzchni ramienia lewego, złamanie wieloodłamowe spiralne 1/4 bliższej trzonu kości udowej.

Powód został przywieziony nieuruchomiony, w ciężkim stanie, z poważnymi dolegliwościami bólowymi.

Dnia 30.01.2011 r. wykonana została repozycja otwarta złamania trzonu kości udowej prawej ze stabilizacją według AO płytą i śrubami. Zabieg przeprowadził ortopeda dr P. R., który tego dnia – w niedzielę został specjalnie wezwany do Szpitala.

Dnia 04.02.2011 r. wykonana została repozycja otwarta złamania trzonu kości ramiennej i stabilizacja płytą według AO. Zabieg ten przeprowadził dr P. R..

Podczas zabiegu zostały zachowane standardowe procedury sterylizacji, mycia, przygotowania pola operacyjnego, itp.

Powód został wypisany w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem przyjmowania leków: K., O., C..

/ dowód: karta informacyjna – k. 14-16, dokumentacja leczenia powoda – k. 261-630, 855-864;

instrukcje – k. 698-704; raport – k. 705-706; zeznania powoda R. K. – e-

protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.16.25-00.31.36; zeznania interwenienta ubocznego

P. R. – e-protokół z dnia 01.03.2013 r. 00.17.03-00.50.24 /

Podczas pobytu w szpitalu powód nie mógł się poruszać, nie mógł samodzielnie się odżywiać. Członkowie najbliższej rodziny powoda przebywali cały czas w szpitalu.

Po powrocie do domu powód wymagał stałej opieki, nie mógł się poruszać, umyć, ubrać, trzeba było mu podawać jedzenie, zmieniać opatrunki, umyć, itp.

Opiekę nad powodem sprawowali matka B. D., ojczym J. D., babcia.

/ dowód: zeznania świadków: B. D. e-protokół z dnia 11.12.2012 r.

00.05.06-00.16.16, J. D. – e-protokół z dnia 01.03.2013 r. 00.01.05-

00.16.57; zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r.

00.16.25-00.31.36 /

Widoczne były wycieki z rany pooperacyjnej, rana ta nie goiła się.

Dnia 14.02.2011 r. podczas kontroli w Poradni Chirurgii u powoda stwierdzono zmiany zapalne w ranie pooperacyjnej, wyciek z rany.

Dnia 17.02.2011 r. powód został ponownie przyjęty na Oddział (...)(...) pozwanego Szpitala, gdzie przebywał do dnia 23.02.2011 r.

U powoda rozpoznano krwiak rany pooperacyjnej. Dnia 18.02.2011 r. przeprowadzono operację ewakuacji tego krwiaka. Zabieg przeprowadzał dr P. R..

Badanie bakteriologiczne wykazało obecność (...) (...) (...) (...) powszechnie wrażliwy na penicilliny).

Powód został wypisany w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem przyjmowania leków: A. i D..

/ dowód: karta informacyjna – k. 17-18; dokumentacja leczenia powoda – k. 261-630, 855-864;

zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.16.25-

00.31.36; zeznania interwenienta ubocznego P. R. – e-protokół z

dnia 01.03.2013 r. 00.17.03-00.50.24 /

Powód był następnie konsultowany w Poradni (...).

Dnia 28.03.2011 r. badanie rentgenowskie wykazało główne odłamy złamania kości udowej ustawione w osi, odłám pośredni przemieszczony nieznacznie ku tyłowi i przyśrodkowo.

Powód zaobserwował przemieszczenie wszczepionych śrub.

Dnia 27.04.2011 r. powód zgłosił się na (...) pozwanego Szpitala. Był konsultowany przez P. R.. Na udzie powoda widoczna była deformacja, wypukłość, przemieszczenie śrub poza miejscem złamania.

P. R. podejrzewał, że powód – który podczas wizyty stał na dwóch nogach – nie zastosował się do zalecenia ograniczonego obciążania lewej nogi.

Badanie rentgenowskie wykazało:

- odłamy główne złamania ustawione nieco kątowo i wolny odłám wielkości 5x8 cm przemieszczony nieco przyśrodkowo o ok. 10 mm,
- uszkodzenie zespolenia chirurgicznego w obrębie dystalnych śrub, przerwanie drugiej śruby liczonej od końca dalszego k. udowej, z pozostawieniem jej trzpienia w obrębie kości udowej,
- w okolicy trzpienia szóstej śruby liczonej od końca dystalnego widoczny metaliczny cień o wym. 5-10 mm mogący odpowiadać fragmentowi głowy przerwanej śruby,
- częściowe wysunięcie trzpieni ostatnich trzech śrub z trzonu k. udowej.

Dnia 08.05.2011 r. powód został po raz kolejny przyjęty na Oddział (...) (...) pozwanego Szpitala, gdzie przebywał do dnia 15.06.2011 r.

U powoda rozpoznano zakażenie i odczyn zapalny spowodowany stabilizatorem wewnętrznym kości udowej, destabilizację płyty AO.

P. R. planował wymianę stabilizatora na gwóźdź śródszpikowy, ale, kiedy okazało się, że w miejscu złamania jest ognisko infekcyjne, odstąpił od tej czynności.

U powoda wykonane zostały następujące zabiegi:

- dnia 09.05.2011 r. – rewizja miejsca złamania – wycięcie martwiaka kości udowej,
- dnia 25.05.2011 r. – stabilizacja zewnętrzna złamania zainfekowanego trzonu kości udowej,
- dnia 30.05.2011 r. – zamknięta repozycja złamania kości udowej i stabilizacja zewnętrzna,
- dnia 08.06.2011 r. – repozycja zamknięta i stabilizacja zewnętrzna złamania uda lewego.

Miejsce złamania zostało chirurgicznie oczyszczone, obłożone gąbką fibrynową z antybiotykiem. Następnie wykonano korekcję odłamów na stabilizatorze, a następnie (ze względu na przemieszczenie belki stabilizatora) wykonano ponowną repozycję ze stabilizatorem ramowym.

Wszystkie zabiegi przeprowadzał P. R..

Podczas zabiegów zostały zachowane standardowe procedury sterylizacji, mycia, przygotowania pola operacyjnego, itp.

Badanie bakteriologiczne wykazało obecność (...) (...) (...)wrażliwy na ciproflaksynę i trimetoprim/sulfametoksazol oraz (...)o innej wrażliwości.

/ dowód: karta konsultacji – k. 19, wyniki badań RTG – k. 20-21; karta informacyjna – k. 22-25;

karty konsultacji – k. 26-27; dokumentacja leczenia powoda – k. 261-630, 855-864;

instrukcje – k. 698-704; raport – k. 707-710; zeznania świadka J. D.

– e-protokół z dnia 01.03.2013 r. 00.01.05-00.16.57; zeznania powoda R.

K. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.16.25-00.31.36; zeznania

interwenienta ubocznego P. R. – e-protokół z dnia 01.03.2013 r.

00.17.03-00.50.24 /

Decyzją z dnia 14.05.2011 r. Dziekan Wydziału (...) we W. udzielił powodowi urlopu od zajęć od dnia 14.05.2011 r. do dnia 10.02.2012 r.

Po zakończeniu urlopu powód zrezygnował z kontynuowania studiów z uwagi na stan zdrowia.

/ dowód: decyzja – k. 46; zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r.

00.16.25-00.31.36 /

Zakażenie leczone był przez umieszczenie powoda w komorze hiperbarycznej oraz podawanie antybiotyku C.. Leczenie w komorze hiperbarycznej miało być prowadzone do końca lipca 2011 r.

W dniu 18.06.2011 r. powód był konsultowany przez P. R..

W dniu 19.06.2011 r. powód zgłosił się na (...) pozwanego Szpitala, gdzie był konsultowany przez P. R., który stwierdził luźne śruby zaciskające wszczepy w łapie stabilizatora, wykonał ostrożną zamkniętą repozycję na stole wyciągowym

i dokręcił śruby łapy stabilizatora przytrzymujące wszczepy (3 obroty).

Przeprowadzone badania kliniczne oraz RTG wykazały:

- skrót kończyny 1,0-1,5 cm i zagięcie szpotawe osi uda o ok. 10°,

- odłamy ustawione w skróceniu, odłamek dalszy przemieszczony bocznie o 1/4 szerokości trzonu oraz ku tyłowi o szerokość trzonu, widoczny odłamek pośredni.

W dniu 18.07.2011 r. powód był konsultowany przez P. R. na (...) pozwanego Szpitala.

Leczenie powoda było kontynuowane do 07.09.2011 r. Ze względu na skrót i deformacje

uda prawego planowane było wykonanie powolnej korekcji osi uda na stabilizatorze zewnętrznym w drugiej połowie 2011 r.

Na zabiegi w komorze hiperbarycznej powód był przewożony bezpośrednio ze szpitala lub z domu karetką, gdyż nie był w stanie samodzielnie się poruszać. Powód odbył 60 takich zabiegów.

/ dowód: karta konsultacji – k. 28; wynik badania – k. 29; zaświadczenie z dnia 30.08.2011 r. – k.

30-31; harmonogram zabiegów – k. 32-33; karty informacyjne – k. 35, 36-37;

dokumentacja leczenia powoda – k. 261-630, 855-864; zeznania świadków: B.



K.-D. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.05.06-00.16.16, świadka

J. D. – e-protokół z dnia 01.03.2013 r. 00.01.05-00.16.57; zeznania

powoda R. K. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.16.25-00.31.36;

zeznania interwenienta ubocznego P. R. – e-protokół z dnia

01.03.2013 r. 00.17.03-00.50.24 /

Dnia 12.10.2011 r. powód został po raz kolejny przyjęty na Oddział (...)(...) pozwanego Szpitala.

U powoda rozpoznano zakażenie i odczyn zapalny spowodowany stabilizatorem wewnętrznym w każdym miejscu.

P. R. usunął stabilizator kości udowej.

/ dowód: karta informacyjna – k. 39-40; dokumentacja leczenia powoda – k. 261-630, 855-864;

zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r. 00.16.25-

00.31.36; zeznania interwenienta ubocznego P. R. – e-protokół z

dnia 01.03.2013 r. 00.17.03-00.50.24 /

Dnia 17.10.2011 r. powód był konsultowany prywatnie przez P. R., który zalecił chodzenie ze stabilizatorem uda z pomocą kul pachowych.

/ dowód: karta porady – k. 41 /

Udo powoda nadal było niestabilne.

Nie było możliwości innego leczenia w pozwanym Szpitalu stabilizatorem zewnętrznym.

Zaawansowanym systemem korekcji i leczenia powikłanego złamania jest system I., którym dysponowała wówczas Klinika (...) we W..

P. R., który współpracował z Kliniką, nie uzyskał jednak tego systemu, wobec czego uzgodnił przekazanie tam powoda, kierując go do swojego promotora specjalizacji.

W okresie od dnia 23.11.2011 r. do 28.11.2011 r. powód przebywał w Klinice (...)

(...)Szpitala (...) we W..

U powoda rozpoznano:

- staw rzekomy trzonu kości udowej lewej,

- stan po usunięciu stabilizatora zewnętrznego złamania trzonu kości udowej z powodu destabilizacji,

- stan po usunięciu zespolenia wewnętrznego złamania trzonu kości udowej z powodu destabilizacji i stanu zapalnego.

Dnia 24.11.2011 r. wykonano u powoda stabilizację stawu rzekomego trzonu kości udowej lewej m. I. z jednoczesną częściową korekcją ustawienia odłamów pod kontrolą RTG. P. R. był obecny przy tej operacji.

/ dowód: karta informacyjna – k. 42; zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia

11.12.2012 r. 00.16.25-00.31.36; zeznania interwenienta ubocznego P.

R. – e-protokół z dnia 01.03.2013 r. 00.17.03-00.50.24 /

Po założeniu stabilizatora I. powód nie mógł samodzielnie funkcjonować, nadal wymagał opieki, nie mógł się swobodnie poruszać. Musiał przyjmować leki przeciwbólowe w dużej ilości. Przy każdym ruchu skóra się rwała, trzeba było przykręcać śruby i zmieniać ich położenie.

Ponieważ miejsce założenia tego aparatu nie mogło zostać zmoczone, powód nie mógł wejść pod prysznic, musiał myć się w zlewie, także korzystanie z toalety było skomplikowane.

/ dowód: zeznania świadka J. D. – e-protokół z dnia 01.03.2013 r. 00.01.05-

00.16.57; zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r.

00.16.25-00.31.36 /

Dnia 18.07.2011 r. oraz 01.09.2011 r. lekarz orzecznik ZUS uznał powoda za osobę niezdolną do pracy. Wskazał na uprawnienie do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 m-cy licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego.

/ dowód: orzeczenia – k. 44-45 /

W okresie od 29.01.2011 r. do 29.07.2011 r. powód otrzymywał z ZUS zasiłek chorobowy. W okresie od 30.07.2011 r. do 31.10.2011 r. oraz w 01.2012 r. otrzymał świadczenie rehabilitacyjne.

/ dowód: zaświadczenia – k. 48-51 /

Pismem z dnia 17.11.2011 r. pełnomocnik powoda wezwał Wojewódzki Szpital (...) do zapłaty 40 000 zł zadośćuczynienia za wywołany rozstrój zdrowia i doznaną krzywdę, 3 500 zł miesięcznej renty, począwszy od 01.12.2011 r., płatnej do 10 dnia miesiąca, 30 460 zł odszkodowania za poniesione koszty leczenia i utracone zarobki.

/ dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 17.11.2011 r. – k. 52-53 /

Pismem z dnia 05.12.2011 r. pozwany Szpital przekazał wezwanie powoda (...) we W., o czym poinformował pełnomocnika powoda.

/ dowód: pisma z dnia 05.12.2011 r. – k. 162-163 /

W okresie od dnia 13.06.2012 r. do dnia 21.06.2012 r. powód ponownie przebywał w Klinice (...) we W..

U powoda rozpoznano staw rzekomy trzonu kości udowej lewej z przemieszczeniem odłamów T93.1.

Dnia 15.06.2012 r. u powoda przeprowadzono restabilizację kości udowej sposobem

I. z jednoczasową, częściową korekcją osi (...).

/ dowód: karta informacyjna – k. 185 /

Dnia 27.06.2012 r. lekarz orzecznik ZUS uznał powoda za osobę całkowicie niezdolną do pracy do 30.06.2013 r.

/ dowód: orzeczenie – k. 184 /

Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił powodowi przyznania renty albowiem wypadek został spowodowany z jego winy, a także nie miał on wystarczającego stażu pracy.

Powód nie osiąga dochodów, pozostaje na utrzymaniu rodziców, którzy ponoszą koszty jego leczenia.

/ dowód: zeznania świadka B. D. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r.

00.05.06-00.16.16; zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia

11.12.2012 r. 00.16.25-00.31.36 oraz e-protokół z dnia 22.09.2015 r.

00.03.42-00.09.47 /

W okresie od dnia 28.11.2012 r. do dnia 07.12.2012 r. powód po raz kolejny przebywał w Klinice (...) we

W..

U powoda rozpoznano staw rzekomy trzonu kości udowej lewej z przemieszczeniem odłamów T93.1.

Dnia 29.11.2012 r. u powoda przeprowadzono usunięcie złamanych wszczepów z lewej kości udowej, operację J.-F. stawu rzekomego lewej kości udowej, stabilizację płytą przykostną Syntez z użyciem przeszczepów autogennych pobranych z talerza prawej kości biodrowej w jednym akcie operacyjnym. W efekcie tego zabiegu doszło do skrócenia kości udowej lewej.

/ dowód: karta informacyjna – k. 186; zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia

11.12.2012 r. 00.16.25-00.31.36 /

Później powód jeszcze raz przebywał w Klinice (...), gdzie została usunięta płyta przykostna i założony gwóźdź śródszpikowy.

Powód pozostaje pod kontrolą ortopedy w Poradni (...). Dwa, trzy razy pojawił się stan zapalny, który został zaleczony antybiotykoterapią.

/ dowód: zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia 22.09.2015 r. 00.03.42-

00.09.47 /

Przed wypadkiem powód był osobą w pełni sprawną, chodził na basen, na piłkę, na imprezy ze znajomymi. Nie miał żadnych problemów ze zdrowiem.

Obecnie uczęszcza na basen, ale nie może uprawiać innego sportu. Porusza się bez kul, ale nie może nic dźwigać. Po dłuższym przebywaniu w pozycji stojącej odczuwa dyskomfort.

/ dowód: zeznania świadka B. D. – e-protokół z dnia 11.12.2012 r.

00.05.06-00.16.16; zeznania powoda R. K. – e-protokół z dnia

11.12.2012 r. 00.16.25-00.31.36 oraz e-protokół z dnia 22.09.2015 r. 00.03.42-

00.09.47 /

Pismem z dnia 27.11.2012 r. (...) S.A. poinformował pełnomocnika powoda, że wobec nie otrzymania od ubezpieczonego szpitala dokumentacji leczenia powoda brak jest możliwości ustalenia związku przyczynowego pomiędzy ewentualnymi nieprawidłowościami w procesie udzielania świadczeń medycznych przez personel placówki

a szkodą na osobie powoda. Poinformował, że na obecnym etapie likwidacji brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (...).

/ dowód: pismo z dnia 27.11.2012 r. – k. 183 /

Powód wydatkował na zakup materiałów opatrunkowych: kompresów, opasek, leków, koszty badań RTG, środków dezynfekcyjnych, aparatu na goleń i udo, nasadek na kule, kul pachowych łącznie 4 695, 43 zł.

/ dowód: rachunki i faktury – k. 55-116, 187-220, 636 /

W skład fizjologicznej flory bakteryjnej skóry człowieka wchodzi gronkowce koagulazo-ujemne, spośród których najczęściej spotykaną bakterią jest gronkowiec (...)

S.(...). Bakterie te u ludzi zdrowych nie wywołują objawów chorobowych.

Chirurgiczne przygotowanie pola operacyjnego nie jest zabiegiem sterylizującym skórę. Nie prowadzi do usunięcia wszystkich drobnoustrojów. Po chirurgicznym przygotowaniu pola operacyjnego bakterie, w znacznie zmniejszonej ilości, nadal pozostają w przydatkach skór. Cięcie chirurgiczne prawidłowo odkazonej skóry uwalnia bakterie z jej przydatków do rany operacyjnej. W każdej ranie chirurgicznej znajdują się bakterie pochodzące ze skóry. W większości przypadków infekcje są likwidowane przez sprawny układ odpornościowy. Warunkiem umożliwiającym prawidłowe działanie tego układu jest niezaburzone ukrwienie operowanych tkanek

W wyniku obrażeń powoda doszło do znacznego uszkodzenia tkanek, które doprowadziło do pozbawienia ich prawidłowego unaczynienia i tym samym upośledzonego krążenia krwi w tych tkankach. Rozkawałkowany trzon kości udowej lewej znacznie uszkodził otaczające tkanki. W wyniku doznanych urazów oraz w trakcie pierwszego zabiegu operacyjnego powód utracił ok. 1/3 krwi krążącej. Utracona krew znalazła się w uszkodzonych tkankach. Wynaczyniona krew tworzy zbiorniki, które nie posiadają prawidłowej łączności z układem krążenia i krążącą krwią. Nie penetrują do nich m.in. komórki obronne oraz antybiotyki podawane choremu. Bakterie znajdujące się w ich obrębie mnożą się w sposób niekontrolowany.

Pośrednie odłamy kostne, szczególnie drobne, również nie posiadają prawidłowego

unaczynienia. On same, jak i uszkodzone przez nie tkanki, stają się pożywką dla bakterii.

Najważniejszym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi zakażenia gronkowcami koagulo-ujemnymi jest obecność ciała obcego w ustroju. Tym ciałem obcym u powoda była metalowa płyta zespalająca odłamy lewej kości udowej.

Każde środowisko szpitalne posiada swoją florę bakteryjną. Chorzy przyjmowani do szpitali są kolonizowani przez te bakterie. Własne bakterie są wymieniane na bakterie pochodzące ze środowiska szpitalnego. Zjawisko kolonizacji odbywa się zwykle po upływie 48 godzin od przyjęcia do szpitala. Kolonizacja przebiega bez jakichkolwiek objawów zakażenia i sama w sobie nie jest zjawiskiem szkodliwym.

W czasie pierwszej hospitalizacji po 19,5 godzinach pobytu w pozwanym Szpitalu powód nie był skolonizowany przez bakterie szpitalne. Wyhodowane bakterie mogły pochodzić wyłącznie z jego własnej skóry. Większość zakażeń miejsca operowanego ma charakter endogenny – są wywołane przez własne bakterie chorego. Warunki sprzyjające ich rozwojowi w obrębie pola operacyjnego powstały w wyniku urazów doznanych w czasie wypadku spowodowanego przez powoda.

Przez cały okres leczenia, od pierwszego pobytu w pozwanym Szpitalu, powód był kolonizowany przez bakterie, z którymi stykał się w czasie hospitalizacji w szpitalu, w czasie leczenia w poradniach, w środowisku domowym – przez bakterie pochodzące od osób opiekujących się nim. Otwarte rany i przetoki były kolonizowane przez te bakterie.

Po założeniu stabilizatorów zewnętrznych, zamocowanych na grotach wszczepionych w udo powoda, stwierdzano ropienie wokół wszczepów. Mimo stosowanych opatrunków i leczenia miejscowego, okresowo uzyskiwano

zmniejszenie nasilenia zmian zapalnych wokół grotów. Jedyną skuteczną metodą leczenia było usunięcie grotów stabilizatora

zewnątrznego.

Wszystkie zabiegi operacyjne wykonane u powoda zostały poprzedzone podaniem profilaktyki antybiotykowej. Prowadzono empiryczne leczenie antybiotykami do chwili uzyskania wyników wrażliwości na antybiotyki, a potem celowaną antybiotykoterapię.

Przebieg zakażenia, opisany w dokumentacji zawartej w aktach sprawy, nie wskazuje na to, że poza zmianami umiejscowionymi w lewym udzie powoda, wystąpiły u niego inne objawy chorobowe wywołane przez bakterie (...) (...). Gatunki koagulazo-ujemnych gronkowców nie wywołują zakażeń u osób zdrowych. Najważniejszym czynnikiem sprzyjającym zakażeniu tymi drobnoustrojami była u powoda obecność metalowego zespolenia kości udowej lewej.

Na rozwój zakażenia również miały wpływ wszystkie zdarzenia prowadzące do destabilizacji operacyjnie założonego zespolenia odłamów kości udowej. Nawet mikroruchy prowadzą do zniszczenia drobnych naczyń w regenerujących się tkankach, prowadzą do pogłębienia zaburzeń krążenia w obrębie uszkodzonych tkanek i stwarzają dogodne warunki dla rozwoju bakterii.

Zakażenie rany operacyjnej lewego uda nastąpiło w czasie pierwszego zabiegu operacyjnego. Zostało ono wywołane przez własne bakterie bytujące na skórze powoda (...) (...) – (...) (...). Warunki pozwalające na rozwój tego zakażenia u powoda powstały w wyniku obrażeń doznanych w czasie spowodowanego przez niego wypadku samochodowego i bezpośrednio po nim: powstałe urazy stworzyły konieczność zastosowania operacyjnego zespolenia odłamów kości udowej z użyciem ciała obcego – płyty metalowej.

Między złamaniami kości ramiennej a udowej u powoda występowały jednoznaczne różnice, stwierdzono:

- złamanie skośne 1/2 trzonu kości ramiennej lewej,
- złamanie wieloodłamowe spiralne 1/4 bliższej trzonu kości udowej lewej.

W obrębie operowanego uda doprowadziły do zakażenia krwiaki powstałe w wyniku obfitego krwawienia z połamanej kości udowej (krwawienie ze złamanej kości udowej jest znacznie większe niż ze złamanej kości ramiennej) i uszkodzonych tkanek przez odłamy kostne i odłamy pośrednie wbite w otaczające jej tkanki. Pośrednie odłamy kostne, pozbawione unaczynienia ulegają martwicy i stają się pożywką dla bakterii, które znalazły się w polu operacyjnym. W obrębie operowanego ramienia nie było olbrzymich krwiaków i odłamów pośrednich złamanej kości.

W czasie zabiegu nie usuwa się wszystkich pośrednich odłamów kostnych. Ich usunięcie wiązałoby się z ubytkiem kości prowadzącym do dalszych poważniejszych komplikacji: zaburzeń zrostu, zniekształceń, skrócenia kończyny. Bardzo drobne odłamy kostne nie są widoczne w obrębie rany operacyjnej.

Wszystkie implanty są przedmiotami jednorazowego użytku. Mogą być wysterylizowane przez producenta lub też przed zabiegiem, po dokonaniu odpowiedniego doboru implantu, są również sterylizowane w szpitalach przed ich użyciem.

/ dowód: opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. A. – k. 798-809, 872-875 /

Leczenie powoda w Wojewódzkim Szpitalu (...) prowadzone było prawidłowo i zgodnie z przyjętymi obecnie zasadami postępowania terapeutycznego w takich przypadkach.

Wieloodłamowe złamanie kości udowej jest wskazaniem do leczenia w ramach ostrego dyżuru polegającego na repozycji złamania i zespoleniu. Do złamania dochodzi w wyniku działania dużych sił, które m.in. powodują znaczne uszkodzenia otaczających mięśni przez przemieszczające się odłamy kostne o różnej wielkości, które w czasie operacji

zespoleń są usuwane pod kontrolą wzroku i poprzez śródoperacyjne płukanie rany, co w przypadku powoda zostało wykonane. Złamanie kości udowej powoduje znaczne krwawienie z otwartej jamy szpikowej, którego zatamowanie lub znaczne zmniejszenie następuje przez repozycję odłamów i ich zespolenia. Zapobiegając gromadzeniu się krwi w ranie pooperacyjnej, pozostawia się w niej, na okres pooperacyjny, dren R., którego zadaniem jest odprowadzanie powstającego krwiaka. Ze względu na powstające w wyniku działania urazu uszkodzenia mięśni powstają w nich zachyłki, w których gromadzą się drobne fragmenty kostne i wynaczyniona krew. Zastosowany dren umożliwia ewakuację tej treści. Jest on utrzymywany średnio przez 2 doby po operacji, lecz nie zawsze jest w stanie usunąć w całości powstający krwiak, który w ciągu kilku do kilkunastu dni może samodzielnie ewakuować na zewnątrz. Taki przebieg był obserwowany u powoda i wystąpienie pierwszych objawów sączenia z rany pooperacyjnej u powoda skutkowało skierowaniem go do Szpitala z podejrzeniem ropienia.

Dnia 25.05.2011 r. ustabilizowano złamanie poprzez założenie jednopłaszczyznowego stabilizatora. Jest on wskazany w przypadkach tzw. zainfekowanych złamań, albowiem zespolenia wewnętrzne (blaszki ze śrubami lub gwoździe śródszpikowe) podtrzymują toczący się proces ropny lub mogą prowadzić do jego rozszerzenia na większe obszary kości. Ze względu na awarię przegubu kulowego stabilizatora, powstała w ciągu kilku dni po operacji, doszło do przemieszczenia odłamów, co zmusiło zespół leczący do jego wymiany. Badanie przeprowadzone dnia 19.06.2011 r. świadczyło o nadal istniejącym braku zrostu złamania. W tym badaniu można stwierdzić wyraźne cechy zapalenia kości w miejscu złamania.

W związku z tym podjęto słuszną decyzję leczenia kości udowej przez zastosowanie komory hiperbarycznej.

Wygojenie zmiany zapalnej kości udowej pozwoliło na kontynuację leczenia stawu rzekomego przez zespolenie odłamów ryglowanym gwoździem śródszpikowym.

Złamanie trzonu kości udowej przy prawidłowym leczeniu, najczęściej polegającym na otwartej repozycji i zespoleniu odłamów jedną z dostępnych metod trwa ok. 3 miesięcy. Zastosowana metoda zespolenia jest uzależniona od rodzaju złamania, doświadczenia zespołu leczącego i sprzętu operacyjnego, jakim dysponuje operator. Infekcja miejsca złamania, pomimo zespolenia, utrudnia powstanie zrostu i prowadzi do powstania stawu rzekomego. Zasadą leczenia zakażonego stawu rzekomego, co zostało przeprowadzone u powoda, jest usunięcia zespolenia wewnętrznego, zastosowanie stabilizacji zewnętrznej odłamów, tak, aby elementy metalowe stabilizatora przechodzące przez kość nie przechodziły przez miejsca zainfekowane, stosując równocześnie ewakuację zmian zapalnych, drenaż rany umożliwiający czynną ewakuację gromadzącej się w ranie treści ropnej i ogólnej antybiotykoterapii. Wszystkie wymienione etapy leczenia zainfekowanego stawu rzekomego u powoda zostały zastosowane przez zespół leczący Szpitala.

Po wygojeniu zapalenia kości przystępuje się do leczenia stawu rzekomego przez resekcję końca odłamów kostnych, udrożnienie jamy szpikowej w obu odłamacz i zespolenie przez zastosowanie, jak w przypadku powoda, zespolenia gwoździem śródszpikowym ryglowanym. Postępowanie takie najczęściej, również w przypadku powoda, doprowadza do powstania zrostu kostnego z małego stopnia skróceniem danej kości.

Przedstawione leczenie zakażonego złamania znacznie wydłuża czas pozwalający na osiągnięcie zrostu kostnego.

U powoda występuje skrócenie uda lewego wynoszące 1,5 w pomiarze bezwzględny (skrócenie kości udowej) i funkcjonalny. Skrócenie to jest nieuniknionym zejściem leczenia zakażonego stawu rzekomego kości długiej. Może wymagać wyrównania wkładką wysokości 1 cm wkładaną pod piętę. Uważa się jednak, że chodzenie przy takiej nierówności kończyn nie wymaga wyrównania i nie niesie za sobą niekorzystnych następstw. Wykonane dnia 15.01.2015 r. badanie rtg wykazało niepełny zrost odłamów kości udowej, co pozwala przy zespoleniu śródszpikowym na chodzenie z pełnym obciążeniem kończyny.

Wydłużenie okresu zrastania się kości udowej wydłużyło się o ok. 4 lata i nie pełni jest zakończone. Kolejne badanie rtg, wykonywane co kilka miesięcy, pozwoli na stwierdzenie pełnej odbudowy kości, czyli określenie momenty całkowitego zakończenia leczenia.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 7 % - pkt 147a tabeli stanowiącej załącznik do rozporządzenia (...) z dnia 18.12.2002 r. i jest spowodowany skróceniem kości udowej, co jest następstwem przebytego złamania i powstania stawu rzekomego.

Stwierdzone deficyty ruchów w stawie biodrowym i kolanowym po stronie prawej nie stanowią upośledzenia funkcji kończyny i po zastosowaniu leczenia rehabilitacyjnego zakres ruchów w obu stawach powróci do normy.

/ dowód: opinia biegłego z zakresu ortopedii W. R. – k. 902-906, 949 /

### **Sąd zważył, co następuje.**

Powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Powód wystąpił przeciwko pozwanemu Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) we W. z roszczeniami o naprawienie szkody, jakiej miał doznać w następstwie przebiegu leczenia prowadzonego w tej placówce w 2011 r., w szczególności zakażenia bakteryjnego, które spowodowało przedłużenie procesu leczenia (w istocie do chwili obecnej niezakończony). W związku z tym powód zażądał odszkodowania, zadośćuczynienia, renty i ustalenia odpowiedzialności na przyszłość.

Podstawę prawną odpowiedzialności cywilnej lekarzy oraz podmiotów świadczących usługi medyczne za błędy w sztuce lekarskiej stanowią w pierwszej kolejności przepisy o czynach niedozwolonych. Zgłoszone przez powoda roszczenia oraz przywołane okoliczności faktyczne wskazują na wyprowadzenie roszczeń z reżimu deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej, tj. art. 415 kc, 444 § 1 i 2 kc, 445 § 1 kc.

Zgodnie z art. 415 kc kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Punktem wyjścia do dokonania oceny zgłoszonych przez powoda roszczeń odszkodowawczych musi być zasadnicze ustalenie, czy podczas leczenia powoda w pozwanym Szpitalu doszło do błędów w sztuce medycznej, tj. prowadzenia czynności leczniczych w sposób niezgodny z wymaganiami aktualnej wiedzy u nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej albo do prowadzenia czynności medycznych bez zachowania należytej, aczkolwiek podwyższonej, staranności wynikającej z zawodowego wykonywania specjalistycznej działalności medycznej. W szczególności dotyczy to czynności podejmowanych przez personel pozwanego Szpitala.

Zgodnie z art. 430 kc, kto 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 powierzonych jej czynności.

Pozwany w odpowiedzi na pozew powołał się na umowy łączące go z Fundacją na rzecz (...) oraz Fundację z (...) – lekarzem prowadzącym leczenie powoda w pozwanym Szpitalu.

Fakt zawarcia tych umów nie zmienia jednakże sytuacji prawnej pozwanego Szpitala jako podmiotu, wobec którego mogą być kierowane roszczenia związane z prawidłowością procesu leczenia.

Między podmiotem powierzającym wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Poprzez pojęcie podporządkowania należy rozumieć podporządkowanie ogólnorganizacyjne, co oznacza, że stosunkiem podporządkowania, o którym mowa w art. 430 kc, obejmuje się również te osoby, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres odpowiedzialności w podejmowaniu decyzji – np. w odniesieniu do działania lekarzy, w zakresie postawienia diagnozy oraz prowadzenia terapii (por. G. Bieniek w: G. Bieniek, H. Ciepla, S. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Sychowicz, T. Wiśniewski, Cz. Żuławska Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I, Warszawa 2009, s. 470-471). Jak wskazał Sąd Najwyższy

w wyroku z dnia 26.01.2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116, zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 kc ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych, albowiem zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 kc, jak również niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 kc. Zatem nawet przy założeniu, iż lekarz prowadzący leczenie powoda – dr P. R. podejmował działania medyczne kierując się swoją wiedzą i doświadczeniem, a w ramach samego wykonania kolejnych operacji, technik prowadzenia zabiegu, wyboru odpowiedniej metody leczenia, był samodzielny i ograniczony wyłącznie wskazaniami wiedzy medycznej, czyli nie podlegał nadzorowi pozwanego co do podjęcia konkretnych czynności operacyjnych, to jednak wykonywał zabieg w ramach działalności pozwanego Szpitala, podlegając jego ogólnemu kierownictwu, także w zakresie organizacji pracy, organizacji całego procesu opieki nad pacjentem, poczynając od przyjęcia pacjenta, poprzez przeprowadzenie zabiegu, do zakończenia procedury medycznej. Powód przebywał na Oddziale Chirurgii pozwanego Szpitala, zabiegi były wykonywane z użyciem sprzętu pozwanego, z udziałem jego personelu, według procedur w nim obowiązujących. Stąd też dla oceny ewentualnej odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego pozbawione znaczenia są źródła stosunku współpracy tego Szpitala z P. R..

W celu rozstrzygnięcia o odpowiedzialności pozwanego konieczne jest dokonanie oceny

działań podjętych wobec powoda przez dra R. oraz ewentualnie pozostały personel pozwanego. Ocena ta musi obejmować wykonanie poszczególnych zabiegów, ich przebiegu oraz skutków, w tym także wystąpienia określonych powikłań, z punktu widzenia doboru zastosowanych procedur i ich prawidłowości.

Do przesłanek ewentualnej deliktowej odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego wobec powoda należało zatem zaliczyć:

- bezprawne i zawinione działanie lub zaniechanie podwładnego (w tym wypadku dra P. R.),
- wyrządzenie powodowi szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności,
- związek przyczynowy między zachowaniem sprawcy a szkodą.

Ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie dała podstaw do ustalenia, że wskazane okoliczności zaistniały.

Między stronami nie było sporu co do tego, że w trakcie leczenia ortopedycznego powoda w miejscu złamania kości udowej lewej doszło do zakażenia bakteriami gronkowca koagulazo-ujemnego (...) (...)– (...) (...). Spór dotyczył natomiast źródła pochodzenia tego czynnika chorobowego, w szczególności stwierdzenia, czy było to tzw. zakażenie szpitalne.

Dokonując ustaleń stanu faktycznego sprawy w zakresie przebiegu i skutków leczenia, prawidłowości podejmowanych czynności leczniczych, mechanizmu zakażenia powoda sąd wziął pod uwagę dokumentację medyczną dotyczącą powoda oraz opinie biegłych z zakresu chorób zakaźnych J. A. oraz z zakresu ortopedii W. R.. Przedłożoną dokumentację medyczną należało uznać za obszerną, prawidłowo prowadzoną, ujawniającą informacje mające znaczenie dla oceny przebiegu leczenia, tj. rozpoznania, opis stanu pacjenta, opis podejmowanych czynności, rodzaj i wyniki prowadzonych badań, itd. Z kolei wskazane opinie obu biegłych należało ocenić jako rzetelne, logiczne, profesjonalne, a przez to wiarygodne i dające podstawę do sformułowania stanowczych wniosków, należycie i logicznie umotywowanych, a przez to do dokonania oceny prawidłowości wykonywania na rzecz powoda świadczeń medycznych z uwzględnieniem niezbędnych wiadomości specjalnych. Biegli odnieśli się szczegółowo do zapisów całości dokumentacji medycznej, dokonali szczegółowej analizy czynności podjętych w procesie leczenia powoda, wyjaśnili mechanizm powstania zakażenia, a także wzajemne powiązania pomiędzy zakażeniem a procedurami ortopedycznymi. Sformułowane w opiniach obu biegłych wnioski zostały poparte logiczną argumentacją, motywacja



wniosków jest czytelna, zrozumiała i przekonująca. Biegli odnieśli się do zastrzeżeń zgłoszonych przez powoda i również w tym zakresie obie opinie, ich wnioski i argumentację należy uznać za przekonujące.

Opinia biegłego podlega ocenie – przy zastosowaniu art. 233 § 1 kpc – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (postanowienie SN z dnia 07.11.2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64, wyrok SA w Warszawie z dnia 14.08.2012 r., I ACa 372/12). Opinie sporządzone przez biegłych J. A. i W. R. poddają się wskazanym kryteriom oceny, wobec czego posiadają należytą wiarygodność i moc dowodową i są przydatne dla poczynienia ustaleń stanu faktycznego sprawy.

Z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. A. wynika, że patogen, który spowodował zakażenie powoda, nie miał charakteru egzogenego (czyli pochodzącego ze środowiska szpitalnego), ale endogeny (czyli pochodzący od samego pacjenta). Szczep gronkowca ujawniony u powoda stanowi naturalny element flory bakteryjnej organizmu ludzkiego, znajdujący się na skórze pacjenta. Wystąpienie zakażenia szpitalnego nie wymaga obecności, jako czynnika zakaźnego, patogenu ale może dotyczyć zakażenia endogenego, czyli zakażenia przez patogen przywleczony na skórę, śluzówkach nosa lub innych obszarach ciała pacjenta, które to bakterie lub wirusy, na skutek instrumentacji medycznej, zostaną wprowadzone do ciała pacjenta i stają się przyczyną infekcji szpitalnej. Biegły wyjaśnił, że przygotowanie do zabiegu operacyjnego w postaci oczyszczenia pola operacyjnego nie oznacza wytworzenia pełnej sterylności i usunięcia czynników chorobotwórczych. Materiał dowodowy nie dawał podstaw do poszukiwania nieprawidłowości w wykonywaniu procedury dezynfekcji pola operacyjnego.

Z opinii obu biegłych wynika, że na stan powoda wpłynął szereg czynników, wzajemnie się

przenikających i uzupełniających. Powód doznał obszernego, ciężkiego urazu, przede wszystkim skomplikowanego, wieloodłamowego złamania trzonu kości udowej lewej, wymagającego przeprowadzenia również skomplikowanego zabiegu operacyjnego zespolenia z zastosowaniem odpowiedniego mechanizmu stabilizacyjnego. Jak wynika z opisów badań RTG i innych zapisów dokumentacji medycznej w zestawieniu z treścią opinii biegłych, uszkodzenie kości udowej było poważne, nastąpiło przemieszczenie odłamów kości, w konsekwencji i utrudnione było uzyskanie warunków korzystnych dla uzyskania prawidłowego ustawienia i zrostu tych odłamów. Biegły J. A. wskazał na szereg czynników wpływających na możliwość rozwoju czynnika zakażenia, mianowicie uszkodzenie mięśni otaczających kość udową, uszkodzenie układu krwionośnego, znaczny upływ krwi do wewnątrz i jednocześnie brak sprawnego ukrwienia miejsca złamania i samej kości udowej. Te czynniki spowodowały brak należytego funkcjonowania mechanizmów odpornościowych, przenoszonych przeciw przez krew, a w konsekwencji brak zwalczania drobnoustroju chorobotwórczego przez sam organizm pacjenta. Biegły zwrócił też uwagę, że istotnym czynnikiem ryzyka jest obecność w miejscu zakażenia ciał obcych organizmowi w postaci elementów urządzenia stabilizacyjnego. Także biegły z zakresu ortopedii W. R. wskazał, że leczenie zakażonego stawu rzekomego zakłada takie umieszczenie stabilizacji, aby elementy metalowe stabilizatora przechodzące przez kość nie przechodziły przez miejsca zainfekowane.

Zatem na podstawie przywołanych opinii uzasadnione jest ustalenie, że warunki sprzyjające ich rozwojowi w obrębie pola operacyjnego powstały w wyniku urazów doznanych w czasie wypadku komunikacyjnego. Rodzaj i rozmiar uszkodzenia kości udowej oznaczający konieczność poważnej ingerencji chirurgicznej stanowił czynnik wywołujący

warunki sprzyjające zakażeniu.

Trzeba zwrócić uwagę, że wskazane okoliczności oznaczały jednocześnie przeszkodę dla prawidłowego przebiegu procesu gojenia się złamania, tj. zrostu odłamów kości udowej. Powstanie stanu zapalnego oznaczało konieczność poddania powoda kolejnym zabiegom operacyjnym, w tym konieczność usunięcia zamontowanego pierwotnie stabilizatora. Dopiero po przezwyciężeniu zakażenia możliwe było podjęcie kolejnej próby stabilizowania złamania kości udowej.

Przebieg procesu leczenia powoda w 2011 r., konieczność poddawania go kolejnym zabiegom operacyjnym wskazuje na nieskuteczność zastosowanych pierwotnie rozwiązań stabilizacyjnych. Stabilizacja zamontowana 30.01.2011 r. musiała zostać usunięta z powodu stanu zapalnego. Następne zespolenie z maja 2011 r. uległo destrukcji i konieczne stało się zastosowanie kolejnego urządzenia, również usuniętego. Wreszcie powód został poddany w październiku 2011 r. zastosowaniu systemu I., który – stosowany przez okres jednego roku – wreszcie otworzył drogę do uzyskania zrostu kostnego, aczkolwiek pomimo

upływu czterech lat, obecnie – w 2015 r. – zrost ten nadal nie jest pełny.

Brak jest jednak podstaw do powiązania tego stanu powoda z jakimikolwiek uchybieniami czy błędami po stronie personelu pozwanego, w szczególności z błędnymi czynnościami leczniczymi dra R.. Z opinii biegłego z zakresu ortopedii W. R. wynika, że wybrane techniki i metody zespolenia złamania były prawidłowe, standardowo stosowane i zgodnie z aktualnymi wskazaniem wiedzy medycznej. Sam proces leczenia powoda został zatem prawidłowo zaplanowany, a jego późniejsze modyfikacje również były trafne i uzasadnione stanem pacjenta, w szczególności komplikacjami i powikłaniami w postaci współistnienia zakażenia, powstania stawu rzekomego, itp. Stan ten nie został jednakże wywołany ani błędem w sztuce medycznej diagnostycznym lub terapeutycznym ani też niezachowaniem należytej staranności (zawinieniem) po stronie personelu pozwanego Szpitala.

Sąd doszedł zatem do przekonania, że wyniki przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego nie dają podstawy do przypisania pozwanemu odpowiedzialności odszkodowawczej w stosunku do powoda za doznanie przez niego rozstroju zdrowia. W konsekwencji zgłoszone przez powoda roszczenia o odszkodowanie, zadośćuczynienie, rentę i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość nie mogły zostać uwzględnione, jako nieusprawiedliwione co do zasady.

Niezależnie od powyższego można zwrócić uwagę, że w pewnym zakresie także rozmiar i wysokość zgłoszonych żądań budzi wątpliwości.

Powód wystąpił bowiem z żądaniem odszkodowania, które oprócz kosztów leczenia miałyby obejmować także wyrównanie utraty dochodów, i równocześnie z żądaniem zapłaty skapitalizowanej renty za okres poprzedzający wniesienie pozwu. Ponadto wątpliwości budzi żądanie zapłaty renty w kwocie 3 500 zł. Powód podał bowiem, że z prowadzonej działalności gospodarczej osiągał dochód w wysokości 2 350 zł, jednakże nie przedłożył żadnych potwierdzających to dowodów – raportów kasowych, książki przychodów i rozchodów, itp. Zeznanie podatkowe powoda za 2010 r. wskazywało wyłącznie na dochód z tytułu umowy zlecenia.

Reasumując, wobec uznania zgłoszonych przez powoda roszczeń za nieusprawiedliwione sąd oddalił powództwo w całości.

Mając jednak na uwadze sytuację osobistą, zdrowotną i materialną powoda, który nadal pomimo upływu ponad 4 lat od wypadku nie odzyskał pełnej sprawności, a proces jego leczenia nie został zakończony, fakt, iż powód pozbawiony jest możliwości wykonywania zatrudnienia, przerwał studia, nadal wymaga pomocy, nie osiąga dochodów, nawet w ramach ubezpieczenia społecznego, sąd uznał, iż zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające zgodnie z art. 102 kpc odstąpienie od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego na rzecz pozwanego oraz interwenienta ubocznego. Można dodać, że obciążenie kosztami interwencji i tak ma charakter wyjątkowy i może nastąpić tylko, gdy czynności interwenienta znacząco przyczyniły się do wyjaśnienia sprawy.

Wobec zwolnienia powoda od kosztów sądowych, którego podstawy nie ustały, nieopłacone koszty sądowe obejmujące opłatę od pozwu i wynagrodzenia wypłacone biegłym obciążają ostatecznie Skarb Państwa.

Mając powyższe okoliczności na uwadze sąd podjął rozstrzygnięcia zawarte w sentencji wyroku.