

Sygn. akt: I C 112/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 maja 2017 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca:	SSO Barbara Przybylska
Protokolant:	Sandra Bień

po rozpoznaniu w dniu 31 maja 2017 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa M. K.

przeciwko (...) w C., (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

- zasądza od pozwanych na rzecz powódki kwotę 314 610 (trzysta czternaście tysięcy sześćset dziesięć) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 1 marca 2015r. do 31 grudnia 2015r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r. – przy czym spełnienie świadczenie przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;
- ustala, że pozwany (...) w C. ponosi odpowiedzialność za przyszłe skutki zakażenia powódki w związku z zabiegiem przeprowadzonym w dniu 19 września 2012r.;
- w pozostałej części powództwo oddala;
- zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 7217 (siedem tysięcy dwieście siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;
- nakazuje pobrać od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach kwotę 18 899,46 (osiemnaście tysięcy osiemset dziewięćdziesiąt dziewięć i 46/100) złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, a pozostałą część kosztów nie obciąża stron.

SSO Barbara Przybylska

Sygn. akt I C 112/15

UZASADNIENIE

Powódka M. K. w pozwie z dnia 14 maja 2015 roku przeciwko (...) w C. (pozwany ad.1) oraz (...) SA w W. (pozwany ad.2) wniosła o zasądzenie solidarnie na jej rzecz kwoty 300 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznana krzywdę, kwoty 17 700 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia i opieki w okresie po zabiegu operacyjnym będącym zdarzeniem wywołującym szkodę, a to zakażeniem gronkowcem złocistym. Ponadto wniosła o zasądzenie odsetek

ustawowych od dnia 11 listopada 2014r. do dnia zapłaty oraz ustalenie iż pozwany ad. 1 ponosi odpowiedzialność za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki błędu medycznego.

Powódka uzasadniła, że do zakażenia jej gronkowcem złocistym doszło w pozwanym szpitalu, gdzie została przyjęta na operację endoprotezoplastyki. Wskazała na zaniedbania co do stanu higienicznego w szpitalu i brak zachowania standardów w zakresie ochrony pacjentów przed zakażeniem szpitalnym. Podała, że z powodu powikłań była leczona w szpitalach i ambulatoryjnie, w 2014r. przeszła zabieg wycięcia przetoki, usunięcia panewki i czyszczenia rany, co wiązało się dla niej z długotrwałym, silnym bólem, poczuciem strachu, niepewności, wstydu i upokorzeń i degradacją jakości życia.

Pozwany szpital w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu.

Pozwany ad.1 zaznaczył, że szczep gronkowca, jaki wystąpił u powódki jest szczepem niecharakterystycznym dla zakażeń szpitalnych. Zaprzeczył, jakoby szpital dopuścił się zaniedbań, które mogłyby zwiększyć ryzyko zakażenia i i pozwalały uprawdopodobnić zawinione zakażenie w placówce, zwłaszcza że powódka była leczona wcześniej w innych placówkach i miała w 2003 i 2010 roku wykonywane zabiegi inwazyjne. Z ostrożności procesowej wskazał na nieuzasadnioną wysokość roszczenia o zadośćuczynienie, zwłaszcza że szpital podejmował wszelkie działania, które miały wyeliminować infekcję u powódki, która to z uwagi na przyjmowane leki miała zwiększoną podatność na jej wystąpienie. W zakresie kosztów leczenia, opieki i przejazdów pozwany podniósł, że nie zostały udokumentowane oprócz kwot 250 zł, 90 zł i 1024 złote.

Pozwany ad. 2 w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu, kwestionując roszczenie powódki co do zasady, jak i wysokości.

Podał, że z dokumentacji leczenia powódki w pozwanym szpitalu, wynika, że zastosowano właściwą profilaktykę antybiotykową, a rodzaj bakterii występujący u pacjentki był szczepem pozaszpitalnym. Podniósł, że twierdzenia dotyczące złego stanu higienicznego szpitala są bezpodstawne i niewykazane. Wskazał, że lekarze pozwanego szpitala właściwie przeprowadzili czynności przed, w trakcie i po operacji powódki, nie ponoszą odpowiedzialności za powstanie infekcji rany operacyjnej, która to infekcja stanowi niezawinione powikłanie, mogące wystąpić przy każdej endoprotezoplastyce biodra. Brak zatem podstaw do przyjęcia odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia.

Sąd ustalił:

W lutym 2012 roku w badaniu RTG powódki stwierdzono duże zmiany zwyrodnieniowe w obrębie lewego stawu biodrowego, co kwalifikowało ją do wykonania endoprotezoplastyki celem poprawy jego funkcjonalności.

W dniu 17 września 2012r. powódka została przyjęta – w trybie planowym – do pozwanego szpitala, na Oddział (...). W dniu 19 września 2012r. przeszła operację endoprotezoplastyki biodra lewego. Przed zabiegiem przeszła badania, po których została zakwalifikowana do operacji; zastosowano profilaktykę przeciwwzakrzepową (zleconą w dacie 18.09.2012r.) oraz antybiotyk (cefamandol 2 x 4 g przez 48h).

W szóstej dobie po zabiegu odnotowano ropień rany pooperacyjnej. Wykonano wymaz i posiew bakteriologiczny z rany. Wyhodowano gronkowca złocistego. Wykonano antybiogram i podano powódce antybiotyki. W dniu badania 9.10.2012r. uzyskano ujemny posiew z rany. W dniu 24 października 2012r. powódka została wypisana ze szpitala do domu. W karcie wypisowej odnotowano: przebieg pooperacyjny powikłany wystąpieniem gorączki i wycieku z treści surowiczej z rany; w dniu 9.10.2012r. wykonano rewizję rany operacyjnej, oczyszczenie rany z tkanek zdewitalizowanych; wdrożono rehabilitację – pacjentka porusza się w asekuracji kul łokciowych.

Kolejny raz powódka była hospitalizowana u pozwanego w od 3 stycznia do 3 lutego 2013 roku z powodu nacieku zapalnego rany i stałego silnego bólu stawu biodrowego. Objawy występujące u powódki wskazywały na zakażenie protezy. Nie podjęto zabiegu usunięcia protezy. Leczono powódkę zachowawczo. Zakażenie nie zostało wyleczone.

W grudniu 2013 roku powódka zgłosiła się do (...) urazowej w P., gdzie stwierdzono przetokę sączącą treść ropną oraz widoczną bliznę wokół panewki oraz że zabieg związany z usunięciem endoprotezy i założeniem drenażu przepływowego może być wykonany w macierzystym ośrodku ortopedycznym.

W okresie od 19 lutego do 7 marca 2014r. powódka przebywała na Oddziale (...) (...) w Z. z rozpoznaniem: septyczne obłuzowanie panewki stawu biodrowego lewego, stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego; nadciśnienie tętnicze; stan po zawale serca (2003 i 2012). Zastosowano leczenie operacyjne: w dniu 25.02.2014r. wycięto przetokę, usunięto panewkę i założono głowę cementową. Od 27.03 do 15.04.2014r. ponownie hospitalizowana w Z., leczona zachowawczo. W dniu 25.06.2014r. przyjęta z rozpoznaniem zakażenia rany pooperacyjnej; zastosowano leczenie operacyjne – wycięcie i szycie rany operacyjnej z oczyszczeniem tkanek. Kolejne przyjęcie 17.11.2014r. z rozpoznaniem: owrzodzenie w bliźnie pooperacyjnej. Zastosowano leczenie zachowawcze. W dniach 11-29.05.2015r. przyjęta z rozpoznaniem: mechaniczne powikłania innych urządzeń kostnych, wszczepów i implantów. Zastosowano leczenie operacyjne – endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa – po implantacji spaceru panewki, implantacja panewki.

Czynnikami ryzyka zakażenia w trybie planowym jest sam zabieg operacyjny, czas operacji, sposób przygotowania pola operacyjnego, technika chirurgiczna i doświadczenie operatora oraz rodzaj implantu. Ewentualne czynniki ryzyka stojące po stronie pacjentki są bez znaczenia w przypadku zabiegu planowanego.

Przygotowanie powódki do zabiegu operacyjnego z dnia 19 września 2012r. i diagnostyka przedoperacyjna były niedostateczne. Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Antybiotyków do profilaktyki w pierwotnej całkowitej artroplastyce stawowej zalecane jest stosowanie cefuroksymu lub cefazoliny, będącej uznanym lekiem przeciwgronkowcowym do stosowania w profilaktyce chirurgicznej. Powódce podano cefamandol 2 x 4 g przez 48h. Pozwany nie wykonał badań przesiewowych przy przyjęciu powódki do zabiegu operacyjnego. Nie doszło do konsultacji kardiologicznej przed zabiegiem przez lekarza kardiologa. Brak oznaczenia przedoperacyjnego białka całkowitego i albumin – które są istotnymi wskaźnikami ryzyka powikłań infekcyjnych; brak oznaczenia OB i CRP, brak informacji o szczepieniu powódki przeciw żółtacze typu B i oznaczenia poziomu przeciwciał przeciw żółtacze typu B. Pozwany dysponował wynikiem HBS z 18.02.2012r., wskazującym na to, że powódka nie jest nosicielką wirusa żółtaczki typu B, co wskazywało na możliwość lub potrzebę zaszczepienia powódki, gdyż od poprzedniego badania powódka mogła ulec zakażeniu. Bezpośrednio przed operacją nie wykonano badania radiologicznego biodra podlegającego operacji. Pozwany dysponował rtg miednicy sprzed ponad pół roku, co rzutowało na planowanie przedoperacyjne.

Odnosnie do zabiegu operacyjnego w dacie 9 października 2012r. – rewizja przedziału nadpowięziowego rany z ujemną punkcją śródoperacyjną stawu – brak informacji w dokumentacji medycznej o pobraniu posiewu śródoperacyjnego.

Brak posiewu śródoperacyjnego z rany podczas zabiegu rewizyjnego jest postępowaniem jednoznacznie błędnym. Decyzja o ograniczeniu rewizji podjęta przez operatora na podstawie oceny stanu miejscowego, ex post okazała się niesłuszna. Był to błąd decyzyjny. Należało szeroko otworzyć miejsce operacyjne, wymienić elementy wymienne protezy – wkład panewkowy, głowę, wykonać obfite płukanie ciśnieniowe rany antyseptykiem, ewentualnie zastosować drenaż przepływowy na okres kilku dni, co dawało szansę na ostateczną eradykację infekcji.

Kontrola skuteczności postępowania eradykującego infekcję była niedostateczna. W dacie 15 października badanie wykazało u powódki niski poziom białka całkowitego (dolna granica normy), przy czym brak oznaczenia kiedykolwiek poziomu albumin, co ma kluczową rolę w ocenie gojenia i ryzyka powikłań infekcyjnych. Jednorazowo pobrany posiew z rany operacyjnej – 19.10 był ujemny. OB oznaczono tylko jeden raz – 19.10 – z poziomem wysoce niepokojącym, a nie powtórzono oznaczenia OB powódki przed wypisem.

W trakcie rewizji nie pobrano na badanie mikrobiologiczne wycinków tkanki zmienionej zapalnie z okolicy endoprotezy, co jest zalecane. W przypadku zakażenia implantu stawowego leczenie przeciwbakteryjne bez usunięcia implantu niewiele wnosi, a przysparza cierpień pacjentowi. Zaleca się dwuetapową wymianę protezy: usunięcie

protezy, antybiotykoterapię wielotygodniową oraz założenie nowej protezy po 6-12 tygodniach. U powódki nie usunięto zakażonej protezy.

Dokumentacja medyczna z okresu pobytu powódki u pozwanego od 17 września do 24 października 2012 r. prowadzona była niestarannie i chaotycznie. Dokumentacja ta zawiera nieautoryzowane skreślenia, niezawierające daty ich powstania oraz danych osoby dokonującej skreślenia, zapisy nieautoryzowane, podpisy nieczytelne, bez pieczęci imiennej osoby dokonującej zapisu. Dokumentacja zawiera sprzeczności w zapisach dziennych z przebiegu leczenia (dekursusach) wykonywanych codziennie począwszy od dnia operacji pierwotnej (od 19.09.2012r.) do dnia wypisu pacjentki. Dnia 29.09 zapis: wykonano opatrunek rana sucha prawidłowa, w tej samej dacie raport obserwacji pielęgniarskiej odnotowuje: opatrunek z zewnątrz suchy nie zmieniono; w dacie 7.10. zapis lekarski: opatrunek nie przemókl, rana wydaje się czysta, a zapis pielęgniarki z tej daty odnotowuje obecność wysięku surowiczego-krwistego, rana oceniona jako brudna.

W okresie pobytu powódki u pozwanego od 17.09 do 24.10.2012r. stosowano antybiotykoterapię: (...) - co nie spełniało wymogów w zakresie antybiotykoterapii u powódki.

Dnia 30 września wykonano posiew z wynikiem: gronkowiec złocisty, paciorkowiec kałowy. Dnia 3 października włączono antybiotykoterapię celową: (...) oraz (...), podawane dożylnie. Z uwagi na rodzaj drobnoustroju kolonizującego ranę pooperacyjną zastosowana monoterapia antybiotykowa była niedostateczna. W przypadku infekcji gronkowcowej, jaka wystąpiła u powódki, monoterapia antybiotykowa nie jest skuteczna i jest postępowaniem błędnym. Wynika to z ogromnej plastyczności drobnoustrojów, które w ciągu kilku dni potrafią uodpornić się na konkretny typ antybiotyku.

Czas leczenia zakażenia bez usunięcia protezy nie powinien być krótszy niż trzy miesiące. W przypadku terapii dożylnej zalecana jest następująca, niezastosowana u powódki, antybiotykoterapia:(...) 4-6 razy, (...) doustnie 600 mg, następnie doustnie (...) 4 x 1 g i (...) 1 x 600 mg. Powódka była leczona (...), a następnie (...) 2 x 0,96mg w połączeniu z (...) 3 x 0,8g, co nie spełniało wymogów terapeutycznych w zakresie leczenia zakażenia, gdyż (...) nie penetrują układu kostno – stawowego, a dawka nie była odpowiednia do masy ciała pacjentki, natomiast (...) nie jest zalecana w monoterapii z uwagi na szybkie narastanie oporności na ten antybiotyk.

Powódkę wypisano do domu 24 października 2012r. z utrzymującym się wysiękiem z rany, co było postępowaniem błędnym. Karta wypisowa ze szpitala nie zawierała zaleceń dotyczących dalszego postępowania w zakresie kontynuowania antybiotykoterapii. Wypisanie pacjentki ze szpitala z sącząca się raną jest błędem terapeutycznym.

Czynności zlecane i podejmowane przez personel lekarski i pielęgniarski były niewystarczające do zapewnienia powódce bezpieczeństwa w czasie pobytu w szpitalu i właściwego efektu końcowego operacji.

Podczas postępowania okołoperacyjnego w czasie pobytu powódki u pozwanego doszło do popełnienia błędu medycznego. Nie zachowano należytej staranności, popełniono zaniedbania i błędy jak wyżej. Zabieg rewizyjny obarczony był błędem decyzyjnym co do zakresu zabiegu. Po stwierdzeniu zakażenia pozwany nie zastosował najskuteczniejszego postępowania w leczeniu zakażeń, czyli połączenia leczenia chirurgicznego z właściwą diagnostyką i celową antybiotykoterapią.

Sama operacja polegająca na implantacji protezy stawu biodrowego (endoproteza bezcementowa pierwotna całkowita) nie spowodowała u powódki trwałego pogorszenia stawu zdrowia; proteza została osadzona prawidłowo. Do trwałego pogorszenia stanu zdrowia doszło wskutek powikłań pooperacyjnych.

Cierpienia powódki związana z powikłaniami zabiegu alloplastyki biodra lewego było wielkich rozmiarów. Cierpienia związane były z koniecznością kolejnych bolesnych zabiegów operacyjnych oraz z nowym powikłaniem w postaci uszkodzenia nerwu kulszowego lewego podczas kolejnej operacji.

Zakażenie, jakie wystąpiło u powódki, nie tylko wymagało odpowiedniego leczenia, ale wiązało się także pogorszeniem stanu funkcjonalnego i lokomocyjnego, obniżeniem jakości życia, zwłaszcza poprzez stały silny ból i wyciek ropny oraz ograniczoną zdolność poruszania się. Stan zdrowia w sensie psychologicznym pogarszała obawa o dalszą przyszłość.

W badaniu fizykalnym przeprowadzonym na początku 2016r. u powódki występowały widoczne ubytki tkanek miękkich okolicy biodra lewego, leżące w obrębie pozaciąganej blizny długości ok. 30 cm, wygojonej przez ziarninowanie. Powódka porusza się chodem patologicznym, z pomocą kuli łokciowej; skrót lewej kończyny dolnej w badaniu porównawczym o 2 cm. Zakres ruchomości stawu biodrowego lewego jest znacznie ograniczony, a jego stan funkcjonalny bardzo zły. Powódka może obecnie być poddana rehabilitacji.

Powódka jest osobą wymagającą stałej pomocy osób trzecich - w wymiarze kilku godzin dziennie, także przy większości czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Powódka jest kaleką, wyłączoną z aktywnego życia, z koniecznością dożywotniej opieki osób trzecich, bez rokowań na poprawę stanu zdrowia.

Rokowania powódki na przyszłość co do dalszej poprawy stanu zdrowia w zakresie narządu ruchu są zdecydowanie negatywne.

Z punktu widzenia ortopedii u powódki wystąpił 40% uszczerbek na zdrowiu. Aktualnie zmiany zwyrodnieniowe u powódki zostały zniesione. Utrudnienia poruszania się powódki wynikają z następstw powikłań po zabiegu protezoplastyki.

Lek hydroxyzynum nie znajduje zastosowania przy endoprotezo plastyce biodra ani leczeniu gronkowca złocistego, powódka zażywała go ze względu na stany depresyjne związane ze skutkami operacji.

(**dowód:** dokumentacja medyczna powódki k. 38-79, 88, w tym dokumentacja zdjęciowa k. 46-48, k. 241-252, 299-348, 351, 355-374, 376-383, 387-531, 534, 535, 538-547, 562-563, 652-753; notatka k. 238-240, protokoły kontroli u pozwanego k. 231-237 ; zeznania świadków: B. L., K. M., D. Z. – protokół rozprawy w dniu 2 września 2015 r. - k. 554-557, k. 560; opinia biegłego ortopedy dr n. med. J. J. k. 623-626; opinia pisemna dr G. Z. – k. 831-837, przesłuchania powódki k. 886-888)

Zakażenie szpitalne to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielenia świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy czas wylegania.

W 2012 roku w pozwanym szpitalu zarejestrowano wystąpienie pięciu zakażeń gronkowcowych spowodowanych przez S. (...), co potwierdzało istnienie zagrożenia występowania zakażeń nabytych w szpitalu, powodowanych tym drobnoustrojem.

Powszechnie uważa się, że zakażenia wczesne są zakażeniami związanymi wyłącznie z przeprowadzoną operacją.

Przypadek zakażenia nabytego w szpitalu u powódki potwierdzono laboratoryjnie – wyizolowano S. (...) z materiału klinicznego w dniu 3.10.2012 roku. Objawy zakażenia pojawiły się w ciągu 30 dni po zabiegu operacyjnym – ropna wydzielina, obecność drenującej przetoki, naciek zapalny, silny ból stawu. W późniejszych okresach objawy kliniczne związane z zakażeniem protezy to drenująca przetoka, silny ból stawu, uszkodzenie kości oraz obłuzowanie protezy prowadzące do ograniczenia funkcjonalności stawu biodrowego.

U powódki wystąpiło wczesne zakażenie, zwane też śródoperacyjnym, którego jedynym źródłem są przyczyny zewnątrzpochothane związane przyczynowo, skutkowo i czasowo z przeprowadzoną operacją, podczas której doszło do zaniechania lub zaniedbania. Wskazuje na to szybkie wystąpienie objawów infekcji miejsca operowanego metodą otwartą ((...)) – po kilku dniach od zabiegu. W rozpoznaniu zakażenia pooperacyjnego wczesnego wystarczy stwierdzenie ropnej wydzieliny z przetoki i dodatni posiew z rany, co miało miejsce u powódki. Gdyby zespół operujący zachował należytą staranność, nie doszłoby u powódki do zakażenia zewnątrzpochothane.

Błędami medycznymi szpitala, związanymi z wystąpieniem zakażenia szpitalnego są: niespełnienie wymagań dotyczących zasad szeroko rozumianej profilaktyki, w tym okołozabiegowej, nierozpoznanie zakażenia lub rozpoznanie zbyt późno, nieprawidłowa diagnostyka i leczenia zakażenia.

Zakażenia stawu po całkowitej alloplastyce należą do najcięższych powikłań pooperacyjnych, w wyniku których bardzo często jest konieczne usunięcie endoprotezy.

Wskutek powikłania pooperacyjnego po zabiegu endoprotezoplastyki wykonanej w pozwanym szpitalu w dniu 19 września 2012 roku doszło do trwałego pogorszenia zdrowia i ograniczenia funkcjonalności stawu biodrowego powódki. Doszło do śródoperacyjnego zakażenia S. (...) o fenotypie odporności (...), do doprowadziło do bardzo poważnej dysfunkcji narządu ruchu związanego z kończyną dolną lewą, m.in. z powodu nieprawidłowo dobranych antybiotyków. Po stwierdzeniu zakażenia przez pozwanego powódka była niewłaściwie leczona. Nie można wprawdzie wykluczyć, że powódka przed przyjęciem na zabieg była nosicielem gronkowca, ale pozwany szpital zaniechał wykonania przed zabiegiem badania pod kątem nosicielstwa, mimo że powódka była przyjęta nie w trybie nagłym, lecz na zabieg planowy, zaś po stwierdzeniu zakażenia nie zastosował właściwej diagnostyki mikrobiologicznej celem skutecznego leczenia antybiotykami. Pozwana jednostka dopuściła się zawinionego błędu medycznego w postaci niewłaściwego postępowania związanego z blokiem operacyjnym, jak i postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym (antybiotykoterapii) we wczesnym okresie zakażenia, a następnie niepodjęciem decyzji związanej z usunięciem zakażonej protezy z powodu braku diagnostyki mikrobiologicznej.

(**dowód:** opinia pisemna oraz ustne wyjaśnienia uzupełniające biegłego ds. spraw mikrobiologii i zakażeń szpitalnych dr G. Z. – k. 831-837, protokół z rozprawy w dniu 26.04.2017r. k. 884-885, 890)

Odpowiedzialność pozwanego z polisy wynosi do 500.000 złotych za jedno zdarzenie. W piśmie z dnia 23 października 2014r. powódka wezwała pozwanego ad. 1 do zapłaty kwoty 317 700 zł tytułem zadośćuczynienia i odszkodowania oraz wniosła o podanie nazwy ubezpieczyciela, w którym objęty jest obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej. Pismem z dnia 13.03.2015r. pozwany ad. 2 poinformował powódkę o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela i wypłaty świadczenia z umowy OC pozwanego szpitala z uwagi na brak udowodnienia przez poszkodowaną zawinienia po stronie pozwanego.

(**dowód:** umowa podstawowa, nadwyżkowa i dotycząca zdarzeń medycznych k. 893-903; korespondencja stron k. 89-103, 186 – 216 ; pismo pozwanego z 18.12.2014r.)

Powódka przed operacją wykonaną u pozwanego wiodła normalne, aktywne życie rodzinne i towarzyskie, wyjeżdżała z mężem na wycieczki. Prowadziła gospodarstwo domowe; była samodzielna we wszystkich czynnościach. Zaplanowana operacja endoprotezoplastyki stawu biodrowego miała poprawić funkcjonalność stawu.

Po operacji w 2012 roku i w wyniku skutków zakażenia oraz konieczności dalszych zabiegów operacyjnych przez kolejne lata życie powódki uległo diametralnej zmianie, a stan zdrowia pogorszył się bez dobrych rokowań na przyszłość. Od czasu operacji powódka jest osobą niesamodzielną, wymagającą pomocy innych osób. Z powodu trudności w poruszaniu się wraz z mężem i synem powódka podjęła decyzję o zamianie mieszkań. Powódka z mężem przeprowadzili się do kawalerki ich syna - w bloku z windą, gdyż ich mieszkanie – większe i wygodniejsze – było w bloku bez windy. Powódka cierpiała nie tylko fizycznie, ale także psychicznie. Była załamana i płaczliwa. Musieli zrezygnować z mężem ze współżycia fizycznego. Wszystkie obowiązki domowe przyjął na siebie mąż powódki.

Podczas leczenia powódką opiekował się jej mąż. Odwiedzał ją w placówkach szpitalnych, zwożąc m.in. dodatkowe produkty żywnościowe. Przez 128 dni pobytów w szpitalu mąż powódki wydał na zakupy żywnościowe ok. 20 dziennie, tj. 2 560 złotych. Dojeżdżał do szpitali samochodem osobowym. Także na badania i wizyty lekarskie powódkę zawoził mąż. Dojazdy z R. do C., K., Z. i z powrotem liczyły łącznie 4 678 kilometrów. Koszty wizyt w prywatnym gabinecie w K. wyniosły powódkę 1 600 złotych. W związku z leczeniem powódka poniosła koszty zakupu leków, materiałów opatrunkowych i środków pielęgnacyjnych na kwotę 8 269 złotych (spis k. 11). Powódka zakupiła także niezbędną

odzież na czas pobytów w szpitalu, środki czystości, kule, nakładkę na wannę, dopłaciła do chodzika, zakupiła wózek inwalidzki – łącznie wydatki te wyniosły 1 364 złote.

(**dowód:** przesłuchania powódki – protokół z rozprawy z dnia 26 kwietnia 2017r.; zeznania świadka T. K. – protokół rozprawy w dniu 2 września 2015 r. - k. 554-557, k. 560; rachunki i faktury k. 85-87, akt notarialny z 26.02.2013r. k. 80-84)

Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu ww. dowody. W zakresie ustalenia wystąpienia błędu medycznego po stronie pozwanego szpitala Sąd oparł się w szczególności na opiniach biegłych – głównych i uzupełniających, uznające za niedające się podważyć. Opinie zostały sporządzone przez specjalistów, posiadających wysokie kwalifikacje i doświadczenie, którzy dokonali szerokiej i wyczerpującej oceny podjętych działań medycznych oraz ich skutków. Opinie były spójne, logiczne i jednoznaczne; cechowała je rzetelność i wyważenie w stwierdzeniach i wnioskach. Zastrzeżenia i wątpliwości pozwanej do opinii zostały przez biegłych wyjaśnione w sposób przekonujący i wyczerpujący, logiczny i zrozumiały, a ostateczne wnioski poparte były szeroką, logiczną i przekonującą argumentacją.

W dokumentacji medycznej powódki nie zamieszczono zapisów Zespołu (...) dotyczących powódki. Pozwany Szpital nie udostępnił pisemnych standardów proceduralnych i decyzyjnych celem weryfikacji.

Pozwany nie przedstawił dowodów obalających domniemanie, że u powódki wystąpiło zakażenie śródoperacyjne, którego źródłem były przyczyny zewnątrzpochodne związane przyczynowo, skutkowo i czasowo z przeprowadzoną operacją, podczas której doszło do zaniechania lub zaniedbania. Pozwany szpital w sytuacji, gdy sam przebieg procesu zakażeniowego daje podstawy do jednoznacznego powiązania go z zabiegiem operacyjnym, nie wykazał, że do kolonizacji, a następnie zakażenia gronkowcem mogło dojść z innych przyczyn i w innej sytuacji niż blok operacyjny i pobyt powódki w pozwanym szpitalu. Nie przedstawił dowodów wykazujących, że dopełnił wszystkiego, aby do takiego zdarzenia niepożądanego nie doszło. Nie przedłożył żadnych dokumentów, z których wynikałyby obowiązujące - i przestrzegane - w szpitalu standardy decyzyjne i proceduralne, w tym związane ze szpitalną polityką antybiotykową oraz utrzymaniem higieny i przygotowaniem pacjenta do zabiegu operacyjnego. Przeciwno stanowisku pozwanego świadczą dodatkowe, niestanowiące bezpośredniej przyczyny zakażenia, ale świadczące o niedochowaniu należytej staranności okoliczności jak badanie pacjentów bez rękawiczek, nierzetelnie prowadzona dokumentacja.

W pozwanym szpitalu nie wykonano diagnostyki celem stwierdzenia zakażenia protezy poprzez stwierdzenie przetoki komunikującej się z protezą oraz wydzieliną ropną z przestrzeni stawowej, a także izolację drobnoustroju z materiału pobranego przez punkcję stawu lub materiału pobranego śródoperacyjnie – nie zostało to wykonane podczas pobytu powódki u pozwanego.

Pozwany szpital nie wykonał badania przesiewowego u powódki – m.in. na nosicielstwo gronkowca – przy przyjęciu jej do zabiegu operacyjnego. Tym samym pozwany ad.1 nie wykazał, że powódka była nosicielem gronkowca przed przyjęciem do szpitala - nie przedstawiono żadnego dowodu na tę okoliczność.

Sąd zważył:

Podstawy odpowiedzialności deliktowej ujęte są w art. 415 k.c., zgodnie z którym kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłankami odpowiedzialności z art. 415 k.c. są:

- powstanie szkody,
- bezprawność działania sprawcy (czyn sprawcy noszący znamiona winy)
- związek przyczynowy pomiędzy czynem, a szkodą.

Regulacje art. 444 § 1 i 2 i art. 445 § 1 kc stanowią uszczegółowienie ww. zasad odpowiedzialności.

Przy ustalaniu odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych znajdują zastosowanie przepisy ogólne dotyczące związku przyczynowego, szkody i sposobów jej naprawienia (art. 361–363 k.c.).

Po myśli art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie z uwagi na zaistnienie związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniami lub zaniechaniem pozwanego szpitala.

Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, że stwierdzenie związku przyczynowego jeśli chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, w związku z czym do przyjęcia go wystarcza, że jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (por. np.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007r., II CSK 285/07, LEX nr 490418 lub wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 23 listopada 2006r., I ACa 503/06, LEX nr 298565). Nie zwalnia to strony powodowej – stosownie do art. 6 k.c. - z powinności udowodnienia tego związku z w/w stopniem prawdopodobieństwa. Stosownie do art. 361 § 1 k.c. dla przyjęcia odpowiedzialności sprawcy konieczne jest wykazanie, że pomiędzy jego bezprawnym i zawinionym zachowaniem a stanem zdrowia poszkodowanego zachodzi adekwatny związek przyczynowy, tj. taki związek, który pozwala na stwierdzenie, że to bezprawne i zawinione zachowanie jest przyczyną w/w stanu zdrowia. Odpowiedzialności szpitala musi wynikać z podjęcia przez jego personel niezgodnych z prawem i zasadami sztuki medycznej działań lub zaniechań. Wykazania wymagają zatem okoliczności, które wskazywałyby na zawinione uchybienie w trakcie postępowania leczniczego lub diagnostycznego, które pozostawałoby w związku przyczynowym z powstaniem szkody, a ów związek przyczynowy musi cechować co najmniej wysoki stopień prawdopodobieństwa.

W niniejszej sprawie wykazane zostało w toku postępowania dowodowego, iż to pozwany szpital dopuścił się błędów medycznych i ponosi odpowiedzialność za uszczerbek na zdrowiu powódki.

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar dowodu istnienia przesłanek przewidzianych w art. 415 kc - w tym obowiązek wykazania bezprawnego działania pozwanego - spoczywał na powódce. Powódka wykazała winę pozwanego polegającą na dopuszczeniu się uchybień w działaniu personelu szpitala i zaniechaniu niezbędnych działań, a następnie związek przyczynowy tego działania lub zaniechania z doznana przez nią szkodą i krzywdą. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego – dokumentacji medycznej, zeznań, a zwłaszcza opinii biegłych sądowych – których wnioski Sąd w pełni podzielił - wynika, że działania pozwanego były nieprawidłowe z punktu widzenia sztuki medycznej. Pozwana jednostka dopuściła się zawinonego błędu medycznego w postaci niewłaściwego postępowania związanego z blokiem operacyjnym, jak i postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym (niewłaściwa antybiotykoterapia) we wczesnym okresie zakażenia, a następnie niepodjęciem decyzji usunięcia zakażonej protezy i brakiem diagnostyki mikrobiologicznej. Istnieje niezaprzeczalny związek przyczynowy pomiędzy działaniami i zaniechaniami pozwanego a stanem zdrowia powódki. Nawet jeśli by przyjąć że powódka była nosicielem gronkowca już przed zabiegiem – co nie zostało wykazane przez pozwanego – to jednakowoż to pozwany ponosi odpowiedzialność za skutki popełnionych błędów medycznych. Przed operacją zaniechano bowiem wykonania u powódki niektórych wskazanych w przypadku zabiegów endoprotezoplastyki badań, zwłaszcza czy powódka jest nosicielem gronkowca złocistego, oraz zastosowano niewystarczającą profilaktykę antybiotykową, natomiast już po stwierdzeniu zakażenia zastosowano monoterapię antybiotykową, co było niewystarczające, nie podano skutecznych w tego typu zakażeniach antybiotyków i to w odpowiednich dawkach, podczas zabiegu rewizyjnego zaniechano wykonania posiewu śródoperacyjnego, niesłusznie ograniczono rewizję i nie wymieniono zakażonych elementów protezy, niedostatecznie skontrolowano skuteczność eradykacji infekcji i – mimo przeciwwskazań – podjęto decyzję o wypisaniu powódki, i to bez zaleceń co do dalszej antybiotykoterapii. Związek przyczynowy został wykazany, gdyż to powyższe błędy medyczne ze strony pozwanego spowodowały u powódki trwałe uszczerbek na zdrowiu.

Uznając roszczenia za wykazane co do zasady, Sąd uznał także że zasługuje ono na uwzględnienie co do wysokości. Rozmiar krzywdy powódki jest bardzo znaczny, nasilenie bólu było bardzo silne, wręcz ogromne, i długotrwałe, gdyż przez kilka lat – do czasu prawidłowej operacji przeprowadzonej w Z. – powódka cierpiała nie tylko ból związany

ze skutkami powikłań, ale żyła z otwartą zakażoną raną na biodrze. Sama pielęgnacja tej rany była bardzo znaczną dolegliwością. Ograniczeniu uległy wszystkie sfery życia powódki, jej aktywność, możliwość poruszania się, rola w życiu rodzinnym – jako żony, matki i babci. Stan powódki uniemożliwiał jej np. kontakt z nowonarodzonym wnukiem. Sam przebieg leczenia – wielokrotne hospitalizacje połączone z zabiegami, ciągle i stałe – okresowo nawet codzienne - korzystanie z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacji - przy konieczności korzystania z pomocy innych osób jeszcze bardziej zwiększają dotkliwość jej krzywdy. Do tej pory nie ma możliwości prowadzenia normalnego, aktywnego życia, a rokowania na przyszłość nie są pomyślne i brak widoków na powrót powódki do samodzielności. Powódka zmuszona była zmienić tryb życia, zrezygnować z wygodnego mieszkania, co dodatkowo zwiększa jej traumę. Utraciła możliwość swobodnego i preferowanego sposobu spędzania czasu (jazda na rowerze, odpoczynek nad wodą), zmuszona była zmienić styl ubierania się. Rozmiar i widoczność blizny powodują jej wstyd. Nadal wymaga pomocy innych osób. Dolegliwości bólowe nie ustały, nadal korzysta z leków przeciwbólowych, ma problemy ze snem, dodatkowo nasiliły się bóle kręgosłupa i będący skutkiem reoperacji problem z opadaniem stopy. Z uwagi na ogromny rozmiar krzywd, jakie powódka doznała, na rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych oraz na trwałość skutków błędów medycznych pozwanego, kwota 300 000 zł tytułem zadośćuczynienia jest zdaniem Sądu adekwatna. Podkreślić przy tym należy, że na ocenę stopnia krzywdy powódki nie wpływa fakt, że przed pierwszą operacją cierpiała ona na bóle biodra. Zabieg, do którego została zakwalifikowana miał bowiem doprowadzić do istotnej poprawy jej zdrowia i zniwelowania dolegliwości, i gdyby nie skutki zakażenia jej jakoś życia uległaby z pewnością daleko idącej poprawie.

W zakresie żadnego odszkodowania Sąd uznał, iż powódka poniosła szkodę w kwocie łącznie 14 610 złotych. Sąd uznał, iż uzasadnione były wydatki na:

- leki (8 269 zł) (w tym leki uspokajające ze względu na silne negatywne skutki psychiczne długotrwałego cierpienia) – brak dowodów zapłaty nie czyni niewiarygodnym zeznań powódki w tym zakresie, biorąc przy tym pod uwagę zakres jej dolegliwości i środków niezbędnych dla uśmierzenia bólu, pielęgnacji rany, złagodzenia cierpień psychicznych.

- wizyty lekarskie (1600 zł) - korzystanie z dodatkowych odpłatnych świadczeń medycznych w ocenie sądu nie może skutkować oceną nadmiernych wydatków – zwłaszcza w sytuacji, gdy czas oczekiwania i stopień trudności z dostępem do takich usług są znaczne.

- zakup odzieży, sprzętu, środków czystości (1364 zł) – które ze względu na długotrwałe pobyty w placówkach leczniczych, skutki sączenia rany, konieczność zapewnienia możliwości poruszania się powódka zmuszona była ponosić, i w ocenie sądu twierdzenia jej nie zostały podważone

- zakup dodatkowych produktów żywnościowych, ale na kwotę łącznie 1000 zł (gdyż z jednej strony w okresie choroby niewątpliwie wymagała szczególnej diety, tym niemniej w szpitalu powódka miała zapewnione wyżywienie, a będąc w domu w tym czasie także ponosiłyby koszty wyżywienia, zatem uznano za zasadne przyznanie jedynie nadwyżki nad przeciętnymi kosztami żywności)

- koszty przejazdów powódki i jej męża do placówek medycznych do kwoty 2 375,20 zł – biorąc pod uwagę przejechanie łącznie 4 778 km i licząc cenę paliwa 0,40 zł/km oraz opłaty autostradowe w kwocie łącznie 504 zł (28 x 18zł). W ocenie Sądu brak podstaw do zastosowania stawki za paliwo w kwocie 0,8358 zł za km, bowiem nie jest to rzeczywista cena paliwa, jaką ponosiła powódka; sąd przyjął zatem średnie spalanie (8 litrów na 100km) i cenę paliwa (4,50 - 5 zł za litr) oraz doliczył koszty opłat autostradowych.

Sumaryczna ilość kilometrów pokonanych przez powódkę i jej męża (4 678km) jest uzasadniona (dojazdy z R. do C., K., Z. i z powrotem).

Ponadto, biorąc pod uwagę trwałe skutki zakażenia, złe rokowania na przyszłość, jak i ograniczenia życiowe powódki, które w przyszłości mogą zwiększyć jej krzywdę oraz potrzeby sąd na podstawie art. 189 kpc ustalił że pozwany Szpital ponosi odpowiedzialność za przyszłe skutki zakażenia powódki.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 kpc, mając na uwadze, że powódka zgłosiła swoje roszczenia w dniu 4.11.2014r. Rozmiar szkody, stopień skomplikowania procesów medycznych w ocenie sądu uzasadniał określenie czasu, jaki pozwany winien mieć na wyjaśnienie sprawy przy zachowaniu należytej staranności na ok. 3 miesiące. W związku z tym, na podstawie art. 817 kc sąd uznał roszczenie za wymagalne z dniem 1 marca 2015r., oddalając żądanie odsetek w pozostałej części

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 kpc, uznając iż pozwani przegrali proces (powódka uległa jedynie w znikomej części) i zasądzając na rzecz powódki kwotę 7 217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego oraz nakazując pobrać od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach kwotę 18 899,46 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, nie obciążając stron pozostałą częścią kosztów, od których powódka była zwolniona.