

UZASADNIENIE

W pozwie z 18 listopada 2016 r., uzupełnionym 2 grudnia 2016 r., rozszerzonym w pismach z: 6 marca 2017 r. i 15 kwietnia 2021 r. (data wpływu: 20 kwietnia 2021 r.) i w stanowisku sprecyzowanym ostatecznie w piśmie z 26 lipca 2021 r., K. O. wniósł o zasądzenie od Wojewódzkiego Szpitala (...) - S. w Z. na jego rzecz:

a) 115.000 zł z tytułu zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami: - od 80.000 zł od 15 lutego 2017 r. do dnia zapłaty; - od 35.000 zł od dnia doręczenia pisma z 15 kwietnia 2021 r. pozwanemu do dnia zapłaty;

b) tytułem renty na zwiększone potrzeby począwszy od:

- 24 stycznia 2014 r. kwoty po 960 zł miesięcznie,
- 24 marca 2014 r. kwoty po 600 zł miesięcznie,
- 1 stycznia 2017 r. kwoty po 900 zł miesięcznie,
- 1 stycznia 2019 r. kwoty po 1.200 zł miesięcznie,
- 1 stycznia 2020 r. i na bieżąco kwoty po 1.380 zł miesięcznie

wszystkie kwoty płatne do dnia 10-ego każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki w płatności;

c) kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm prawem przepisanych.

Podstawą do żądania ww. kwot było zakażenie powoda w pozwanym szpitalu bakterią pseudomonas aeruginosa. Powód wskazał, że o zakażeniu dowiedział się 7 marca 2014 r.

(pozew, k. 2-2v., uzupełnienie pozwu, k. 16, rozszerzenie powództwa, k. 352-359, 1112-1114; pismo, k. 1141-1144).

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości, kwestionując powództwo co do zasady.

W ostatecznym stanowisku pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości zarówno co do zasady jak i wysokości. Pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczenia w części objętej rozszerzeniem powództwa oraz zarzut przyczynienia się powoda do powstania i zwiększenia rozmiarów/długości trwania następstw przez nikotynizm powoda i niewykonywanie przez niego zaleceń co do ustawienia przeciwobrzękowego kończyny.

(odpowiedź na pozew, k. 26-28; głos do protokołu, k. 1149-1152)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

K. O. 28 października 2013 r. uległ wypadkowi w pracy. Z miejsca zdarzenia przewieziony został do Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. (dalej Szpital w Z.), gdzie po wykonaniu badań diagnostycznych stwierdzono u niego złamanie skośno-spiralne 1/3 dalszej obu kości prawego podudzia. K. O. przyjęty został na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i 30 października 2013 r. poddano go leczeniu operacyjnemu - wykonano otwartą repozycję i zespolenie dwoma płytkami LCP złamania kości piszczelowej i strzałkowej prawej. Po operacji kończynę unieruchomiono w szynie gipsowej. K. O. wypisany został ze szpitala 6 listopada 2013 r. z zaleceniem dalszej opieki w Poradni Ortopedycznej i chodzenia o kulach bez obciążania operowanej kończyny. K. O. ponownie został przyjęty do Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala w Z. 8 stycznia 2014 r. z powodu martwicy skóry wokół rany pooperacyjnej. Następnego dnia wycięto tkanki martwicze i założono opatrunek VAC. Po oczyszczeniu rany 20 stycznia 2014 r. K. O. został poddany procedurze operacyjnej - pokryciu rany na podudziu wolnym przeszczepem skóry pośredniej grubości siatkowym pobranym z przedniej powierzchni prawego uda. W pobranym posiewie z rany wyhodowano

Staphylococcus epidermidis. Wypisano go ze szpitala 23 stycznia 2014 r. z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni. K. O. kontynuował leczenie w Poradni Ortopedycznej. W trakcie leczenia utrzymywało się ropienie i przetoka na prawym podudziu.

Od K. O. 7 marca 2014 r. pobrano wymaz z rany z którego wyhodowano pałeczkę ropy błękitnej (Pseudomonas aeruginosa).

W następnych latach K. O. hospitalizowany był w Szpitalu w Z.: - od 20 maja 2015 r. do 29 maja 2015 r.; - od 19 sierpnia 2015 r. do 25 sierpnia 2015 r.

(dokumentacja medyczna, k. 33-351, 363-631)

W trakcie hospitalizacji K. O. miały miejsce kontrole Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z., które wskazały m.in. że w 2014 r. istniały liczne nieprawidłowości na bloku operacyjnym.

W Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z.:

- a) działał Zespół (...), który sporządzał roczne sprawozdania;
- b) sporządzano sprawozdania wewnętrzne o bieżącej sytuacji epidemiologicznej;
- c) były wdrożone regulaminy, zasady i procedury dotyczące m.in. stosowania antybiotyków, zapobiegania narastaniu oporności drobnoustrojów na antybiotyki, profilaktyki okołoperacyjnej, mycia rąk, postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia.

(protokoły kontroli, k. 720-828; sprawozdania, k. 829-838; sprawozdania wewnętrzne, k. 839-854; zasady, regulaminy, 855-897; opinia biegłego z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych, k. 910-913)

Z punktu widzenia chorób zakaźnych do zakażenia szpitalnego K. O. bakterią Pseudomonas aeruginosa doszło podczas hospitalizacji / leczenia w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z.. W ocenie chorób zakaźnych istnieją dwa prawdopodobne scenariusze zdarzeń, że do zakażenia K. O. doszło:

- a) podczas jego hospitalizacji i także kolejnych zabiegów operacyjnych w Oddziale Ortopedii Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z., podczas hospitalizacji od 8 stycznia 2014 r. do 23 stycznia 2014 r.;
- b) lub w Poradni Ortopedycznej pozwanej jednostki.

(opinia biegłych: z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych, k. 662-669, 910-913, 992-997v.; ortopedy, k. 1012-1022)

Nie można się wypowiedzieć czy leczenie antybiotykowe K. O. w Przychodni Szpitala w Z. było właściwe z uwagi na brak wyniku badania z 5 marca 2014 r. z przetoki zapalnej podudzia prawego. Wynik badania z 20 maja 2015 r. - Pseudomonas aeruginosa, zawierał także antybiogram i wówczas powód otrzymał leczenie zgodne z antybiogramem.

Z punktu widzenia ortopedycznego cała terapia zastosowana u K. O., po wystąpieniu zakażenia, nie była błędna. Metoda VAC jest obecnie właściwą metodą leczenia ropiejących ran.

W ocenie chirurgii naczyniowej K. O. był prawidłowo i intensywnie leczony, profilaktyka przeciwzakrzepowa była prawidłowa.

(opinia biegłych: z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych, k. 662-669, 910-913, 992-997v.; ortopedy, k. 1012-1022, k. 1060-1062; chirurgii naczyniowej, k. 1146v. – od 00:01:30)

W ocenie chorób zakaźnych nikotynizm jest jednym z wielu możliwych czynników ryzyka, co tym bardziej powinno obligować placówkę medyczną to zachowania wszystkich standardów p/epidemiologicznych. Z punktu widzenia chorób zakaźnych nie ma przesłanek wskazujących aby przewlekły nikotynizm K. O. przyczynił się do rozwinięcia się martwicy skóry, a kolejno rozwinięcia się zakażenia. W ocenie chorób zakaźnych K. O. jednorazowo nie zastosował się do zaleceń p/obrzękowych, natomiast współpracował z personelem w kolejnych dniach. Z punktu widzenia chorób zakaźnych jednorazowe niezastosowanie zaleceń p/obrzękowych nie miało wpływu na dalszy rozwój wydarzeń infekcyjnych.

W ocenie chirurgii plastycznej przewlekły nikotynizm mógł mieć wpływ na gojenie się ran pooperacyjnych u K. O. i wystąpienie powikłań w procesie gojenia (martwica skóry). Trudno jednak dokładnie określić w jakim procencie palenie papierosów przyczyniło się do wystąpienia tych powikłań. Z punktu widzenia chirurgii plastycznej gdyby proces gojenia przebiegał prawidłowo tzn. nie doszłoby do martwicy skóry, a następnie do zakażenia rany - zniekształcenia bliznowate byłyby małe.

W ocenie ortopedycznej nie można stwierdzić z pewnością, że u K. O. konkretnie palenie tytoniu spowodowało rozwinięcie się zakażenia.

(opinia biegłych: z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych, k. 662-669, 910-913, 992-997v.; chirurga plastyka, k. 1102-1102v.; ortopedy, k. 1012-1022, 1060-1062)

W ocenie chirurgii naczyniowej w skutek okoliczności po wypadku wystąpiła przewlekła niewydolność żylna ze strony prawej kończyny dolnej. W trakcie trwania procesu zapalnego i powikłań pooperacyjnych K. O. przeżył zapalenie zakrzepowe obu żył powierzchownych prawej kończyny dolnej. Choroba nie została rozpoznana, objawy chorobowe nałożyły się na trwający proces zapalno-ropny w obszarze prawego podudzia. Data wystąpienia tego powikłania nie jest znana. Pierwsze objawy zmian troficznych żylnych pojawiły się u powoda w połowie 2014 r. W ocenie chirurgii naczyniowej optymalnie, rozpoznanie procesu zapalno-zakrzepowego w zakresie żył kończyn dolnych u K. O. powinno nastąpić rychło po zaistnieniu tej choroby. Rozpoznanie procesu zapalno-zakrzepowego u K. O. wcześniej nie wpłynęłoby istotnie na przebieg choroby, w szczególności nie zapobiegłoby wystąpieniu niewydolności głównych pni obu żył powierzchownych prawej kończyny dolnej. W ocenie chirurgii naczyniowej u K. O. rozpoznaje się przewlekłą niewydolność żylną prawej kończyny dolnej, w stopniu zaawansowania C 4 w sześciostopniowej skali CEAP. Z punktu widzenia chirurgii naczyniowej ten stan stanowi kolejne powikłanie złamania obu kości prawego podudzia. Przed przedmiotowym wypadkiem z 28 października 2013 r. K. O. nie chorował na choroby układu żylnego.

W ocenie chirurgii plastycznej zniekształcenie bliznowate prawego podudzia powstało głównie w wyniku powikłań jakie wystąpiły po pierwszym zabiegu operacyjnym - w wyniku martwicy skóry podudzia. W dalszym toku leczenia martwicze tkanki wycięto, ranę oczyszczono z użyciem opatrunków VAC, a następnie oczyszczoną ranę pokryto wolnym przeszczepem skóry pośredniej grubości. Do wycięcia tkanek martwiczych doszło przed rozwojem zakażenia pałeczką ropy błękitnej. W późniejszym okresie, gdy powstała przetoka w wyniku zakażenia pałeczką ropy błękitnej zniekształcenie zostało zwiększone w trudnym do oceny stopniu w wyniku odczynu zapalnego wokół utrzymujących się przetok i kolejnych operacji, które pozostawiły dodatkowe blizny. Po pierwszej operacji były dwie blizny, a dalsze operacje zazwyczaj przeprowadzano wykonując cięcie w tym samym miejscu (w starej bliznie). Z punktu widzenia chirurgii plastycznej dokładna analiza ze względu na rozległe płaszczyznowe zbliźnowacenie nie jest możliwa do przeprowadzenia. W ocenie chirurgii plastycznej rozległe blizny i zniekształcenia powstały w 50% w wyniku martwicy skóry, ale uległy również w późniejszym okresie dalszemu pogorszeniu o kolejne 50% w wyniku zakażenia do jakiego doszło u K. O..

W ocenie ortopedycznej samo zakażenie spowodowało konieczność dłuższego utrzymywania kończyny w odciążeniu, zahamowało rehabilitację pourazową, w ten sposób wpłynęło na zwiększenie się uszczerbku.

Z punktu widzenia chorób zakaźnych przewlekły stan zapalny głęboki, utrudniał gojenie się zmian i wzrost kości u K. O.. W ocenie chorób zakaźnych brak jest dokumentacji, która mówiłaby o innych niż miejscowe zmiany związane z procesem zapalnym wywołanym przez *Pseudomonas aeruginosa* np. sepsa zapalenie płuc, czy ropnie przerzutowe.

(opinia biegłych: z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych, k. 662-669, 910-913, 992-997v.; chirurga plastyka, k. 1075-1078, 1102-1102v.; chirurga naczyniowego, k. 1054-1058v., 1123-1124v., 1146v. – od 00:01:30)

Z punktu widzenia chorób zakaźnych K. O. doznał znacznego rozmiaru cierpień fizycznych i psychicznych, tym bardziej, że od 2013 r. wymagał na stałe pomocy lekarskiej, był kilkakrotnie hospitalizowany, operowany i pod stałą opieką Poradni Ortopedycznej.

W ocenie chirurgii plastycznej same blizny nie są przyczyną dolegliwości bólowych K. O..

W ocenie chirurgii naczyniowej rozmiar i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych związanych z doznanymi obrażeniami u K. O. był średnio nasilony. U K. O. wystąpiła dodatkowa choroba w zakresie układu żylnego prawej kończyny dolnej, która nałożyła się na powikłania złamań obu kości prawego podudzia.

(opinia biegłych: z zakresu bakteriologii i zakażeń szpitalnych, k. 662-669, 910-913, 992-997v.; chirurga plastyka, k. 1075-1078, 1102-1102v.; chirurga naczyniowego, k. 1054-1058v., 1123-1124v., 1146v. – od 00:01:30; ortopedy, k. 1012-1022, 1060-1062)

Stały uszczerbek na zdrowiu K. O. w związku z powikłaniami w leczeniu operacyjnym w postaci zakażenia pałeczką ropy błękitnej wynosi łącznie 19 %, w tym z punktu widzenia:

a) chirurgii plastycznej – 4 % (wynik zniekształceń bliznowatych podudzia pkt 160);

b) ortopedycznego 15% (w tym: z punktu 158 a) - 5%; z punktu 163 a) - 10%).

W ocenie chirurgii naczyniowej upośledzenie czynności organizmu powoda z przyczyn chirurgicznych spowodowane jest dodatkowym powikłaniem powypadkowym, czyli chorobą układu żylnego prawej kończyny dolnej. Ta choroba skutkuje stałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 7% (pkt 150 per analogiam).

(opinia biegłych: chirurga plastyka, k. 1075-1078, 1102-1102v.; ortopedy, k. 1012-1022, 1060-1062; chirurga naczyniowego, k. 1054-1058v., 1123-1124v., k. 1146v. – od 00:01:30)

Z punktu widzenia ortopedycznego K. O. w okresie powypadkowym wymagał pomocy osób trzecich, z powodu unieruchomienia kończyny dolnej lewej w gipsie udowym i zakazu obciążania tej kończyny miał trudności w samoobsłudze, konieczna była pomoc przy toalecie, ubieraniu i rozbieraniu się, przygotowywaniu posiłków. W okresie pierwszych dwóch miesięcy po operacji pomoc ta wynosiła do 4 godzin dziennie. Przez następne miesiące i do teraz 2 godziny dziennie.

Z punktu widzenia chirurgii plastycznej K. O. nie wymagał dodatkowej pomocy osób trzecich.

W ocenie chirurgii naczyniowej choroba układu żylnego prawej kończyny dolnej nałożyła się na powikłania złamania kości prawego podudzia i nie skutkowałą koniecznością dodatkowej pomocy ani opieki osób trzecich.

(opinia biegłych: chirurga plastyka, k. 1075-1078, 1102-1102v.; ortopedy, k. 1012-1022, 1060-1062; chirurga naczyniowego, k. 1054-1058v., 1123-1124v., k. 1146v. – od 00:01:30)

Z punktu widzenia ortopedycznego w okresie dwóch lat po wypadku konieczne było u K. O. stosowanie różnych leków, począwszy od antybiotyków, poprzez środki przeciwwkrzepliwie, do wspomagających krążenie żyłne. Obecnie powód zmuszony jest okresowo stosować środki przeciwobrzękowe i wspomagające krążenie żyłne, jak również okresowo środki przeciwbólowe.

W ocenie chirurgii plastycznej przetoki ropne będące następstwem toczącego się stanu zapalnego są obecne z krótkimi przerwami prawie przez cały czas od wypadku. Z powodu utrzymywania się przetok K. O. wymaga dwa razy dziennie zmiany opatrunku. W tym celu ponosi koszty związane z zakupem środków opatrunkowych i płynów do dezynfekcji. W ocenie chirurgii plastycznej szacunkowy miesięczny koszt podstawowej pielęgnacji to około 40 zł (gaziki 15 zł, plaster 10 zł i 1 butelka 250 ml Octeniseptu na 2 miesiące 15/30 zł.)

W ocenie chirurgii naczyniowej K. O. był intensywnie leczony z powodu powikłań złamania obu kości prawego podudzia. U K. O. nie rozpoznano wcześniej choroby układu żylnego prawej kończyny dolnej. K. O. poniósł koszt badania USG Doppler układu naczyniowego kończyn dolnych w 2019 r. - 160 zł.

(opinia biegłych: chirurga plastyka, k. 1075-1078, k. 1102-1102v.; ortopedy, k. 1012-1022, k. 1060-1062; chirurga naczyniowego, k. 1054-1058v., 1123-1124v., 1146v. – od 00:01:30)

Z punktu widzenia chirurgii plastycznej obecnie u K. O. utrzymuje się staw rzekomy prawej kości piszczelowej oraz toczy się proces zapalny kości czego skutkiem są czynne przetoki. Istniejące u powoda zniekształcenia bliznowate są trwałe. Nie jest możliwe całkowite usunięcie istniejących blizn ani w drodze operacji plastycznej ani poprzez leczenie zachowawcze. Brak również możliwości uzyskania istotnej poprawy wyglądu blizny leczeniem operacyjnym lub zachowawczym. Warunkiem pewnej samoistnej poprawy wyglądu blizn jest wyleczenie procesu zapalnego, który pobudza proces bliznowacenia - skóra w okolicy przetok jest twarda, napięta.

W ocenie chirurgii naczyniowej obecnie u K. O. obserwuje się odległe następstwa przebytego zapalenia zakrzepowego żył powierzchownych prawej kończyny dolnej. Są to dodatkowe powikłania powypadkowe. Przewlekła niewydolność żylna prawej kończyny dolnej u K. O. może pozostać u niego dożywotnio. Obecnie leczenie operacyjne układu żylnego nie wchodzi w rachubę, ze względu na trwający proces zapalny kości i szpiku prawego podudzia.

Rokowania ortopedyczne K. O. są niekorzystne. Utrwalone ograniczenie ruchomości stawu skokowego powodujące jego nieprawidłowe codzienne obciążanie może z czasem doprowadzić do rozwoju wtórnych zmian zwyrodnieniowych w tym stawie, co może doprowadzić do konieczności dalszego leczenia ortopedycznego, w tym operacyjnego. To samo dotyczy stawu kolanowego prawego. Złamanie w części dalszej podudzia prawego może z biegiem czasu mieć wpływ na rozwój wtórnych zmian zwyrodnieniowych w kolanie prawym.

(opinia biegłych: chirurga plastyka, k. 1075-1078, 1102-1102v.; ortopedy, k. 1012-1022, 1060-1062; chirurga naczyniowego, k. 1054-1058v., 1123-1124v., 1146v. – od 00:01:30)

K. O. ma 36 lat, w dacie wypadku pracował w warsztacie samochodowym, był osobą sprawną fizycznie, uprawiał sport. Aktualnie K. O. nie może dźwigać, biegać, bawić się z dziećmi. Dłuższe spaceru powodują u niego puchnięcie nogi. Aktualnie nie może wyjść na basen, nie może jeździć na rowerze czy motorze. Nie może tańczyć. K. O. czeka na zabieg operacyjny.

(zeznania powoda, k. 1146v.-1147 – od 00:10:57)

Szpital w Z. jest podmiotem zadłużonym, prowadzone są wobec niego postępowania egzekucyjne.

(okoliczności bezsporne)

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów, w szczególności w oparciu o opinie biegłych sądowych, dokumentację medyczną oraz zeznania powoda.

Złożone w niniejszej sprawie opinie biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych, ortopedii, chirurgii plastycznej i chirurgii naczyniowej należało uznać za rzetelne i wiarygodne. Biegli w sposób nie budzący wątpliwości przedstawili tok swego rozumowania w dochodzeniu do wniosków końcowych, a wszystkie wątpliwości stron zgłaszane do opinii biegłych zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Biegli precyzyjnie rozdzielili uszczerbek na zdrowiu, który miał związek z zakażeniem, a tym który związany był z wypadkiem i jego następstwami.

Sąd przyjął przy tym, że uszczerbek ortopedyczny określa biegły ortopeda, a nie biegły ds. chorób zakaźnych, który ustalił uszczerbek na zdrowiu (20%) określając go, iż są to konsekwencje ortopedyczne zakażenia. Jednocześnie biegła ds. chorób zakaźnych A. M. nie podała z jakiego punktu tabeli rozporządzenia ustaliła wskazany przez siebie uszczerbek. Tym samym Sąd przyjął, iż to biegły ortopeda ustalił uszczerbek ortopedyczny związany z zakażeniem (15%) i precyzyjnie oddzielił go od uszczerbku związanego jedynie z wypadkiem. Sąd wziął również pod uwagę, że biegły chirurg naczyniowy określił uszczerbek na zdrowiu powoda, który nie ma związku z zakażeniem powoda, a jest on powikłaniem po wypadku.

Sąd ustalił, że nie może być wątpliwości co do okoliczności zakażenia powoda bakterią *pseudomonas aeruginosa*. Bakteria ta została wyhodowana z przewlekłej zatoki zapalnej 20 maja 2015 r., natomiast pierwsza wzmianka o przetocze ropnej została odnotowana 5 marca 2014 r. w Poradni Szpitala w Z.. Biegły ds. chorób zakaźnych szczegółowo przedstawił dwa prawdopodobne scenariusze zdarzeń, natomiast każdy z nich zakładał, że do zakażenia K. O. doszło w Szpitalu w Z.: albo podczas hospitalizacji albo w Poradni Ortopedycznej pozwanej jednostki. Opinia biegłego ds. chorób zakaźnych znalazła potwierdzenie w opinii biegłego ortopedy, który jednoznacznie wskazał, że do zakażenia u powoda doszło w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym w dniach 18.10.2013 r.- 6.11.2013 r. lub w dniach 8.01.2014 do 23.01.2014 w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. i było to zakażenie szpitalne pod postacią zakażenia miejsca operowanego (ZMO). Biegli zatem w sposób precyzyjny wyjaśnili dlaczego doszło do zakażenia powoda w Szpitalu w Z..

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu jedynie w części.

W niniejszej sprawie strona powodowa wskazała, że dochodzona pozwem kwota wiąże się z nieprawidłowościami, które wystąpiły w toku leczenia powoda w pozwanym szpitalu. Strona pozwana kwestionowała zasadę swojej odpowiedzialności, a także wysokość zgłoszonych roszczeń.

Podstawę odpowiedzialności placówki medycznej stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, 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. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem - szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Mając na uwadze powyższe, należy w niniejszej sprawie dokonać oceny, czy podczas hospitalizacji powoda w latach 2013-2014, a następnie w Poradni Ortopedycznej pozwanego miał miejsce zarzucany błąd organizacyjny kierujących pracą Szpitala w Z. bądź zawinione działanie lub zaniechanie jego personelu, a nadto czy powód doznał w wyniku tego zaniedbania szkody oraz czy istnieje związek przyczynowy między owym działaniem lub zaniechaniem a szkodą.

Powoda, zgodnie z zasadą rozkładu ciężaru dowodu w procesie, obciążał obowiązek wykazania związku przyczynowego między pobytem w Szpitalu w Z., a zakażeniem tą bakterią. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że do bakteryjnego zakażenia powoda z wysokim prawdopodobieństwem doszło na skutek działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia w Szpitalu w Z.. Sąd miał w tym względzie na uwadze okoliczność, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między zaniedbaniami personelu medycznego a szkodą pacjenta wystarcza ustalenie wysokiego czy też przeważającego prawdopodobieństwa tegoż związku, nie zaś pewności (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1969, nr 7-8, poz. 155, z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, OSN 1968, nr 2, poz. 26, z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975/4/94, z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 1984/9/187, z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999/3/130, również SA w Poznaniu w wyroku z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX nr 186503). W takiej sytuacji ciężar wykazania innej, co najmniej równie lub bardziej prawdopodobnej, przyczyny zakażenia pacjenta obciąża stronę pozwaną. Pogląd powyższy, utrwalony w orzecznictwie, wynika z faktu praktycznej niemożliwości - ze względu na właściwości procesów

biologicznych – przeprowadzenia dowodu bezpośredniego i uzyskania pewności konkretnego źródła i momentu zainfekowania organizmu człowieka. W takich przypadkach, gdy brak jest bezpośrednich środków dowodowych albo istnieją znaczne utrudnienia dowodowe dla wykazania faktu, a jednocześnie jego ustalenie jest możliwe przy zastosowaniu reguł logicznego rozumowania przy uwzględnieniu zasad wiedzy i doświadczenia życiowego, Sąd może posłużyć się konstrukcją domniemania faktycznego przewidzianego w przepisie art. 231 k.p.c. (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, LEX nr 274129, z dnia 2 grudnia 2010 r., I CSK 11/10, LEX nr 737365, z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825). Jednakże by ustalić w ten sposób związek przyczynowy, musi istnieć szereg okoliczności na związek ów wskazujących i w ten sposób czyniących go wysoce prawdopodobnym, a jednocześnie ustalone okoliczności muszą wskazywać na małe prawdopodobieństwo powstania szkody w wyniku innych czynników.

Nie ulega wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 947z późn. zm.).

Zgodnie z tym przepisem, na kierownikach podmiotów leczniczych oraz innych osobach udzielających świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują w szczególności: ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Niezależnie jednak od cytowanej normy, obowiązek zapewnienia pacjentom bezpiecznych warunków w trakcie hospitalizacji bądź korzystania z usług medycznych wynika również z podstawowych zasad etycznych. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem, zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną czy bakterią. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów (por. wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., IVCR 118/83, OSNCP Nr 12/1983 poz. 201).

Ustalenia w kwestii przyczyny zakażenia powoda wymagały wiadomości specjalnych, dlatego w tym zakresie Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych. Biegły w dziedzinie chorób zakaźnych sformułował jednoznaczny wniosek, że do zakażenia powoda doszło w pozwanej jednostce – albo w trakcie hospitalizacji albo w poradni przyszpitalnej. Powyższe ustalenia zostały potwierdzone przez biegłego ortopedę. Szpital w Z., tak jak każda placówka medyczna zobowiązana była podejmować działania uniemożliwiające zakażenie rany pooperacyjnej pacjentów bakteriami chorobotwórczymi w celu zapewnienia im bezpieczeństwa pobytu i procesu leczenia. Co stanowi wystarczającą podstawę dla przyjęcia, że mogło dojść do zarzucanego działania lub zaniechania personelu Szpitala w Z. względnie zawinionej, niewłaściwej organizacji placówki, pozostających w związku przyczynowym z zakażeniem powoda.

W konsekwencji zakażenia powoda doznał on szkody niemajątkowej, tzw. krzywdy.

Podstawą materialnoprawną roszczenia powoda w zakresie zadośćuczynienia są przepisy art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać

w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwycięzenie ujemnych przeżyć. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanego cierpienia, jego intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpienia i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku.

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia należnego powodowi Sąd miał na względzie zakres doznanego przez niego cierpienia fizycznego i psychicznego, który był ogromny z uwagi na kolejne hospitalizacje, zabiegi i brak zdecydowanej poprawy pomimo upływającego czasu. Same zmiany związane z zakażeniem z 2014 r. przysporzyły powodowi ogromu bólu. Nadto skutki zakażenia powoda przeorganizowały jego życie, który z osoby sprawnej i aktywnej stał się osobą zależną od innych. Sąd wziął również pod uwagę, że zakażenie spowodowało trwały uszczerbek na zdrowiu w łącznej wysokości 19%.

Mając na uwadze powyższe – uwzględniając z jednej strony zakres cierpienia doznanego przez powoda z drugiej zaś wyniki dotychczasowego leczenia – Sąd doszedł do przekonania, że odpowiednim w rozumieniu przepisu art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynieniem będzie kwota 55.000 zł i uwzględnił w tym zakresie powództwo. W pozostałym zakresie, powództwo jako zbyt wygórowane podlegało oddaleniu.

Żądanie zasądzenia renty na zwiększone potrzeby znajduje podstawę prawną w przepisie art. 444 § 2 k.c., zgodnie z którym, jeżeli zwiększyły się potrzeby poszkodowanego może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Nie ulega wątpliwości, iż to na stronie powodowej spoczywa procesowy ciężar udowodnienia zaistnienia tychże zwiększonych potrzeb, wystąpienia kosztów oraz ich wysokości (art. 6 k.c.). W rozpoznawanej sprawie, na skutek zakażenia szpitalnego powoda powstały zwiększone potrzeby w zakresie konieczności ponoszenia wydatków na opiekę osób trzecich.

Koszty uzasadnionej w świetle opinii biegłych - opieki odpowiadał kwocie - ustalonej przy uwzględnieniu zakresu tej pomocy – ściśle przez biegłego ortopedę określonego. Powód wymagał w okresie pierwszych dwóch miesięcy po operacji pomocy osób trzecich w wymiarze 4 godzin dziennie, a przez następne miesiące i do teraz przez 2 godziny dziennie. Jako miarodajne do oceny kosztów opieki przyjęte zostały przez Sąd stawki stosowane przez (...). Stawki te stosowane są na rynku usług opiekuńczych i to przez stowarzyszenie charytatywne, nie ma więc podstaw do twierdzenia, iż są one zawyżone. Istnienie zwiększonych potrzeb musi powodować zasądzenie odszkodowania (renty) w wysokości ustalonej w oparciu o ceny rynkowe. Takimi cenami, jak to zostało już powiedziane, są stawki stosowane przez (...).

Wobec powyższego Sąd zasądził tytułem zwiększonych potrzeb rentę:

- a) po 960 zł miesięcznie za luty i marzec 2014 r. (4 h/dziennie = 120 h; 120 h x 9,50 zł = 1.140 zł) – Sąd związany treścią art. 321 § 1 k.p.c. nie mógł orzec ponad żądanie;
- b) po 600 zł miesięcznie za okres od kwietnia 2014 r. do kwietnia 2018 r. (2h/dziennie = 60 h; 60 h x 11 zł = 660 zł) – przy czym za okres od 1 lipca 2017 r. do kwietnia 2018 r. roszczenie ponad 600 zł Sąd uwzględnił zarzut przedawnienia strony pozwanej, a za inny okres – Sąd związany treścią art. 321 § 1 k.p.c. nie mógł orzec ponad żądanie;
- c) po 900 zł miesięcznie za okres od maja 2018 r. do grudnia 2018 r. (2 h/dziennie = 6- h.; 60 h x 20 zł = 1.200 zł) – Sąd związany treścią art. 321 § 1 k.p.c. nie mógł orzec ponad żądanie;
- d) po 1.200 zł miesięcznie za okres od stycznia 2019 r. do grudnia 2019 r. (przy czym od stycznia 2019 r. do marca 2019 r. 2 h/dziennie = 60 h.; 60 h x 20 zł = 1.200 zł, a od kwietnia 2019 r. 2 h/dziennie = 6- h.; 60 h x 21,20 zł = 1.272 zł) – Sąd związany treścią art. 321 § 1 k.p.c. nie mógł orzec ponad żądanie;
- e) po 1.272 zł w styczniu 2020 r. (2 h/dziennie = 60 h.; 60 h x 21,20 zł = 1.272 zł);

f) po 1.380 zł miesięcznie od lutego 2020 r. i na przyszłości (2 h/dziennie = 6- h.; 60 h x 23,70 zł = 1.422 zł) – Sąd związany treścią art. 321 § 1 k.p.c. nie mógł orzec ponad żądanie.

Wszystkie kwoty renty płatne są do 10-go dnia każdego miesiąca.

W tym miejscu należy odnieść się do zarzutów strony pozwanej: przyczynienia i przedawnienia.

W ocenie Sądu zasadnym był zarzut przedawnienia w związku z rozszerzeniem powództwa. Sąd w całości podziela argumentację przedstawioną jaką zaprezentował Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 stycznia 2007 r., III PK 90/06 (Legalis Numer 100206), że: „Pozew, w którym powód nie wystąpił z całym przysługującym mu w stosunku do pozwanego żądaniem (pozew zawierający świadome lub nieświadome ograniczenie żądania), nie przerywa biegu przedawnienia co do tej części roszczenia w znaczeniu materialnoprawnym, która pozostała poza żądaniem tego pozwu. Ryzyko związane z dochodzeniem jedynie części przysługującego powodowi roszczenia obciąża jego samego. Decydując się na dochodzenie roszczenia jedynie w części, wierzyciel musi pamiętać o tym, że wytoczenie powództwa przerywa bieg terminu przedawnienia jedynie w stosunku do tej części wierzytelności, której dochodzi pozwem. W stosunku do pozostałej części roszczenie może ulec przedawnieniu, jeżeli zostanie ona zgłoszona dopiero w toku postępowania. Przerwanie biegu przedawnienia następuje tylko w granicach żądania będącego przedmiotem procesu; przerwaniu ulega bieg przedawnienia roszczenia objętego żądaniem i w takim rozmiarze, jaki został zgłoszony w żądaniu.” Takie też zapatrywanie przedstawione zostało w innych judykatach Sądu Najwyższego oraz Sądów Apelacyjnych (zob. wyrok SN z dnia 6 kwietnia 2011 r., I CSK 684/09, Lex 951732; wyrok SA w Warszawie z dnia 23 listopada 2004 r., I ACa 198/04, Lex 156754; wyrok SA w Białymstoku z dnia 6 czerwca 2013 r., I ACa 192/13, Lex 1331002). Tym samym Sąd oddalił część roszczenia w zakresie żądania renty, które uległo przedawnieniu. Powód o zakażeniu dowiedział się 7 marca 2014 r., pozew wniósł 18 listopada 2016 r., a w rozszerzeniu powództwa z 6 marca 2017 r., zawarł żądanie renty na zwiększone potrzeby w wysokości 600 zł. Natomiast żądanie ponad kwotę 600 zł powód zgłosił dopiero w piśmie z 15 kwietnia 2021 r. tym samym żądanie świadczenia w części rozszerzonej za okres przed 15 kwietniem 2018 r. uległy przedawnieniu, a tym samym żądanie renty za okres od 1 stycznia 2017 r. do kwietnia 2018 r. ponad kwotę 600 zł musiało ulec oddaleniu.

Natomiast niezasadny był zarzut przyczynienia się powoda. Opinie biegłych lekarzy wykluczyły związek pomiędzy zakażeniem, a nikotynizmem powoda. Nadto jednorazowe niezastosowanie się przez powoda do zaleceń personelu medycznego nie miało związku z zakażeniem.

O odsetkach od zasądzonej na rzecz powoda kwoty z tytułu zadośćuczynienia Sąd orzekł zgodnie art. 481 k.c. Pierwszym pismem, w którym powód sprecyzował żądanie był pozew, który został doręczony stronie pozwanej 17 lutego 2017 r. Strona pozwana nie spełniwszy roszczenia pozostawała w opóźnieniu od dnia następnego. Tym samym Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia następnego tj. do 18 lutego 2017 r. W pozostałym zakresie, powództwo o odsetki za okres wcześniejszy podlegało oddaleniu.

W zakresie odsetek od zasądzonej renty to co do rat renty należnych od lutego 2014 r. do kwietnia 2021 r. – co do kwoty 600 zł od 11-go dnia każdego miesiąca na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat renty, a od kwot przekraczających 600 zł od dnia 30 kwietnia 2021 r. (od dnia następnego od dnia doręczenia pozwanemu pisma wraz z rozszerzeniem powództwa). Natomiast co do rat renty od maja 2021 r. i na przyszłość od 11-go dnia każdego miesiąca na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat renty.

Z uwagi na to, że żądanie powoda nie zostało uwzględnione w całości, sąd o kosztach procesu rozstrzygnął na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. – zasady stosunkowego rozliczenia kosztów.

Koszty poniesione przez powoda wyniosły łącznie 15.872,96 zł (opłata od pozwu i rozszerzonej części powództwa: 4.000 zł i 2.388 zł; pełnomocnik – 5.400 zł; opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł; wykorzystane zaliczki na wynagrodzenie biegłych: 500 zł; 500 zł; 1.000 zł; 1.652,92 zł; 415,04 zł). Koszty poniesione przez stronę pozwaną

wyniosły łącznie 8.159,27 zł (pełnomocnik – 5.400 zł; wykorzystane zaliczki na wynagrodzenie biegłych: 1.163,65 zł; 971,40 zł, 91,26 zł, 532,96 zł)

Z dochodzonej pozwem kwoty 131.560 zł (115.000 zł tytułem zadośćuczynienia i 1.380 zł x 12 mc) (co wskazano wyżej) sąd uznał zasądzoną od pozwanego kwotę 71.560 zł – ostatecznie oznacza to, że powód wygrał w około 54 % i w takim zakresie należy się mu zwrot kosztów. Strona pozwana powinna w niniejszej sprawie ponieść koszty w wysokości 13.072 zł, a poniosła jedynie 8.159,27 zł. Po dokonaniu kompensacji daje to kwotę około 4.910 zł, którą to w całości sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda.

Sąd z uwagi na trudną sytuację finansową obu stron nie obciążył ich na podstawie art. 102 k.p.c. obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych.

Z/ Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron przez PI.