

UZASADNIENIE

W pozwie z 10 stycznia 2019 r., skierowanym przeciwko (...) S.A. w W., M. D. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 7 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty w związku ze śmiercią męża W. D. (1).

(pozew k. 4-12)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniosł o oddalenie powództwa, kwestionując je zarówno co do zasady jak i wysokości.

(odpowiedź na pozew, k. 23-24v.)

1 lipca 2019 r. swoje przystąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej zgłosił Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w Ł. wnosząc o oddalenie powództwa w całości.

(interwencja uboczna, k. 158-163).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W. D. (1) 8 listopada 2016 r. został hospitalizowany w szpitalu (...) w Ł. na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej celem wykonania planowanego zabiegu alloplastyki prawego stawu biodrowego. W dniu przyjęcia oceniono obecność u niego przy przyjęciu do czynników ryzyka wystąpienia zakażenia. Żadnych czynników ryzyka zakażenia ze strony pacjenta nie stwierdzono.

9 listopada 2016 r. wykonano u W. D. (1) zabieg alloplastyki prawego stawu biodrowego. Przed zabiegiem zastosowano antybiotykową profilaktykę okołozabiegową (preparat: Biotaksym). W 8 dobie po zabiegu manifestował się klinicznie ropny wyciek z rany (17 listopada 2016 r.). W pobranym 19 listopada 2016 r. materiale z rany stwierdzono obecność bakterii *Staphylococcus aureus* MSSA (gronkowiec złocisty metycylinowrażliwy).

(dokumentacja medyczna – załącznik do akt sprawy i k. 38-154, ; zeznania świadków: P. G., k. 345v.-446v. – od 00:08:33, H. J., k. 346v.-347 – od 00:31:09, J. O., k. 347- od 00:46:13)

Od 17 listopada 2016 r. w leczeniu W. D. (1) zastosowano antybiotyk wankomycyna (preparat: Edicin). W badaniach krwi od 8 listopada 2016 r. nastąpił spadek parametrów morfologii krwi (hemoglobiny z 16,1 do 7,9; liczby erytrocytów z 4,81 do 2,86)

i wzrost parametrów stanu zapalnego (CRP- białko C reaktywne) do 349 (norma u palaczy do 10 mg/l).

(dokumentacja medyczna – załącznik do akt sprawy i k. 38-154; zeznania świadków: P. G., k. 345v.-446v. – od 00:08:33, H. J., k. 346v.-347 – od 00:31:09, J. O., k. 347- od 00:46:13)

W dniu 21 listopada 2016 r. W. D. (1) został zakwalifikowany do zabiegu rewizji operacyjnej stawu, ale zgłosił brak czucia w obu kończynach dolnych. Po konsultacji neurologicznej z rozpoznaniem paraplegii kończyn dolnych został skierowany do szpitala (...) w Ł. na oddział neurologiczny. 22 listopada 2016 r. w badaniu MRI (rezonans magnetyczny) kręgosłupa wykryto obecność ropnia wewnątrzkanałowego na poziomie kręgosłupa piersiowego (odcinek Th 2 do Th 6). W. D. (1) 23 listopada 2016 r. został przekazany do oddziału neurochirurgii szpitala (...) w Ł. celem wykonania zabiegu laminektomii. W tym samym dniu wykonano zabieg usunięcia ropnia nadoponowego. W leczeniu stosowano antybiotyki: wankomycyna, biseptol i ceftriakson. W badaniach posiewów materiału pobranego z ropnia (w trakcie zabiegu) izolowano bakterie *Staphylococcus aureus* MSSA (gronkowiec złocisty metycylinowrażliwy). W badaniach krwi CRP obniżyło się 29 listopada 2016 r. do 127,7 mg/l. 2 grudnia 2016 r. W. D. (1) został przekazany do oddziału urazowo-ortopedycznego szpitala (...) w Ł.. W dniach 2 grudnia – 15 grudnia

2016 r. utrzymywał się wyciek surowiczo ropny z rany po alloplastyce. W badaniu MRI (rezonans magnetyczny) stawu biodrowego prawego wykryto obecność ropni okołoprotezowych.

W dniu 16 grudnia 2016 r. W. D. (1) był poddany reoperacji: rewizja endoprotezy stawu biodrowego prawego. Podczas zabiegu usunięto tkanki zmienione zapalnie oraz wkładkę i głowę panewki, wymieniając je na nowe. Z pobranych śródoperacyjnie wymazów (tkanki wokół protezy, wymaz ze sztucznej panewki biodra) izolowano bakterie gronkowców koagulazoujemnych. Do 4 stycznia 2017 r. obserwowano stopniową poprawę kliniczną, spadek CRP do 48, antybiotykoterapia celowana była modyfikowana. Od 5 stycznia 2017 r. założono drenaż ssący VAC (podciśnieniowy system odprowadzania płynów z rany). Do 19 stycznia 2017 r. stan W. D. (1) nadal się poprawiał, ale od 20 stycznia 2017 r. manifestowały się klinicznie objawy dyspeptyczne (wzdęcie brzucha, bóle brzucha). 22 stycznia 2017 r. stan ogólny W. D. (1) był ciężki, był konsultowany chirurgicznie (podejrzenie niedrożności porażennej). 23 stycznia 2017 r. w wykonanym badaniu kału nie stwierdzono infekcji *Clostridium difficile*, to samo badanie powtórzono 10 lutego 2017 r. i wynik był ujemny. Od 24 stycznia 2017 r. do 12 lutego 2017 r. stan W. D. (1) był stabilny. Od 12 lutego 2017 r. do leczenia włączono ponownie wankomycynę (droga podania dożylna). Od 13 lutego 2017 r. nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia W. D. (1) (ponownie luźne stolce, bóle brzucha i wzdęcia). 16 lutego 2017 r. na podstawie wyniku badania obrazowego (TK-tomografia komputerowa) W. D. (1) został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego z powodu podejrzenia niedrożności i perforacji jelit. W opisie zabiegu wskazano na obecność w jamie otrzewnej ok. 1 litra ropnego płynu wysiękowego, wykryto obecność dwóch miejsc perforacji esicy. Zstępnicą i esicą oraz ich kreską o znacznie pogrubiałych ścianach. Wykonano resekcję esicy i wyłoniono zstępicę. Rozpoznanie śródoperacyjne: zapalenie otrzewnej z powodu perforacji esicy. W badaniu patomorfologicznym fragmentów jelita grubego wykryto obecność pełnościennej martwicy z intensywnym, ostrym naciekiem zapalnym obejmującym wszystkie warstwy ściany jelita. Po zabiegu W. D. (1) był leczony w oddziale intensywnej terapii pozwanego szpitala. Nie uzyskano poprawy, pacjent wśród objawów niewydolności układu krążeniowo-oddechowego 28 lutego 2017 r. zmarł. W badaniu sekcyjnym, jako przyczynę zgonu wskazano: zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, zapalenie otrzewnej, rozmiękanie mózgu.

(dokumentacja medyczna – załącznik do akt sprawy i k. 38-154; zeznania świadków: P. G., k. 345v.-446v. – od 00:08:33, H. J., k. 346v.-347 – od 00:31:09, J. O., k. 347- od 00:46:13)

W sprawozdaniu Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKZS) szpitala (...) w Ł. obejmującym 2016r. wykazano, że zakażeń szpitalnych etiologii gronkowców złocistych ogółem było 28, 16 spośród nich były to izolaty odporne (MRSA), a pozostałe 12 typu MSSA. Zakażeń etiologii *Clostridium difficile* były 2 przypadki. W oddziale ortopedii zakażeń miejsca operowanego zarejestrowano 12 przypadków. W sprawozdaniu ZKZS za 2017 r. wykazano, że zakażeń szpitalnych etiologii gronkowców złocistych ogółem było 17, 15 spośród nich były to izolaty odporne (MRSA), a pozostałe 2 typu MSSA. Zakażeń etiologii *Clostridium difficile* było

8 przypadków. W oddziale ortopedii w szpitalu (...) w Ł. zakażeń miejsca operowanego zarejestrowano 8 przypadków. We wnioskach ZKZS wskazał, że "Dzięki wprowadzeniu szybkiego testu w laboratorium zwiększeniu uległa liczba wykonywanych badań w kierunku *Clostridium difficile*, co wpłynęło niejednokrotnie na rozpoznanie zakażenia przewodu pokarmowego".

(dokumentacja, k. 182-342)

W ocenie chorób zakaźnych prowadzone postępowanie w Szpitalu (...) w Ł., w przypadku zakażenia miejsca operowanego (ZMO) u W. D. (1), było nieprawidłowe. Podczas zabiegu 9 listopada 2016 r. nie dochowano należytej staranności i skontaminowano bakteriami gronkowca złocistego typu MSSA wszczepiany implant.

W ocenie chorób zakaźnych istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy wykonaną 9 listopada 2016 r. alloplastyką stawu biodrowego prawego, a ropniem nadoponowym. Jest wysoce prawdopodobne, że bezpośrednią przyczyną zakażenia miejsca operowanego i jego powikłań (ropień nadoponowy) była kontaminacja bakteriami gronkowca złocistego typu MSSA protezy podczas zabiegu z 9 listopada 2016 r. Było to głębokie zakażenie miejsca

operowanego i rozwój stanu zapalnego tkanek wokół elementów protezy spowodował stan zapalny w obrębie tkanek okołoprotezowych i odległe powikłania w postaci ropnia nadoponowego. Jest wysoce prawdopodobne, że śródoperacyjnie 9 listopada 2016 r. personel szpitala (...) w Ł. nie dochował należytej staranności i przypadkowo przeniósł na implementowaną protezę stawu biodrowego bakterie gronkowca złocistego typu MSSA. Nie są one zaliczane do flory szpitalnej, ale mogły być przypadkowo przeniesione ze skóry pacjenta lub personelu na protezę.

(opinia biegłego ds. chorób zakaźnych, k. 352-356)

Z punktu widzenia chorób zakaźnych proces diagnostyczny zakażenia szpitalnego przewodu pokarmowego był prawidłowy ze strony personelu lekarskiego, ale wadliwe testy nie były skuteczne i pacjent nie był leczony zgodnie z rekomendacjami dla CDI (*Clostridium difficile*). W. D. (1) był leżący i CDI zostało przeniesione na niego przez personel.

(opinia biegłego ds. chorób zakaźnych, k. 352-356)

W ocenie chorób zakaźnych zakażenie gronkowcem złocistym miało wpływ na stan zdrowia zmarłego W. D. (1), ponieważ wydłużyło jego hospitalizację i spowodowało powikłanie w postaci ropnia nadoponowego będącego przyczyną niedowładu obu kończyn dolnych. Nie było bezpośrednią przyczyną zgonu.

W ocenie chorób zakaźnych bezpośrednią przyczyną zgonu chorego była nieprawidłowo diagnozowana i nieleczona infekcja CDI.

W obu przypadkach zakażeń szpitalnych: ZMO i CDI za przeniesienie zakażenia na pacjenta odpowiada personel Szpitala im. (...) w Ł..

(opinia biegłego ds. chorób zakaźnych, k. 352-356)

Narzędzia używane do zabiegów były poddawane sterylizacji w warunkach oddziałów centralnej sterylizacji i jest to najlepsza metoda uzyskiwania ich jałowości. Personel pozwanego szpitala stosuje wszystkie wymagane prawem i rekomendowane przez towarzystwa naukowe metody zapobiegania zakażeniom szpitalnym. W szpitalu (...) w Ł. są stosowane wszystkie procedury monitoringu ran po zabiegach. Stosowana antybiotykoterapia była celowana, czyli zgodna z wynikami badania lekooporności. Zgodnie z formularzem wewnętrznym oceniono obecność u pacjenta przy przyjęciu do szpitala (...) w Ł. czynników ryzyka wystąpienia zakażenia. Żadnych czynników ryzyka zakażenia ze strony pacjenta nie stwierdzono.

(opinia biegłego ds. chorób zakaźnych, k. 352-356)

Z punktu widzenia ortopedycznego w czasie zabiegu alloplastyki stawu biodrowego wykonanej 9 listopada 2016 r. prawidłowo osadzono elementy endoprotezy. Ze względu na niewielką niestabilność trzpienia (dopasowano i wprowadzono do kanału szpikowego kości udowej nieco zbyt wąski element) uzupełniono to miejsce przeszczepami gąbczastej kości autogennej. Na etapie zamykania rany operacyjnej szwami chirurgicznymi doszło do nieprawidłowości w postaci przyszcicia drenu w głębi tkanek. Skutkowało to jego późniejszym przerwaniem w czasie usuwania i pozostawieniem oderwanego fragmentu.

(opinia biegłego ortopedy, k. 374-381, 405-408)

W ocenie ortopedycznej w szpitalu (...) w Ł. miały miejsce następujące nieprawidłowości:

a) po pierwotnej operacji alloplastyki stawu biodrowego zbyt długo pozostawiono w ranie oderwany fragment drenu Redona. Drenowanie rany pooperacyjnej ma na celu usuwanie krwaka gromadzącego się w tkankach po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i jest powszechnie stosowane. Zwykle dren jest usuwany w pierwszej dobie po operacji, czasem (gdy odbiera znaczniejsze ilości krwaka) utrzymywany jest nieco dłużej; do drugiej, wyjątkowo do trzeciej doby. Tak długie pozostawianie drenu w ranie niesie ze sobą ryzyko wtórnego jej zainfekowania, gdyż

ciągle pozostaje ciało obce mające jednoczesny kontakt z powierzchnią skóry i z głębokimi warstwami zeszytych tkanek. Decyzja o późniejszym usunięciu drenu zawsze należy do chirurga ortopedy. U W. D. (1) dren usunięto w trzeciej dobie po operacji, czyli w czasie uznawanym za jeszcze dopuszczalny. Jednakże wtedy okazało się, że w czasie zamykania rany pooperacyjnej doszło do przypadkowego przyszycia drenu w głębi rany, co przy usuwaniu skutkowało oderwaniem jego fragmentu, który pozostał. Ten fragment pozostawał aż do 17 listopada 2016 r. Oznacza to że przez kolejne 5 (pięć) dni głęboko w ranie pozostawało ciało obce, które mogło już być zainfekowane, choć pacjent jeszcze nie gorączkował i jego stan określono jako dobry. Sytuacja oderwania fragmentu przyszytego przypadkowo drenu niekiedy zdarza się w każdym z oddziałów ortopedycznych, jednakże należało możliwie szybko usunąć pozostającą część drenu, najpóźniej już w następnej dobie; nie czekać kolejnych pięć dni aż pojawią się objawy stanu zapalnego (zaczerwienienie, wydzielina). Brak objawów miejscowych w okolicy rany pooperacyjnej dla lekarzy nie powinien być wystarczającym uzasadnieniem do przyjęcia postawy wyczekującej po stwierdzeniu faktu oderwania znacznej części drenu i pozostawianiu jej głęboko w okolicy operowanej.

b) zbyt długo odkładano zabieg rewizyjny. Lekarz w 17 listopada 2016 r. zapisał, że: „usunięto poprzez ranę operacyjną część drenika Redona. Pobrano materiał na posiew i antybiogram”. Wieczorem w tym dniu wynik badania CRP=350 świadczył o znacznym rozwoju stanu zapalnego. Należało jak najprędzej wykonać zabieg rewizyjny: szerokie otwarcie rany, usunięcie wkładki panewki i głowy endoprotezy, masywne czyszczenie i płukanie tkanek, założenie nowych implantów (głowy i wkładki), drenaż ssący. Jednocześnie należało zastosować co najmniej jeden antybiotyk o szerokim spektrum działania, nie czekać na wynik posiewu pobranego 17 listopada 2016 r. Przez określenie „jak najprędzej” należy rozumieć: „w ciągu 1-2 najbliższych dni” czyli 18 lub 19 listopada 2016 r. Większe odwlekanie operacji rewizyjnej groziło znaczącym pogorszeniem stanu pacjenta, co faktycznie nastąpiło. Fakt braku podwyższenia temperatury ciała u W. D. (1) w 10 dobie po zabiegu nie powinien być wystarczającym uspokojeniem dla lekarzy. W przypadku W. D. (1) „dynamika zmian klinicznych” była duża (wyciek treści ropnej), wyniki badań laboratoryjnych należało uznać za alarmujące;

c) po zaistnieniu objawów neurologicznych W. D. (1) przekazano do dalszego leczenia w oddziale neurologicznym w szpitalu (...) w Ł.. Z punktu widzenia ortopedycznego W. D. (1) powinien być skonsultowany przez specjalistę neurochirurga już w szpitalu (...) 21 listopada 2016 r. Objawy neurologiczne miały charakter nagły i świadczyły o ostrym procesie uciskowym w obrębie kręgosłupa. Należało jak najszybciej wykonać badanie RM kręgosłupa (szpital (...) dysponuje taką aparaturą) i skierować pacjenta do szpitala, w którym możliwe byłoby wykonanie operacji neurochirurgicznej, czyli od razu do szpitala (...). W szpitalu (...) nie ma oddziału neurochirurgicznego. Nie było zasadne kierowanie W. D. (1) do szpitala (...). Po konsultacji neurologicznej należało go skierować od razu do szpitala (...). Takie postępowanie skutkowało niepotrzebnym wydłużeniem czasu do operacji neurochirurgicznej.

(opinia biegłego ortopedy, k. 374-381, 405-408)

Stan zdrowia W. D. (1) po przeprowadzonych w SP ZOZ (...)

w Ł. zabiegach operacyjnych stanowił następstwo wykonywanych zabiegów, jednakże nie należy określać go jako „normalne”. Pozostawienie fragmentu drenu po operacji alloplastyki stawu biodrowego należy określić jako „nieprawidłowość”, która czasem zdarza się w każdym z oddziałów wykonujących takie operacje. Najczęściej nie ma ujemnych skutków, gdyż oderwana część stosunkowo szybko jest usuwana. U W. D. (1) nastąpił nie tylko stan zapalny w miejscu operowanym, ale doszło do szybkiego i masywnego rozwoju ropni w okolicy kręgosłupa, co skutkowało porażeniem kończyn dolnych i koniecznością neurochirurgicznego leczenia operacyjnego.

(opinia biegłego ortopedy, k. 374-381, 405-408)

W ocenie ortopedycznej następstwami nieprawidłowości zaistniałymi podczas całego procesu leczenia W. D. (1) począwszy od 8 listopada 2016 r. było zakażenie rany pooperacyjnej okolicy operowanego biodra; dalej rozwój ropni w okolicy kręgosłupa skutkowało uciskiem na struktury nerwowe i porażeniem obu kończyn dolnych. Pomimo dalszego, już prawidłowego, leczenia doprowadziło to do pogorszenia stanu pacjenta, zarówno miejscowego (ropienie okolicy

operowanego biodra), odcinkowego (liczne odłężyny), jak i ogólnego, w tym powikłań ze strony jamy brzusznej (perforacja jelit, zakażenie jamy otrzewnej); ostatecznie do zgonu.

(opinia biegłego ortopedy, k. 374-381, 405-408)

Z punktu widzenia ortopedycznego zasadne były u W. D. (1) wszystkie zabiegi operacyjne w szczególności alloplastyka stawu biodrowego 9 listopada 2016 r. oraz rewizja alloplastyki w 16 grudnia 2016 r.

(opinia biegłego ortopedy, k. 374-381, 405-408)

Z punktu widzenia ortopedycznego pacjenci przyjęci do szpitala tuż przed od dawna planowaną operacją alloplastyki stawu biodrowego stosunkowo często już nie analizują dogłębnie ryzyka związanego z operacją i możliwości późniejszych powikłań. W. D. (1) był przyjęty do planowanego zabiegu operacyjnego, nie był operowany ze wskazań nagłych. Jego schorzenie miało charakter długotrwały i postępujący, wiążący się z narastaniem bólu i trudności w chodzeniu. Tacy pacjenci już po zakwalifikowaniu do operacji, czyli wiele miesięcy wcześniej przed zabiegiem, otrzymują informacje od lekarza kierującego; często sami poszukują wiadomości w Internecie i wśród osób znajomych. Zgłaszając się do szpitala już są na zabieg zdecydowani i szczegółowe informacje udzielane im w tej chwili w formie pisemnej (specjalne formularze do podpisania tuż przed zabiegiem) i ustnej zwykle nie skutkują rezygnacją.

W ocenie ortopedycznej w dostępnej dokumentacji nie ma oryginalnych zdjęć RTG zapisanych na płytach CD. Są jedynie ich opisy, z których nie wynika, że doszło do jakichkolwiek nieprawidłowości w wykonaniu alloplastyki stawu biodrowego u W. D. (1). Jednakże bez własnej analizy tych zdjęć nie można ich całkowicie wykluczyć.

(opinia biegłego ortopedy, k. 374-381, 405-408)

W. D. (1) w chwili śmierci miał 63 lata. Krąg rodziny zmarłego obejmował m.in.: żonę M. D..

(okoliczności bezsporne).

Przed śmiercią W. D. (2) mieszkał z żoną, z którą byli 43 lata po ślubie. Oboje byli kochającym, wzorowym małżeństwem, pomagali sobie, mogli na siebie zawsze liczyć, nie kłócili się. M. D. przeszła na emeryturę i oboje małżonkowie spędzali ze sobą dużo czasu, cieszyli się życiem. W. D. (1) zawsze pamiętał o rocznicy ślubu, kupował prezenty, robił żonie niespodzianki. W. D. (1) był opiekuńczy, pomocny, woził żonę na zakupy, do lekarza. Rocznica ślubu przypadała na 21 lutego, ostatnią rocznicę ślubu małżonkowie spędzili w szpitalu.

Po śmierci męża M. D. nie korzystała z pomocy specjalisty psychologa, odrzucała taką pomoc, brała jedynie leki ziołowe uspokajające. Powódka odwiedza grób męża dwa razy w tygodniu.

(zeznania świadków A. J., k. 347-347v. – od 00:55:24; zeznania powódki, k. 441v.- od 00:04:03)

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Ł. miał zawartą z (...) S.A. w W. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, potwierdzoną polisą nr (...) i 6 (...), obejmującą okres leczenia W. D. (1).

(okoliczność bezsporna)

M. D. w piśmie z 7 maja 2018 r. wezwała SP ZOZ (...) w Ł. do zapłaty zadośćuczynienia. W odpowiedzi placówka medyczna odmówiła wypłaty roszczenia i przekazała pismo do pozwanego ubezpieczyciela, który pismem z 12 czerwca 2018 r. wezwał powódkę do przedstawienia brakujących dokumentów. Pozwany pismem z 7 sierpnia 2018 r. ostatecznie odmówił wypłaty żądanego roszczenia.

(okoliczności bezsporne, akta szkody na płycie w kopercie, k. 22)

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy w postaci wskazanych wyżej zeznań świadków, przedłożonej dokumentacji medycznej męża powódki oraz opinii biegłych.

Odnosząc się do dokumentacji medycznej W. D. (1), Sąd uznał te dokumenty za wiarygodne. Strona powodowa nie podważała ani ich autentyczności, ani też treści merytorycznej.

W zakresie oceny prawidłowości podejmowanego w stosunku do W. D. (1) leczenia sąd oparł się na opinii sporządzonej przez biegłego ds. chorób zakaźnych oraz ortopedy. Sąd uznał, że wydający opinię biegły ds. chorób zakaźnych posiada wymagany zakres wiedzy i doświadczenia, aby w sposób należyty udzielić odpowiedzi na przedstawione jej pytania. Biegły w sposób rzetelny zapoznał się z dokumentacją medyczną zgromadzoną w aktach i wydał jasną i pełną opinię, wewnętrźnie spójną. Opinia była kategoryczna w swych wnioskach w zakresie oceny leczenia prowadzonego wobec W. D. (1). W szczególności biegły wyjaśnił dlaczego manifestacja kliniczna zakażenia miejsca operacyjnego miała miejsce po 8 dniach od zabiegu i dlaczego spełnione są kryteria dla rozpoznania zakażenia szpitalnego (od zabiegu nie upłynęło 30 dni). Nadto biegły wyjaśnił dlaczego obraz kliniczny był typowy dla szpitalnego zakażenia miejsca operacyjnego.

Strona pozwana i interwenient uboczny oraz strona powodowa, podnosiła pewne zarzuty wobec opinii biegłego ortopedy, na które biegły udzielił odpowiedzi w pisemnej opinii uzupełniającej.

Wobec niewskazania przez strony na błędy w rozumowaniu biegłych czy brak logicznych powiązań pomiędzy wnioskami opinii sąd uznał ją za w pełni wiarygodny materiał dowodowy. Nie było zatem podstaw do przeprowadzania dowodu z opinii innych biegłych, o co wnioskowała strona pozwana. Samo niezadowolenie strony z treści opinii, która jest dla niej niekorzystna, bez wskazania konkretnych uchybień i błędów merytorycznych nie stanowi żadnego uzasadnienia dla powołania innego biegłego. Stąd Sąd pominął pozostałe wnioski dowodowe.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi **art. 430 k.c.**, zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnoorganizacyjnego. W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Jednakże również lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie np. grafika operacji, dyżurów. Zakład opieki zdrowotnej (szpital) ponosi zatem odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniechania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są szkody doznane przez pacjenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, sygn. akt I ACa 377/06).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego,

czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Błąd lekarski jest zawiniony, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa,

tj. niedołożenia przez lekarza należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa (zachował wymaganą staranność

i wykorzystał wszelkie dostępne w danym czasie i okolicznościach metody i środki działania), mógłby uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta.

Kwestią kontrowersyjną i będącą osią sporu co do zasady w realiach sprawy niniejszej jest okoliczność **czy personelowi pozwanej placówki można przypisać działanie w ramach błędu lekarskiego** rozumianego tak, jak przedstawiono to powyżej.

W ocenie Sądu, działanie personelu pozwanego szpitala było dotknięte nieprawidłowościami we wszystkich fazach leczenia męża powódki, to jest zarówno w trakcie przeprowadzonej operacji, jak i po niej, a nieprawidłowości te mogą być kwalifikowane jako błąd medyczny.

Przed wszystkim zgromadzony materiał dowodowy nie daje odpowiedzi na pytanie, **dlaczego nie dochowano należytej staranności i podczas zabiegu 9 listopada 2016 r. skontaminowano bakteriami gronkowca złocistego typu (...) wszczepiany implant**. Nie ulega wątpliwości, iż W. D. (1) wymagał wykonania planowanego zabiegu alloplastyki prawego stawu biodrowego. Na etapie zamykania rany **doszło do nieprawidłowości w postaci przysycia drenu w głębi tkanek, co skutkowało przerwaniem go w czasie usuwania i pozostawieniem oderwanego fragmentu ciała obcego w głębi rany przez aż 5 dni, podczas gdy należało go możliwie szybko usunąć, to jest zanim pojawią się objawy stanu zapalnego**. Brak wcześniejszych objawów miejscowych w obrębie rany nie powinien być podstawą do przyjęcia postawy wyczekującej. Po czasie pojawił się ropny wyciek z rany, a w pobranym materiale stwierdzono obecność gronkowca złocistego metycylinowrażliwego. Nadto, po zaistnieniu objawów neurologicznych, które miały charakter nagły, **należało jak najszybciej skierować pacjenta na badanie i operację neurochirurgiczną, jednakże przyjęte postępowanie wydłużyło czas do operacji**. Po wykryciu u pacjenta obecności ropnia wewnątrzkanalowego na poziomie kręgosłupa piersiowego, po pobraniu materiału posiewowego z ropnia, także wyizolowano bakterie gronkowca złocistego metycylinowrażliwego. Po kolejnych zabiegach nadal utrzymywał się wyciek z rany oraz wykryto obecność ropni okołoprotezowych. Niewątpliwie W. D. (1) wymagał przeprowadzenia zabiegu rewizji endoprotezy stawu biodrowego, który **zbyt długo odkładano, ryzykując znaczącym pogorszeniem stanu pacjenta, co w konsekwencji nastąpiło**. Podczas zabiegu pobrano wymazy z tkanki wokół protezy oraz ze sztucznej panewki biodra, z których izolowano bakterie gronkowców koagulazoujemnych. Pomimo stosowania kolejnych leków stan zdrowia W. D. (1) ulegał pogorszeniu. 16 lutego 2017 r. stwierdzono obecność w jamie otrzewnej około 1 litra ropnego płynu wysiękowego i obecność dwóch miejsc perforacji esicy. Stan pacjenta nie ulegał poprawie, wobec czego zmarł wśród objawów niewydolności układu krążeniowo-oddechowego.

Opisane wyżej uchybienia powodują, iż zasadny jest zarzut niedopełnienia należytej staranności przez personel pozwanego szpitala. W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim nakaz takiego wykonywania czynności, które eliminują możliwość negatywnych następstw spowodowanych leczeniem.

W przedmiotowym stanie faktycznym pomiędzy zachowaniem personelu SP ZOZ (...) w Ł. a powstaniem szkody (bezspornej – w postaci zakażenia rany pooperacyjnej bakterią gronkowca złocistego) zachodzi **adekwatny związek przyczynowy** w rozumieniu art. 361 k.c.

Gdyby dren Redona został usunięty z rany pooperacyjnej wcześniej, co zmniejszyłoby ryzyko jej zainfekowania, bądź nie doszłoby do przysycia drenu do głębi rany i oderwania jego fragmentu przy usuwaniu drenu, bądź gdyby doszło do wcześniejszego usunięcia oderwanego fragmentu ciała obcego niż po 5 dniach jego pozostawiania głęboko w ranie, mogłoby wcale nie dojść do zakażenia rany i jego następstw. I podobnie brak szybkiej reakcji w

postaci operacji neurochirurgicznej i zbyt długie odkładanie rewizji endoprotezy stawu biodrowego, uniemożliwiło ewentualną bardziej skuteczną terapię W. D. (1).

Mając powyższe na względzie należało uznać, że spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w Ł., a tym samym **istnieją podstawy do uwzględnienia co do zasady powództwa, którego podstawą jest szkoda wyrządzona na skutek błędu medycznego.**

Ustalenie podstawy odpowiedzialności pozwanego pozwala przejść do rozważenia kwestii, wysokości żądania zgłoszonego w sprawie.

Zgłoszone przez powódkę roszczenie o **zadośćuczynienie** za krzywdę w związku ze śmiercią W. D. (1) ma swą podstawę w **art. 446 § 4 k.c.** Stosownie do treści przytoczonego przepisu, sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie jest zatem 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 związanych z utratą bliskiego członka rodziny. Jako, iż ludzkie cierpienie stanowi wartość niewymierną, bezpośrednio przełożenie krzywdy wywołanej śmiercią bliskiej osoby na pieniądze nie jest możliwe. Przyjmuje się, że wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych **powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny** (tak: wyrok SN z 26 sierpnia 2004 r., sygn. akt WA 18/04), jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. W przypadku zadośćuczynienia za śmierć bliskiego członka rodziny, na rozmiar cierpień pośrednio poszkodowanego zasadniczy wpływ mają **jakość i zażyłość relacji ze zmarłym, bliskość pokrewieństwa oraz stopień wzajemnych powiązań życiowych pomiędzy wymienionymi osobami.** Pomimo tego, że szkody niemajątkowej nie da się zmierzyć w kategoriach ekonomicznych, od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany wskutek śmierci osoby najbliższej winien otrzymać sumę pieniężną, o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. Innymi słowy, przyjmuje się, że wysokość zadośćuczynienia powinna przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość, choć nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa (zob. wyroki SN z dnia 12 września 2002 r., sygn. akt IV CKN 1266/00 oraz z 6 czerwca 2003 r., sygn. akt IV CKN 213/01).

W przypadku powódki, będącej żoną W. D. (1), jej stopień powiązań życiowych z mężem jest najwyższy z możliwych. M. i W. D. (1) byli zgodnym małżeństwem z długim stażem związku. Powódka była bardzo przywiązana do swojego męża. Zażyłość takiej relacji jest ogromna, a zważywszy na to, że relacje w rodzinie były dobre i nie było problemów w relacjach małżonków, to i jakość tej relacji uznać trzeba za bardzo dobrą. W tej sytuacji niewątpliwie rozmiar cierpień powódki po śmierci męża był bardzo duży. W sposób oczywisty jej sytuacja życiowa uległa gwałtownej zmianie, utraciła bowiem nie tylko najbliższą osobę, z którą mieszkała i spędzała czas, ale i partnera, z którym spędziła dużą część życia. Ze śmiercią męża wiązało się wiele negatywnych przeżyć psychicznych. Wszystkie wskazane wyżej okoliczności pozwalają na ocenę, iż stosownym zadośćuczynieniem mogącym zrekompensować powódce M. D. cierpienia związane ze śmiercią męża będzie żądana przez nią kwota **100.000 zł.**

W zakresie żądania zasądzenia **odsetek** zastosowanie ma art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Zaś zgodnie z treścią art. 817 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty zawiadomienia o wypadku.

W niniejszej sprawie powódka pismem z dnia 7 maja 2018 r. wezwała SP ZOZ (...) w Ł. do zapłaty zadośćuczynienia. W odpowiedzi placówka medyczna przekazała podmiotowe pismo do pozwanego ubezpieczyciela, który wezwał powódkę do przedstawienia brakujących dokumentów, a następnie pismem z dnia 7

sierpnia 2018 r. ostatecznie odmówił wypłaty roszczenia. Wobec tego, w myśl art. 481 § 1 k.c. żądanie odsetek za uzasadnione należy uznać od dnia 7 sierpnia 2018 r.

O **kosztach procesu** sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony.

Powódka wygrała sprawę, a koszty zastępstwa procesowego udzielonego powódce z urzędu wyniosły łącznie 5.400 zł. Wobec tego zasadnym było zasądzenie tej kwoty od (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powódki.

Z/ Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego i interwenienta ubocznego przez PI.