

Sygn. akt I C 701/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 kwietnia 2021 roku

Sąd Rejonowy w Zgierzu, I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: Asesor sądowy Sabina Ławniczak

Protokolant: Anna Rojek

po rozpoznaniu w dniu 16 kwietnia 2021 roku w Zgierzu na rozprawie sprawy

z powództwa **K. K. (1)**

przeciwko **Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Z.**

o zapłatę

1. umarza postępowanie w zakresie żądania zasądzenia skapitalizowanej renty oraz renty z tytułu utraconych zarobków;
2. zasądza od Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. na rzecz K. K. (1) kwoty:
 - a) 35.000 zł (trzydzieści tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od kwoty 30.000 zł (trzydzieści tysięcy złotych) od 15 listopada 2011 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 5.000 zł (pięć tysięcy złotych) od dnia 23 stycznia 2014 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;
 - b) 5.470 zł (pięć tysięcy czterysta siedemdziesiąt złotych) tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od kwoty 1.102 zł (jeden tysiąc sto dwa złote) od dnia 31 maja 2012 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 4.368 zł (cztery tysiące trzysta sześćdziesiąt osiem złotych) od dnia 23 stycznia 2014 roku do 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;
3. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
4. rozstrzygnięcie o kosztach procesu opiera na zasadzie stosunkowego rozdzielenia tych kosztów, pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt I C 701/12

UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym w dniu 18 kwietnia 2012 roku powód K. K. (1) domagał się zasądzenia od Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. kwoty 16.102 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 27 października 2011 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania i częściowego zadośćuczynienia, a także kwoty 2.069,52 zł skapitalizowanej renty do czasu wniesienia pozwu oraz kwoty 1.200 zł renty miesięcznej płatnej do 5-go dnia każdego miesiąca wraz z odsetkami na wypadek uchybienia terminowi płatności z tytułu utraty przyszłych zarobków oraz pogorszenia widoków na przyszłość. Powód żądał także zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. (pозew – k. 2-5)

Z uzasadnienia pozwu wynika, że powód wywodzi swoje roszczenia z faktu zakażenia rany pooperacyjnej bakteriami m.in. gronkowca złocistego, które miało miejsce podczas pobytu powoda w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. we wrześniu 2011 roku. Powód przebył w pozwanym szpitalu w dniu 20 września 2011 operację neurochirurgiczną. Stan powoda w pierwszych godzinach po zabiegu nie budził zastrzeżeń, jednakże pierwszego dnia po operacji dyżurna pielęgniarka miała według twierdzeń pozwu naruszyć ranę pooperacyjną podczas zapinania gorsetu. Trzeciego dnia od operacji u powoda wystąpiła biegunka, osłabienie organizmu oraz anemia, zaś w piątym dniu po zabiegu wystąpiły objawy ostrej niewydolności nerek. W dniu 25 września 2011 roku powoda przewieziono do szpitala prowadzącego specjalistyczny oddział chorób zakaźnych, gdzie stwierdzono posocznicę, zapalenie płuc, zapalenie jelit wywołane pałeczkami zapalenia płuc, zakażenie rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym, paciorkowcem E. faecalis oraz pałeczkami E.Coli. Powód utrzymywał ponadto, że w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. nie otrzymał właściwej opieki sanitarno-medycznej. Powód wskazał w uzasadnieniu pozwu, że roszczenie dochodzone pozwem obejmuje następujące pozycje: odszkodowanie obejmujące koszty leczenia – 1.102 zł oraz skapitalizowaną rentę do czasu wniesienia pozwu – 2.069,52 zł, rentę miesięczną – 1200 zł, płatną do 5-go dnia każdego miesiąca wraz z odsetkami ustawowymi na wypadek uchybienia terminowi płatności, z tytułu utraty przyszłych zarobków oraz pogorszenia widoków na przyszłość, częściowe zadośćuczynienie za cierpienia związane z zakażeniem gronkowcem i uszczerbek na zdrowiu z tym związany – 10.000 zł, częściowe zadośćuczynienie za naruszenia praw pacjenta do poszanowania godności – 5.000 zł. (pozew – k. 2-5)

Pozwany w odpowiedzi na pozew wnosił o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie kosztów procesu. Pozwany wywodził, że nie ponosi odpowiedzialności za obecny stan zdrowia powoda. Podkreślił, że w dokumentacji medycznej powoda nie ma potwierdzenia niedochowania należytej staranności przemawiającego za winą pozwanego. Zdaniem pozwanego nie ma możliwości, aby do zarażenia bakterią gronkowca doszło podczas pobytu powoda w pozwanej jednostce leczniczej. Pozwany akcentował, że do zarażenia gronkowcem może dojść także poza środowiskiem szpitalnym, a co za tym idzie nie można jednoznacznie stwierdzić, że do zakażenia doszło podczas zakładania kołnierza szyjnego. Pozwany zaprzeczył, aby podczas pobytu powoda w szpitalu warunki sanitarno-higieniczne oraz opieka pooperacyjna były niedostateczne. Zwrócił uwagę na nieprawidłowe postępowanie powoda po zabiegu operacyjnym: spożywanie posiłków donoszonych przez rodzinę, opuszczenie terenu oddziału i szpitala, palenie papierosów. (odpowieź na pozew – k. 75-77)

Postanowieniem z 15 maja 2012 roku Sąd Rejonowy w Zgierzu zwolnił K. K. (1) w całości od obowiązku ponoszenia kosztów procesu. (postanowienie – k. 56)

W piśmie procesowym z 21 stycznia 2014 roku, doręczonym pozwanemu na rozprawie w dniu 22 stycznia 2014 roku, powód K. K. (1) dokonał modyfikacji zgłoszonego powództwa i żądał zasądzenia kwoty 12.890 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi w następujący sposób: od kwoty 1.102 zł od 7 listopada 2011 roku do dnia zapłaty, od kwoty 4.368 zł od 1 lutego 2012 roku do dnia zapłaty, od kwoty 7.420 zł od 1 listopada 2012 roku do dnia zapłaty, a także kwoty 35.000 zł zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od 7 listopada 2011 roku do dnia zapłaty. W pozostałym zakresie powód cofnął pozew. W uzasadnieniu powód wskazał, że na dochodzoną kwotę zadośćuczynienia składa się kwota 1.102 zł kosztów leczenia, kwota 4.368 zł kosztów pomocy osób trzecich oraz kwota 7.420 zł różnicy w wynagrodzeniu, które powód mógł osiągać a wartością świadczenia otrzymywanego od ZUS w okresie styczeń-październik 2012 roku. Z kolei na dochodzoną kwotę zadośćuczynienia składa się kwota 30.000 zł za cierpienia związane z zakażeniem gronkowcem oraz kwota 5.000 zł w związku z naruszeniem praw pacjenta do poszanowania godności. (pismo procesowe – k. 363)

W piśmie procesowym z 4 czerwca 2018 roku pozwany zgłosił zarzut przyczynienia się powoda do powstania szkody poprzez nieprzestrzeżenie przez niego zaleceń lekarskich, w szczególności samowolne opuszczenie terenu pozwanego Szpitala po zabiegu operacyjnym bez wyraźnej zgody personelu medycznego, palenie papierosów oraz jedzenie żywności przygotowanej poza nadzorem szpitala, jak również zdejmowanie kołnierza szyjnego założonego po wykonaniu zabiegu operacyjnego. (pismo procesowe – k. 515-519)

W piśmie procesowym z 30 marca 2021 roku strona powodowa dokonała kolejnej modyfikacji powództwa, wnosząc o zasądzenie odsetek ustawowych do 31 grudnia 2015 roku, zaś od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie, od kwot wskazanych w piśmie z 21 stycznia 2014 roku. (pismo procesowe – k. 655-657)

Na ostatnim terminie rozprawy strona powodowa poparła powództwo w dotychczasowym kształcie, wnosząc o zasądzenie zwrotu kosztów procesu według podwójnej stawki. Pozwany wnosił o oddalenie powództwa. (protokół rozprawy – k. 661 od 00:33:29 do 00:39:07)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

K. K. (1) zgłosił się w dniu 12 września 2011 roku na Oddział Neurochirurgiczny Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. z powodu bólów karku i krzyża o typie obustronnej rwy barkowej i obustronnej rwy kulszowej. W chwili przyjęcia do szpitala odczuwał nasilone dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego. W dniu 20 września 2011 roku zastosowano leczenie operacyjne – usunięto dysk C3/C4. (karta informacyjna – k. 26)

Początkowo po zabiegu chory był w stanie dobrym, przytomny, w pełnym kontakcie. Już po dobie od zabiegu operacyjnego K. K. (1) zaczął uskarżać się na gorsze samopoczucie. Powód czuł się tak, jakby był przeziębiony. Bolały go mięśnie, czuł się osłabiony. Fakt ten zgłaszał pielęgniarce, które jednak zlekceważyły uwagi pacjenta. Żona powoda – I. K. zgłaszała złe samopoczucie męża lekarzowi dyżurującemu – dr M., który jednak stwierdził, że jest to wynikiem operacji. (karta informacyjna – k. 26, wyjaśnienia informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36, zeznania świadka I. K. – k. 92-94)

Powód zgłaszał bezpośrednio po zabiegu także dolegliwości bólowe operowanego miejsca. Miała miejsce sytuacja, że z uwagi na zgłaszany przez pacjenta dyskomfort lekarz dyżurujący na oddziale poluzował powodowi gorset ortopedyczny, twierdząc, że dopóki powód leży, gorset może być poluzowany. Następnie jednak jedna z pielęgniarek stwierdziła, że gorset musi być dopięty. Podczas dopinania gorsetu pielęgniarka naruszyła ranę pooperacyjną. K. K. (1) odczuwał, że w ranie „coś mu pękło”, wówczas jednak opatrunek nie został wymieniony. W późniejszym czasie rana była przemywana. (karta informacyjna – k. 26, wyjaśnienia informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

W pierwszych dobach po zabiegu operacyjnym powód poruszał się o własnych siłach. Wychodził poza oddział szpitalny, lecz nie opuszczał budynku szpitala. Powód spożywał jedzenie przynieszone przez rodzinę (kurczak z marchewką oraz ciastka z kremem typu w-zetka). (wyjaśnienia informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

W 3 dobie po zabiegu u pacjenta wystąpiła biegunka. Wówczas założono powodowi cewnik, jednak do piątej doby spłynęło do niego jedynie 100 ml moczu, choć pacjent był podłączony pod kroplówki. W 5 dobie po zabiegu rozwinęły się objawy niewydolności nerek. W związku z wynikami badań laboratoryjnych pacjenta przekazano do Kliniki (...) w Ł.. (karta informacyjna – k. 26, wyjaśnienia informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

W chwili przyjęcia do K. Chorób Zakaźnych Szpitala im. (...) w Ł. u K. K. (1) utrzymywały się następujące objawy: gorączka, osłabienie, biegunka, anemia z dusznością, cechy skazy na kończynach dolnych. Przy przyjęciu do Kliniki pobrano wymazy z sączącej się rany na szyi, posiewy moczu, kału i krwi. Rozpoznano objawy skazy z powodu małopłytkowości. Dwukrotnie przetoczono pacjentowi po 5 jednostek koncentratu płytkowego. Włączono empiryczną antybiotykoterapię, która wobec infekcji rany i posiewu kału okazała się celowana. W badaniach stwierdzono narastające cechy niewydolności nerek i anemię. Po włączeniu leków moczopędnych, antybiotyków, pentaglonulin, wlewów kroplowych, albumin uzyskano poprawę stanu klinicznego, parametrów nerkowych, wątrobowych, ustąpiła skaza małopłytkowa, duszność oraz cechy zapalenia płuc i zastoju. Zwiększono dawki antybiotyków po ustąpieniu cech niewydolności nerek. Ranę zaopatrzone, przemywano O.. Uzyskano poprawę – rana zaczęła goić się pod strupem. Na podstawie obrazu klinicznego i badań laboratoryjnych u pacjenta K. K. (1) rozpoznano sepsę z niewydolnością nerek,

oddechową, krążenia, wątroby ze skazą małopłytkową. Pacjent po uzyskaniu poprawy klinicznej i laboratoryjnej został w dniu 10 października 2011 roku wypisany do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni rejonowej i neurologicznej. Zalecono zażywanie następujących leków i preparatów: biseptol, flukonazol, laciurn, fraxyparyna, metocard, tertensif, amlozek oraz przemywanie rany octaniseptem raz dziennie. (karta informacyjna – k. 29, wyniki badań – k. 30-32)

Podczas pobytu K. K. (1) w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. opieka pielęgniarska była na niedostatecznym poziomie. Dopiero w trzeciej dobie po operacji lekarz stwierdził, że trzeba zdjąć opatrunek. Wówczas okazało się, że w ranie powstał ropień wielkości mirabelki. Rana nie została przemyta, nie założono na nią opatrunku. Żona powoda kupowała gaziki, które podkładała pod gorset, aby oddzielić ranę od gorsetu. Gdy u powoda pojawiła się biegunka, rodzina musiała kupić pampersy, gdyż całe łóżko powoda było zalane wodą kałową. Żona powoda zgłaszała pielęgniarkom konieczność zmiany pościeli, lecz nie reagowały na jej prośby. Dwukrotnie żona powoda samodzielnie zmieniała mężowi pościel. Za pierwszym razem pielęgniarka odmówiła zmiany pościeli, gdyż robiła coś w punkcie pielęgniarskim. Za drugim razem pielęgniarki siedziały w pokoju, nie wykonując żadnych czynności. Gdy I. K. odwiedzała męża w godzinach porannych, jego pościel była zabrudzona. W nocy, gdy powód nie mógł liczyć na pomoc rodziny, wstawał z łóżka i samodzielnie wycierał zabrudzoną podłogę przy łóżku. Przyciski służące do wzywania pomocy nie działały. I. K. mierzyła mężowi ciśnienie za pomocą ciśnieniomierza przyniesionego z domu. Miała miejsce sytuacja, że powód podczas wstawania w nocy znacznie osłabł. Nie uzyskał wtedy pomocy personelu medycznego, zaczął krzyżeć, że skoro nikt mu nie chce pomóc, to będzie musiał wezwać karetkę. (zeznania świadka I. K. – k. 92-94, zeznania świadka G. G. – k. 94-95 wyjaśnienia informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

Zakażenia szpitalne bakteryjne są nieodłącznym czynnikiem ryzyka związanym z rozwojem nauk medycznych, szczególnie zaś ze zwiększeniem się zakresu i rozległości zabiegów chirurgicznych, rozszerzeniem inwazyjnych metod diagnostycznych oraz stosowaniem trudnej do wyjałowienia aparatury mającej bezpośredni kontakt z tkankami chorego. Całkowite wyeliminowanie zakażeń szpitalnych jest niemożliwe, jednakże dążenie do ograniczenia ich liczby należy do podstawowych etycznych i zawodowych obowiązków kierownictwa i personelu służby zdrowia. Gronkowiec złocisty *S. aureus* jest jednym z najczęściej izolowanych drobnoustrojów, zarówno w przypadku zakażeń szpitalnych jak i pozaszpitalnych. Mniej więcej połowa spośród wszystkich znanych gatunków gronkowca złocistego kolonizuje człowieka. Szczepy należące do różnych gatunków z rodzaju *staphylococcus* izolowane są z różną częstotliwością ze skóry oraz wszystkich błon śluzowych zdrowych ludzi. Około 30% populacji jest nosicielem gronkowca złocistego, przy czym do obszarów najczęściej kolonizowanych przez ten drobnoustrój należą nozdrza przednie oraz inne owłosione i wilgotne części ciała, ale także włosy i skóra głowy. W zależności od lekowrażliwości szczepy gronkowca złocistego dzieli się na metycylinowrażliwe – (...) i metycylinooporne – (...). Szczepy (...) w odróżnieniu od (...) występują głównie w środowisku pozaszpitalnym. Do czynników zwiększających ryzyko kolonizacji i zakażenia przez (...) należą: poważna choroba podstawowa, zakażenia np. układu oddechowego, cukrzyca, rany oparzeniowe, długotrwała hospitalizacja, podawanie leków drogą dożylną, zabiegi operacyjne, wcześniejsze leczenie preparatami przeciwbakteryjnymi, kontakt z nosicielami lub osobami zakażonymi. Dla sprawowania nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi, w tym zakażeniami gronkowcowymi, konieczna jest wiedza na temat prawidłowego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia przypadków zakażeń gronkowcowych. Pośród specjalistów brak jest zgody co do tego, jak radykalne powinny być podejmowane środki. Na pewno należy jednak prowadzić nadzór i stosować środki zapobiegawcze jak właściwe mycie rąk personelu, izolacja osób zakażonych, bariery zapobiegające bezpośredniemu zetknięciu się z patogenem – rękawiczki i fartuchy. (dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439)

Całość dokumentacji medycznej i dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy pozwala przyjąć z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że do zakażenia powoda K. K. (1) gronkowcem złocistym (...) doszło podczas hospitalizacji powoda w pozwanej jednostce w dniach 12-26 września 2011 roku, najpewniej podczas zabiegu. Prawdopodobieństwo, że u powoda doszło do zakażenia gronkowcem złocistym przed operacją, jest znikome. U powoda po przebytej sepsie nie wystąpił długotrwały uszczerbek na zdrowiu. U powoda nie występują

przeciwwskazania do przeprowadzenia w przyszłości zabiegów medycznych. (dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439, dowód z opinii uzupełniających - k. 476-479, 509-510, 525-526, k. 553 od 00:02:34 do 00:47:07)

Gronkowiec złocisty metycylinooporny (...) może znaleźć się na pościeli, poręczach łóżek, urządzeniach łazienkowych i sprzęcie medycznym Z brudnego sprzętu medycznego, rąk lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych (...) może przenosić się na inne osoby. Prawdopodobieństwo zarażenia się (...) w czasie odwiedzania osoby zakażonej (...) jest bardzo niskie. Do największej ilości zakażeń (...) dochodzi w murach szpitali. Po opuszczeniu szpitala prawdopodobieństwo zakażenia się (...) jest bardzo niewielkie. Brak jest związku pomiędzy spożywaniem żywności przygotowanej na zewnątrz szpitala a zakażeniem gronkowcem, a następnie rozwojem sepsy. Brak jest także związku pomiędzy paleniem papierosów a zakażeniem rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym. (dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439, dowód z opinii uzupełniających - k. 476-479, 509-510, 525-526, k. 553 od 00:02:34 do 00:47:07)

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) w Z. miał ustawowy obowiązek przeciwdziałania powstawaniom zakażeń szpitalnych. W ramach realizacji tego obowiązku pozwany powinien powołać specjalistyczne komórki organizacyjne, które powinny prowadzić działalność nakierowaną na uniknięcie rozwoju u pacjentów zakażeń szpitalnych, np. poprzez prowadzenie szkoleń dla personelu, zlecenie prób czystościowych, kontroli na salach operacyjnych, kontroli czystościowych narzędzi, zlecenie pobrania prób czystościowych z szafek, łóżek, a także rąk personelu. Jednym z podstawowych środków zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest profilaktyka antybiotykowa okołoperacyjna. Na podstawie wymazów każdy szpital powinien ustalić, jakie rodzaje bakterii u niego występują i przygotować celowaną profilaktykę antybiotykową tylko i wyłącznie przeciwko bakteriom występującym w danej jednostce leczniczej. A. taką podaje się pacjentom na 30 minut przed zabiegiem, a w przypadku gdy zabieg trwa dłużej niż 6 godzin należy ją podać ponownie podczas zabiegu. W przypadku powoda takiej antybiotykoterapii nie zastosowano. (dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439, dowód z opinii uzupełniających - k. 476-479, 509-510, 525-526, k. 553 od 00:02:34 do 00:47:07)

W pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. w roku 2001 powołano Zespół (...). Na przestrzeni lat zmieniała się zarówno nazwa jak i skład osobowy zespołu. Zadania Zespołu (...) określane były zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala (...). Do zadań zespołu należało: stałe monitorowanie, rejestracja i analiza zakażeń szpitalnych, aktywne zwalczanie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, opracowanie i wdrażanie programów kontroli zakażeń szpitalnych, formułowanie raportów dla komitetu i dyrekcji, identyfikacja i kontrola endemicznych i epidemicznych przypadków zakażeń szpitalnych, planowanie i realizacja doraźnych działań w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego, udział w pracach Zespołu ds. A., prowadzenie dokumentacji dotyczącej rejestracji, monitorowania zakażeń szpitalnych, kontrola wszystkich ogniw odpowiedzialnych za realizację programu kontroli zakażeń szpitalnych, uaktualnianie zaleceń, standardów i rekomendacji. (dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439, dowód z opinii uzupełniających - k. 476-479, 509-510, dokumentacja dotycząca zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – k. 234-358, k. 446-455)

W 2011 roku w pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. obowiązywały liczne procedury epidemiologiczne, które dotyczyły zachowania zasad higieny (instrukcje mycia rąk), dezynfekcji narzędzi, postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej, postępowania w przypadku ogniska epidemicznego, postępowania z pacjentami dotkniętymi określonymi chorobami zakaźnymi, przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. Brak było jednakże informacji o zapoznaniu personelu z powyższymi procedurami. W 2011 roku dla personelu pielęgniarskiego Oddziału Neurochirurgii zaplanowano 10 szkoleń, w tym na maj 2011 roku szkolenie dotyczące postępowania w przypadku zakażenia gronkowcem złocistym metycylino-opornym (...). Nie prowadzono badań czystościowych z rąk personelu. Badania czystościowe dotyczące przedmiotów znajdujących się na oddziale neurochirurgicznym przeprowadzono w 2011 roku jedynie trzykrotnie: dwa razy w czerwcu 2011 roku oraz we wrześniu 2011 roku. Z pobranego materiału wyhodowano saprofityczne laseczki tlenowe i jednokrotnie staphylococcus spp. K.-ujemny. Brak było procedury dotyczącej profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej.

(częściowo dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439, dowód z opinii uzupełniających - k. 476-479, 509-510, 445, plan szkoleń – k. 445, wyniki badań – k. 456)

W rocznym raporcie i zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych za 2011 rok wykazano na Oddziale Neurochirurgicznym 18 drobnoustrojów alarmowych, w tym aż 8 przypadków zakażenia gronkowcem złocistym (...). W tym samym okresie w całym szpitalu ujawniono 32 przypadki zakażenia gronkowcem złocistym (...). Zespół (...) nie podjął ani nie zaplanował wobec zaistniałych przypadków zakażeń żadnych realnych działań naprawczych. W dniu 31 stycznia 2012 roku Przewodniczący Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych, pielęgniarka epidemiologiczna oraz p.o. Dyrektora Szpitala podpisali dokument zatytułowany „określenie sytuacji epidemiologicznej zakażeń w okresie sprawozdawczym”. Wskazuje on na następujące podjęte działania w zakresie zapobiegania zakażeniom: monitorowanie zakażeń szpitalnych, monitorowanie wkłuc obwodowych i centralnych, założonych cewników do pęcherza moczowego, obserwacja miejsca operowanego, obserwacja odleżyn, monitorowanie drobnoustrojów alarmowych, kontrole (...), prowadzenie dezynfekcji i sterylizacji zgodnie z procedurami, wprowadzenie procedur i instrukcji sanitarno-epidemiologicznych, monitorowanie prawidłowego mycia i dezynfekcji rąk, prawidłowego stosowania odzieży ochronnej, przestrzegania zasad aseptyki, postępowania z narzędziami chirurgicznymi, dezynfekcji sprzętu i aparatury medycznej, przechowywania materiału sterylnego, utrzymania czystości, segregacji odpadów, szkolenia dla personelu. (dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439, dowód z opinii uzupełniających - k. 476-479, 509-510, raport – k. 502-506, wyniki badań – k. 456, określenie sytuacji epidemiologicznej – k. 507)

W roku 2011 do (...) w Z. nie wpłynęły skargi pacjentów na zakażenia bakteryjne, mające miejsce w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z.. Przeprowadzone w 2011 roku kontrole sanitarne nie wykazały uchybień w zakresie czystości bieżącej na oddziałach szpitalnych. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Z. wydał jednak decyzje nakazujące wykonanie prac remontowych w kilku oddziałach szpitalnych (malowanie, uzupełnienie płytek ściennych w węzłach sanitarnych itp.). (pismo Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Z. – k. 61, protokoły kontroli – k. 62-73)

Sam zabieg operacyjny usunięcia dysku C3/C4 u powoda przeprowadzony został prawidłowo. W badaniu (...) odcinka szyjnego ze stycznia 2012 roku wykazano zmniejszenie ucisku na worek oponowy i rdzeń oraz poprawnie ustawiony implant międzytrzonowy. Nie ujawniono wówczas żadnych cech zapalenia kości trzonów w operowanej okolicy. Nie ujawniono także zapalenia rdzenia kręgowego i korzeni. Zmiany zapalne rozpoznane u powoda dotyczyły wyłącznie tkanek miękkich szyi – w momencie rozejścia się rany operacyjnej treść ropna ewakuowała się na zewnątrz. W takiej sytuacji nie stosuje się głębokiego płukania rany, ponieważ mogłoby to spowodować przedostanie się treści ropnej do głębszych struktur szyi i spowodować zapalenie kości. Leczenie miejscowe polega tylko na zmianie opatrunków, zaś dalsze leczenie ogólne zależne jest od wyniku posiewu. Powód wskutek zakażenia nie doznał uszkodzenia układu nerwowego ani infekcji struktur kostnych kręgosłupa, a zatem uszczerbek na zdrowiu z tego tytułu wynosi 0%. (dowód z opinii biegłego z zakresu neurochirurgii A. S. – k. 308-310, częściowo dowód z opinii biegłego z zakresu neurochirurgii A. T. – k. 559-573)

Powód po opuszczeniu szpitala zakaźnego w dniu 10 października 2011 roku czuł się osłabiony. W okresie pierwszych 8 tygodni po opuszczeniu szpitala wymagał pomocy osób trzecich przez 4 godziny dziennie, zaś w dalszym okresie do końca stycznia 2012 roku przez 3 godziny dziennie. W tym okresie wskazana była także lekka dieta wysokobiałkowa. (częściowo dowód z opinii biegłego z zakresu neurochirurgii A. S. – k. 308-310, częściowo dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. M. – k. 435-439, dowód z opinii uzupełniających - k. 476-479, 509-510)

Stawka za usługi opiekuńcze w okresie od października 2011 roku do stycznia 2012 roku wynosiła 13 złotych za godzinę pracy opiekuna. (okoliczność bezsporna)

Po przebytych zakażeniach powód leczył się psychiatrycznie. Rozpoznano u niego zaburzenia depresyjne i lękowe na podłożu reaktywnym. Powód odczuwał niechęć do życia oraz obawę przed personelem medycznym. Przebyte zakażenie i jego konsekwencje odbiły się niekorzystnie na jego codziennym funkcjonowaniu. K. K. (1) nie mógł

przenosić ciężarów. Wstydził się chodzić z żoną do sklepu, gdyż to ona jako kobieta o drobnej budowie musiała nosić torby z zakupami. Po przebytych leczeniach nagminnie zdarza się, iż powód się zamyśla. Zdarzają mu się wybuchy złości. Odczuwa dyskomfort z powodu widocznej rany pooperacyjnej. (zeznania świadka I. K. – k. 92-94, wyjaśnienia informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

Z opinii biegłego z zakresu psychiatrii wynika, że K. K. (1) ma objawy reaktywnych zaburzeń depresyjnych z towarzyszącymi im organicznymi uszkodzeniami (...). Zaburzenia te pozostają w ścisłym związku z przebyta posocznica oraz zakażeniem gronkowcem i ich powikłaniami, jak też ze sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych przez pozwany szpital. We wrześniu 2013 roku nasilenie objawów depresyjnych było umiarkowane. Uszczerbek na zdrowiu związany z objawami depresyjnymi wynosi 10%. Z punktu widzenia biegłego psychiatry powód nie wymaga opieki osób trzecich. Powód w związku z leczeniem zaburzeń depresyjnych poniósł koszt dwóch prywatnych wizyt u psychiatrów oraz koszt leczenia farmakologicznego przez okres 2 miesięcy w wysokości 65 zł miesięcznie. W ocenie biegłego z zakresu psychiatrii leczenie psychiatryczne pacjentów po przebytej posocznicy powinno trwać co najmniej 6 miesięcy, albowiem posocznica jest ciężką chorobą ogólnoustrojową osłabiającą zdolności regeneracyjne organizmu. Powód nie kontynuował leczenia psychiatrycznego ponad dwie wizyty u psychiatry. Gdyby powód nie porzucił leczenia psychiatrycznego, nasilenie dolegliwości psychicznych byłoby mniejsze. W ocenie biegłego psychiatry powód wymaga dalszego leczenia. Występujący u niego poziom cierpienia psychicznego oceniono jako znaczny. (dowód z opinii biegłego psychiatry – k. 341-342, dowód z opinii uzupełniającej biegłego – k. 367v.-368)

K. K. (1) poniósł następujące koszty zakupu leków: w dniu 20 października 2011 roku – 61,84 zł, w dniu 9 listopada 2011 roku – 170,87 zł, w dniu 7 grudnia 2011 roku – 10,29 zł, w dniu 23 grudnia 2011 roku – 64,24 zł, w dniu 15 października 2011 roku – 94,12 zł, w dniu 17 października 2011 roku – 0,50 zł, w dniu 17 października 2011 roku – 156,72 zł, w dniu 12 października 2011 roku – 17,05 zł, w dniu 23 października 2011 roku – 27,98 zł. Ponadto powód poniósł koszty badań laboratoryjnych w wysokości 90 zł, a także zapłacił 340 zł za konsultację chirurgiczną. Łącznie poniesione przez powoda koszty leczenia po opuszczeniu przez niego Kliniki (...) w Ł., a wykazane paragonami i fakturami, wyniosły 1.033,68 zł. (faktury i paragony – k. 33-39)

Po opuszczeniu szpitala (...) przez pół roku przyjmował zastrzyki przeciwzakrzepowe. Jako że powód opuścił szpital z niewygojoną raną znacznych rozmiarów, żona powoda zakupiła dla niego specjalne opatrunki typu „sztuczna skóra”. Zakupiła ona łącznie 20 arkuszy takich opatrunków, przy czym jeden arkusz kosztuje około 10 zł. Powodowi po opuszczeniu szpitala zalecono dietę wzmacniającą, z tego tytułu rodzina powoda poniosła zwiększone wydatki na wyżywienie. (zeznania świadka I. K. – k. 92-94)

Przed hospitalizacją we wrześniu 2011 roku powód kilkakrotnie przebywał w szpitalach. W latach 2001 i 2004 K. K. (1) był operowany z powodu dyskopatii L5/S1. Oprócz dyskopatii C2/C4 ujawniono u niego nawrotową wypuklinę oraz bliznę L5/S1. (karta informacyjna – k. 26)

W dniu 4 października 2011 roku (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności postanowił zaliczyć K. K. (1) do znacznego stopnia niepełnosprawności. Orzeczenie wydano do 30 października 2012 roku. W orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności wskazano, że ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od 11 lipca 2011 roku. Przed październikiem 2011 roku powód legitymował się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym. W dniu 16 stycznia 2012 roku lekarz orzecznik ZUS orzekł, że K. K. (1) jest całkowicie niezdolny po pracy do 31 października 2012 roku, przy czym jako datę powstania niezdolności do pracy przyjęto 20 września 2011 roku. Na mocy decyzji (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności z 8 lutego 2016 roku powód K. K. (1) został zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Orzeczenie wydano do 28 lutego 2020 roku, zaś jako datę powstania ustalonego stopnia niepełnosprawności wskazano 1 listopada 2012 roku. (orzeczenie lekarza orzecznika ZUS – k. 47, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – k. 48 i 464, wyjaśnienia informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

Powód ma wykształcenie niepełne zawodowe w zawodzie mechanik. Pracował rok w wyuczonym zawodzie, a następnie dziewięć lat w bawelnictwie. Powód umówił się w sierpniu 2011 roku z J. S. – znajomym swojej teściowej, że od stycznia 2012 roku podejmie u niego pracę na stanowisku dziewiarza. Początkowo zawarta miała być umowa na okres próbny, w wymiarze czasu pracy obejmującym pół etatu, z wynagrodzeniem na poziomie 1.500 zł. J. S. poszukiwał pracownika z orzeczeniem o niepełnosprawności. Do zatrudnienia powoda nie doszło. J. S. nie zatrudnił nikogo na jego miejsce. Pracę, którą wykonywałby powód, wykonywał sam J. S.. We wrześniu 2012 roku J. S. nie poszukiwał pracownika. Ilość pracy w zakładzie (...) zależna jest od ilości zleceń. Zauważalna jest tendencja, że najwięcej pracy jest w początkowym okresie roku, gdyż wówczas przypada szczyt sezonu. (zeznania świadka J. S. – k. 95, informacyjne powoda w związku z dowodem z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 89-92 w zw. z k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

W kwietniu 2021 roku powód K. K. (1) odczuwał częste bóle głowy, niedowład ręki oraz „uciekanie” prawej nogi. Czasami ma problemy z ostrością widzenia. Powód w prawej ręce nie ma czucia w trzech palcach, zaś w lewej ręce w dwóch palcach. Powód kontynuował leczenie przez okres około jednego roku po opuszczeniu szpitala im. B. w Ł.. K. K. (1) zaprzestał leczenia z uwagi na odczuwaną traumę. Nie ma zaufania do lekarzy. Z dolegliwościami radzi sobie przy pomocy ziołolecznictwa, poprzez przyjmowanie leków przeciwbólowych oraz ćwiczenia. (dowód z przesłuchania powoda w charakterze strony – k. 661 od 00:10:36 do 00:24:36)

W dniu 27 października 2011 roku powód K. K. (1) wezwał Wojewódzki Szpital (...) w Z. do zapłaty kwoty 80.000 zł zadośćuczynienia za zakażenie posocznica, gronkowcem złocistym, do którego doszło podczas pobytu K. K. (1) na oddziale neurochirurgicznym w dniach od 12 do 26 września 2011 roku. Wezwanie do zapłaty nadano w placówce pocztowej listem poleconym w dniu 27 października 2011 roku. (wezwanie do zapłaty wraz z potwierdzeniem nadania – k. 49)

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na powołanych dowodach, tj. dokumentach prywatnych niekwestionowanych przez strony procesu, opiniach biegłych oraz zeznaniach świadków I. K., G. G. i J. S., a także zeznaniach powoda K. K. (1). Zeznania świadków I. K. i G. G. korespondowały ze sobą wzajemnie, a także z zeznaniami powoda. Różniły się one wprawdzie szczegółami (choćby częstotliwość napominania personelu pielęgniarского, kolejność pojawiania się u powoda poszczególnych objawów), lecz zdaniem Sądu ujawnione w zeznaniach rozbieżności stanowią przejaw naturalnej ulotności bądź niedoskonałości ludzkiej pamięci, nie podważając wiarygodności zeznań jako całości.

Czyniąc ustalenia faktyczne w sprawie, Sąd pominął zeznania świadków E. D. i M. O., gdyż świadkowie ci przyznali, że nie posiadają wiedzy istotnej dla rozstrzygnięcia sprawy. Świadek M. O., która jest pielęgniarką oddziałową na oddziale neurochirurgii pozwanego szpitala, w okresie pobytu powoda na oddziale przebywała na urlopie wypoczynkowym. Z kolei lekarz E. D. w okresie od 20 do 26 września 2011 roku miała tylko jeden dyżur, zaś w pozostałych dniach także korzystała z urlopu.

Kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy miał dowód z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych. W niniejszej sprawie na okoliczność prawdopodobieństwa zakażenia się powoda gronkowcem (...) w pozwanym szpitalu wypowiadało się dwóch biegłych z zakresu chorób zakaźnych – dr n. med. A. M. oraz dr n. med. A. B., a także biegły epidemiolog – dr n. med. A. T.. W tym zakresie Sąd ostatecznie oparł się na opinii biegłej A. M., albowiem opinia ta okazała się najbardziej wnikliwa, zwłaszcza gdy chodzi o analizę kwestii zaniedbań o charakterze organizacyjnym występujących w pozwanym Wojewódzkim Szpitalu (...). Zresztą należy podkreślić, że także biegły A. B. doszedł do tożsamyh wniosków co biegła A. M. co do prawdopodobieństwa zakażenia się przez powoda gronkowcem złocistym (...) w pozwanym szpitalu. Wprawdzie pisemna opinia biegłego była w tym zakresie niejednoznaczna, jednak podczas składania ustnej opinii uzupełniającej biegły A. B. przedstawił w klarowny i zrozumiały sposób mechanizm zakażeń gronkowcem złocistym (...), a także wprost wskazał, że „przebieg zakażenia powoda wskazuje na to, że zakażenie mogło nastąpić w trakcie operacji (nawet gdyby pacjent był nosicielem gronkowca i bakteria występowała u niego na skórze, miejsce operacyjne powinno zostać zdezynfekowane). Opinia biegłego A. T. budzi natomiast istotne zastrzeżenia w zakresie, w jakim biegły ustalił, że całościowa opieka nad pacjentem obejmująca przygotowanie do zabiegu operacyjnego, samo przeprowadzenie operacji jak również opiekę operacyjną była prowadzona w sposób

„właściwy, prawidłowy, zgodny z aktualną sztuką i wiedzą medyczną, adekwatny do stanu klinicznego pacjenta. Jak wynika z opinii biegłej A. M., brak jest w dokumentacji medycznej powoda informacji o zastosowanej okołoperacyjnej profilaktyce antybiotykowej. Biegła zwróciła także uwagę na zaniechanie pobrania materiału na posiew od powoda, do czego wskazaniem było sączenie z rany pooperacyjnej. Kwestie powyższe pominął biegły A. T., tak samo jak budzący poważne zastrzeżenia standard opieki pielęgniarskiej nad powodem.

W sprawie przeprowadzono także dowód z opinii dwóch biegłych z zakresu neurochirurgii – biegłej dr med. R. S. oraz biegłego dr n. med. A. T.. Obie opinie są zdaniem Sądu wartościowe, spójne i logiczne. Co istotne, biegli – działając niezależnie od siebie – dochodzą w swoich opiniach do podobnych konkluzji, stwierdzając, że sam zabieg usunięcia dysku C3/C4 u powoda został przeprowadzony prawidłowo. W tym miejscu należy zauważyć, że biegła neurochirurg dr med. R. S. w końcowej części opinii podstawowej zawarła szereg uwag odnośnie prawdopodobnego mechanizmu zakażenia powoda gronkowcem złocistym. Sąd uwagi te pominął przy ustalaniu stanu faktycznego, albowiem w ocenie Sądu kwestie te wykraczają poza specjalizację biegłego z zakresu neurochirurgii, a ponadto mają charakter spekulatywny.

Powód kwestionował opinię biegłego A. T. w szczególności w zakresie poczynionej przez biegłego konkluzji, że sam zabieg operacyjny został przeprowadzony w sposób prawidłowy. Wnosił o dopuszczenie dowodu z ustnej opinii uzupełniającej, wskazując że wydanie opinii nie zostało poprzedzone osobistym zbadaniem powoda przez biegłego, który nie stawiał się na wyznaczony termin badania, bez zasięgnięcia informacji odnośnie aktualnego stanu zdrowia powoda. Powód podkreślił, że biegły odnosił się w swojej opinii do zgłaszanych przez niego w 2014 roku zaburzeń chodu, nie uwzględniając jego aktualnego stanu zdrowia. Jak wynika z treści pisma procesowego, „powód nie wykluczał, że w przypadku poprawy sytuacji epidemicznej podda się badaniu przez biegłego przed wyznaczonym terminem rozprawy, na którą biegły zostanie wezwany do złożenia ustnej opinii”. Wobec wniosku powoda Przewodnicząca przed ostatnim terminem rozprawy zobowiązała powoda do złożenia aktualnej dokumentacji medycznej, na podstawie której biegły miałby wydać opinię uzupełniającą – pod rygorem pominięcia dowodu. Powód do dnia rozprawy dokumentacji takiej nie złożył, zaś na terminie rozprawy oświadczył, że nie kontynuuje leczenia, a zatem nie posiada żadnej nowej dokumentacji medycznej. W zaistniałej sytuacji Sąd na podstawie art. 235² § 1 pkt. 3 k.p.c. pominął dowód z opinii uzupełniającej biegłego z zakresu neurochirurgii jako nieprzydatny dla rozstrzygnięcia sprawy. Podkreślić należy, że celem dowodu z opinii biegłego neurochirurga było ustalenie, czy sam zabieg operacyjny we wrześniu 2011 roku został przeprowadzony w sposób prawidłowy, zgodny z aktualnymi wskazaniem wiedzy medycznej. W niniejszej sprawie dwaj biegli – niezależnie od siebie – potwierdzili prawidłowość przeprowadzania operacji; w ich ocenie wnioski taki można wywieść z wyników badań obrazowych z roku 2012. Nawet gdyby aktualnie stan zdrowia powoda budził zastrzeżenia, przesądzone zostało, że sam zabieg operacyjny był przeprowadzony prawidłowo. Aktualnie odczuwane przez powoda dolegliwości mogą mieć wiele przyczyn, niekoniecznie sięgających zabiegu operacyjnego z 2011 roku. Wątpliwym jest zdaniem Sądu, aby o nieprawidłowości przeprowadzenia u powoda zabiegu w 2011 roku decydować miały dolegliwości, które ujawniły się dopiero po kilku latach od zabiegu. Co istotne, powód nie kontynuuje leczenia, zatem brak jest dokumentacji medycznej mogącej w obiektywny sposób potwierdzić występowanie u powoda zgłaszanych dolegliwości. Stawiennictwa na terminie badania powód „nie wykluczył”. Powód nie kryje się z tym, że unika kontaktu z personelem medycznym. Nie wiadomo zatem, czy ostatecznie stawilby się na kolejnym terminie badania neurochirurgicznego. W zaistniałym stanie rzeczy wątpliwym jest, aby biegły miał dostateczny materiał do wydania ustnej opinii uzupełniającej. Zdaniem Sądu biegły nie może wydać opinii wyłącznie na podstawie zeznań strony, bez przeprowadzenia badania, do czego dążył powód. Zgłaszane przez powoda dolegliwości mają bowiem charakter subiektywny. Nie poddają się one weryfikacji przez biegłego w warunkach ustnej opinii uzupełniającej wydawanej na rozprawie.

aż 1.000 zł miesięcznie.

Sąd oparł się przy ustalaniu stanu faktycznego w niniejszej sprawie także na opinii biegłej z zakresu psychiatrii - E. W.. Opinię biegłej Sąd uznał – po ustnym uzupełnieniu - za spójną i wyczerpującą, popartą solidną analizą

zgromadzonej dokumentacji medycznej powoda oraz przeprowadzeniem pełnego wywiadu. Co istotne, biegła potwierdziła rozpoznanie postawione przez psychiatrę prowadzącego leczenie powoda.

Sąd pominął na podstawie art. 235² § 1 pkt. 3 k.p.c. dowód z opinii biegłego immunologa. Powód bowiem nigdy nie odbył leczenia z zakresu immunologii. Analiza jego dokumentacji medycznej nie pozwala na przyjęcie, aby przebyta sepsa miała aktualne znaczenie dla funkcjonowania układu odpornościowego powoda. Sam fakt, że powód nie może być dawcą krwi, nie stanowi zdaniem Sądu dostatecznego argumentu przemawiającego za koniecznością dopuszczenia dowodu z opinii biegłego z zakresu immunologii.

Jeśli chodzi o wysokość poniesionych kosztów leczenia po wypisaniu powoda ze szpitala do domu, Sąd poczynił ustalenia faktyczne w oparciu o przedłożone paragony i faktury, a także zeznania świadka I. K.. Brak było podstaw jednakże do zsumowania wszystkich pozycji ujawnionych na przedstawionych przez powoda paragonach i fakturach, albowiem te same zakupy apteczne dokumentowane były zarówno paragonami jak i fakturami. Ponadto, poszczególne faktury obejmowały także zakup środków i preparatów leczniczych w sposób oczywisty niezwiązanych ze schorzeniem powoda. Ustalając zatem koszty leczenia powoda, Sąd nie uwzględnił kosztów poniesionych na zakup testu ciążowego, preparatu L. oraz Kwiatu Malwy czarnej (k. 33 i 36). Jeśli chodzi o wysokość wydatków poniesionych w związku z leczeniem powoda, Sąd odmówił wiarygodności zeznaniom świadka I. K. w zakresie, w jakim wskazała, że na wyżywienie całej rodziny wydaje około 1.000 zł miesięcznie, zaś na specjalne produkty żywnościowe dla męża dodatkowo 800-1.000 zł. Zdaniem Sądu jest nieprawdopodobne, aby pięćosobowa rodzina osiągająca łączny dochód w wysokości około 3.000 zł wydatkowała aż 2.000 zł na samą żywność. Sprzecznym z zasadami doświadczenia życiowego byłoby uznanie, aby miesięczny koszt lekkostrawnej diety wysokobiałkowej kształtował się w 2011 roku na poziomie aż 1.000 zł miesięcznie.

Ustalając zakres niezbędnej powodowi pomocy osób trzecich po opuszczeniu przez niego szpitala w dniu 10 października 2011 roku Sąd skorzystał z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych – A. M. oraz biegłego neurochirurga – R. S.. Biegła A. M. wskazała, że powód wymagał pomocy osób trzecich przez 5 godzin dziennie w okresie 8 tygodni, zaś biegła R. S. wskazała, że powodowi pomoc osób trzecich była potrzebna przez aż 3 miesiące do chwili wygojenia rany pooperacyjnej, co nastąpiło w styczniu 2012 roku. Mając na uwadze rozbieżną treść powyższych opinii, a także zeznania powoda i jego rodziny, którzy wskazywali na długo utrzymującą się niesamodzielność powoda, a także zważywszy na stan psychiczny powoda, zakres doznanych obrażeń jak i znaczny stopień dolegliwości z nimi związanych Sąd ustalił, że powód wymagał pomocy osób trzecich do końca stycznia 2012 roku w wymiarze 3 godzin dziennie, z tym że w okresie pierwszych ośmiu tygodni w wymiarze 4 godzin dziennie.

Sąd pominął dowód z dokumentu prywatnego – zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez dr. n. med. J. K., który stwierdził u powoda przebyte zakażenie struktur kostnych oraz przeciwwskazania do przeprowadzenia u niego dalszych zabiegów neurochirurgicznych. Po pierwsze, złożona kopia dokumentu (k. 459) okazała się częściowo nieczytelna zarówno dla Sądu jak i dla biegłej (k. 478v), zatem nie sposób zweryfikować wniosków lekarza. Po drugie, ustalenie, że u powoda doszło do zapalenia tkanki kostnej wymaga przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego. Tymczasem żaden z opiniujących w niniejszej sprawie biegłych nie potwierdził wniosków dr. n. med. J. K..

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu jedynie w części.

Oczyszczając przedpole dla dalszych rozważań, wskazać należy, że Sąd na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. umorzył postępowanie w zakresie żądania zasądzenia renty z uwagi na cofnięcie pozwu ze skutkiem prawnym.

Przechodząc natomiast do rozważań dotyczących podtrzymywanych roszczeń, wskazać należy, że podstawa materialnoprawna zgłoszonych żądań w zakresie zadośćuczynienia w wysokości 30.000 zł oraz odszkodowania opierała się na treści art. 430 k.c., zgodnie z którym 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 powierzonej jej czynności. Poza

sporem pozostaje fakt, że przytoczona norma statuuje ogólne ramy odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zatem przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej (obecnie podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej- t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638) na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r., nr 10, poz. 116). Wina podwładnego jest przesłanką odpowiedzialności na gruncie art. 430 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, Lex, wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 roku, I ACa 12/09, Lex, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 roku, I ACa 852/12, Lex).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza (personelu medycznego) wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dostępnym dla lekarza. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo, w tym możliwość przewidywania skutków określonych działań lub zaniechań (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n., orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 roku, IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7, M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2010, s. 94, 206-207). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności ocenianej pod kątem określonego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza (wyroki Sądu Najwyższego : z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, OSP 2012/10/95, z dnia 18 stycznia 2013 roku, IV CSK 431/12, Lex nr 1275006).

Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, Lex nr 1275006).

Do błędów w sztuce lekarskiej w zaprezentowanym rozumieniu praktyka zalicza również tzw. zakażenia szpitalne, a zatem wprowadzenie do organizmu pacjenta na ogół chorobotwórczych drobnoustrojów przy lub w związku z wykonywaniem czynności medycznych przez podmiot leczniczy. W tym zakresie, oprócz prawidłowości samych czynności medycznych badane jest zachowanie standardów higieny i stan sanitarny jednostki, z działalnością której wiązane są roszczenia odszkodowawcze. Dla ustalenia odpowiedzialności za powstałe szkody wystarcza odpowiednio wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia w okolicznościach danej sprawy. Ścisłe udowodnienie faktu zakażenia w określonym miejscu i czasie jest bowiem często niemożliwe z uwagi na trudno uchwytny charakter zachodzących procesów biologicznych (por. W. Robaczyński, Zakażenia szpitalne – odpowiedzialność cywilna, Komentarz Praktyczny ABC nr 72594 i prezentowana tam analiza stanowiska orzecznictwa, a zwłaszcza wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 roku, III CKN 4/98, Prawo i Medycyna z 1999 r., nr 3, s. 135, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 roku, II CSK 285/07, Lex nr 490418).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że w sprawach dotyczących zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego, przy braku dowodu przeciwnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007 roku, III CSK 429/06, PiM2010/2/135). W jednostkach służby zdrowia z reguły bowiem zachodzi wzmożone narażenie na infekcje i ryzyko ich wystąpienia, i to pomimo odpowiedniego wykonywania zabiegów sterylizacji sprzętu, czy dezynfekcji i dekontaminacji pomieszczeń. Niemniej jednak w każdym wypadku należy wziąć pod uwagę także pozaszpitalne czynniki umożliwiające nastąpienie zakażeń, takie jak np. uprzednie nosicielstwo drobnoustroju u pacjenta, bądź członków jego najbliższej rodziny, czy też właściwości genetyczne. Doktryna i orzecznictwo wypracowały pewnego rodzaju „listę” okoliczności uzasadniających

zastosowanie domniemania faktycznego. Są nimi fakt, że pacjent w czasie przyjmowania do szpitala nie był zarażony chorobą, stwierdzenie w tym samym czasie w tym samym szpitalu innych przypadków zakażenia, negatywne oceny sanitarno-epidemiologiczne, niezachowywanie wymagań czystości sprzętu i personelu medycznego, „szpitalny” lub „pozaszpitalny” typ bakterii będącej źródłem choroby, upływ czasu od pobytu w szpitalu do stwierdzenia objawów zakażenia, odpowiadający przyjętym w medycynie okresom inkubacji choroby.

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 (art. 355 k.c.). Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów połączonych z możliwością naruszenia naczyń krwionośnych pacjenta, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.). W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta, to świadczy to, że tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego. Co do zasady fakt zakażenia świadczy o nie przestrzeganiu przez pozwaną placówkę medyczną podstawowych zasad przeciwdziałania zakażeniom, do czego zobowiązana jest przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.). Takie zaś działanie pozwanego Szpitala należy uznać za bezprawne i zawinione (uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2014 r., I ACa 1570/13, LEX nr 1477198).

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. 947). 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., (...) 118/83, OSNCP Nr 12/1983 poz. 201).

Sąd na podstawie całokształtu okoliczności sprawy, a w szczególności opinii dwóch biegłych z zakresu chorób zakaźnych – A. B. i A. M. doszedł do przekonania, że zachodzi wysokie, graniczące z pewnością prawdopodobieństwo, że powód został zakażony bakterią gronkowca złocistego podczas zabiegu operacyjnego w dniu 20 września 2011 roku. Strona pozwana nie obaliła domniemania faktycznego, że do zakażenia doszło w Wojewódzkim Szpitalu (...). W sprawie ujawniony został szereg okoliczności przemawiających za przyjęciem wersji zakładającej zakażenie

pacjenta K. K. (1) bakterią gronkowca złocistego w pozwanym szpitalu. Przy przyjęciu do szpitala pacjentowi nie wykonano wymazów mających potwierdzić bądź wykluczyć nosicielstwo gronkowca. Nie można zatem zdaniem Sądu zakładać – tak jak chce tego pozwany – że drobnoustroje chorobotwórcze zostały przeniesione w okolice rany operacyjnej ze skóry pacjenta. Wątpliwym jest, aby zakażenie nastąpiło przed przyjęciem do szpitala, a rozwinęło się w pełnoobjawową chorobę w trakcie hospitalizacji, gdyż K. K. (1) do szpitala został przyjęty w dniu 12 września 2011 roku, zaś objawy rozwijającej się sepsy pojawiły się u niego dopiero po około 10 dniach. Wreszcie należy wskazać, że K. K. (1) został zakażony szczepem gronkowca metycylinoopornego (...), który występuje głównie w środowisku szpitalnym, w odróżnieniu od gronkowca metycylinowrażliwego (...), występującego powszechniej w warunkach pozaszpitalnych. Co istotne, w 2012 roku w Wojewódzkim Szpitalu (...) wystąpiły 32 przypadki zakażenia gronkowcem złocistym (...), w tym aż 1/4 przypadków miała miejsce na oddziale neurochirurgicznym, gdzie przebywał powód, a zatem patogen staphylococcus aureus występował już wcześniej w miejscu hospitalizacji K. K. (1). Przyjmując wysoki stopień prawdopodobieństwa zakażenia gronkowcem złocistym w pozwanym szpitalu, Sąd miał także na uwadze, że w dokumentacji medycznej pozwanego biegła nie odnotowała faktu zastosowania profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej, co zdaje się być uchybieniem rażącym, a także budzący poważne zastrzeżenia ogólny poziom opieki nad pacjentem.

Ponadto, w przekonaniu Sądu Wojewódzki Szpital (...) obciąża szereg zaniedbań o charakterze organizacyjnym na polu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym. Wprawdzie w pozwanym szpitalu w 2011 roku funkcjonował Zespół (...), jednakże na podstawie dokumentacji przedstawionej przez szpital nie sposób przyjąć, że zespół ten faktycznie realizował zadania określone w ustawie z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W szczególności wątpliwości budzi kwestia zaznajamiania pracowników szpitala z obowiązującymi procedurami. Oczywistym jest bowiem, że sam fakt uchwalenia w drodze wewnętrznych zarządzeń określonych procedur mających przyczynić się do zmniejszenia ryzyka powstania zakażeń szpitalnych jest niewystarczający, skoro pracownicy szpitala o nich nie wiedzą i nie zostali zobligowani do ich stosowania. Nie wiadomo, czy w pozwanym szpitalu prowadzone były kontrole przestrzegania procedur. Na podstawie materiałów zgromadzonych w aktach sprawy nie sposób także stwierdzić, aby w szpitalu prowadzone były szkolenia personelu. Dają one jedynie podstawę do ustalenia, że na rok 2012 zaplanowano szkolenia dla personelu pielęgniarskiego oddziału neurochirurgicznego. Nie wiadomo jednak, czy szkolenia te zostały faktycznie przeprowadzone i jaka część personelu brała w nich udział. Brak jest informacji o szkoleniach personelu innego niż pielęgniarski. Istotnym jest także, że ze złożonej przez pozwanego szpitala dokumentacji wynika, że badania czystościowe nie były prowadzone w skoordynowany sposób. Do akt sprawy złożono jedynie kilka wyników badań czystościowych z materiału pobranego z wyposażenia oddziału neurochirurgicznego. Badania te przeprowadzono w dniach 14, 30 czerwca i 26 września 2011 roku. Brak jest wyników badań czystościowych z rąk personelu medycznego. Skoro we wcześniejszym okresie w roku 2011 u kilku pacjentów uzyskano wynik dodatni badań na obecność gronkowca złocistego szczepu (...) (k. 456), należało wdrożyć procedury naprawcze, chociażby częściej prowadzić wyrwykowe kontrole czystościowe, czego zaniechano. Pomimo licznych przypadków uzyskania na oddziale neurochirurgicznym dodatnich wyników badań na obecność gronkowca złocistego brak jest danych, aby Zespół (...) podjął jakiegokolwiek konkretne działania mające wyeliminować problem. Zdaniem Sądu na podjęcie takich działań nie wskazuje raport sporządzony w styczniu 2012 roku.

Powyższe okoliczności stwarzają zdaniem Sądu podstawę do przyjęcia, że nie obalono domniemania faktycznego, że do zakażenia powoda gronkowcem złocistym (...) doszło w pozwanym Szpitalu. Co więcej, ustalenia te dają podstawę do przyjęcia, że stało się tak w wyniku zawinionego działania personelu pozwanego Szpitala. Spełnione są zatem w ocenie Sądu przesłanki odpowiedzialności pozwanego z art. 430 k.c.

Zdaniem Sądu w niniejszej sprawie brak było podstaw do przyjęcia, aby powód swoim postępowaniem przyczynił się do zakażenia gronkowcem złocistym (...). Istotnie w dokumentacji szpitalnej znajdują się adnotacje personelu medycznego o niedyscyplinowaniu pacjenta. W pierwszej dobie po operacji opuszczał on oddział neurochirurgiczny. W ocenie Sądu postępowanie powoda nie zwiększało jednak w sposób istotny ryzyka zakażenia się gronkowcem (...), gdyż bakteria ta przenosi się zasadniczo poprzez bezpośredni kontakt pacjenta z patogenem (głównie przez niesterylne narzędzia używane do zabiegów lub brudne ręce personelu). Oczywistym jest w ocenie Sądu, że także spożywanie

żywności przygotowanej poza szpitalem nie zwiększało w sposób istotny ryzyka zakażenia gronkowce (...) ani też ciężkiego przebiegu choroby wywołanej tym drobnoustrojem. Zgromadzony materiał dowodowy nie dawał podstaw do ustalenia, aby powód samodzielnie zdejmował gorset ortopedyczny. Z ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie wynika, że przy gorsecie manipulował lekarz oraz pielęgniarka. Żona powoda istotnie podkładała gaziki pod gorset, tak aby oddzielić go od rany operacyjnej, lecz miało to miejsce już po tym, jak w ranie pojawił się wysięk ropny, a u powoda rozwinęły objawy chorobowe, zatem zachowanie to nie mogło przyczynić się do rozwoju zakażenia.

Stosownie do treści art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Art. 445 § 1 k.c. stanowi zaś, że w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Niewątpliwym jest, że powód w wyniku zawinionego działania pracowników pozwanego szpitala doznał rozstroju zdrowia. Powód dochodził ostatecznie od pozwanego kwoty 30.000 zł zadośćuczynienia za doznane krzywdy oraz 12.890 zł odszkodowania, obejmującego 1.102 zł kosztów leczenia, 4.368 zł kosztów opieki osób trzecich oraz kwotę 7.420 zł tytułem utraconych zarobków.

Zważywszy na wysokość dochodzonych żądań, rozważania w kwestii wysokości należnych powodowi sum rozpocząć należy od kwestii zadośćuczynienia. W orzecznictwie przyjmuje się, że zadośćuczynienie pieniężne, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c., ma na celu naprawienie szkody niemajątkowej wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych, stąd ustalając kwotę zadośćuczynienia należy mieć na uwadze rozmiar cierpień fizycznych związanych z zaistnieniem zdarzenia szkodzącego, jak i dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu oraz długotrwałego leczenia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 1 lutego 2005 roku, III APa 9/04, OSAB 2005/2/40, OSA 2005/12/33). Zadośćuczynienie ma zatem na celu złagodzenie doznanych przez poszkodowanego zarówno cierpień fizycznych, jak i psychicznych. Równocześnie wskazać należy, że przyznanego poszkodowanemu zadośćuczynienia nie należy traktować na zasadzie ekwiwalentności, którą charakteryzuje wynagrodzenie szkody majątkowej. Odpowiedniość kwoty zadośćuczynienia, o której mowa w art. 445 § 1 k.c. ma służyć złagodzeniu doznanej krzywdy, a jednocześnie nie być źródłem wzbogacenia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2000 roku, III CKN 582/98, LEX nr 52776). Przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia należy kierować się zasadą umiarkowania. Nie może być ona zbyt wysoka w stosunku do krzywdy doznanej na skutek wypadku, a jednocześnie musi być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, LEX nr 52766). Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2005 roku, II CK 771/07), przy określaniu wysokości przyznanego zadośćuczynienia winno się brać pod uwagę indywidualną sytuację poszkodowanego.

Zdaniem Sądu adekwatne do rozmiarów krzywdy powoda zadośćuczynienie winno kształtować się na poziomie nawet wyższym niż kwota żądana przez powoda. Sąd jednak zgodnie z regułą wyrażoną w art. 321 k.p.c. nie może wyrokować ponad żądanie. K. K. (1) udał się do Wojewódzkiego Szpitala (...) z powodu bólu kręgosłupa szyjnego. Zamiast jednak uzyskać złagodzenie dolegliwości, został zakażony bakterią gronkowca złocistego, co wywołało u niego uogólnione zakażenie (posocznica), skutkujące stanem zagrożenia życia. Zdaniem Sądu całokształt okoliczności sprawy pozwala na przyjęcie, że zakażenie nie stanowiło realizacji zwykłego ryzyka związanego z każdym zabiegiem operacyjnym, lecz było wynikiem nienależytej opieki okołoperacyjnej nad powodem. Istotnym dla oceny rozmiaru krzywdy powoda było, że personel Wojewódzkiego Szpitala (...) w początkowym okresie bagatelizował informacje powoda o pogarszającym się samopoczuciu. Nie został pobrany wymaz z sączącej się rany, co pozwoliłoby na wdrożenie sprawnego leczenia i być może uniknięcie rozwoju sepsy, stanowiącej stan zagrożenia życia. Istotne znaczenie dla ustalenia wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia miało ustalenie, że w wyniku działania pracowników szpitala powód doznał 10% uszczerbku na zdrowiu. Zakres cierpień fizycznych powoda w pierwszych miesiącach po przebyciu zakażenia był znaczny. Powód wymagał 14-dniowej hospitalizacji na specjalistycznym oddziale chorób zakaźnych, gdzie został przewieziony w stanie zagrożenia życia, z narastającą niewydolnością wielonarządową. Po opuszczeniu szpitala powód był osłabiony nie tylko fizycznie, ale także psychicznie. Stracił chęć do życia, rozwinęły się u niego zaburzenia depresyjne. Nie funkcjonował prawidłowo w środowisku rodzinnym, a także odczuwał dyskomfort,

gdy wychodził na zewnątrz, gdyż z uwagi na bliźnię był wytykany palcami. Istotnym jest, że powód stracił zaufanie do personelu medycznego, co wydaje się być częściowo zrozumiałym.

Powyższe okoliczności powodują, że kwota dochodzonego zadośćuczynienia rzędu 30.000 zł nie jest kwotą wygórowaną. W tym zakresie powództwo podlegało uwzględnieniu w całości.

Zasadnym pozostawało roszczenie K. K. (1) o zapłatę stosowego zadośćuczynienia na gruncie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (w dalszej części u.p.p.), które opierało się na zarzucie braku poszanowania godności pacjenta, a w konsekwencji prowadziło do naruszenia jego praw jako pacjenta.

W myśl art. 4 ust. 1 u.p.p. w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem doktryny i judykatury celem regulacji art. 4 ust. 1 u.p.p. nie jest osłabienie ochrony pacjenta poprzez wskazanie tych naruszeń dóbr, w przypadku których uzasadnione jest roszczenie o zadośćuczynienie. Z tego względu należy opowiedzieć się za istnieniem zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 u.p.p. Znaczenie art. 4 ust. 1 u.p.p. polega na tym, że wskazuje on *expressis verbis* te naruszenia praw pacjenta, które przesądzają o naruszeniu dobra osobistego. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta. Należy także zauważyć, że art. 4 ust. 1 u.p.p. – odmiennie niż art. 448 k.c. – wyraźnie wskazuje winę naruszającego jako podstawę żądania zadośćuczynienia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 roku, I ACa 745/14, Lex nr 1623928, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 kwietnia 2015 roku, I ACa 816/14, Lex nr 1711377, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 roku, I ACa 1767/15, Lex nr 2069290, komentarz D. K. do art. 4 u.p.p., Lex).

Zgodnie z dyspozycją art. 20 ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Przez godność ludzką rozumie się wartość jednostki wynikającą z samego faktu bycia człowiekiem. W realiach niniejszej sprawy naruszenie godności pacjenta jawi się jako oczywiste. Zdaniem Sądu w okresie od 21 września do 25 września 2011 roku K. K. (1) traktowany był przez personel medyczny przedmiotowo. Bagatelizowano dolegliwości zgłaszane przez pacjenta. Nie udzielono mu świadczeń medycznych odpowiadających współczesnym standardom cywilizacyjnym. Pacjent w trzeciej dobie po operacji dostał biegunki. Personel medyczny nie dbał o zmianę zabrudzonej pościeli, pomimo że rodzina pacjenta sama się o to dopominała. Zabrudzoną wodą kałową pościel powodowi zmieniała żona. Po nocy K. K. (1) leżał w zabrudzonej pościeli. W nocy osłabiony pacjent sam wstawał z łóżka, aby wytrzeć podłogę wokół niego. Personel nie reagował na uzasadnione potrzeby pacjenta. Przyciski do wzywania pomocy pielęgniarek nie działały, a na wezwania o pomoc nikt nie reagował, tak że zdesperowany pacjent chciał nawet wzywać pogotowie ratunkowe. Zdaniem Sądu powyższe naruszenia godności pacjenta miały charakter zawiniony. Wynikały albo ze zwykłego lekceważenia albo ze złej organizacji pracy na oddziale. Oczywistym dla Sądu jest, że realia pracy na oddziale szpitalnym powodują, że nie zawsze zmiana zabrudzonej pościeli może odbyć się natychmiast. O ile jednak nie jest ona możliwa w trybie natychmiastowym, winna zostać zaliczona – chociażby z uwagi na ryzyko przenoszenia patogenów – do czynności pilnych, zaś pacjent lub jego rodzina powinni zostać poinstruowani, że czynność ta zostanie wykonana w pierwszej możliwej chwili. W Wojewódzkim Szpitalu (...) takiej dbałości o poszanowanie godności pacjenta zabrakło, co zdaniem Sądu usprawiedliwia w całości zgłoszone żądanie w zakresie zadośćuczynienia.

Przechodząc do kwestii należnego powodowi odszkodowania, wskazać należy, że art. 444 § 1 k.c. stanowi, że w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty związane z pokryciem strat materialnych i kosztów leczenia. Odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki (koszty) pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne (niezbędne) i celowe (por. wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, M. Praw. 2008, nr 3, s. 116). Pojęcie „wszelkie koszty” oznacza koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu (wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, LEX nr 378025). Celowość ponoszenia wszelkich wydatków może być związana nie tylko z możliwością

uzyskania poprawy stanu zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu, jego niepogarszania (por. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, LEX nr 738127). Do kosztów objętych § 1 wspomnianego artykułu należą m.in.: koszty leczenia, koszt urządzeń kompensujących kalectwo, koszty specjalnego odżywiania, koszty celowe komunikacji pozostające w związku z chorobą, jak na przykład dojazdy do szpitala, na badania itp., przy czym dotyczy to nie tylko poszkodowanego, ale również członków jego rodziny opiekującej się nim. Co istotne strona dochodząca odszkodowania nie musi w każdym przypadku przedkładać dowodu z dokumentów wykazujących fakt poniesienia szkody oraz jej wysokości. Nie jest bowiem wyłączona możliwość dowodzenia takich okoliczności dowodami z zeznań świadków lub przesłuchania strony (zob. wyrok SA w Katowicach z dnia 23 lutego 2016 r., sygn. akt I A939/15, Legalis nr 1446404).

W ocenie Sądu powód wykazał, że wskutek zakażenia gronkowcem złocistym w pozwanym szpitalu poniósł koszty leczenia wyższe aniżeli dochodzona kwota 1.102 zł. Zsumowane koszty zakupu leków, środków opatrunkowych oraz wizyt lekarskich ujawnione na załączonych do pozwu paragonach i fakturach opiewają na kwotę 1.033,68 zł. Dodatkowo powód poniósł koszt dwóch wizyt prywatnych u psychiatry, koszt terapii farmakologicznej w związku z ujawnionymi zaburzeniami depresyjnymi (65 zł x 2 miesiące). Powód wymagał także lekkostrawnej diety wysokobiałkowej. W kontekście powyższego należy uznać, że dochodzona kwota odszkodowania w wysokości 1.102 zł jest kwotą niższą aniżeli poniesione koszty leczenia. W tym zakresie żądanie zasądzenia odszkodowania podlegało uwzględnieniu w całości.

Sąd uwzględnił także w całości żądanie zasądzenia odszkodowania obejmującego koszty opieki osób trzecich nad powodem. Sąd na podstawie analizy opinii biegłej R. S. oraz biegłej A. M. przyjął, że powód potrzebował przez pierwsze 8 tygodni po opuszczeniu szpitala pomocy przez 4 godzinny dziennie, zaś w dalszym okresie do końca stycznia 2012 roku w wymiarze 3 godzin dziennie. Jednocześnie fakt ponoszenia całego ciężaru opieki nad poszkodowanym w trakcie leczenia i rehabilitacji nieodpłatnie przez członków najbliższej rodziny nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku zwrotu kwoty obejmującej wartość tych świadczeń (patrz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 1969 r., sygn. akt I PR 28/69). W niniejszej sprawie powód przyjął stawkę wynagrodzenia na poziomie 13 zł za godzinę pracy, nie różnicując stawek na stawki obowiązujące w dniach roboczych oraz dniach wolnych od pracy. Strona pozwana nie zakwestionowała takiego sposobu wyliczenia stawki godzinowej, Sąd przyjął zatem tę okoliczność za przyznaną (art. 229 k.p.c.). Sposób wyliczenia odszkodowania przez powoda ($112 \text{ dni} * 3 \text{ godziny} * 13 \text{ zł/godzina} = 4.368 \text{ zł}$) nie budził zastrzeżeń ze strony Sądu. Sąd uwzględnił powództwo w zakresie odszkodowania obejmującego koszty opieki osób trzecich w całości.

Sąd nie znalazł natomiast podstaw do zasądzenia na rzecz powoda w ramach odszkodowania kwoty 7.420 zł z tytułu utraconych zarobków. Zgodnie z normą ogólną z art. 361 § 2 k.c. naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie wyrządzono mu szkody. Zdaniem Sądu powód nie sprostował obciążającemu go ciężarowi dowodu co do tego, że istotnie od stycznia 2012 roku podjąłby zatrudnienie u J. S.. W niniejszej sprawie ujawniło się kilka okoliczności przemawiających przeciwko takiemu ustaleniu. Po pierwsze, strony nie zawarły przedwstępnej umowy o pracę. Łączyło je jedynie ustne porozumienie o tym, że od stycznia 2012 roku K. K. (1) podejmie pracę u J. S.. Porozumienie takie nie ma charakteru wiążącego. Zostało ono zawarte na kilka miesięcy przed przewidywalnym terminem podjęcia zatrudnienia. Zgodnie z zasadami doświadczenia życiowego podstawowym kryterium decydującym o zatrudnieniu kolejnych pracowników w przedsiębiorstwie takim jak przedsiębiorstwo (...) jest kryterium ekonomicznej opłacalności. Zatrudnianie pracowników wprost zależy od ilości otrzymywanych zleceń i aktualnej kondycji przedsiębiorstwa. W niniejszej sprawie zwraca uwagę fakt, że J. S. nie zatrudnił nikogo w miejsce powoda, utrzymując, że sam przejął wykonanie prac, które miał na jego rzecz wykonywać powód. We wrześniu 2012 roku J. S. nie poszukiwał już pracowników. Powyższe okoliczności w ocenie Sądu poddają wątpliwość twierdzenia powoda o tym, że zatrudnienie u J. S. było pewne. Ponadto, nie jest wiadomym, czy gdyby nie doszło do zakażenia gronkowcem, stan zdrowia powoda pozwoliłby mu na podjęcie zatrudnienia. Stan zdrowia powoda już od lipca 2011 roku kwalifikował go do znacznego stopnia niepełnosprawności (wcześniej powód został zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności).

O odsetkach ustawowych oraz odsetkach ustawowych za opóźnienie orzeczono w oparciu o art. 481 § 1 k.c. Roszczenie odszkodowawcze oraz o zapłatę zadośćuczynienia stanowią świadczenia bezterminowe i winny one zostać spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do spełnienia świadczenia. Odsetki od zasądzonej kwoty 30.000 zł zadośćuczynienia za doznaną krzywdę Sąd zasądził od 15 listopada 2011 roku do dnia zapłaty. Z akt sprawy wynika, że w dniu 27 października 2011 roku pełnomocnik K. K. (1) wezwał Wojewódzki Szpital (...) w Z. do zapłaty kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia. W aktach sprawy brak jest wprawdzie dowodu doręczenia szpitalowi wezwania do zapłaty. Jednak nadanie wezwania listem poleconym stwarza zdaniem Sądu wzruszalne domniemanie faktyczne, iż adresatowi doręczono przesyłkę. Pozwany szpital domniemania tego nie obalił. Odsetki zasądzono od 15 listopada 2011 roku, biorąc pod uwagę przeciętny czas doręczenia korespondencji, a także czas niezbędny na zweryfikowanie przez szpital zasadności dochodzonego roszczenia. Podkreślić należy, że obowiązek niezwłocznego spełnienia świadczenia nie oznacza obowiązku natychmiastowego spełnienia świadczenia, lecz jedynie obowiązek spełnienia świadczenia bez nieuzasadnionej okolicznościami sprawy zwłoki. Z kolei odsetki od kwoty 5.000 zł zadośćuczynienia przyznanego w oparciu o art. 4 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c. zasądzono od 23 stycznia 2014 roku, albowiem żądanie obejmujące zadośćuczynienie należne w związku z naruszeniem praw pacjenta sformułowano w piśmie procesowym, którego odpis doręczono pozwanemu na rozprawie w dniu 22 stycznia 2014 roku.

Jeśli chodzi o odsetki ustawowe oraz ustawowe za opóźnienie w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego, należy zauważyć, że w pozwie powód sformułował żądanie zapłaty jedynie kwoty 1.102 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia. Przed wniesieniem pozwu powód nie wzywał pozwanego do zapłaty odszkodowania, a zatem odsetki ustawowe zasądzono od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, tj. od 31 maja 2012 roku. Żądanie zapłaty odszkodowania w związku z koniecznością sprawowania opieki osób trzecich nad powodem sformułowano natomiast dopiero w piśmie procesowym, doręczonym pozwanemu na rozprawie w dniu 22 stycznia 2014 roku, co uzasadniało zasądzenie odsetek od tej kwoty od 23 stycznia 2014 roku.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd oparł na zasadzie stosunkowego rozdzielenia kosztów procesu z art. 100 zd. 1 k.p.c., pozostawiając szczegółowe wyliczenie tych kosztów referendarzowi sądowemu na podstawie art. 108 § 1 k.p.c.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono jak w sentencji wyroku.