

Sygnatura akt II C 553/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 grudnia 2017 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca Sędzia SR A. S.

Protokolant sekr. sąd. M. U.

po rozpoznaniu w dniu 12 grudnia 2017 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa M. K. (1)

przeciwko Wojewódzkiemu Wielospecjalistycznemu Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powoda obowiązkiem uiszczenia tymczasowo wyłożonych przez Skarb Państwa kosztów sądowych;
3. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 1817 zł (jeden tysiąc osiemset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygnatura akt II C 553/14

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 11 czerwca 2014 roku skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Ł., powód M. K. (1) reprezentowany przez pełnomocnika w osobie adwokata, wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 9.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 września 2012 roku do dnia zapłaty tytułem częściowego odszkodowania i częściowego zadośćuczynienia, a także kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazano, iż podczas pobytu w pozwanym szpitalu w maju 2012 roku i przeprowadzonym tam zabiegu biopsji chirurgicznej guza uda lewego, powód został zakażony gronkowcem koagulazoujemnym szczepu metycylinoopornego. Podczas leczenia zakażonej rany pooperacyjnej powód nie mógł kontynuować pracy zarobkowej, wymagał pomocy osób trzecich, ponosił dodatkowe koszty leczenia. Powód sprecyzował, że na dochodzoną pozwem kwotę składa się kwota 1.500 zł tytułem odszkodowania (koszty lekarstw, maści, bandaży i opieki osób trzecich) oraz 7.500 zł zadośćuczynienia.

(pozew k. 2-4, pełnomocnictwo k. 5)

W odpowiedzi na pozew złożonej w dniu 3 września 2014 roku pozwany Wojewódzki Szpital (...) w Ł., reprezentowany przez pełnomocnika w osobie radcy prawnego, wniósł o oddalenie powództwa, oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu pozwany podniósł, iż kwestionuje roszczenie powoda zarówno co do zasady, jak i wysokości. Pozwany wskazał, iż

podczas leczenia powoda podjęto prawidłowe czynności medyczne, jakich wymagał stan zdrowia powoda, leczenie przebiegało zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, a zabiegi były wykonywane z zachowaniem zasad higieny oraz procedur zapobiegania szerzeniu się zakażeń, w tym zakażeń gronkowca.

Pozwany podniósł, iż powód został przyjęty do szpitala z powodu guza uda lewego powodującego niedrożność odcinkową tętnicy udowej powierzchniowej lewej z objawami przewlekłego niedokrwienia lewej kończyny dolnej. Podczas przeprowadzonej u powoda operacji, stwierdzono guz znacznych rozmiarów otoczony torebką łącznotkankową, zawierający bezpostaciowe masy. Podkreślono, iż z wysokim prawdopodobieństwem do zakażenia operowanego miejsca nie doszło w wyniku przeprowadzonej operacji, a podczas zranienia powoda nożem 3 lata przed operacją. W badaniu mikrobiologicznym wymazu pobranego z krwiaka w czasie operacji w pozwanym szpitalu, wyhodowano metycylinowrażliwego gronkowca koagulazoujemnego typowego dla środowiska pozaszpitalnego – mającego charakter endogenny, a miesiąc później w trakcie leczenia w poradni inny szczep – metycylinooporny. Pozwany podniósł zarzut przyczynienia się powoda do powstania oraz zwiększenia szkody. Powód dopuścił się zaniedbań w procesie swego leczenia, w szczególności w zakresie leczenia guza od 2009 roku, a także sam był źródłem zakażenia.

Odnosząc się do wysokości żądania zadośćuczynienia, pozwany wskazał, iż w jego ocenie jest ono wygórowane, zwłaszcza wobec niewykazania przez powoda okoliczności wskazujących na jego uszczerbek na zdrowiu z tym związany. W ocenie pozwanego żądanie powoda zapłaty odszkodowania nie zostało udowodnione.

Pozwany zakwestionował oznaczoną przez powoda datę początkową naliczania odsetek ustawowych od dochodzonej pozew kwoty zadośćuczynienia, wskazując, iż w dniu 9 września 2012 roku pozwany nie wiedział o roszczeniu powoda i decyzji ubezpieczyciela szpitala.

(odpowiedź na pozew k. 54-60, pełnomocnictwo k. 61, odpis krs k. 62-64)

W piśmie procesowym z dnia 10 stycznia 2017 roku pełnomocnik powoda podniósł, iż w toku niniejszego postępowania okazało się, że powód nie został poinformowany o pobraniu posiewu do badań bakteriologicznych w dniu 8 maja 2012 roku, a nadto faktu wykonania badań i ich wyników nie uwzględniono w założeniu dalszego leczenia powoda, w szczególności w zakresie antybiotykoterapii. W ocenie powoda wcześniejsze powzięcie wiedzy na temat istnienia bakterii pozwoliłoby na wdrożenie odpowiedniej antybiotykoterapii i uchronienie powoda przez komplikacjami oraz cierpieniem związanym z wyciekiem z rany. Zaniechanie szpitala naruszyło prawa pacjenta wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku, w szczególności prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Nadto naruszono prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Powód o wynikach posiewu nie został poinformowany także w trakcie konsultacji w oddziale chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej pozwanego szpitala w dniu 1 czerwca 2012 roku. Działanie i zaniechanie pozwanego szpitala stanowią podstawę do przyznania na rzecz powoda odpowiedniego odszkodowania i zadośćuczynienia.

(pismo k. 411-415)

W piśmie z dnia 1 lutego 2017 roku pozwany poinformował, że z dniem 7 stycznia 2017 roku zmianie uległa jego nazwa na Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł..

(pismo k. 421)

W piśmie z dnia 12 grudnia 2017 roku powód zmienił żądanie pozwu w ten sposób, że na dochodzoną od pozwanego kwotę 9.000 złotych składa się kwota 1.000 zł odszkodowania (koszty leków – 234 zł oraz koszty pomocy osób trzecich – 766 zł) oraz kwota 8.000 zł zadośćuczynienia za cierpienia związane z zakażeniem gronkowcem i uszczerbek

na zdrowiu z tym związany oraz naruszenie praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, oraz prawo do dodatkowej opieki pielęgniarstwa.

(pismo k. 453-453v)

Na rozprawie w dniu 12 grudnia 2017 roku powód popierał powództwo, a w przypadku nieuwzględnienia powództwa wniósł o nieobciążanie go kosztami procesu.

(protokół rozprawy k. 457)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniach 1 – 2 czerwca 2011 roku powód przebywał na oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala w B. w związku z pojawieniem się guza wewnętrznej powierzchni uda po powstałym ok. 1,5 roku wcześniej urazie (ugodzeniu nożem) uda lewego. Na podstawie wykonanych badań, w tym USG D. stwierdzono na wysokości niedroźnego odcinka tętnicy udowej lewej w tkankach miękkich uda widoczne rozległe dość dobrze ograniczone od okolicznych tkanek masy beznaczyniowe mogące odpowiadać organizującemu się krwiakowi. Powód został wypisany do domu z zaleceniem zgłoszenia się w ustalonym terminie (w dniu 7 czerwca 2011 roku) na Oddział (...) Ogólnej i Naczyniowej w Szpitalu im. (...) w Ł..

(dokumentacja medyczna k. 11, zeznania powoda k. 450 w zw. z informacyjnymi wyjaśnieniami k. 204-205)

W dniu 7 czerwca 2011 roku powód odbył konsultację chirurgiczną w pozwanym szpitalu. W dniu 22 lipca 2011 roku wykonano u powoda badanie D. a w dniu 21 grudnia 2011 roku badanie TK na podstawie skierowania z poradni chirurgii naczyniowej.

(dokumentacja medyczna k. 416-418, k. 424-425)

W dniach 7 – 9 maja 2012 roku powód przebywał na Oddziale (...) Naczyniowej, Ogólnej i Onkologicznej w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. w celu wyłuszczenia guza uda lewego powodującego niedrożność odcinkową tętnicy udowej powierzchownej lewej. W dniu 8 maja 2012 roku w trakcie wykonywania zabiegu chirurgicznego stwierdzono guz znacznych rozmiarów przyrastający do trzonu kości udowej, bez naciekania tkanek otaczających. Została przeprowadzona konsultacja onkologiczna, po której pobrano wycinki z guza do badania histopatologicznego i odstąpiono od dalszego wycinania guza. Podczas hospitalizacji powód otrzymał antybiotyk. W oparciu o wymaz z krwiaka pobrany z dnia 8 maja 2012 roku w badaniu bakteriologicznym wyhodowano szczep bakteryjny *S. epidermidis* (...), szczep metycylinowrażliwy. Przy wypisie do domu nie zalecono antybiotyku.

(dokumentacja medyczna k 12-13, 65-86v)

W dniu 31 maja 2012 roku powód zgłosił się do szpitala Wojewódzkiego im. (...) w B. w związku z ropnym wyciekami z łoży po guzie w dolnym biegunie rany. U powoda stwierdzono obecność rozległego nacieku 1/2 uda lewego ze stanem zapalnym i gorączką. Poszerzono ujście ropnie, założono dren, wypłukano ranę, mechanicznie usunięto treść ropnia i w komorze ropnia pozostawiono dren „zamarkowany zagiętą igłą”. Zalecono konsultację w placówce, w której powód był operowany.

(dokumentacja medyczna k. 14)

W dniu 1 czerwca 2012 roku był konsultowany w Oddziale (...) (...) Szpitala im. (...) w Ł.. Stwierdzono ropień w obrębie krwiaka. Skierowano powoda do leczenia w rejonowym oddziale chirurgii ogólnej.

(dokumentacja medyczna k. 15)

W dniu 2 czerwca 2012 roku powód zgłosił się na Izbę Przyjęć Szpitala w B.. Dokonano nacięcia ropnia. Z pobranego materiału do badania bakteriologicznego wyhodowano szczep bakteryjny: gronkowiec koagulazo-negatywny ((...)) oporny na: T., Gentamycynę, wrażliwy na C., C., B., oraz szczep K. ozaenae, oporny na A., wrażliwy na A., C., T., Gentamycynę, C..

(dokumentacja medyczna k. 33-34)

Badanie bakteriologiczne wykonane na Izbie Przyjęć Szpitala w B., na podstawie wymazu pobranego w dniu 4 lipca 2012 roku wykazało zakażenie S. coagulase neg (szczep – (...), oporny na C., Erytromycynę i O.. Wymaz z rany pobrany w dniu 14 sierpnia 2012 roku - S. coagulase neg (szczep – (...), oporny na C. C., Erytromycynę i O., Gentamycynę, T. i szczep E. faecalis – szczep oporny na C., Streptomycynę. Wymaz treści ropnej z dnia 3 września 2012 roku - E. faecalis, szczep oporny na Gentamycynę, C., Streptomycynę.

(dokumentacja medyczna k. 38-40)

Powód kontynuował leczenie w poradni (...) (...)w B. od 1 czerwca do 3 grudnia 2012 roku, gdzie w czasie wizyt dokonywano m.in. płukania rany płynami dezynfekującymi, zmieniano opatrunki, zalecano antybiotyki. W dniu 3 grudnia 2012 roku stwierdzono zagojenie rany i brak wskazań do rehabilitacji.

(dokumentacja medyczna k. 16-32, 41, zeznania powoda k. 450 w zw. z informacyjnymi wyjaśnieniami k. 204-205, zeznania świadka G. K. k. 201-202)

Powód o zakażeniu gronkowcem dowiedział się w szpitalu w B.. Zgodnie z zaleceniami lekarza zakażoną ranę płukał wodą utlenioną, przyjmował leki oraz otrzymywał zastrzyki. Jeździł na zmiany opatrunków do szpitala w B.. Powód przebywał na zwolnieniu lekarskim do końca 2012 roku. Nie korzystał z rehabilitacji.

(zeznania powoda k. 450 w zw. z informacyjnymi wyjaśnieniami k. 204-205, zeznania świadka G. K. k. 201-202)

W pozwanym szpitalu obowiązują procedury higieniczno-epidemiologiczne, które mają na celu zmniejszenie zagrożenia wystąpienia zakażeń. Procedury zapobiegania szerzeniu się zakażeniom określają metody utrzymania czystości w poszczególnych pomieszczeniach, co dotyczy ścian, sufitów, podłóg, sprzętu znajdującego się w salach, zasad postępowania ze sprzętem o charakterze inwazyjnym (chirurgicznym), metody przygotowania zespołu operacyjnego, jak również procedury związane ze stosowaniem antybiotyków. W pozwanym szpitalu funkcjonuje zespół do spraw kontroli zakażeń oraz komitet, nad którym nadzór sprawuje dyrekcja. W szpitalu przeprowadzane są kontrole przez Państwową Inspekcję Sanitarną, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz konsultantów wojewódzkich. (...) wewnętrzne wykonują kontrole wewnętrzne co najmniej dwa razy w roku.

(zeznania świadka J. B. k. 202-203, dokumentacja dotycząca działania zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych, sprawozdania kontroli zakażeń szpitalnych, protokoły kontroli inspekcji sanitarnej k. 107-184, k. 310-328)

W czasie zabiegu operacyjnego powoda zostały zachowane standardowe procedury zapobiegające zakażeniu obejmujące dokładne mycie chirurgiczne, odkażanie pola operacyjnego, stosowanie jednorazowych rękawiczek lateksowych, obkładanie pola operacyjnego jałowymi serwetkami, całkowite przebranie się personelu medycznego, stosowanie maski na twarz i okrycia głowy.

(zeznania świadka M. K. (3) k. 204)

Pierwszy materiał do badania bakteriologicznego, w którym wyhodowano gronkowcowy szczep bakteryjny (S. epidermidis – (...)) pobrano powodowi podczas zabiegu operacyjnego wykonywanego w celu usunięcia guza uda lewego (7-9 maja 2012 roku). W dacie zabiegu pobrany materiał z guza był zakażony gronkowcem. Stwierdzony

podczas zabiegu operacyjnego przyrost guza do trzonu kości udowej świadczy o zapalnym charakterze guza i o zakażeniu przewlekłym krwiaka, który był głęboko zlokalizowany i długo nie dawał objawów.

Zmieniająca się flora bakteryjna w przypadku kolejnych badań wykonywanych u powoda jest dość często obserwowana i jest wynikiem zarówno nadkażeń endogennych jak i egzogennych, które mogą być rezultatem czynności manualnych podczas zmieniania opatrunków, poszerzaniu drogi odpływu wydzieliny ropnia i z rany (z wykonanej przetoki i/lub założonego drenażu). Taka zmienność etiologii ma też związek ze stosowaniem antybiotyków, wobec których następuje lekooporność drobnoustrojów.

Podczas hospitalizacji powoda w pozwanym Szpitalu w dniach 8-9 maja 2012 roku podawano mu antybiotyk B., co było rutynowym postępowaniem prewencyjnym (okołooperacyjnym), a nie leczeniem przyczynowym. W zaleceniach wypisowych nie zaordynowano powodowi antybiotyku i dalsze leczenie uzależniono od wyniku badania histopatologicznego. Nie poinformowano powoda o leczeniu antybiotykowym w zależności od wyniku badania bakteriologicznego (posiewu) pobranego podczas zabiegu chirurgicznego z dnia 8 maja 2012 roku. Powód po wypisie ze szpitala w tamtym okresie wymagał obok leczenia chirurgicznego (nacinanie ropnia i poszerzenia drogi odpływu treści ropnej) leczenia antybiotykami.

U powoda doszło do wyleczenia zakażenia. Powód nie doznał uszczerbku na zdrowiu z tytułu zakażenia.

W pozwanej placówce zostały opracowane procedury mające na celu zapobieganiu zakażeniom szpitalnym, opracowano zasady odpowiedniego mycia rąk personelu, skóry przed zabiegami operacyjnymi, punkcjami, pobieraniem wycinków, opatrywaniem ran, procedury dezynfekcji narzędzi i postępowania z odpadami medycznymi. Do kontroli powyższych zasad postępowania powołano Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, który sporządza okresowe raporty o sytuacji epidemiologicznej poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala. W pozwanym szpitalu prawidłowo realizowane są opracowane procedury dotyczące postępowania przeciw epidemiologicznego. Leczeni w pozwanym szpitalu pacjenci byli w niewielkim stopniu narażeni na zakażenia wewnątrzszpitalne.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych k. 237-251, ustna opinia uzupełniająca k. 270-271)

Zabieg operacyjny wykonany u powoda w dniu 8 maja 2012 roku w pozwanym szpitalu nie miał wpływu na rozwinięcie się zakażenia u powoda. W chwili operacji krwiak uda był już zakażony. Zabieg operacyjny nie miał wpływu na przebieg zakażenia i długotrwałość leczenia powoda. Miał pozytywny wpływ na przebieg późnych powikłań urazu w postaci rany klutej – nie doszło do powstania uogólnionego zakażenia organizmu. W podobnych sytuacjach (nacięcie tkanki zakażonej) podawanie antybiotyku jest tylko sposobem na ograniczenie strefy zakażenia. Zasadniczym czynnikiem, który przedłużył leczenie powoda było jego opóźnienie (prawie roczne). W tym czasie krwiak (a więc martwa tkanka) uległ otorbieniu, powstała gruba warstwa tkanek zmienionych zapalnie, które następnie musiały ulec upłynnieniu i wydaleniu przez ranę. Powód otrzymał dwie dawki antybiotyku stosowane w rutynowej profilaktyce okołooperacyjnej. Dalsze leczenie powoda powinno odbyć się w poradni chirurgicznej, do której powód otrzymał skierowanie po opuszczeniu szpitala. Wykonane u powoda w 2011 roku badania D. i TK, jako badania obrazowe, nie mogły wskazywać na zapalny charakter guza. Wskazywały na utrwalone niedokrwienie obwodowej części kończyny dolnej i były wskazaniem do wpisania powoda na listę osób oczekujących na zabieg udrożnienia tętnicy udowej.

Leczenie zakażonego, zastarzałego krwiaka obejmującego tkanki miękkie jest procesem trwającym z reguły szereg miesięcy. Wszystkie tkanki zakażone, w tym torebka krwiaka muszą ulec rozpuczeniu i wydzieleniu. Antybiotyk nie przyspiesza tego zjawiska. Jego rolą jest ograniczenie zakażenia, nie dopuszczenie do jego rozszerzenia. U powoda nie doszło do rozprzestrzenienia się zakażenia.

(opinia biegłego chirurga k. 395-397, pisemna opinia uzupełniająca k. 433-435, ustna uzupełniająca opinia biegłego k. 455-456)

Sąd ustalił stan faktyczny na podstawie powołanych wyżej dowodów. Sąd przyjął, iż opinie wydane przez wyżej wskazanych biegłych, zostały sporządzone w sposób profesjonalny i przekonujący, a co za tym idzie posiadają

atrybut wiarygodności. Opinie biegłych były uzupełniane stosownie do wniosków strony powodowej. Zdaniem sądu, biorąc pod uwagę doświadczenie biegłych sądowych oraz ich specjalistyczną wiedzę, opinie przez nich sporządzone należało uznać w pełni za zrozumiałe, jednoznaczne, zupełne i logiczne. Zdaniem sądu biegli wyjaśnili w sposób precyzyjny motywy przyjętego przez siebie stanowiska i w sposób wyczerpujący je uzasadnili. Strona powodowa nie podważyła wniosków tych opinii, ani też nie wykazała sprzeczności czy braku logiki w rozumowaniu biegłych. Żadna ze stron nie wnosiła o dalsze uzupełnienie wydanych opinii.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

W pozwie powód upatrywał nieprawidłowości po stronie pozwanego szpitala w samym fakcie zaistnienia zakażenia gronkowcem, wskazując, że prawdopodobną przyczyną jego wystąpienia były niewłaściwe warunki sanitarne w czasie hospitalizacji. W dalszym toku postępowania wskazywał na błąd wynikający z faktu niepoinformowania go o pobraniu w czasie zabiegu operacyjnego materiału do badań bakteriologicznych i ich wynikach. Z wyjaśnień powoda wynika też, że w jego ocenie brak należytej informacji przyczynił się opóźnienia diagnozy i procesu leczenia.

Bezspornym było, że w maju 2012 powód był leczony w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. celu wyłuszczenia guza uda lewego powodującego niedrożność odcinkową tętnicy udowej powierzchownej lewej, powstałego na skutek ugodzenia powoda nożem w 2009 roku.

W sprawie ustalono, że w dacie zabiegu operacyjnego z dnia 8 maja 2012 roku pobrany od powoda materiał z guza zlokalizowanego w udzie lewym, był zakażony gronkowcem.

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 wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu 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. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż lekarz wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Ustalenie zasadności roszczeń powoda winno być rozpatrywane w świetle art. 415 k.c. Zgodnie z art. 415 k.c. kto ze swej winy wyrządził drugiemu szkodę, zobowiązany jest do jej naprawienia. Jak wskazuje się w orzecznictwie i literaturze przesłankami odpowiedzialności jest zaistnienie szkody, wystąpienie faktu, z którym ustawa czyni odpowiedzialnym określony podmiot oraz związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym, a szkodą przy czym szkoda winna być jego zwykłym następstwem. Wskazać należy na przepis art. 361 § 1 k.c., który wprowadza dodatkową przesłankę odpowiedzialności, a mianowicie zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Z normalnym (adekwatnym) związkiem przyczynowym w rozumieniu powołanego przepisu mamy do czynienia, gdy przyczyna była koniecznym warunkiem wystąpienia skutku, czyli bez tej przyczyny skutek by nie wystąpił (warunek sine qua non). Ponadto, takie powiązanie pomiędzy przyczyną, a skutkiem musi być typowym, oczekiwanym, „normalnym” w zwykłej kolejności rzeczy. Nie może być rezultatem jakiegoś wyjątkowego zbiegu okoliczności. Ocena czy skutek jest normalny powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego, a także zasad wiedzy naukowej, specjalnej. Wiedza specjalistyczna jest szczególnie istotna w sprawach, w których normalność skutku w rozumieniu art.361 § 1 k.c. nie jest dla laika ewidentna (tak między innymi Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 2

czerwca 1956 roku, 3 CR 515/56, OSN 1957 rok, nr 1 poz.24, Tadeusz Wiśniewski w pracy zbiorowej pod red. Gerarda Bieńka „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania.” Tom 1, Warszawa 2002 rok).

Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest, bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności.

Błąd medyczny nie jest pojęciem kodeksowym (przepisy nie definiują go), jednakże w literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że o błędzie medycznym możemy mówić w sytuacji, w której działanie lub zaniechanie działania jest sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 k.c. spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu.

Art. 444 § 1 k.c. przewiduje m.in., że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Natomiast art. 445 § 1 k.c. pozwala w takich wypadkach na przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, czyli szkodę niemajątkową, wyrażającą się w doznanym bólu, cierpieniu, ujemnych doznaniach psychicznych.

W świetle powołanych powyżej przepisów dla ustalenia odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarza podczas prowadzonego leczenia, szkody, jakiej miałby doznać powód wskutek działania lub zaniechania lekarza i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą a szkodą. Brak któregośkolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanego.

Przechodząc na grunt przedmiotowej sprawy, odnosząc się do pierwszego z zarzutów postawionego pozwanemu szpitalowi – w ocenie Sądu – wbrew twierdzeniom powoda do zakażenia powoda gronkowcem nie doszło na skutek niewłaściwych warunków sanitarnych w pozwanym szpitalu, a przeprowadzający zabieg operacyjny lekarze i personel medyczny wykonali swe obowiązki z należyłą starannością, w tym przy stosowaniu profilaktyki przeciwwakaźniowej.

Z dokonanych ustaleń faktycznych, a zwłaszcza z opinii biegłych, jednoznacznie wynika, że lekarze pozwanego szpitala przeprowadzili zabieg przy zachowaniu wszelkich dostępnych sposobów zapobiegania zakażeniom, w tym podali przed operacją powodowi antybiotyki. Ustalono, że najbardziej prawdopodobną przyczyną zakażenia powoda było zranienie powoda nożem wiele miesięcy przed zabiegiem operacyjnym (2009 rok). Ponieważ materiał do badania bakteriologicznego pobrano podczas zabiegu operacyjnego, wynika z tego, że w dacie zabiegu pobrany materiał z guza był zakażony gronkowcem. W opisie zabiegu operacyjnego w dniu 8 maja 2012 roku odnotowano, że zastano bezpostaciowe masy otoczone torebką łącznotkankową, guz przyrastał do trzonu kości udowej, co świadczy o zapalnym charakterze guza. Oznacza to, że u powoda doszło do zakażenia przewlekłego krwaka, który był głęboko zlokalizowany (po ugodzeniu nożem). Biegły chirurg wskazał także, iż zabieg operacyjny wykonany u powoda w pozwanym szpitalu nie miał wpływu na rozwinięcie się zakażenia, bowiem jak wynika z dokumentacji medycznej powoda, już w chwili operacji krwiak uda był zakażony. Biegły chirurg podkreślił również, iż od momentu nacięcia skóry do chwili pobrania wymazu minęło kilkanaście minut. W tym czasie nie mogło dojść do namnożenia się bakterii w takiej ilości, która

dawałaby pozytywny wynik wymazu bakteriologicznego. Zabieg operacyjny przeprowadzony u powoda miał charakter rutynowy, a w momencie wypisywania powoda ze szpitala nie było przesłanek do stwierdzenia u niego zakażonego krwika. W pozwany szpitalu obowiązuje prewencyjne, okołoperacyjne podawanie pacjentom antybiotyków, co też miało miejsce w stosunku do powoda.

Jak ustalono powód powinien mieć zlecone przyjmowanie antybiotyku po wypisaniu go ze szpitala w dniu 9 maja 2012 roku. Ustalono jednak także, że brak zlecenia antybiotykoterapii po opuszczeniu szpitala powoda nie miał wpływu na jego leczenie. U powoda nie doszło do rozprzestrzenienia się zakażenia. Leczenie ropnia obejmuje jego nacięcie. Podawanie antybiotyków nie mogło doprowadzić do wyleczenia ropnia.

Niezależnie od tego – jak wynika z zeznań żony powoda – miał w tym czasie przepisany antybiotyk przez lekarza z przychodni w R..

Nie ma więc podstaw do stwierdzenia braku staranności pozwanego szpitala przy stosowaniu profilaktyki przeciwwakaźniowej. Jak wynika z opinii biegłych działania personelu medycznego pozwanego szpitala w okresie leczenia powoda w tej placówce w pełni odpowiadały właściwym standardom medycznym i nie można wskazać w tym zakresie jakiegokolwiek uchybienia mogącego skutkować odpowiedzialnością deliktową. Wystąpienie u powoda zakażenia krwika uda lewego było natomiast konsekwencją powikłań urazu w postaci rany klutej uda powoda.

Oczywiście w orzecznictwie Sądu Najwyższego głoszone poglądy, iż w przypadku procesów lekarskich kiedy powód domaga się naprawienia szkód pozostających w związku z leczeniem konieczne jest ograniczenie wymagań dowodowych, co sprowadza się do wykazania jedynie prawdopodobieństwa zaistnienia danego zdarzenia (por. wyrok SN z dnia 23 marca 2007 roku, V CSK 477/06, Lex nr 470003). Jednakże wnioski zawarte w przeprowadzonych na gruncie rozpoznawanej sprawy opiniach, jak również pozostały zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, nie pozwalają na przyjęcie wystarczającego prawdopodobieństwa dopuszczenia się nieprawidłowości w pozwanej placówce względem powoda.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 159), w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego.

Stosownie do przepisu art. 448 k.c., w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Roszczenie o zadośćuczynienie oparte na art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z art. 448 k.c. jest samodzielnym i odrębnym żądaniem od roszczenia o zadośćuczynienie wywodzonego z tytułu szkody na osobie i opartego na przepisie art. 445 § 1 k.c.

Przepis art. 4 powołanej ustawy służy ochronie dóbr osobistych pacjenta, a decydujące o odpowiedzialności udzielającego świadczeń medycznych jest wyłącznie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinięcie podmiotu świadczącego usługę. W piśmiennictwie wskazuje się na istnienie zbiegu roszczeń z art. 448 k.c. i art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W efekcie znaczenie art. 4 ust. 1 ustawy 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 (tak między innymi wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi, I Wydziału Cywilny z dnia 27 listopada 2014 roku, I ACA 745/14, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 roku w sprawie IV CSK 431/12).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i

sanitarnym (art. 8 zd. 1 ustawy), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. (art. 9 ust. 1 i 2 ustawy) i prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (art. 34 ust. 1 ustawy).

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego działania personelu medycznego pozwanego szpitala nosiły cechy nieprawidłowości, co potwierdził biegły sądowy w dziedzinie chorób zakaźnych, wskazując, iż w zaleceniach wypisowych po hospitalizacji powoda w maju 2012 roku, nie wspomniano o leczeniu antybiotykowym w zależności od wyniku bakteriologicznego (posiewu) pobranego podczas zabiegu chirurgicznego w dniu 8 maja 2012 roku. W ocenie Sądu skutkowało to naruszeniem zagwarantowanego prawa do informacji uregulowanego w art. 9 ustawy o prawach pacjenta.

Działania lekarzy pozwanego szpitala w maju 2012 roku nie cechowała należyta podwyższona staranność, wymagana w kontakcie z pacjentem. Dla oceny zawinięcia lekarza w danej sytuacji, przydatny jest test oparty na pytaniu, czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej) (tak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 18 stycznia 2013 roku, w sprawie IV CSK 431/12). W rozpatrywanej sprawie odpowiedź na tak postawione pytanie jest pozytywna i przesądza o winie nieumyślnej w naruszeniu praw powoda, jako pacjenta. Powód w czasie hospitalizacji w pozwanym szpitalu otrzymał dawkę antybiotykoterapii. Biegły ds. chorób zakaźnych wyjaśnił, iż antybiotykoterapia powinna zostać wdrożona w stosunku do powoda już przy wypisie ze szpitala z uwagi na niejasną sytuację, z jakiego rodzaju zmianą operujący lekarze mieli do czynienia.

W ocenie Sądu nie poinformowanie powoda o pobraniu wymazu w czasie zabiegu operacyjnego i nie zlecenie dalszego leczenia antybiotykami było działaniem niewłaściwym, jednak niezastosowanie takiej procedury nie miało wpływu na leczenie powoda, gdyż mimo braku antybiotykoterapii nie doszło u powoda do uogólnienia zakażenia.

Zaniechania w powyższym zakresie, nie skutkowały krzywdą powoda, nie miały negatywnego wpływu na stan zdrowia powoda, zwiększenie dolegliwości bólowych, wydłużenie procesu gojenia, jak również proces rehabilitacji powoda. Zgromadzony w aktach sprawy materiał dowodowy nie pozwolił więc na ustalenie, by wskutek nieudzielenia powodowi pełnej informacji lekarskiej w czasie hospitalizacji, powód doznał krzywdy uzasadniającej zasądzenie na jego rzecz zadośćuczynienia.

W tym miejscu podkreślić należy, że przyznanie zadośćuczynienia nie jest obligatoryjne i zależy od uznania oraz oceny sądu konkretnych okoliczności sprawy, a także, że przy jego ustalaniu obowiązuje zasada miarkowania przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy oraz skutków doznanego uszczerbku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 1969 r., sygn. akt I PR 224/69). Z kolei w wyroku z dnia 29 września 2000 r. (sygn. akt V CKN 527/2000), Sąd Najwyższy wyraził stanowisko, iż wysokość zadośćuczynienia jest nacechowana daleko idącą uznaniowością sądu, znajdującą oparcie w konkretnie rozpatrywanej sprawie: „wysokość zadośćuczynienia powinna być określona z uwzględnieniem wszystkich okoliczności danej sprawy mających wpływ na rozmiar krzywdy doznanej przez poszkodowanego. Art. 445 k.c. daje podstawę do tego, że sąd może zasądzić odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia według swojej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy”. Co prawda orzeczenie to odnosi się do art. 445 k.c. ale nie ma żadnych przeciwwskazań by rozpatrywać je także na gruncie art. 448 k.c.

Mając na uwadze wszystkie okoliczności niniejszej sprawy, Sąd doszedł do przekonania, że powód w wyniku nie poinformowania go o pobraniu posiewu do badania bakteriologicznego i niewdrożenia antybiotykoterapii po wypisie nie doznał krzywdy, którą należałoby zrekomensować przez zasądzenie na jego rzecz stosownego zadośćuczynienia.

Tym samym, Sąd oddalił powództwo jako niezasadne.

Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Wytoczenie powództwa przeciwko określonej osobie wywołuje po jej stronie potrzebę podjęcia obrony

własnych interesów, a poniesione w tym celu koszty ustanowienia pełnomocnika są uzasadnione. Powód do końca powództwo popierał. Postępowanie w sprawie toczyło się ponad 3 lata i w tym czasie powód powinien liczyć się z możliwością przegrania sprawy i koniecznością zgromadzenia środków na poczet przyszłych kosztów postępowania. Powód przegrał proces w całości, dlatego Sąd w całości obciążył stronę powodową obowiązkiem zwrotu pozwanemu kosztów procesu w łącznej kwocie 1.800 złotych. Poniesione przez pozwanego koszty to wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego w kwocie 1.200 złotych, oraz zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego w kwocie 600 zł. W zakresie ustalania wynagrodzenia pełnomocnika pozwanego Sąd orzekł na podstawie § 6 pkt. 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490).

Na podstawie art. 113 ust.4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 623) Sąd nie obciążył powoda obowiązkiem uiszczenia tymczasowo wyłożonych przez Skarb Państwa kosztów sądowych, mając na względzie, że powód został obciążony kosztami na rzecz pozwanego, a także sytuację materialną powoda.