

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 28 grudnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Magda Inerowicz

Protokolant: prot. sądowy Aleksandra Kubiawicz

po rozpoznaniu w dniu 14 grudnia 2017 r.,

na rozprawie

sprawy z powództwa: **I. B. (1)**

przeciwko: **Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P.**

przy interwencji ubocznej: **Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W.**

o: zapłatę zadośćuczynienia, renty i ustalenie

1. zasądza od pozwanego (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P. na rzecz powódki I. B. (1) tytułem zadośćuczynienia kwotę 250.000 zł (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w terminie płatności od dnia 18 stycznia 2011r. do dnia zapłaty,
2. zasądza od (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P. na rzecz powódki I. B. (1) kwotę 67.200 zł (słownie: sześćdziesiąt siedem tysięcy dwieście złotych) tytułem skapitalizowanej renty wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 28 grudnia 2017r. do dnia zapłaty,
3. zasądza od (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P. na rzecz powódki I. B. (1) rentę w wysokości 800 zł (słownie: dwieście złotych) miesięcznie, płatną do dnia 15-tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w terminie płatności którejkolwiek z kwot, począwszy od stycznia 2018r.
4. ustala, że pozwany ponosi odpowiedzialność za szkodę mogącą powstać po stronie powódki w przyszłości w związku ze skutkami zabiegu przeprowadzonego w dniu 6 maja 2009r.,
5. w pozostałej części powództwo oddala,
6. nie obciąża powódki kosztami procesu,
7. kosztami procesu obciąża pozwanego w 42% i z tego tytułu:
 - a) zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 12.096 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
 - b) nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 22.050 zł tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych.

SSO /-/ M. Inerowicz

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 18 stycznia 2011 r. (data wpływu do tutejszego Sądu) powódka I. B. (1), reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, wniosła o zasądzenie od pozwanego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) z siedzibą w P.: kwoty 600.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznane i doznawane cierpienia fizyczne, psychiczne i moralne oraz kwoty 1.500 zł miesięcznie płatnej do dnia 15. każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki w płatności – tytułem renty w związku z całkowitą utratą zdolności do pracy, ze zwiększeniem potrzeb (koszty leczenia, całodobowej opieki, pobytu w Domu Pomocy Społecznej) oraz trwałą i rażącą utratą jakichkolwiek widoków na przyszłość (rażące obniżenie komfortu życia, brak samodzielności i możliwości poruszania się, brak jakichkolwiek perspektyw). Nadto powódka wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za mogące powstać w przyszłości u powódki następstwa dokonanego w maju 2009 r. zakażenia gronkowcem oraz o zasądzenie do pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w maju 2009 r. została przyjęta do szpitala pozwanego na Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, gdzie w dniu 6 maja 2009r. przeprowadzono u niej zabieg operacyjny w postaci endoprotezoplastyki całkowitej cementowej stawu biodrowego lewego. W dniu 21 maja 2009r. powódkę w stanie krytycznym przewieziono z pozwanego szpitala do niepełnosprawnej córki G. S., a następnie w dniu 23 maja 2009r. – wobec pogarszającego się stanu zdrowia – powódka została zabrana karetką pogotowia na ostry dyżur do Szpitala Wojewódzkiego w P. przy ul. (...) z rozpoznaniem: bakteriami gronkowcowa i odoskrzelowe obustronne zapalenie płuc. Powódka została później ponownie przewieziona do szpitala pozwanego, gdzie w dniu 29 maja 2009 r. przeszła operację oczyszczenia rany po operacji z dnia 6 maja 2009 r. W dniu 20 sierpnia 2009r. powódka została przewieziona na pobyt stały do Domu Opieki Społecznej przy ul. (...) w P., a w dniu 29 stycznia 2010 r. – wskutek wycieku ropnego z rany pooperacyjnej – I. B. (1) ponownie przewieziono do szpitala pozwanego, gdzie przeszła kolejną operację stawu biodrowego z usunięciem endoprotezy. W następstwie zabiegu operacyjnego z dnia 6 maja 2009 r. powódka nie może wstawać z łóżka, nie siada i wymaga całodobowej, nieustannej opieki. Po usunięciu endoprotezy stawu biodrowego i braku możliwości – z uwagi na stan zdrowia – wstawienia nowej endoprotezy, powódka trwale i nieodwołanie utraciła możliwość samodzielnego poruszania się, cierpi fizycznie, ponieważ rana nie goi się i wycieka z niej ropa z krwią. W ocenie powódki, jedyną przyczyną jej trwałej utraty zdrowia i cierpien fizycznych jest oczywisty i zawiniony błąd przez pozwanego oraz jego rażące zaniedbania, które spowodowały zakażenie miejsca operowanego gronkowcem w maju 2009 r. Wszelkie dalsze choroby i powikłania operacyjne były skutkiem zakażenia gronkowcem, za które winę ponosi wyłącznie pozwany. Aktualnie powódka jest osobą całkowicie niesprawną, niesamodzielną, bez żadnych szans na wyleczenie i poprawę komfortu życia, zmuszoną do leczenia w łóżku. Przed zabiegiem operacyjnym przeprowadzonym u pozwanego powódka była osobą w pełni ruchliwą, ponadto – pomimo pobierania świadczenia emerytalnego – była osobą aktywną zawodowo, pracując na pół etatu (k. 1-30).

Postanowieniem z dnia 28 stycznia 2011r. powódka została w całości zwolniona od kosztów sądowych w niniejszej sprawie (k. 32).

W **odpowiedzi na pozew** z dnia 22 lutego 2011 r. pozwany Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne (...) sp. z o.o. z siedzibą w P. reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu stanowiska pozwany wskazał, że w dniu przyjęcia do szpitala powódka była obciążona wieloma schorzeniami, a decyzja o jej zakwalifikowaniu do zabiegu operacyjnego została poprzedzona konsultacjami ze specjalistami: anesteziologiem i internistą, a także rozmową z samą powódką, której rzetelnie przedstawiono wszelkie zagrożenia oraz ryzyko związane z zabiegiem. Powódka miała zatem pełną świadomość wszystkich konsekwencji zabiegu chirurgicznego i wyraziła świadomą zgodę na jego przeprowadzenie. Wykonanie zabiegu odbyło się bezproblemowo i prawidłowo, bez powikłań infekcyjnych, a powódka została wypisana ze szpitala w stanie dobrym, skutkiem czego pozwany zakwestionował jakoby stwierdzone na dalszym etapie dolegliwości powódki miały

jakikolwiek związek z leczeniem przeprowadzonym uprzednio w pozwanym szpitalu, w tym zaprzeczył by stwierdzone u powódki zakażenie gronkowcem miało związek z przebytą u pozwanego operacją (k. 42-85).

Działające po stronie pozwanego jako **interwenient uboczny** Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. pismem z dnia 29 września 2011 r. wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz interwenienta ubocznego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych. Interwenient uboczny przy tym – w ramach uzasadnienia stanowiska – podniósł, że powódka nie wykazała jakoby do powstania szkody (zakażenia gronkowcem) doszło w placówce pozwanego, a nadto aby było one wynikiem zawinonego zachowania się lekarza lub personelu medycznego pozwanego szpitala (k. 141- 161).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 4 maja 2009 r. powódka I. B. (1) została przyjęta do placówki pozwanego – na Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) przy ul. (...) r. w P. – w celu wykonania zabiegu operacyjnego endoprotezy. Powódka przebywała w pozwanym szpitalu w okresie od 4 maja 2009 r. do 21 maja 2009 r. W momencie przyjęcia powódka miała 75 lat i cierpiała na bóle w lewym biodrze, co chciała wyleczyć. W ramach rozpoznania wstępnie odnotowano u powódki takie schorzenia jak: zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego lewego, skutkujące ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego, zespół chorego węzła zatokowego po wszczepieniu stymulatora, napadowe migotanie przedsionków, dusznicę bolesną i chorobę wrzodową żołądka.

W dniu 6 maja 2009 r. przeprowadzono zaplanowany zabieg operacyjny – endoprotezoplastykę całkowitą cementową stawu biodrowego lewego. Zabieg ten, pod względem technicznym został wykonany prawidłowo, zgodnie z sztuką medyczną.

Powódka w dniu 4.05.2009r. wyraziła pisemną zgodę na zabieg operacyjny oraz na przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych. Nie została na piśmie pouczona o możliwych powikłaniach, jak i metodach leczniczych.

Powódka od 5 maja 2009r. otrzymywała leki: Piramil, Biscocard, Torwacard, Controloc, Furosemid, Kaldyum, Digoksin, Opacorden, Clexan 2 x 0,6 podskórnie. Od 6 – 8.05.2009r. powódka przyjmowała Cefazolin (3 x 1 g.)

Wyniki badań laboratoryjnych krwi o powódki kształtowały się następująco: w dniu 5 maja 2009 r.: płytki krwi 181 K/ μ l, krwinki czerwone 4,34 M/ μ l, hemoglobina 8,2 mmol/l; w dniu 6 maja 2009 r.: płytki krwi 124 K/ μ l, krwinki czerwone 3,12 M/ μ l, hemoglobina 6 mmol/l, a w dniu 7 maja 2009 r.: płytki krwi 95K/ μ l, 60 K/ μ l, 66 K/ μ l, 64 K/ μ l; krwinki czerwone 3 M/ μ l, 3,07 M/ μ l, 1,98 M/ μ l, 2,2 M/ μ l; hemoglobina 5,6 mmol/l; 5,8 mmol/l; 3,7 mmol/l; 4,1 mmol/l; w dniu 8 maja 2009 r.: płytki krwi 54 K/ μ l; krwinki czerwone 3,19 M/ μ l; hemoglobina 5,9mmol/l. Przed operacją przeprowadzono badania krwi, lecz nie wykonano posiewów.

W trakcie zabiegu powódka utraciła łącznie 1200 ml krwi przez dren Redona, co oznacza, że faktyczna utrata krwi była znacznie większa (około dwukrotnie), na co również wskazują wyniki badania morfologii krwi. W trakcie zabiegu podano powódce krew oraz osocze, co było postępowaniem prawidłowym.

Powódka przed operacją zażywała lek przeciwzakrzepowy Warfin. Kardiolog zalecił na 5 dni przed operacją odstawienie leku Warfin i włączenie Clexane 0,6 ml dwa razy na dobę. Pięciodniowy okres wykonania zalecenia kardiologa przypadła na okres pobytu powódki w miejscu zamieszkania. Powódka w okresie pobytu w domu nie odstawiła preparatu Warfin i pierwszym momentem, kiedy go nie przyjmowała były dni: 4, 5 i 6 maja 2009 r., a zatem pewna ilość tego preparatu w czasie operacji i po niej znajdowała się we krwi powódki i spowodowała zmiany w układzie krzepnięcia.

INR – to wartość wskaźnika protrombiny u osoby, która jest zdrowa i u takiej osoby waha się w zakresie od 0,8 do 1,2. W przedłożonej dokumentacji medycznej brak jest wyniku INR z 4, 5 i 6 maja 2009 r. Wskaźnik INR, w dniu 7 maja 2009 r., a więc po zabiegu, wyniósł 2,71; w dniu 8 maja 2009r.: 2,76, a więc był nieprawidłowy. W karcie leczenia

szpitalnego powódki za okres od 4 maja 2009 r. do 21 maja 2009r. tj. wypisie wskazano, że wskaźnik badań INR określono na poziomie 1,33, co jest wartością zbliżoną do normy.

Powódka w przygotowaniu do zabiegu otrzymywała Cefalosporynę i Omeprazol (środek blokujący wydzielanie kwasu w żołądku), a oba te leki znacznie przedłużają działanie warfaryny. Wynik badania wskaźnika INR po operacji wskazuje, że wówczas działanie leku Warfin jeszcze trwało, a wartości INR przedoperacyjne były wyższe niż fizjologiczne.

Postępowaniem rekomendowanym jest skontrolowanie parametru INR w sytuacji zmiany leczenia przeciwzakrzepowego preparatem Warfin na Enoksyparynę. W przypadku zbyt wysokiej wartości INR rekomenduje się podanie odpowiedniej dawki witaminy K. Niewykonanie badania poziomu wskaźnika INR przed zabiegiem było postępowaniem nieprawidłowym.

Stosowanej u powódki Enoksyparyny (Clexane), w interakcjach, nie zaleca się łączyć jej z innymi lekami na układ krzepnięcia, a w razie ich równoległego stosowania należy stale monitorować parametry układu krzepnięcia. Okres półtrwania leki Warfin wynosi około 36 godzin, a brak ekskrecji z moczem powoduje, że trudno ją odwrócić nawet masywnymi dawkami witaminy K. Dla szybkiego odwrócenia działania warfaryny stosuje się preparaty zawierające czynniki krzepnięcia II, VII, IX i X (np. w postaci dostępnych w 2009r. beriplex, octaplex, prthromplex), a sama witamina K nie wystarcza. Ta terapia nie likwiduje wysokiego stężenia warfaryny w osoczu, ale przywraca normalną aktywność czynników krzepnięcia. Z tego względu do planowych zabiegów należy odczekać okres 3-5 dni i monitorować wskaźnik INR

Utrata krwi u powódki w czasie operacji była bardzo duża. Właściwe postępowanie, w tej sytuacji, wymagało zrobienia badania nie tylko morfologii krwi, ale również badania krzepnięcia krwi, żeby wiedzieć jak leczyć utratę krwi nie tylko uzupełnianiem traconych elementów krwi. Z tego względu, w okresie okołoperacyjnym, monitorowanie utraty krwi, jak i monitorowanie zachowania się układu krzepnięcia musi mieć charakter ciągły.

U powódki nie stosowano leków odwracających działanie warfaryny, co było postępowaniem nieprawidłowym, skutkiem czego z wysokim stopniem prawdopodobieństwa duży krwotok pooperacyjny u powódki był związany z działaniem preparatu Warfin, który ciągle jeszcze był obecny w jej organizmie.

Nadto monitorowanie u powódki krwawienia po zabiegu było opóźnione, co również było postępowaniem nieprawidłowym.

W dniu 7 maja 2009r. powódce kilkakrotnie zmieniano opatrunki z powodu przekrwienia, wymieniono dreny ssące z rany i z powodu słabej morfologii przetoczono krew. Pacjentka nie była pionizowana, była znacznie osłabiona, odbyła się konsultacja internistyczna. Wieczorem nastąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego – ponownie przetaczano krew, nawadniano i podawano leki zalecone przez internistę. Odstawiono lek przeciwzakrzepowy Clexane.

W dniu 8 maja 2009r. odnotowano stan ogólny powódki bez zmian, miała miejsce kolejna konsultacja internistyczna. Rozpoznano u powódki zespół wykrzepienia naczyniowego, usunięto dren z rany pooperacyjnej. Opatrunek był znacznie przekrwiony; zlecono okład z lodu, bo był duży obrzęk całego uda lewego. Wieczorem nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego – odbyły się konsultacje anestezjologa i chirurga.

Od dnia 9 maja 2009r. odnotowywano, że stan ogólny powódki poprawiał się. Od 12 maja 2009r. zaczęła się pionizacja i nauka chodzenia o balkoniku. W dokumentacji odnotowano, że rana goi się dobrze, prawidłowo, bez odczynu.

I. B. (1) po około 1,5 tygodnia od zabiegu zaczęła się skarżyć na złe samopoczucie, utratę apetytu, bóle brzucha i zdęcia po jedzeniu, w związku z tym udzielono jej konsultacji psychologicznej. Psychologowi powiedziała, że boi się iść do domu, bo nie wie czy poradzi sobie po powrocie do domu.

W dniu 17 maja 2009r. odnotowano, że dolegliwości bólowe nadbrzusza ustąpiły po wskazanych lekach. W dniu 18 maja 2009 r. odnotowano stan powódki ogólny dobry, rana goi się dobrze. Wskazano, że pacjentka nie chce iść do domu.

W dniu 19 maja 2009r. odnotowano stan ogólny dobry, prawidłowe gojenie rany, bez odczynu, kontrolne wyniki laboratoryjne dość dobre oraz że pacjentka nadal nie chce iść do domu.

W dniu 20 maja 2009r. nadal stwierdzono, że stan ogólny pacjentki jest dobry, rana goi się dobrze, planowany na dzień 21 maja wypis do domu. Odnotowano, że pacjentka potrafi samodzielnie chodzić o dwóch kulach łokciowych.

W dniu 21 maja 2009r. odnotowano, że stan ogólny pacjentki jest dobry, rana sucha i wygojona – usunięto szwy, wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami.

Powódka otrzymała przy wypisie zalecenia: chodzenia o dwóch kulach łokciowych z odcciążaniem kończyny dolnej lewej, zażywania leków internistycznych, dalszego leczenia i kontroli u lekarza rodzinnego oraz kontroli za 6 tygodni lub wcześniej w Poradni Ortopedycznej. Przed wyjściem do domu usunięto powódce cewnik.

W dniu 21 maja 2009 r. powódka została przewieziona do domku na terenie ogródków działkowych, gdzie przebywała wówczas niepełnosprawna, poruszająca się na wózku inwalidzkim córka I. G. S.. Stan powódki w tym dniu faktycznie był zły. Została przywieziona do domu karetką, na noszach, nie miała siły samodzielnie siedzieć, jeść i załatwiać potrzeb fizjologicznych.

Po jednym dniu przebywania u córki powódka poczuła się już bardzo źle, wezwano pogotowie, które przewiozło ją na ostry dyżur do Szpitala Wojewódzkiego w P. przy ul. (...).

W okresie od 23 maja 2009 r. do 28 maja 2009 r. powódka przebywała na Oddziale Kardiologiczno-Internistycznym z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej ww. placówki z rozpoznaniem: bakteriemia gronkowcowa, zwyrodnienie mięśnia serca w okresie względnej wydolności, nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa żołądka w wywiadzie, stan po endoprotezoplastyce całkowitej stawu biodrowego lewego, odoskrzelowe obustronne zapalenie płuc.

W trakcie pobytu wykonano posiewy z krwi oraz z wycieku z rany pooperacyjnej, z których wyhodowano gronkowca złocistego. Wyciek z rany pooperacyjnej, zakażony gronkowcem złocistym, świadczy o tym, że w dniu 21 maja 2009r. rana ta nie była jeszcze wygojona. Ponadto stwierdzono płyn w jamach opłucnowych i zapalenie płuc. W karcie gorączkowej odnotowano tor gorączki septyczny – występowały naprzemiennie wyższe temperatury do około 38 stopni i spadki do około 36 stopni.

Powyższe objawy składają się na obraz sepsy pooperacyjnej u powódki. Sepsa to ogólnoustrojowa odpowiedź zapalna na zakażenie.

Objawy sepsy mogły być przeoczone przez personel pozwanego szpitala z powodu braku odporności powódki, m.in. na skutek znacznej i długotrwałej utraty krwi, licznych przetoczeń masy krwinkowej, a co za tym idzie – braku wykładników zakażenia w postaci podwyższonej temperatury.

W normalnym organizmie człowieka we krwi nie powinno być żadnych bakterii i aby w posiewach bakteriologicznych z krwi można było wyhodować bakterie, to ich ilość musi być duża. Musi być zatem długi czas, aby bakterie mogły się w takiej ilości namnożyć – w przybliżeniu jest to czas powyżej kilkunastu dni. Takie stężenie bakterii w organizmie powódki nie mogło powstać w trakcie krótkiego pobytu powódki u córki.

Przyczyną rozwoju sepsy u powódki było wczesne pooperacyjne zakażenie wewnątrzszpitalne w czasie jej pobytu w pozwanym szpitalu w okresie od 4 – 21 maja 2009r.

Następnie przewieziono powódkę ze Szpitala Wojewódzkiego na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (...) Centrum Medycznego (...) w P., gdzie przebywała ona od 28 maja 2009 r. do 5 czerwca 2009 r. z rozpoznaniem: pooperacyjna niewydolność oddechowa, zakażenie miejsca operacyjnego po endoprotezoplastyce biodra, stan po rewizji rany operacyjnej, kardiomiopatia niedokrwienna i nadciśnieniowa z niewydolnością krążenia, stan po wszczepieniu stymulatora, zapalenie płuc, ostra niewydolność nerek.

W trakcie pobytu, w dniu 30 maja 2009r., wykonano rewizję pooperacyjną po endoprotezie stwierdzając krwiaka około 20 - 35 cm³, brak cech zapalenia w ranie, pobrano posiewy z krwiaka z treścią ropną w okolicy rany pooperacyjnej.

Stwierdzenie podczas ww. rewizji rany pooperacyjnej krwiaka, jest objawem niewłaściwym i stanowi miejsce powstania infekcji.

Z posiewu rany wyhodowano bakterie saprofityczne – paciorkowiec zieleniejący – *Streptococcus viridians*. Tego typu bakterie mogą być przyczyną zakażenia wokół implantów. Z posiewu zaś z drzewa oskrzelowego wyhodowano gronkowca złocistego. Wyniki te wskazywały na istniejące nadal zakażenie.

Powódkę, w stanie ogólnym dość dobrym, wydolnym krążeniowo przekazano w dniu 5 czerwca 2009 r. na Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii (...) w P., gdzie przebywała do dnia 7 lipca 2009 r. We wskazanym okresie u powódki rozpoznano: miażdżycowe i nadciśnieniowe uszkodzenie miejsca mięśnia sercowego w stadium niewydolności serca (NYHA II/III) utrwalone migotaniem przedsionków, stan po wszczepieniu stymulatora serca, stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego, infekcję dróg moczowych, niedomykalność mitralną i trójdzielną, a także niedokrwistość wtórną.

Powódka na ww. Oddziale była leczona internistycznie. Nie była tam praktycznie – poza ćwiczeniami oddechowymi i sadzaniem w ostatnich dniach pobytu na oddziale – rehabilitowana z powodu ciężkiego stanu.

W dokumentacji odnotowano również wzmiankę o obrzęku okolicy biodra lewego. Z rany chirurgicznej wyhodowano szczepy wrażliwe na tetracyklinę, bez wskazania nazwy szczepu.

W dalszej kolejności, od dnia 7 lipca 2009 r. do dnia 20 sierpnia 2009 r., powódka przebywała na Oddziale (...) Szpitala Miejskiego w P. przy ul. (...), z rozpoznaniem: miażdżycowe i nadciśnieniowe uszkodzenie mięśnia sercowego z utrwalonym migotaniem przedsionków, stymulator, niedomykalność mitralna i trójdzielną, niedokrwistość wtórna, stan po endoprotezo plastyce całkowitej stawu biodrowego lewego. Podczas przyjęcia do ww. szpitala u powódki stwierdzono stan średnio ciężki, kontakt logiczny, gronkowca w ranie pooperacyjnej, zakażenie układu moczowego. Z uwagi na niekontrolowanie przez powódkę potrzeb fizjologicznych założono jej cewnik i stosowano pampersy. Powódka wymagała pomocy w kamieniu. Podczas pobytu na tym oddziale stan powódki był stabilny, ale była ona apatyczna, wymagała opieki pielęgnacyjnej w zakresie karmienia, załatwienia potrzeb fizjologicznych, higieny osobistej. Nie była pionizowana, wykonywano u niej bierne ćwiczenia rehabilitacyjne i oddechowe.

Z ww. Oddziału I. B. (2), w dniu 30 lipca 2009r. została skierowana, a w dniu 20 sierpnia 2009r. przewieziona na pobyt stały do Domu Pomocy Społecznej przy ul. (...) w P., gdzie przebywa do dnia dzisiejszego.

W okresie wypisania ze Szpitala Miejskiego powódka była w stanie ogólnym dość dobrym. Występowały u niej bóle biodra lewego, nie była pionizowana, nie chodziła, były prowadzone rehabilitacje przyłóżkowe. Powódka musiała korzystać z pomocy w jedzeniu, higienie osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych.

W grudniu 2009r. u powódki wystąpiło nasilenie dolegliwości bólowych biodra lewego oraz występowały obrzęki, nadmierne ucieplenie tego biodra. Została więc skierowana do pozwanego szpitala celem leczenia specjalistycznego.

W dniu 29 stycznia 2010 r. powódka została ponownie przyjęta na Oddział (...) w P. – gdzie przebywała do 5 marca 2010 r. – z rozpoznaniem: stan po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lewego, septyczne obłuzowanie

protezy stawu biodrowego lewego, miażdżycowe i nadciśnieniowe uszkodzenie mięśnia sercowego, niewydolność serca NYHA II/III z utrwalonym migotaniem przedsionków, stan po wszczepieniu stymulatora, niedomykalność mitralna i trójdzielną, niedokrwistość wtórna, stan po zespole wykrzepiania naczyniowego.

W dniu przyjęcia stwierdzono zaczerwienienie wokół blizny oraz istnienie wyczuwalnego i bolesnego guza zapalnego. W dniu przyjęcia zostało wykonane nacięcie ropnia biodrowego z usunięciem treści i pobrano materiał na posiew.

W trakcie ww. pobytu powódki w placówce, w dniu 9 lutego 2010 r. usunięto endoprotezę stawu biodrowego i przetoczono 6 jednostek koncentratu krwinek czerwonych. Następnie było prowadzone leczenie opatrunkowe (wyciek z rany pooperacyjnej utrzymywał się do 1 marca 2010r.), farmakologiczne (antybiotykoterapia, internistyczne), przetaczano krew, leczenie rehabilitacyjne z próbą pionizacji o balkoniku.

Zalecono leczenie zachowawcze: rehabilitację, chodzenie o balkoniku, „fotelowy” tryb życia, konsultacje internistyczne i chirurgiczne, kontynuację profilaktyki przeciwzakrzepowej (Warfin) pod kontrolą wskaźnika (...) w Poradni Lekarza Rodzinnego, profilaktykę przeciwdleżynową i ćwiczenia oddechowe.

Wobec powyższego, od dnia 10 kwietnia 2010 r. powódka pozostawała pod opieką Poradni O.-Urazowej (...) w P., gdzie korzystała z leczenia ambulatoryjnego. Z domu pomocy społecznej była dowożona karetką pogotowia. Powódka zaprzestała uczęszczania do Poradni Ortopedycznej w kwietniu 2015, gdyż wizyty te nie były dla niej satysfakcjonujące, czuła się zbywana. Prowadzący - w ramach Poradni Ortopedycznej - leczenie powódki lekarz ortopeda K. S., skierował powódkę do kliniki ortopedii celem ewentualnej reoperacji, która miała polegać na osadzeniu tzw. endoprotezy rewizyjnej.

Powódka podjęła rehabilitację w Domu Pomocy Społecznej, w której zatrudniony jest rehabilitant. W Domu Pomocy Społecznej przy ul. (...) w P. rehabilitacja odbywała się zasadniczo codziennie – poza dniami świątecznymi. Ćwiczenia odbywają się na sali gimnastycznej. U powódki wykonywane są ćwiczenia ogólnorozwojowe oraz wzmacniające kończyny i ćwiczenia redresyjne (bierne rozciąganie stawów) kończyny dolnej lewej.

Powódka początkowo na niewielkich odległościach poruszała się o kulach oraz przy pomocy balkoniku. Obecnie, od kilku lat porusza się praktycznie tylko na wózku inwalidzkim.

Powódka obecnie ma ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowo – lędźwiowym, bez objawów bólowych i korzeniowych. W obrębie kończyn dolnych: prawej – ma pełną ruchomość i dobrą siłę. Lewa kończyna dolna jest skrócona o 8 centymetrów, z wygojoną blizną pooperacyjną i śladami po przetoce. Powódka ma w lewej kończynie zaniki mięśni – zwłaszcza podudzia i stopy. Staw skokowy i stopa są usztywnione w ustawieniu końskim, a przodostopie w ustawieniu szpotawym. Ścięgno Achillesa jest przykurczone, w mięsień brzuchaty łydki w dużym zaniku. Czynniki śladowe ruchy tą kończyną występują w podudziu i stopie. Powódka może zgiąć lewe kolano do ok. 70 stopni i ma niewielką ruchomość w stawie biodrowym. Powoduje to niemożność wykorzystania tej kończyny nawet jako podpory w chodzeniu o kulach czy balkoniku. Powódka może się poruszać tylko o wózku inwalidzkim.

Powódka nie może również stać samodzielnie, gdyż nie może się oprzeć na kończynie lewej. Możliwe jest stanie o kulach łokciowych i przy balkoniku.

Powstanie u I. B. (1) tak dużych zmian destrukcyjnych kończyny dolnej lewej nie jest możliwe poprzez źle prowadzoną rehabilitację czy też niechęć operowanej osoby do jej wykonywania. Tak duże zmiany mogły zostać spowodowane zakażeniem implantu, kilkakrotnym otwieraniem zakażonej rany pooperacyjnej, zaburzeniami krążeniowymi i neurovegetatywnymi, które najbardziej mogły być zlokalizowane w tej kończynie. W okresie złej kondycji fizycznej powódki (tj. wówczas gdy była osobą leżącą, załatwiająca swoje potrzeby fizjologiczne w łóżku, miała założony cewnik do pęcherza moczowego) rehabilitacja nie mogła być prowadzona.

Dowód: częściowo karty informacyjne leczenia szpitalnego (k. 5-15, k. 59-60, k. 67-84, k. 257-273, k. 295-299, k. 322-323v, k. 605), częściowo historii choroby, wyniki badań lekarskich powódki, wyciągi z książki operacyjnej

pozwanego odnośnie zabiegów z dnia 6.05.2009r. i 9.02.2009r., przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna (k. 54-66, k. 275-285, k. 287-294, k. 302-307, k. 310-311, k. 319-321, k. 548-602v, k. 604), skierowania do szpitala (k. 85, k. 286, k. 308), karty konsultacji lekarskich i zaleceń (k. 309, k. 312-318v, k. 603-604), oświadczenie z dnia 4.05.2009r. – zgoda na operację (oryginał w zbiorze dokumentów stanowiących załącznik do akt), notatka z konsultacji psychologicznej powódki w szpitalu (k. 57-58), skierowanie do (...) (k. 249), opinia biegłego lek. med. A. R. (1) z dnia 13 marca 2012 r. (k. 370-388), częściowo opinia uzupełniająca biegłego A. R. (1) z dnia 13 lipca 2013 r. (k. 447-452) oraz opinia uzupełniająca biegłego A. R. (1) z dnia 16 lipca 2015r. (k. 766-769), zaświadczenie o stanie zdrowia powódki z 21 maja 2015r. (k. 724), częściowo opinie dr. med. J. A. (1): z 21 czerwca 2014 r. (k. 515-526), opinia z 16 lutego 2015 r. (k. 670-677) oraz z 22 czerwca 2015 r. (k. 745-752), opinia Instytutu – Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Pracowni Ekspertyz Sądowo-Lekarskich (...) K. z dnia 29 maja 2017 r. (k. 944-948), częściowo zeznania świadka G. S. (protokół z 17 czerwca 2011 r. k. 101-103), częściowo zeznania świadka T. W. (k. 169-171), częściowo zeznania świadka J. M. (protokół z 6 września 2012r. – k. 235), częściowo zeznania świadka K. S. (protokół z 6 września 2012 r. – k. 235-237 oraz min. 01:58 – 18:00 e-protokołu z dnia 14.12.2017r. k. 1028-1029), częściowo zeznania świadków M. P. (protokół z 6 września 2012 r. – k. 237), częściowo zeznania świadka B. B. (protokół z dnia 6.09.2012r. k. 238), wyjaśnienia przedstawiciela Instytutu dr. med. P. K. w przedmiocie opinii z 29 maja 2017 r. (e-protokół z 10 października 2017r. – k. 1003-1007), wyjaśnienia przedstawiciela Instytutu dr. med. K. Z. w przedmiocie opinii z 29 maja 2017 r. (k. 1004-1007), częściowo zeznania powódki (min. 19:17 – 01:10:14 e-protokołu z dnia 14.12.2017r. k. 1029-1030).

Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w P. przeprowadził w pozwanej placówce zewnętrzną kontrolę interwencyjną w dniu 23 września 2009 r. w związku ze zgłoszeniem podejrzenia zakażenia bakteriami staphylococcus aureus MSSA (gronkowiec złocisty) i morganella morgani pacjenta hospitalizowanego w oddziale ortopedycznym i poradni ortopedycznej. W protokole z ww. kontroli (Nr E1-466/1/3-81/09) – w wynikach kontroli – w odniesieniu do stanu sanitarnego oddziału ortopedycznego odnotowano: „bez zastrzeżeń”.

Kontrolę wewnątrzszpitalnych procedur epidemiologicznych i higienicznych w zakresie przeciwdziałania zakażeniom przeprowadzono w dniu 9 listopada 2009 r. wskazując – w protokole kontroli Nr E1-466/1/1-41/09 w ramach zaleceń, uwagi i wniosków: „1). Zobowiązać pielęgniarkę oddziałową Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu do zapoznania podległego personelu z obowiązującymi procedurami w udokumentowaniu powyższego. 2) Opracować procedurę w ognisku epidemicznym”.

Wskazane procedury dotyczą profilaktyki zakażeń szpitalnych i mają na celu monitorowanie ww. zakażeń. Zbiór procedur profilaktyki zakażeń dotyczy informacji w zakresie bezpiecznego prowadzenia zabiegu operacyjnego, a sam proces monitorowania polega na identyfikacji i rejestracji faktu zakażenia przez Zespół ds. kontroli zakażeń przy współpracy z pracownikami oddziału szpitalnego. W 2009 r. odnotowano zakażenia szpitalne – jest to okoliczność dość powszechna i występuje w przypadku około 5% pacjentów. Fakt wystąpienia zakażenia u powódki nie został jednak odnotowany w rejestrach w związku z uznaniem – przez pozwanego – że przedmiotowe zakażenie nie miało związku z procedurami występującymi w szpitalu. O kwalifikacji danego zakażenia jako związanego z procedurami szpitalnymi decyduje zespół złożony z pracowników szpitala, przy czym zasadniczo nie rejestruje się tylko niektórych zakażeń szpitalnych o szczególnym charakterze. Wdrażane są procedury wyjaśniające jakie mogły być w danym przypadku przyczyny zakażenia. Inne analizy mają charakter zbiorczy.

Kontrole sanitarno-epidemiologiczne w pozwanej placówce mają miejsce kilka razy w roku i wynikają z obowiązków kontrolnych Sanepidu. Nadto przeprowadzane są kontrole zainicjowane wnioskami pacjentów oraz faktem wystąpienia szczególnego problemu w szpitalu o charakterze epidemiologicznym. System kontroli zakażeń szpitalnych funkcjonuje w placówce od wielu lat z uwagi na przepisy Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz. U. Nr 234, poz. 1570). Przy każdym podejrzeniu istotnego zakażenia szpitalnego – jak w przypadku zakażenia protezy – zespół kontroli zakażeń szpitalnych stara się określić, czy dane zakażenie ma rzeczywiście charakter zakażenia szpitalnego i jakie mogą być potencjalne przyczyny zakażenia. W przypadku zakażeń, do których dochodzi w ciągu roku od wszczepienia protezy pracownicy szpitala starają się ustalić, czy fakt wystąpienia zakażenia mógł mieć związek z wykonaniem procedury w pozwanej placówce, czy też zakażenie mogło powstać w wyniku procedur przeprowadzonych w innych szpitalach i przychodniach. Jeżeli

pracownicy pozwanego ustalą, że zakażenie wykazuje związek wykonywaniem procedury w pozwanej placówce, to wówczas zakażenia tego typu są rejestrowane. W przypadku powzięcia odmiennych wniosków, tj. że zakażenie mogło wystąpić w wyniku czynności wykonywanych w innych jednostkach służby zdrowia, czy na skutek działań pacjenta – wówczas nie uznaje się takiej sytuacji za zakażenie szpitalnego mające miejsce w pozwanej placówce. Zadaniem zespołu kontrolnego w szpitalu nie jest przy tym identyfikacja wszystkich zakażeń do jakich doszło na terenie szpitala – jest to zbyt czasochłonne. Wobec powyższego zespół ds. kontroli zakażeń sam określa jakie zakażenia chce monitorować, zakładając że nie jest w stanie zidentyfikować wszystkich zakażeń, do których dochodzi na terenie szpitala.

Okresowo u pozwanego wprowadzany jest obowiązek wykonywania badań mikrobiologicznych przy przyjęciu pacjenta – w zależności od sytuacji epidemiologicznej w P. i czynników ryzyka pacjenta do wprowadzenia do szpitala niebezpiecznego drobnoustroju. Nie jest to rutynowe badanie w przypadku wszczepiania endoprotez. W pozwanej placówce uznawano, że fakt nosicielstwa bakterii nie może skutkować niewykonaniem procedury medycznej i nie jest to bezwzględne przeciwwskazanie do przeprowadzania zabiegu. Uznawano, że stwierdzenie tylko niektórych drobnoustrojów może skutkować przykładowo zmianą antybiotyku stosowanego przed zabiegiem.

Wszczepione powódce implanty były sterylne.

Dowód: protokół kontroli Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w P. z dnia 23 września 2009 r. Nr E1-466/1/3-81/09 (k. 652-654v), protokół kontroli Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w P. z dnia 9 listopada 2009 r. Nr E1-466/1/1-41/09 (k. 655-658), zeznania świadka T. O. (protokół z dnia 18 czerwca 2015 r. – k. 737-740), wyciąg z księgi operacyjnej (k. 561), częściowo uzupełniająca opinia biegłego sądowego J. A. (1) z dnia 16.02.2015r. (k. 670-677).

Endoprotezoplastyka jest zabiegiem połączonym z obfitym krwawieniem. Przygotowując powódkę do zabiegu operacyjnego i znieczulenia nie uwzględniono w wykonanych badaniach konsultacyjnych oceny następstw utrzymywania implantu, jakim jest elektroda stymulatora, w dużym naczyniu krwionośnym, bowiem na jej powierzchni mogą gromadzić się bakterie, prowadząc do następnych możliwych procesów w obrębie zastawek, powodując okresowe uwalniania bakterii do krwi.

W przygotowaniu do zabiegu operacyjnego osoby w podeszłym wieku – jak powódki, z dodatkowo występującą u niej niewydolnością krążenia - nie uwzględniono możliwości kolonizacji zastawek i elektrody najczęściej występującymi patogenami jakimi są gronkowce.

Niewzięcie pod uwagę faktu wszczepienia stymulatora jest postępowaniem nieprawidłowym. U pacjenta, w tym u powódki, jeżeli stwierdzono by kolonizację bakteriami elektrody stymulatora, powinna być wdrożona długotrwała antybiotykoterapia, nawet do 2. tygodni przed zabiegiem – mając na uwadze, że zabieg był planowy, a nie nagły. Należało mieć na uwadze, że jedną z możliwości przedostania się bakterii do organizmu powódki było przecięcie skóry i wtargnięcie bakterii z zewnątrz do miejsca operowanego. Drugą możliwością jest przedostanie się bakterii, które znajdowały się wewnątrz organizmu pacjentki (np. na elektrodach albo zastawkach stymulatora) i w chwili obniżonej odporności, czy wykrwawienia, bakterie te przedostały się do operowanego miejsca drogą krążącej krwi. Najbardziej prawdopodobne – w sytuacji powódki – jest przedostanie się bakterii drogą wewnętrzną.

Proces septyczny (rozwój zakażenia) u powódki – z dużym prawdopodobieństwem - mógł zostać zatem wywołany produktami rozpadu bakterii, obecnymi w elektrodzie czy zastawkach stymulatora. Mógł on tj. ów proces septyczny, spowodować z kolei proces wykrzepienia wewnątrznaczyniowego (tj. zespół rozsianego wykrzepienia wewnątrznaczyniowego). Najczęściej, przyczyną zespołu wykrzepienia wewnątrznaczyniowego są czynniki bakteryjne (rozpad bakterii). Dopóki nie usunie się źródła wysiewu bakterii, leczenie zespołu wykrzepienia będzie nieskuteczne lub ograniczone.

Dowód: opinia Instytutu - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Pracowni Ekspertyz Sądowo-Lekarskich (...) K. z dnia 29 maja 2017 r. (k. 944-948), opinia biegłego lek. med. A. R. (1) z dnia 13 marca 2012 r. (k. 370-388), częściowo opinia uzupełniająca biegłego A. R. (1) z dnia 13 lipca 2013 r. (k. 447-452) oraz opinia uzupełniająca biegłego A. R.

(1) z 16 lipca 2015r. (k. 766-769), wyjaśnienia przedstawiciela Instytutu dr. med. P. K. w przedmiocie opinii z 29 maja 2017 r. (e-protokół z 10 października 2017 r. – k. 1003-1007), wyjaśnienia przedstawiciela Instytutu dr. med. K. Z. w przedmiocie opinii z 29 maja 2017 r. (k. 1004-1007).

Zakażenia miejsca operowanego (ZMO) nadal są głównym powikłaniem we współczesnej chirurgii. ZMO to zakażenie występujące do 30. dni po operacji lub do 12. miesięcy po wszczepieniu protezy lub innych implantów. ZMO rozpoznaje się na podstawie obecności co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych: gorączka, dreszcze, złe samopoczucie, bolesność rany, obrzęk i zaczerwienienie skóry, zwiększone ucieplenie, płynna zawartość surowicza lub ropna wydobywająca się po rozchyleniu brzegów rany. Do potwierdzenia zakażenia powierzchownego i głębokiego nie jest konieczne badanie mikrobiologiczne. Zakażenia w ortopedii i traumatologii narządu ruchu – w porównaniu z innymi dyscyplinami medycznymi – występują rzadko (częstotliwość występowania waha się, według różnych źródeł, od 1-4%). O tym, czy w konkretnym przypadku dojdzie do rozwoju ZMO, decyduje wiele czynników: czynniki ryzyka związane z pacjentem – wiek pacjenta i stan ogólny chorego, choroba podstawowa, choroby towarzyszące (niewydolność krążeniowo-oddechowa), niedokrwistość, niedobór albumin we krwi, przetoczenie krwi, ciała obce w polu operacyjnym (np. dreny), martwe przestrzenie i martwe tkanki w ranie.

Ze stanem zdrowia powódki wiązały się czynniki ryzyka rozwoju ZMO (wiek powódki, choroba zwyrodnieniowa układu kostno-stawowego, ogólny stan zdrowia, nieprawidłowy iloraz granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów), Czynniki te znacznie zwiększają odsetek ryzyka ZMO związany z zabiegami w czystym polu operacyjnym.

Obfite krwawienie z rany operacyjnej powódki spowodowało: ciężką niedokrwistość pokrwotoczną, utratę białek krwi (w tym albumin), konieczność masywnego przetaczania krwi i osocza, stałe utrzymywanie przemoczonego krwią opatrunku (w ciągu kilku dni po zabiegu operacyjnym), konieczność wymiany drenów Redona w pierwszej dobie pooperacyjnej, konieczność kontynuowania antybiotykoterapii. Wymienione powikłania pooperacyjne oraz bezwzględna konieczność ich leczenia stanowiły kolejne czynniki ryzyka ZMO.

Dowód: częściowo opinie: dr. med. J. A. (1): z 21 czerwca 2014 r. (k. 515-526), opinia z 16 lutego 2015 r. (k. 670-677), z dnia 16.02.2015r. (k. 670-677) oraz z dnia 22 czerwca 2015 r. (k. 745-752).

Usunięcie endoprotezy u powódki z uwagi było konieczne i było skutkiem wystąpienia u niej wczesnego zakażenia miejsca operowanego – po operacji wszczepienia endoprotezy w dniu 6 maja 2009r.

Jeśli u powódki nie doszłoby do powikłań w postaci zakażenia i w konsekwencji do usunięcia protezy, to mogłaby ona normalnie chodzić.

Okoliczności związane z procesem leczenia powódki i jej następstwa wywołały znacznie cierpienia u powódki, niezależnie od zastosowania leczenia przeciwbólowego, ponieważ ból nie w każdym przypadku daje się opanować.

Dowód: opinia biegłego lek. med. A. R. (1) z dnia 13 marca 2012 r. (k. 370-388), częściowo opinia uzupełniająca biegłego A. R. (1) z dnia 13 lipca 2013 r. (k. 447-452), wyjaśnienia przedstawiciela Instytutu dr. med. P. K. w przedmiocie opinii z 29 maja 2017 r. (e-protokół z 10 października 2017 r. – k. 1003-1007), wyjaśnienia przedstawiciela Instytutu dr. med. K. Z. w przedmiocie opinii z 29 maja 2017 r. (k. 1004-1007).

Przed zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego lewego z dnia 6 maja 2009 r. powódka mieszkała razem z niepełnosprawną córką G. S. w mieszkaniu komunalnym przy ul. (...) w P., ponosząc wspólnie koszty utrzymania lokalu. Przed zabiegiem I. B. (1) poruszała się samodzielnie i w zakresie zaspokajania swoich potrzeb życiowych była samodzielna.

Oplata za zajmowanie lokalu wynosiła w 2010r. 405,61 zł, w tym czynsz regulowany 268,21 zł. W 2011r. oplata ta wynosiła 440 zł, media: 30 zł za energię elektryczną, 25 zł za gaz.

Powódka była na emeryturze (wcześniej prowadziła własny zakład krawiecki). W 2009r. powódka do dnia 18 marca 2009 r. pracowała w portierni Domu Pomocy Społecznej przy ul. (...) w P., a zatrudnienie chciała również kontynuować po operacji.

Już po zabiegu – na skutek powikłań – powódka decyzją Prezydenta Miasta P. z dnia 30 lipca 2009 r. została skierowana do ww. Domu Pomocy Społecznej, ale już tam nie podjęła pracy pracuje.

W 2010 powódka była na emeryturze, która wynosiła ok. 1.188 zł, z czego 772,42 zł potrącano jej z tytułu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. Od 1 kwietnia 2010r. opłata na rzecz DPS wynosiła 831,25 zł miesięcznie.

W dacie wniesienia pozwu powódka wydawała ok. 250 zł na leki, 50 zł na zakup środków higieny osobistej, 65 zł na zakup żywności, 50 zł na zakup rzeczy osobistych.

Po wykonaniu zabiegu powódka cierpiała dotkliwy ból fizyczny, aktualnie również zażywa leki przeciwbólowe.

Aktualnie I. B. (1) ma dobre samopoczucie psychiczne. Nie korzysta z pomocy psychologa, ani psychiatry. Ma przekonanie, że może wykonać „przy sobie” wszystkie niezbędne czynności. Jest w dużej mierze samodzielna: sama się ubiera, myje, samodzielnie zjada posiłki. Nie korzysta z kąpieli, gdyż nie widzi takiej potrzeby. Wychodzi sama z DPS- u, poruszając się na wózku, ale wtedy, gdy jest dobra pogoda (brak deszczu, śniegu i mrozu). Wówczas robi sobie niezbędne zakupy w sklepie (...), gdzie może wjechać wózkiem inwalidzkim. Jeździ też sama do lekarza, jeśli musi udać się do specjalisty. Używa obuwia ortopedycznego.

I. B. (1) ma jednak poczucie, że „siedzi we więzieniu” i jest to dla niej największą dolegliwością.

W domu pomocy społecznej nadal ma rehabilitację w postaci masażu nóg i biernych ćwiczeń lewej nogi. Nie ponosi w związku z tym żadnych dodatkowych kosztów.

Wózek inwalidzki, z którego korzysta obecnie powódka został jej zakupiony przez córkę. Raz na 5 lat powódce przysługuje refundacja zakupu takiego wózka.

I. B. (2) pobiera świadczenie emerytalne w wysokości 1.700 zł, z czego 70 % tj. ok. kwotę ok. 1.190 zł potrąca się na rzecz DPS-u tytułem opłaty za pobyt w tej placówce. Powódce pozostaje do dyspozycji miesięcznie kwota ok. 500 zł. Z tej kwoty dopłaca 29 zł na rzecz DPS-u z tytułu posiadania pokoju jednoosobowego. Kupuje sobie leki przeciwbólowe, gdyż nadal odczuwa ból w nogach. Jest pod bieżącą opieką lekarza zatrudnionego przez DPS.

Obecnie zgłaszane przez powódkę dolegliwości i jej stan zdrowia są skutkiem zabiegu z dnia 6 maja 2009 r.

Związek przyczynowy pomiędzy zabiegiem z dnia 6 maja 2009r. a obecnym stanem zdrowia powódki jest bezpośredni.

Powoduje on całkowitą utratę zdolności do pracy, zwiększenie się potrzeb powódki w zakresie zapewnienia lokalu o specjalnym standardzie przystosowanym dla osób niepełnosprawnych, zapewnienia środków ortopedycznych do poruszania się (kule, balkoniki, wózki inwalidzkie, obuwie ortopedyczne). Powoduje też konieczność zapewnienia środków transportu do poruszania się po mieście w celu dojazdów do lekarzy, sklepu, ośrodków kultury, spacerów, wyjazdów np. do sanatorium i innych ośrodków leczniczych. Dodatkowo powódka wymaga zwiększonych nakładów na leki związane z możliwością wystąpienia nawrotów zakażenia (leki poprawiające krążenie, uwapnienie kości itp.) oraz leków przeciwbólowych. Potrzebna powódce też jest pomoc innych osób celem zapewnienia podstawowych potrzeb bytowych w zakresie codziennych zakupów, prania, sprzątania, pomocy przy kąpieli. Opieka osoby trzeciej jest potrzebna kilka godzin na dobę. Powyższe zwiększone zapotrzebowania i pomoc osoby trzeciej była niezbędna od dnia opuszczenia szpitala tj. 20 sierpnia 2009 r. i potrzebna jest nadal – prawdopodobnie do końca życia.

Rokowania co do stanu zdrowia powódki na przyszłość są złe. Zaawansowanie niekorzystnych zmian w układzie kostnym i mięśniowo – ścięgnistym z jej zniekształceniem i skróceniem o 8 cm nie rokuje uzyskania poprawy wydolności tej kończyny. Inwalidztwo powódki należy uznać za trwałe. Trwały uszczerbek na zdrowiu powódki mieści

się w granicach 40 – 60% z tytułu utraty stawu biodrowego. Poprawy komfortu życia powódki można upatrywać w zapewnieniu jej odpowiednich warunków bytowych i wyżej wskazanych

Pismem z dnia 2 kwietnia 2010 r. powódka reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika wezwała pozwanego do niezwłocznej zapłaty (jednakże w terminie nie późniejszym niż 14 dni od otrzymania wezwania) kwoty 360.000 zł tytułem naprawienia szkody spowodowanej trwałym uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia. Powyższe nie doprowadziło jednak do polubownego zakończenia sporu.

Dowód: oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku i dochodach powódki (k. 20-23), dokumenty dotyczące wysokości opłat w lokalu (k. 28), decyzja ZUS (k. 26-27), wezwanie do zapłaty z dnia 2 kwietnia 2010 r. z potwierdzeniem nadania i odbioru (k. 6-19), decyzja z dnia 28 kwietnia 2010 r., znak: MOPR-VI-4031/808/10 (k. 24-25), opinia biegłego lek. med. A. R. (1) z dnia 13 marca 2012 r. (k. 370-388) oraz częściowo opinia uzupełniająca biegłego A. R. (1) z dnia 13 lipca 2013 r. (k. 447-452), pismo z ZUS z dnia 4 marca 2010 r., znak: 08585489-1/05/RE (k. 2627), decyzja z dnia 30 lipca 2009 r., znak: MOPR.S.2555/4031/244/09 (k. 249- 249v), zaświadczenie o stanie zdrowia powódki z dnia 21.05.2015r. (k. 724), częściowo zeznania świadków: G. S. (protokół z 17 czerwca 2011 r. k. 101-103) i świadka K. S. (protokół z 6 września 2012 r. – k. 235- 237 oraz min. 01:58 – 18:00 e-protokołu z dnia 14.12.2017r. k. 1028-1029), częściowo zeznania powódki (min. 19:17 – 01:10:14 e-protokołu z dnia 14.12.2017r. k. 1029-1030).

Pozwanego – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne (...) sp. z o.o. w P. – w 2009 r. łączyła umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczenia usług medycznych z Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w K. – Oddział P., ul. (...), (...)-(...) P..

Dowód: polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Nr 00-09-447- (...) z dnia 18 lutego 2009 r. (k. 53).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie:

- wyżej wymienionych dokumentów (cz. oryginałów – jako załącznik do akt), przy czym niektórych – częściowo, co zostanie omówione poniżej,
- częściowo zeznań świadków: G. S. (k. 101-103), T. W. (k. 169-171), J. M. (k. 235), M. P. (k. 237), B. B. (k. 238), K. S. (k. 235-237 oraz k. 1028-1029),
- częściowo opinii biegłego A. R. (opinii głównej z dnia 13 marca 2012 r. k. 370-388, uzupełniającej z dnia 13 lipca 2013 r. k. 447-452 oraz opinii uzupełniającej z dnia 16 lipca 2015r. k. 766-769),
- częściowo opinii biegłego sądowego dr. med. J. A. (1) (głównej z dnia 21 czerwca 2014 r. k. 515-526 oraz uzupełniających z dnia 16 lutego 2015 r. k. 670-677 i 22 czerwca 2015 r. k. 745-752), jak i
- opinii Instytutu – Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Pracowni Ekspertyz S.-Lekarskich (...) J. w K. z dnia 29 maja 2017 r. (k. 944-948) oraz ustanych wyjaśnień przedstawicieli Instytutu do opinii z 29 maja 2017 r.: dr. med. P. K. (k. 1003-1007) oraz dr. med. K. Z. (k. 1004-1007),
- częściowo zeznań powódki (k. 1029-1030).

W rozpoznawanej sprawie istotnymi dowodami były przede wszystkim opinie biegłych oraz Instytutu.

Jeśli chodzi o opinię biegłego ortopedy A. R. (1), to przede wszystkim należy wskazać na opinię z dnia 13 marca 2012r., w której biegły opisał przebieg leczenia powódki od 4 maja 2009r. do 5 marca 2010r. Wskazał, że z uwagi na brak pełnej dokumentacji medycznej nie jest możliwe udzielenie odpowiedzi na pytanie czy wykonany u powódki w dniu 6 maja 2009r. zabieg endoprotezoplastyki był zabiegiem przeprowadzonym prawidłowo. W tej kwestii, ww. biegły wypowiedział się w opinii uzupełniającej z dnia 16 lipca 2015r., gdzie pozytywnie odpowiedział na to pytanie, przy czym dotyczyło to ściśle sposobu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w dniu 6 maja 2009r., a nie przygotowania powódki do ww. operacji oraz leczenia pooperacyjnego, co wynika z treści tej opinii. Co do prawidłowości samego

postępowania w trakcie zabiegu operacyjnego wypowiedział się również w swojej opinii pisemnej z dnia 29 maja 2017r. – Instytut. Biegły A. R. – w opinii uzupełniającej z dnia 13 lipca 2013r. oraz 16 lipca 2015r. miał zastrzeżenia co do postępowania personelu pozwanego szpitala w zakresie przygotowania powódki do spornego zabiegu, a to w związku z zażywaniem przez nią przed operacją leku Warfin o działaniu przeciwzakrzepowym (powódka zażywała go na stałe w związku z wszczepieniem jej stymulatora serca). W ocenie bowiem biegłego A. R., znaczna utrata krwi u powódki, która wystąpiła w czasie operacji oraz zaburzenia krzepnięcia (zespół wykrzepienia wewnątrznaczyniowego), które wystąpiły po zabiegu, a które to z kolei pozostają w związku z wystąpieniem u powódki zakażenia miejsca operowanego (ZMO), mogły być skutkiem skumulowania działania leków podawanych przed przyjęciem do szpitala i podawanych w szpitalu (Warfin i Clexane). Zdaniem biegłego A. R. lek Warfin powinien być odstawiony około 2 tygodnie przed zabiegiem i należało go zamienić na leki podawane podskórnie np. Clexane, Fraxiparine tj. takie, jakie zalecono powódce po przyjęciu do szpitala w dniu 4 maja 2009r. W opinii z 16 lipca 2015r. biegły ortopeda stwierdził jednak, że w tym zakresie winien wypowiedzieć się jednak biegły anestezjolog albo internista.

Z tego też względu, celem ustalenia przyczyn wystąpienia u powódki zespołu rozlanego wykrzepienia wewnątrznaczyniowego po zabiegu protezoplastyki lewego stawu biodrowego u powódki, w szczególności czy wykonano zalecenia kardiologa odstawienia na co najmniej 5 dni przed zabiegiem leku Warfin, a jeśli nie to jakie były skutki dla zdrowia powódki skumulowanego działania leków przeciwzakrzepowych i wpływ na powstanie u powódki ww. zespołu wykrzepienia oraz ZMO (zakażenia miejsca operowanego) Sąd postanowił przeprowadzić dowód z opinii Instytutu. Opinia pisemna Instytutu - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Pracowni Ekspertyz Sądowo-Lekarskich (...) J. w K. została sporządzona dnia 29 maja 2017 r.

W tym miejscu wskazać należy, że podobnie jak biegły ortopeda lek. med. A. R., również biegły w dziedzinie chorób zakaźnych dr med. J. A. (1) w opinii głównej z dnia 21 czerwca 2014r. wskazywał, że najbardziej prawdopodobną przyczyną wystąpienia u powódki ZMO był zespół rozlanego wykrzepienia wewnątrznaczyniowego.

Ww. biegli, jak i Instytut, w swoich opiniach wskazywali, że do zaistnienia ZMO mogło zasadniczo dojść w dwóch momentach: w czasie operacji, na skutek zakażenia rany np. w momencie przecięcia skóry pacjentki albo już po samym zabiegu. Biegli A. R. i J. A. (1) jako przyczynę ZMO wskazywali zespół wykrzepienia wewnątrznaczyniowego, a zatem na przyczynę zaistniałą po przeprowadzeniu samej operacji (zakażenie pooperacyjne). Obaj ww. biegli, zbieżnie określili występujące u powódki ZMO jako tzw. wczesne, tj. takie, które wystąpiło w okresie do 30 dni od zabiegu. W tej też części Sąd ocenił te opinie jako w pełni przekonujące, zbieżne i należyście uzasadnione.

Rozbieżność pomiędzy tymi opiniami polegała w istocie na tym, że biegli podawali inne przyczyny wystąpienia u powódki zespołu wykrzepienia wewnątrznaczyniowego: biegły A. R. wskazywał na prawdopodobne skumulowanie działania leków przeciwzakrzepowych Warfin i Clexane (a zaniechanie podawania leku Warfin 2 tygodnie wcześniej stanowiło wg. biegłego poważne zaniedbanie personelu szpitala), z kolei biegły J. A. wskazywał, że zespół ten był skutkiem zaistnienia u powódki wielu czynników ryzyka ZMO: jeszcze przed przyjęciem do szpitala takich jak: wiek powódki – ukończone 75 lat, choroba zwyrodnieniowa układu kostno – stawowego, ogólny stan zdrowia (grupa ryzyka 3 wg. ASA), nieprawidłowy iloraz granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów wynoszący 2,59, jak i po przyjęciu do szpitala, takie jak: ciężka niedokrwistość pokrwotoczna, utrata białek krwi, w tym albumin, konieczność masywnego przetaczania krwi i osocza, stałe utrzymywanie się przemoczonego krwią opatrunku w ciągu kilku dni po zabiegu operacyjnym, konieczność wymiany drenów Redona w pierwszej dobie pooperacyjnej, konieczność kontynuowania antybiotykoterapii.

Wobec faktu, że na ww. okoliczność sporną Sąd dopuścił dowód z opinii Instytutu, w ocenie Sądu, zbędny dla rozstrzygnięcia był dowód z konfrontacji ww. biegłych. Został on zatem oddalony (art. 217 § 3 kpc). Sąd oddalił również pozostałe osobowe wnioski dowodowe powódki (zeznania lekarzy, którzy przeprowadzali operację), albowiem był to dowód zbędny dla rozstrzygnięcia (art. 217 § 3 kpc w zw. z art. 227 kpc). Kwestia bowiem ustalenia czy zabieg z dnia 6 maja 2009r. był przeprowadzony prawidłowo wymagała wiadomości specjalnych, a co z tym idzie wymagała dowodu z opinii biegłego.

Instytut wydał opinię w składzie dr. med. P. K. – specjalisty internisty, chorób zakaźnych oraz medycyny sądowej, dr. med. J. B. – specjalisty chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz dr. med. K. Z. – specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

W przeciwieństwie do biegłych A. R. i J. A., Instytut we wnioskach swojej opinii wskazał, że rozpoznanie zespołu wykrzepienia wewnątrznaczyniowego nie znajduje w pełni uzasadnienia i w sytuacji, w jakiej znajduje się powódka jest on trudny diagnostycznie i wobec postawienia rozpoznania końcowego ma znaczenie drugorzędne.

W ustnych wyjaśnieniach do opinii pisemnej, przedstawiciele Instytutu wskazali jednak, że u powódki z dużym prawdopodobieństwem do procesu septycznego (rozwoju zakażenia) doszło na skutek działania bakterii znajdujących się wewnątrz organizmu pacjentki (np. na elektrodach stymulatora) i w chwili obniżonej odporności, czy wykrwawienia, bakterie te przedostały się do operowanego miejsca drogą krążącej krwi. Wyjaśnili, że to ów proces septyczny u powódki - wywołany produktami rozpadu bakterii, obecnymi w elektrodzie czy zastawkach stymulatora - mógł z kolei spowodować proces wykrzepienia wewnątrznaczyniowego. Najczęściej bowiem, przyczyną wykrzepienia wewnątrznaczyniowego są czynniki bakteryjne (rozpad bakterii). Dopóki nie usunie się źródła wysiewu bakterii, leczenie zespołu wyrzepienia będzie nieskuteczne lub ograniczone.

Z opinii Instytutu, jak i wyjaśnień jego przedstawicieli wynikało, że endoprotezoplastyka jest zabiegiem połączonym z obfitym krwawieniem. Przygotowując powódkę do zabiegu operacyjnego i znieczulenia nie uwzględniono w wykonanych badaniach konsultacyjnych oceny następstw utrzymywania - w dużym naczyniu krwionośnym - implantu jakim jest elektroda stymulatora, bowiem na jej powierzchni mogą gromadzić się bakterie, prowadząc do następnych możliwych procesów w obrębie zastawek, powodując okresowe uwalniania bakterii do krwi.

Badanie echokardiograficzne przeprowadzone w okresie stosunkowo odległym od hospitalizacji u pozwanego nie zawiera oceny kolonizacji zastawek, czy też elektrody. Zatem skorzystanie z tego wyniku badania okazało się bezprzedmiotowe.

Niewzięcie zatem pod uwagę faktu wszczepienia stymulatora – w opinii Instytutu - jest postępowaniem nieprawidłowym – w takim przypadku powinna być wdrożona u powódki długotrwała antybiotykoterapia, nawet do 2. tygodni przed zabiegiem – mając na uwadze, że zabieg był planowy, a nie nagły.

Wprawdzie – jak wynika z opinii Instytutu i wyjaśnień przedstawicieli - jedną z możliwości przedostania się bakterii do organizmu powódki było przecięcie skóry i wtargnięcie bakterii z zewnątrz do miejsca operowanego, a drugą możliwością jest przedostanie się bakterii, które znajdowały się wewnątrz organizmu pacjentki (np. na elektrodach stymulatora) i w chwili obniżonej odporności, czy wykrwawienia, bakterie te przedostały się do operowanego miejsca drogą krążącej krwi, to w sytuacji powódki bardziej prawdopodobne jest przedostanie się bakterii drogą wewnętrzną. Opinia Instytutu, uzupełniona wyjaśnieniami jego przedstawicieli, potwierdza zatem wnioski opinii biegłych A. R. i J. A., że do zakażenia nie doszło drogą zewnętrzną, ale wewnętrzną. Natomiast, nie potwierdza wniosku biegłych, że przyczyną ZMO było wystąpienie u powódki zespołu wykrzepienia wewnątrznaczyniowego. Z opinii Instytutu oraz ww. wyjaśnień jego przedstawicieli wynika, że nawet jeśli wystąpił u powódki zespół wykrzepienia, to był on skutkiem działania bakterii, którymi z dużym prawdopodobieństwem skolonizowane były elementy implantu – stymulatora.

W zakresie zatem, w jakim wnioski opinii A. R. oraz J. A. wskazują zespół wykrzepienia jako przyczynę (a nie jako skutek) powstania ZMO, Sąd odmówił im wiarygodności i mocy dowodowej, gdyż nie są zgodne z ww. wnioskami z opinii Instytutu. Zdaniem Sądu, opinia Instytutu ma większą w tym zakresie moc dowodową – została wydana w przez zespół lekarzy, specjalistów: internisty, chorób zakaźnych oraz medycyny sądowej, chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. Opinia ta została sporządzona po zapoznaniu się z całokształtem materiału dowodowego, została poparta szerokimi, rzeczowymi i przekonującymi wyjaśnieniami dwóch przedstawicieli Instytutu. Po złożeniu wyjaśnień do opinii, strony nie składały do niej dalszych uwag. W tej sytuacji Sąd uznał za wyjaśnione również wcześniejsze wątpliwości i uwagi stron do wydanych przez biegłych A. R. i J. A. opinii.

Instytut uznał, co potwierdzili przedstawiciele w ustnych wyjaśnieniach, że sam zabieg operacyjny został wykonany prawidłowo (co stanowi potwierdzenie wniosków opinii biegłego A. R. z dnia 16 lipca 2015r. w tym zakresie), jak i prawidłowość postępowania w momencie znacznej utraty krwi przez powódkę w czasie zabiegu operacyjnego. Wprawdzie przedstawiciele Instytutu stwierdzili, że w aktach nie znajduje się protokół operacyjny z dnia 6.05.2009r., podczas, gdy faktycznie został on przedłożony przez pozwanego w postaci wyciągu z księgi operacyjnej (k. 560 akt sprawy), ale wobec treści ww. wniosków nie miało to stwierdzenie istotnego znaczenia dla oceny ww. dowodu.

Instytut stwierdził jednak, że na sporny stan zdrowia powódki złożyły się – poza wyżej omówionym brakiem przedoperacyjnej oceny następstw obecności implantu jakim jest elektroda stymulatora w układzie sercowo-naczyniowym – również niedostateczna obserwacja krwawienia po zabiegu operacyjnym, a także brak badania wskaźnika protrombiny (INR) u osoby, która jest w trakcie odstawiania Warfinu i wprowadzania Enoksyparyny przed zabiegiem operacyjnym.

Z opinii Instytutu oraz ustnych wyjaśnień jego przedstawicieli wynika, że jeżeli w trakcie zabiegu operacyjnego dochodzi do zbyt dużego krwawienia, ilość utraconej krwi jest monitorowana choćby zawartością odessanej krwi z pola operacyjnego – jest to znaczna objętość. Informację przekazuje się lekarzowi sprawującemu opiekę okołoperacyjną, który w połączeniu z wiedzą na temat układu krzepnięcia prognozuje i zamawia odpowiednią objętość masy czerwonych krwinek, osocza, preparatów krwiopochodnych itp., które trzeba zamówić, a które nie znajdują się w podręcznej aptece oddziału. Wobec powyższego, monitorowanie utraty krwi musi mieć charakter ciągły (jak i monitorowanie zachowania się układu krzepnięcia), bo to również pozwala na prognozowanie potencjalnej utraty krwi. U osób z bardzo wysokim INR może dochodzić do dodatkowych krwawień, np. z przewodu pokarmowego lub dróg rodnych lub wewnętrznych (w miejscach, gdzie znajdują się uszkodzone naczynia). U powódki wartość hemoglobiny wyjściowo wynosiła 13,21 g/decylitr, a po operacji najniższa wartość wynosiła 5,96 g/decylitr, co oznacza, że praktycznie powódka utraciła więcej niż połowę krwi krążącej. Tym samym utraciła płytki krwi i białe ciała krwi, które odpowiadają za odporność organizmu. Utrata krwi, gdzie – oprócz elementów czerwonych krwinek – utracone są w takiej samej proporcji białe krwinki i płytki krwi oraz białka krwi immunoglobuliny, prowadzi do gwałtownego spadku odporności i uruchomienia procesu bakteryjnego, ponieważ drobnoustroje mają w takim wypadku korzystne warunki do rozwoju i rozprzestrzeniania się po całym organizmie. Jeśli występuje krwawienie śród- czy pooperacyjne, to należy przeprowadzić badania krzepnięcia krwi, a nie tylko badania morfologiczne, celem ustalenia jakie należy zastosować w takim przypadku leczenie. Nie wystarczy uzupełnienie utraconych elementów krwi. Mając pełną informację o przedłużonym okresie krzepnięcia lub krwawienia, należy monitorować krzepnięcie krwi. Powszechnie od dwóch dekad stosuje się tromboelastografię (TEG), która w kompleksowy sposób daje wynik w bardzo szybkim czasie. Takiego badania nie wykonano u powódki, przy czym w Polsce – w zakresie stosowania tego typu metod – jest opóźnienie i bazuje się na metodach z XX wieku. U dorosłego człowieka występuje między 4 a 5 litrów krwi krążącej, a jeśli u powódki utrata wynosiła 1200 ml z drenu i rany, to była to utrata krwi dwukrotnie większa niż odnotowana w drenie z rany – świadczy o tym wskaźnik INR, który w dniu 7 maja 2009 r. wynosił 2,71, natomiast w dniu 8 maja 2009 r. już 2,76. Wskaźnik INR (wartość wskaźnika protrombiny w stosunku do osoby, która jest zupełnie zdrowa) – zgodnie z wiedzą medyczną – u osoby zdrowej norma wynosi od 0,8 do 1,2, przy czym dopuszczalne są wahania w granicach 20%. Wobec powyższego, gdyby wskaźnik był oznaczony przed operacją, to wówczas dopuszczalna byłaby granica fizjologiczna dopuszczalnego wahania, a zatem 1,2. Ponieważ jednak wskaźnik INR w następnym dniu po operacji wynosił 2,71, czyli dwukrotnie przekraczał górną granicę normy, a następnie powódka w przygotowaniu otrzymywała takie leki jak: Cefalosporyna (antybiotyk) i Omeprazol (środek blokujący wydzielanie kwasu w żołądku) – wskazać należy, że oba te leki znacznie przedłużają działanie warfaryny. Można zatem przypuszczać, że działanie leku trwało jeszcze i wartość INR przed operacją prawdopodobnie była wyższa. U powódki nie stosowano leków odwracających działanie warfaryny, skutkiem czego z wysokim stopniem prawdopodobieństwa - był duży krwotok pooperacyjny u powódki był związany z działaniem preparatu Warfin, który ciągle jeszcze był obecny w jej organizmie (utrzymywanie działania leku Warfin w organizmie powódki w okresie operacji w dniu 6 maja 2009r. jako przyczynę /ew. współprzyczynę/ dużego krwawienia u powódki w czasie operacji wskazywał również biegły A. R., co wzmacnia i potwierdza argumentację przedstawicieli Instytutu). Witamina K wymaga znacznie dłuższego czasu podawania, tj. kilka dni. W dokumentacji medycznej powódki brak jest informacji, czy witamina K

była rzeczywiście podawana powódce, a jedyną możliwością odwrócenia działania warfaryny jest podanie gotowych czynników krzepnięcia, dostępnych w lekach wówczas dostępnych (Beriplex, Octaplec, Prthromplex). Niewykonanie badania poziomu wskaźnika INR przed zabiegiem było zatem postępowaniem nieprawidłowym.

Jak wyjaśnili przedstawiciele Instytutu, wprawdzie w karcie leczenia szpitalnego powódki za okres od 4 - 21 maja 2009r. (wypisie) podano, że INR wynosi 1,33, co jest wartością zbliżoną do prawidłowej, ale wartość tego wskaźnika powinna być oceniana w kontekście całego leczenia przeciwzakrzepowego, co szczegółowo omówiono powyżej.

Dalej, jak wynika z wyjaśnień przedstawicieli Instytutu, sam zabieg mógł być technicznie prawidłowo wykonany, ale na jego rezultat ma wpływ przygotowanie pacjenta przed zabiegiem. Samo techniczne poprawne wykonanie zabiegu nie jest gwarantem sukcesu całego zaplanowanego leczenia operacyjnego. Zabieg związany jest z krwawieniem ze swojej natury, ale mógł być jeszcze bardziej krwawy z powodu zaburzeń krzepnięcia. Takie kwestie powinny być odnotowane w protokole operacyjnym.

Mając na względzie powyższe, Sąd uznał opinię Instytutu, popartą szerokimi wyjaśnieniami i wszechstronną analizą spornych zagadnień przez jego przedstawicieli, Sąd ocenił ww. dowód za w pełni przydatny dla rozstrzygnięcia.

Sąd pozytywnie zweryfikował również opinię biegłego A. R. w jakiej wskazywała, że – wbrew zapisom w dokumentacji medycznej pozwanego – powódka nie została wypisana ze szpitala w dniu 21 maja 2009r. w stanie ogólnym dobrym (przeczą temu również zbieżne zeznania powódki oraz świadka G. S., którym Sąd dał wiarę), jak i że rana w tym dniu nie była jednak wygojona. Tym samym, Sąd w tej części ocenił dokumentację medyczną jako niezgodną ze stanem faktycznym, a tym samym – niewiarygodną. Biegły w sposób wnikliwy uzasadnił swoje stanowisko, wskazując przede wszystkim, że w okresie od 23 maja 2009 r. do 28 maja 2009 r. powódka przebywała na Oddziale Kardiologiczno-Internistycznym z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej, gdzie w trakcie pobytu wykonano posiewy z krwi oraz z wycieku z rany pooperacyjnej, z których wyhodowano gronkowca złocistego. W normalnym organizmie człowieka we krwi nie powinno być żadnych bakterii i aby w posiewach bakteriologicznych z krwi można było wyhodować bakterie, to ich ilość musi być duża. Musi być zatem długi czas, aby bakterie mogły się w takiej ilości namnożyć – w przybliżeniu jest to czas powyżej kilkunastu dni, a nie kilku dni. Takie stężenie bakterii w organizmie powódki nie mogło powstać w trakcie krótkiego pobytu powódki u córki. Wyciek z rany pooperacyjnej, zakażony gronkowcem złocistym, świadczy o tym, że w dniu 21 maja 2009r. rana ta nie była jeszcze wygojona. Ponadto u powódki stwierdzono płyn w jamach opłucnowych i zapalenie płuc. W karcie gorączkowej odnotowano tor gorączki septyczny – występowały naprzemiennie zwyczajki temperatury do około 38 stopni i spadki do około 36 stopni. Jak argumentował biegły A. R., powyższe objawy składają się na obraz sepsy pooperacyjnej u powódki. Sepsa to ogólnoustrojowa odpowiedź zapalna na zakażenie. Objawy sepsy mogły być przeoczone przez personel pozwanego szpitala z powodu braku odporności powódki, m.in. na skutek znacznej i długotrwałej utraty krwi, licznych przetoczeń masy krwinkowej, a co za tym idzie – braku wykładników zakażenia w postaci podwyższonej temperatury. Biegły podkreślił, że późniejszy (tj. od 28 maja 2009r.) pobyt powódki u pozwanego i rewizja rany w dniu 30 maja 2009r. również wykazały na istniejące nadal zakażenie (wyhodowano z posiewu podczas zabiegu rewizyjnego wprawdzie inną bakterię – *Streptococcus viridans*), ale gronkowca złocistego wyhodowano jednak w tym dniu z posiewu z drzewa oskrzelowego. Inne wyniki badań bakteriologicznych krwi żyłnej powódki w tym czasie mogły być ujemne, gdyż prowadzono u niej wówczas intensywne leczenie antybiotykami i chemioterapeutykami. Podczas rewizji rany pooperacyjnej stwierdzono krwiaka (ok., 20-30 ml krwi), co jest objawem niewłaściwym i miejscem powstania infekcji.

Z powyższych okoliczności, biegły wyprowadził logiczny wniosek, że proces septyczny u powódki rozpoczął się jeszcze w czasie pobytu w pozwanym szpitalu w okresie od 4 – 21 maja 2009r. Wniosek ten potwierdza opinia Instytutu, która wskazała, że utrata krwi prowadzi do gwałtownego spadku odporności i uruchomienia procesu bakteryjnego, ponieważ drobnoustroje mają w takim wypadku korzystne warunki do rozwoju i rozprzestrzeniania się po całym organizmie. Powódka utraciła znaczną ilość krwi podczas zabiegu w dniu 6 maja 2009r., co skutkowało gwałtownym spadkiem odporności (wskazywał na to również w swojej opinii biegły J. A.) i uruchomienie – jeszcze w czasie pobytu w szpitalu w okresie od 4 – 21 maja 2009r. - procesu bakteryjnego.

Powyższe oznacza, że do zakażenia rany pooperacyjnej powódki doszło w czasie pobytu na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Ruchu pozwanego w okresie od 4 – 21 maja 2009r., a w konsekwencji można je zakwalifikować jako tzw. wczesne zakażenie szpitalne, tj. miesiąc po operacji. Sąd, w świetle omówionych dowodów, nie miał wątpliwości co do prawidłowości wniosków wyprowadzonych przez biegłego A. R. oraz Instytut odnośnie momentu, w którym rozpoczął się u powódki proces septyczny.

Opinie biegłych A. R., J. A. oraz Instytutu, poparte ustnymi wyjaśnieniami jego przedstawicieli, zgodnie potwierdziły, że z uwagi na wystąpienie u powódki ZMO, konieczne było – jako następstwo – usunięcie w dniu 9 lutego 2010r. wszczepionej endoprotezy, jak i że dalszą tego jest utrata zdolności samodzielnego poruszania się, utrata zdolności do pracy, zwiększenie się potrzeb powódki oraz konieczność pomocy osoby trzeciej. Przedstawiciele Instytutu wskazali przy tym, że powódka na skutek usunięcia endoprotezy z powodu zakażenia implantu, doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu, który oscyluje w granicach 40 – 60%. Ustalenie dokładnej wartości tego uszczerbku nie było istotne, gdyż ma ono jedynie znaczenie posiłkowe dla rozstrzygnięcia sprawy.

Jeśli chodzi o opinie biegłego J. A., to Sąd ocenił je jako wiarygodne w zakresie, w jakim opisał w nich występujące u powódki przed, jak i po operacji czynniki zwiększonego ryzyka ZMO. Natomiast Sąd negatywnie zweryfikował wnioski jego opinii, że to wyłącznie przedoperacyjny stan zdrowia powódki oraz opisane przez niego powikłania pooperacyjne, w sposób samoistny (tj. bez zaniechań pozwanego) stworzyły bardzo wysokie prawdopodobieństwo ZMO. Jest to bowiem wniosek sprzeczny z wnioskami opinii biegłego A. R., jak i Instytutu, co zostało już powyżej szeroko omówione.

Pozostała dokumentacja (poza omówioną już wyżej) zgromadzona w sprawie, nie budziła zasadniczych wątpliwości Sądu, przy czym podkreślić należy, że pozwany z własnej inicjatywy nie przedłożył pełnej dokumentacji medycznej, Sąd musiał kilkakrotnie go do tego zobowiązywać.

Sąd jako częściowo wiarygodne i przydatne ocenił zeznania świadków, zwłaszcza lekarzy.

Zeznania świadków J. M., M. P., J. R. (protokół k. 234-240) nie miały istotnej mocy dowodowej, albowiem ww. osoby nie pamiętały szczegółów leczenia powódki, względnie posiadały taką wiedzę wyłącznie po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną. Podobnie należy ocenić zeznania świadka B. B., która początkowo zeznawała odnośnie innej pacjentki, co do której zgadzały się imię i nazwisko (jak powódki), ale – jak się okazało w trakcie przesłuchania – nie zgadzała się data urodzenia. Świadek zeznając posiłkowała się danymi pochodzącymi z dokumentów. Sąd dysponuje pisemną notatką ww. psychologa z przeprowadzonej u powódki konsultacji psychologicznej (k. 57-58) w zakresie okoliczności tam wskazanych był to dowód istotniejszy i bardziej przekonujący aniżeli zeznania ww. świadka.

Sąd częściowo dał wiarę zeznaniom świadka K. S., zarówno tych z 2012, jak i 2017 roku.

Sąd negatywnie zweryfikował zeznania świadka, z których wynika, że powódka może się – przy prawidłowej rehabilitacji – poruszać przy pomocy kul albo balkonika. Są one sprzeczne z szeroko umotywowanymi wnioskami opinii biegłego A. R., z której wynika, że powstanie u I. B. (1) tak dużych zmian destrukcyjnych kończyny dolnej, w wyniku których powódka może się aktualnie poruszać wyłącznie na wózku inwalidzkim, nie jest możliwe poprzez źle prowadzoną rehabilitację. Powódka okresowo, na niewielkich odległościach poruszała o kulach albo przy pomocy balkonika, co przyznała w swoich zeznaniach, niemniej obecnie – jak zeznała – nie jest to praktycznie możliwe, co znajduje potwierdzenie we wnioskach ww. opinii biegłego. Nie mają też istotnego znaczenia zeznania ww. świadka, z których wynika, że powódka – według relacji rehabilitantów – miała niechętny stosunek do rehabilitacji. Jak bowiem wynika z opinii biegłego A. R. niechęć operowanej osoby do jej wykonywania nie mogła wpłynąć na obiektywny stan zdrowia powódki w zakresie lewej kończyny dolnej.

Zeznania świadka K. S. były jednak o tyle istotne, że wynika z nich, że w ramach (...) skierował powódkę do kliniki ortopedii celem ewentualnej reoperacji, która ma polegać na osadzeniu tzw. endoprotezy rewizyjnej. Oznacza to, że istnieją obecnie metody, które dają jeszcze potencjalną możliwość dalszego leczenia powódki.

Nie mają dużego znaczenia zeznania świadka K. S., z których wynika, jakoby powódka w czasie pobytu w szpitalu była roszczeniowa i nalegała na wykonanie operacji, pomimo obciążeń zdrowotnych, gdyż okoliczność ta nie jest istotna dla rozstrzygnięcia sprawy. Powódka bowiem została przyjęta w trybie planowym i zoperowana. Nie zachodziły u powódki żadne bezwzględne przeciwwskazania do operacji, a sama postawa powódki nie wpływała na sposób przeprowadzenia zabiegu i jej dalszego leczenia.

Sąd ocenił zeznania samej powódki jako częściowo wiarygodne. Z uwagi na wiek powódki, odmawiając jej częściowo wiary np. z tego względu, że w niektórych kwestiach I. B. (1) zeznawała sprzecznie z niektórymi dowodami czy też była niekonsekwentna, Sąd nie uznał jednak, aby były to zeznania intencjonalnie niezgodne ze stanem faktycznym.

Sąd nie dał zatem powódce wiary, co do:

- tego, że przed operacją pracowała w Domu Pomocy Społecznej przy ul. (...) w P. na cały etat. Jest to okoliczność niewykazana. W pozwie powódka wskazywała, że pracowała na 1/2 etatu, jej córka G. S. zeznała, że było to 3/4 etatu. W swoich zeznaniach powódka w istocie nie była pewna czy pracowała na pół etatu czy na cały etat. I. B. (1) nie pamiętała ile wówczas zarabiała. Powódka nie przedłożyła na ww. okoliczności przekonującego dowodu tj. umowy o pracę (art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc). Przedstawione w tym zakresie przez powódkę dowody były zaś niespójne, a zatem niewiarygodne. Powódka twierdziła, że po zabiegu nadal chciała kontynuować pracę, ale – w ocenie Sądu – nie wykazała, że faktycznie DPS był skłonny ją dalej zatrudniać i na jakich warunkach (z jakim wynagrodzeniem, przez ile lat itp.). W ocenie Sądu, choćby z uwagi na wiek powódki, możliwość jej dalszego zatrudnienia z pewnością nie była nieograniczona. Powódka nie przedłożyła w tym zakresie wiarygodnych dowodów np. pisma Dyrektora DPS-u (art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc).

- tego, że przed operacją mieszkała sama w lokalu przy ul. (...) w P.. Jej córka G. S. zeznała bowiem przewinie, że mieszkała wówczas z matką razem, prowadząc wspólnie gospodarstwo domowe. Jest to zaś wysoce prawdopodobne z uwagi na to, że córka powódki była (obecnie nie żyje) osobą niepełnosprawną, a zatem wspólne zamieszkiwanie z matką skutkowało tym, że miała ona dodatkową pomoc i wsparcie. Pośrednio potwierdzeniem tej okoliczności jest treść oświadczenia majątkowego dla potrzeb wniosku powódki o zwolnienie od kosztów sądowych (k. 20-23), z którego wynika, że powódka prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z córką G. S.. Wprawdzie, w tym czasie tj. 20.12 2010r. powódka bezspornie przebywała już w DPS, niemniej, oświadczenie o wspólnym prowadzeniu z córką gospodarstwa domowego z pewnością wynikało z tego, że taki stan rzeczy był aktualny do czasu umieszczenia powódki w (...). Fakt, że powódkę po spornej operacji tj. 21 maja 2009r. zawieziono na teren ogródków działkowych, a nie do mieszkania przy ul. (...), mogło zaś wynikać z tego, że tam wówczas (ze względu na ciepłą porę roku) przebywała G. S., a I. B. (1) nie mogła już sama przebywać w mieszkaniu. W ocenie Sądu, ww. wniosków nie zmienia fakt, że – jak wynika z notatki z konsultacji psychologicznej (k. 57-58) - powódka mówiła psychologowi, że przed zabiegiem mieszkała sama i że po zabiegu - z uwagi na zły stan zdrowia i złe samopoczucie – boi się powrotu do domu, gdyż nie wie czy sama sobie poradzi. Powódka ma bowiem tendencję do odmiennego podawania faktów, a ww. notatka jest jedynym dokumentem, który potwierdza zeznania powódki. Sąd ocenił jednak, że dowód z zeznań G. S., choćby z uwagi na jej wiek, spontaniczność i szczerłość w czasie zeznań, jest w tej kwestii bardziej przekonujący, a tym samym wiarygodny. Powyższa ocena nie zmienia jednak faktu, że powódka przed zabiegiem była osobą w pełni samodzielną i to ona pomagała córce, a nie odwrotnie.

- co do rzekomej darowizny lokalu (prawa do lokalu) mieszkalnego przy ul. (...) w P. na rzecz rodziny. Brak jest w sprawie dowodów, aby powódka była właścicielem tego lokalu. Przeciwnie z dokumentu znajdującego się w aktach sprawy zawiadomienia o wysokości opłat (k. 28) wynika, że powódka była najemcą mieszkania komunalnego i płaciła czynsz regulowany. Powódka nie przedłożyła żadnych dokumentów, które potwierdzałyby jej zeznania w tym zakresie, a w świetle ww. dowodu Sąd uznał jej zeznania odnośnie tej okoliczności za niewiarygodne.

- tego, że w szpitalu nie zebrano od niej wywiadu odnośnie zażywanych leków, gdyż jest to sprzeczne z treścią dokumentacji medycznej.

- tego, że odstawiła lek przeciwbólowy Warfin w okresie co najmniej 5 dni przed operacją, a więc jeszcze w czasie pobytu w domu. Zeznania I. B. (1) w tym zakresie nie były przekonujące, gdyż było to sprzeczne z tym, co oświadczyła biegłemu A. R.. Jej relacja jest zatem niewiarygodna. Z dokumentacji medycznej i opinii Instytutu wynika jedynie, że na pewno nie zalecano powódce tego leku w dniach od 4 maja, a zatem przed zabiegiem nie przyjmowała Warfinu w dniach 4, 5 i 6 maja 2009r. Brak jest zaś w dokumentacji informacji z wywiadu z pacjentką czy odstawiła Warfin przed 4 maja i ewentualnie od kiedy.

- tego, że nie miała nigdy kontaktu z psychologiem, albowiem jest to sprzeczne z treścią dokumentu - notatki z konsultacji z psychologiem B. B. (k. 57-58 akt sprawy).

- co do przyczyn powstałego u niej ZMO, gdyż powódka nie dysponuje w tym zakresie wiedzą medyczną.

Sąd dał z kolei wiarę zeznaniom powódki co do:

- tego, że w dniu 21 maja 2009r. została wypisana ze szpitala w złym stanie zdrowia. Okoliczność tę potwierdzają zbieżne w tym zakresie zeznania świadka G. S., a przede wszystkim pisemna opinia biegłego A. R., w której szczegółowo uzasadnił, dlaczego należy stwierdzić, że u powódki jeszcze przed 21 maja 2009r. rozwijała się sepsa. Biegły wskazał, że od wypisania powódki 21 maja do ponownego przyjęcia do szpitala 23 maja upłynął bardzo krótki czas, a już w czasie pobytu w szpitalu od 23 maja z posiewu z krwi jak i wycieku z rany pooperacyjnej wyhodowano bakterię gronkowca złocistego. Aby wyhodować bakterie z krwi, musi się w niej znajdować duża ich ilość, z czego można wywnioskować, że proces ich namnażania trwał kilkanaście (raczej niż kilka) dni, a zatem proces septyczny u powódki rozpoczął się jeszcze przed wypisaniem z pozwanego szpitala 21 maja 2009r. Biegły wyjaśnił również szczegółowo z jakich przyczyn objawy sepsy mogły zostać niezauważone przez personel pozwanego szpitala. Z powyższych względów Sąd nie dał wiary zeznaniom świadków K. S., jak i T. W., jak i ocenił jako niewiarygodną tę część dokumentacji medycznej pozwanego za okres od 4 maja – 21 maja 2009r., z której wynika, że powódka została wypisana ze szpitala w dobrym stanie, z wygojoną raną i dobrymi wynikami.

Poza tym w dniu 21 maja 2009r. powódkę bezspornie zawieziono do miejsca, gdzie wówczas przebywała jej córka (na teren ogródków działkowych), a nie do stałego miejsca zamieszkania, co również implikuje wniosek, że wówczas stan ogólny powódki był taki, że nie była w stanie samodzielnie egzystować.

- tego, że wyraziła zgodę na operację, ale nie była pouczona przed zabiegiem operacyjnym 6 maja 2009r. o jakichkolwiek przeciwwskazaniach (wiek, stymulator, ogólny stan zdrowia), jak i możliwych powikłaniach oraz metodach leczniczych. Brak jest bowiem w tym względzie właściwej dokumentacji medycznej, a tylko oświadczenie powódki na piśmie (a nie zeznania lekarza) stanowiłoby wiarygodny dowód tego o jaka była faktyczna treść pouczeń udzielonych powódce przed operacją (o względnych przeciwwskazaniach do operacji, o możliwych powikłaniach i metodach leczniczych). Ocena zaś czy ww. zgoda była zgodą w pełni świadomą, mogła być dokonana wyłącznie przez pryzmat treści pisemnego oświadczenia powódki, zawierającego ww. elementy. Sąd nie dał w tym zakresie wiary przeciwnym zeznaniom świadka T. W. (jakoby powódka została poinformowana, że operacja, jakiej zostanie poddana jest operacją podwyższonego ryzyka, jak i możliwych powikłaniach), albowiem nie znajdują one potwierdzenia w przedłożonej dokumentacji medycznej.

- tego, że po operacji podjęła rehabilitację z J. K., codziennie, gdyż jest to zgodne z opinią biegłego A. R. (który rozmawiał przed wydaniem opinii z rehabilitantem z (...) u, uzyskując potwierdzenie omawianej okoliczności). W ocenie Sądu, okoliczności dotyczące podjęcia i kontynuowania przez powódkę po istotnych w sprawie operacjach, zostały dostatecznie wyjaśnione na podstawie przeprowadzonych już dowodów i z tego względu Sąd oddalił wniosek o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka J. K., jako zbędny dla rozstrzygnięcia (art. 217 § 3 kpc).

- tego, że powódka ogólnie czuje się dobrze, tylko jest unieruchomiona i czuje się „jak w więzieniu”, że jest w dużej mierze samodzielna: ubiera się sama, myje się sama, samodzielnie zjada posiłki, nie korzysta z kąpieli i ma przekonanie, że może wykonać „przy sobie” wszystkie niezbędne czynności. Zeznania te były szczerze i spontaniczne.

- tego, że porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim, że przy dobrej pogodzie wychodzi z DPS-u bez pomocy osoby drugiej,; że, obecnie nie daje już rady poruszać się o balkoniku ani kulach, gdyż jest to zgodne z wnioskami opinii biegłego A. R..

Sąd zważył, co następuje.

W niniejszej sprawie powódka domagała się zasądzenia kwoty 600.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, kwoty 1.500 zł tytułem renty, płatnej do 15. dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, w związku z całkowitą utratą zdolności do pracy, ze zwiększeniem potrzeb i trwałą, rażącą utratą jakichkolwiek widoków na przyszłość oraz o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, podnosząc, że na skutek nieprawidłowości pozwanego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P. doszło do zakażania miejsca operowanego – wszczepionej endoprotezy lewego stawu biodrowego, na skutek czego implant ten został ostatecznie usunięty powódce.

W niniejszej sprawie znajdują zastosowanie zarówno przepisy ogólne dotyczące odpowiedzialności za szkodę, jak i przepisy szczególne – przede wszystkim przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2008.123.849 z późn. zm.). Podstawę prawną roszczenia powódki stanowił przepis art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zgodnie z przepisem art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W myśl zaś przepisu art. 415 k.c. ten kto z własnej winy wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Wynika z tego, że dana osoba może ponosić odpowiedzialność, gdy jej działaniu lub zaniechaniu można przypisać winę, a skutkiem zawinionego działania lub zaniechania będzie szkoda. Pierwszą przesłanką odpowiedzialności na podstawie art. 415 k.c. jest wina. Pojęcie to w rozumieniu art. 415 k.c. ujmowane bywa szeroko, jako kategoria obejmująca dwa elementy - obiektywny i subiektywny. Pierwszy z nich oznacza bezprawność działania lub zaniechania osoby odpowiedzialnej, a drugi związany jest z nastawieniem psychicznym sprawcy do czynu.

Odpowiedzialność pozwanego wynika również z 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. Zakład leczniczy odpowiada za lekarza jako za podwładnego nie tylko dlatego, że ma bardziej lub mniej rozległą kontrolę nad lekarzem, lecz dlatego, że lekarz jest pracownikiem zakładu i że działalność lekarza odnoszona jest do zakładu. Do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (por. wyrok SN z 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, Lex Polonica). Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych (por. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116).

Ciężar dowodu wykazania przesłanek odpowiedzialności przewidzianej w przepisie art. 415 k.c. spoczywał na powódce tj. że działanie lub zaniechanie pozwanego było bezprawne, że spowodowało u powódki szkodę, która pozostaje z nim w adekwatnym związku przyczynowym oraz że ewentualne bezprawne działanie lub zaniechanie pozwanego było przez stronę pozwaną zawinione. W orzecnictwie SN podkreśla się przy tym, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany (por. wyrok SN z 20.08.1968 r. II CR 310/68, OSNCP 1969, Nr 2 poz. 38, wyrok SN z dnia 17.06.1969 r. II CR 165/69, OSPiKA 1970, nr 7-8, poz. 155, wyrok SN z dnia 12.01.1977 r. II CR 571/76 niepubl.).

Podstawę prawną roszczenia powódki stanowi również art. 444 § 2 k.c., zgodnie z którym jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki

powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Zgodnie art. 445 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Podkreślić należy, że z ustaleń Sądu wynika, że u powódki w związku z zabiegiem endoprotezoplastyki całkowitej cementowej stawu biodrowego lewego, przeprowadzonym dnia 6 maja 2009 r. w pozwanym szpitalu, doszło do zakażenia powódki gronkowcem złocistym, w związku z którym doszło do szeregu powikłań na zdrowiu powódki i konieczności przeprowadzenia kolejnych zabiegów chirurgicznych. Na skutek zakażenia gronkowcem powódce w dniu 9 lutego 2010r. usunięto endoprotezę stawu biodrowego lewego, a z tym związane jest ograniczenie ruchomości w stawie biodrowym, skrócenie lewej kończyny o 8 cm, zaniki mięśni podudzia i stopy w lewej nodze, usztywnienie stawu skokowego i stopy w ustawieniu końskim, a przedstopia w ustawieniu szpotawym.

Wskazać należy, że zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do naprawienia szkody ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Przepis art. 361 § 1 k.c. opiera się na założeniach teorii przyczynowości adekwatnej, zgodnie z którą związek przyczynowy zachodzi tylko wtedy, gdy w zestawie wszystkich przyczyn i skutków mamy do czynienia jedynie z takimi przyczynami, które normalnie powodują określone skutki. Nie wystarczy więc istnienie związku przyczynowego jako takiego, ale wymagane jest stwierdzenie, że chodzi o następstwa normalne. Należy więc ustalić, czy w ogóle pomiędzy kolejnymi faktami istnieją obiektywne powiązania (czy dany fakt jako przyczyna był koniecznym warunkiem wystąpienia drugiego z nich jako skutku, czyli czy bez niego skutek wystąpiłby). W razie pozytywnego stwierdzenia w tym zakresie należy rozważyć, czy powiązania można traktować jako „normalne”, tzn. oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a więc nie będące rezultatem jakiegos zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności. Wedle teorii przyczynowości adekwatnej w odmianie obiektywizującej, dane następstwo ma charakter „normalny” wówczas, gdy pojawienie się przyczyny badanego rodzaju każdorazowo zwiększa obiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku. Zwiększenie prawdopodobieństwa ustalić należy w oparciu o znajomość obiektywnych reguł i zasad rządzących danym rodzajem faktów i zależności, a także na podstawie doświadczenia i wiedzy o podobnych (do badanej) zależnościach (por.: orzeczenie SN z dnia 2 czerwca 1956 r., 3 CR 515/56, OSN 1957 nr I, poz. 24; wyrok SN z dnia 24 lutego 1962 r., II CR 266/61, OSNPG 1962 nr 7-12, poz. 18; postanowienie SN z dnia 28 maja 1968 r., II CZ 128/68, OSPiKA 1969 nr 4, poz. 95; wyrok SN z dnia 9 lutego 2001 r., III CKN 578/00, OSNC 2001 nr 7-8, poz. 120; Przegląd Prawa Handlowego 2003 nr 6, s. 55 z glosą J. Jastrzębskiego; Prawo Spółek 2002 nr 10 z glosą M. Rożnowskiej; wyrok z dnia 8 września 2004 r., IV CK 672/03, LexPolonica nr 1633082).

Oceniając zachowanie pozwanego z punktu widzenia odpowiedzialności za błąd medyczny, w którym powódka upatruje podstaw swojego żądania, wskazać należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postacie winy, tj. winę umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego swojego zachowania się i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza lub co najmniej się na wystąpienie tych skutków godzi. Natomiast przy winie nieumyślnej sprawca wprawdzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Pojęcie niedbalstwa wiąże się w prawie cywilnym z niezachowaniem należytej staranności. Dla oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. W tej kwestii podstawowe znaczenie ma art. 355 k.c. Zgodnie z tym przepisem, dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). Ta formuła ma podstawowe znaczenie jako wzorzec wymaganego zachowania dla każdego, kto znajduje się w określonej sytuacji. Ten wzorzec – kreowany na podstawie reguł współżycia społecznego, przepisów prawnych, zwyczajów, swoistych „kodeksów zawodowych”, pragmatyk ma charakter obiektywny. Zarzut niedbalstwa będzie więc uzasadniony wówczas, gdy sprawca szkody zachował się w sposób odbiegający od modelu wzorcowego, ujmowanego abstrakcyjnie. Ustalenie, że w konkretnych okolicznościach sprawca szkody mógł się zachować w sposób należyty, uzasadnia postawienie mu zarzutu nagannej decyzji. Niedbalstwo polega więc na niedołożeniu wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Dodatkowym kryterium oceny zachowania pozwanego jest przepis art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008r., nr 136, poz. 857 t.j. w brzmieniu na dzień 4.05.2009r.), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Wzorcem, do którego należy sięgać jest w odniesieniu do lekarza wzorzec „dobrego fachowca”. Przyjmuje się pewien poziom fachowości, poniżej którego postępowanie lekarza należy ocenić ujemnie. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia, często nieodwracalne (por. glosa M. Nesterowicz do wyroku Sądu Najwyższego z 1 grudnia 1998 r. III CKN 741/98, PiM 2000/6-7/163). Granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. W konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączości przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników powstaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakieś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo (por.: wyrok SN z 17 października 2007 r. II CSK 285/07, LEX nr 490418).

W związku z powyższym koniecznym było ustalenie, czy w związku z zakażeniem powódki gronkowcem złocistym można przypisać pozwanemu szpitalowi odpowiedzialność za naruszenie zasad sztuki medycznej, aktualnej wiedzy medycznej czy niezachowanie należytej staranności w postępowaniu z pacjentem. Celem ustalenia adekwatnego związku przyczynowego między zakresem udzielonej powódce I. B. (1) usługi medycznej przez pozwanego a obecnym jej stanem zdrowia, Sąd przeprowadził dowody z opinii biegłych: ortopedy lek. med. A. R. (1), specjalisty chorób zakaźnych dr. med. J. A. (1), jak również opinii Instytutu – Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Pracowni Ekspertyz Sądowo-Lekarskich (...) J. w K..

Dla oceny prawidłowości działania personelu pozwanego szpitala w pierwszej kolejności znaczenie miało czy powódka wyraziła prawnie skuteczną zgodę na wykonany w dniu 6 maja 2009r. zabieg operacyjny. Bezspornym jest, że powódka w dniu 4 maja 2009r. podpisała w dniu 4 maja 2009r. wyraziła pisemną zgodę na zabieg operacyjny oraz na przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych. Jak wynika z ustaleń Sądu, nie została jednak na piśmie pouczona o podwyższonym ryzyku zabiegu, możliwych powikłaniach, jak i metodach leczniczych.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1 ww. ustawy). Co jednak istotne w niniejszej sprawie, przepis art. 34 ust. 1 i 2 omawianej ustawy, w dniu 4 maja 2009r., stanowił, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31.

Zgoda pacjenta na określoną czynność medyczną nie jest czynnością prawną. Jest to oświadczenie w sferze świadomości i woli o charakterze jednostronnym, odrębnie uregulowane w przepisach. W judykaturze wskazuje się, że zgoda wyrażona mimo nieuzyskania przystępnej informacji o skutkach zabiegu nie jest zgodą, o jakiej mowa w

art. 32 ust. 1 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tak: wyrok SA w Warszawie z dnia 2.09.2014.r, sygn. akt I ACa 665/14, Lex nr 1624055, wyrok SA w Łodzi z 18.09.2010r., I ACa 355/13, Lex 1383480). Co więcej, w wyroku z 11 marca 2008r. Sąd Apelacyjny w Warszawie (sygn. akt I ACa 847/07, PS 2009/11-12/220-225) wskazał, że jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych wskutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przejęciu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane. W braku takiej „poinformowanej” zgody pacjentki powstanie szkody wskutek wykonania zabiegu, także prawidłowego z punktu widzenia medycznego, uzasadnia odpowiedzialność lekarza (szpitala).

Z ustaleń Sądu wynika, że zabieg operacyjny przeprowadzony u powódki w dniu 6 maja 2009r. był zabiegiem o podwyższonym ryzyku ZMO (zakażenia miejsca operowanego) i to nawet w warunkach czystego pola operacyjnego. Pozwany nie wykazał, aby w związku z tym powódka została przez pozwanego na piśmie pouczona, że zabieg endoprotezoplastyki lewego stawu biodrowego stwarza dla niej podwyższone ryzyko wystąpienia ZMO. Nie chodziło zatem o ryzyko znikome czy mało prawdopodobne do wystąpienia (por. wyrok SA w Katowicach z 18.01.2017r. V ACa 146/16, Lex nr 2233014).

Z tych względów, wyrażoną na piśmie w dniu 4 maja 2009r. zgodę na zabieg (w ogólności) oraz na przetoczenie krwi należy uznać za niespełniającą wymogu z art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na co słusznie zwrócił uwagę Instytut. Działanie zatem pozwanego, polegające na przeprowadzeniu zabiegu, pomimo braku takiej zgody, było bezprawne i stanowiło przejaw niedbalstwa tj. niezachowania należytej staranności przy wykonywaniu zawodu lekarza. Zdaniem Sądu, wymóg pisemności musi być traktowany rygorystycznie, a nie jako stwarzający jedynie ograniczenia dowodowe. Dowód z zeznań świadka na taką okoliczność nie może być bowiem wiarygodny i nie może mieć istotnej mocy dowodowej, gdyż nie można na jego podstawie ustalić jaką faktycznie treść miały ewentualne pouczenia. Na taką okoliczność może zeznać w istocie wyłącznie osoba – lekarz, która takich pouczeń udzielała. Z oczywistych względów będzie ona zainteresowana przedstawieniem faktów w sposób korzystny wyłącznie dla szpitala.

Z ustaleń Sądu wynika również, że sam zabieg w dniu 6 maja 2009r. został pod względem technicznym przeprowadzony prawidłowo. Prawidłowe było również postępowanie w czasie operacji związane z leczeniem utraty krwi (podanie krwi i osocza). Jak wynika jednak z opinii Instytutu oraz ustnych wyjaśnień jego przedstawicieli, sam zabieg mógł być technicznie prawidłowo wykonany, ale na jego rezultat ma wpływ przygotowanie pacjenta przed zabiegiem. Samo techniczne poprawne wykonanie zabiegu nie jest gwarantem sukcesu całego zaplanowanego leczenia operacyjnego.

Z ustaleń Sądu wynika, że po stronie szpitala zaistniały zawinione - poprzez niedochowanie należytej staranności - zaniechania lekarzy w zakresie prawidłowego przygotowania powódki do operacji, jak i zaniedbania w zakresie niedostateczna obserwacja krwawienia po zabiegu operacyjnym.

Endoprotezoplastyka jest zabiegiem połączonym z obfitym krwawieniem. Przygotowując powódkę do zabiegu operacyjnego i znieczulenia nie uwzględniono w wykonanych badaniach konsultacyjnych oceny następstw utrzymywania implantu, jakim jest elektroda stymulatora, w dużym naczyniu krwionośnym, bowiem na jej powierzchni mogą gromadzić się bakterie, prowadząc do następnych możliwych procesów w obrębie zastawek, powodując okresowe uwalniania bakterii do krwi. W przygotowaniu do zabiegu operacyjnego osoby w podeszłym wieku – jak powódki, z dodatkowo występującą u niej niewydolnością krążenia - nie uwzględniono możliwości kolonizacji zastawek i elektrody najczęściej występującymi patogenami jakimi są gronkowce. Niewzięcie pod uwagę faktu wszczepienia stymulatora było postępowaniem nieprawidłowym w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Jeśli u powódki – w toku badania – stwierdzono by kolonizację bakteriami elektrody stymulatora – winna być wdrożona długotrwała antybiotykoterapia, nawet do 2. tygodni przed zabiegiem – mając na uwadze, że zabieg był planowy, a nie nagły. Przeprowadzone opinie biegłych wykluczyły też, aby do zakażenia doszło drogą zewnętrzną (tj. wprowadzania bakterii do organizmu powódki przez przecięcie skóry). Jak wynika z ustaleń Sądu, proces septyczny (rozwój zakażenia) u powódki – z dużym prawdopodobieństwem - mógł zostać wywołany produktami rozpadu bakterii, obecnymi w elektrodzie czy zastawkach stymulatora. To ów proces septyczny mógł zaś spowodować z kolei

proces wykrzepienia wewnątrznaczyniowego (tj. zespół rozsianego wykrzepienia wewnątrznaczyniowego). Najczęściej bowiem przyczyną zespołu wykrzepienia wewnątrznaczyniowego są czynniki bakteryjne (rozpad bakterii). Dopóki nie usunie się źródła wysiewu bakterii, leczenie zespołu wykrzepienia będzie nieskuteczne lub ograniczone. Z tych względów należało uznać, że u powódki do zakażenia doszło drogą wewnętrzną (poprzez rozprzestrzenienie się bakterii w organizmie powódki).

Rozwój zakażenia w organizmie powódki i to jeszcze podczas pobytu w szpitalu w okresie od 4 – 21 maja 2009r., skutkowało wystąpieniem u niej sepsy, co zostało zdiagnozowane podczas pobytu powódki w kolejnym szpitalu w dniu 23 maja do 28 maja 2009r. Jak wynika z ustaleń Sądu przyczyną rozwoju sepsy u powódki było wczesne pooperacyjne zakażenie wewnątrzszpitalne w czasie jej pobytu w pozwany szpitalu w okresie od 4 – 21 maja 2009r.

Jak wynika z ustaleń Sądu, na sporny stan zdrowia powódki złożyły się – poza wyżej omówionym brakiem przedoperacyjnej oceny następstw obecności implantu jakim jest elektroda stymulatora w układzie sercowo-naczyniowym – również niedostateczna obserwacja krwawienia po zabiegu operacyjnym, a także brak badania wskaźnika protrombiny (INR) u osoby, która jest w trakcie odstawiania Warfinu i wprowadzania Enoksyparyny przed zabiegiem operacyjnym.

Jeśli w trakcie zabiegu operacyjnego dochodzi do zbyt dużego krwawienia, prowadzi to do gwałtownego spadku odporności (a taka sytuacja miała miejsce u powódki, co skutkowało wystąpieniem kolejnych czynników rozwoju ZMO) i uruchomienia procesu bakteryjnego, ponieważ drobnoustroje mają w takim wypadku korzystne warunki do rozwoju i rozprzestrzeniania się po całym organizmie. Jeśli występuje krwawienie śród- czy pooperacyjne, to należy przeprowadzić badania krzepnięcia krwi, a nie tylko badania morfologiczne, celem ustalenia jakie należy zastosować w takim przypadku leczenie. Nie wystarczy zatem uzupełnienie utraconych elementów krwi, co czyniono u powódki. Mając pełną informację o przedłużonym okresie krzepnięcia lub krwawienia, należy monitorować krzepnięcie krwi. Powszechnie od dwóch dekad stosuje się tromboelastografię (TEG), która w kompleksowy sposób daje wynik w bardzo szybkim czasie. Takiego badania nie wykonano u powódki.

Powódka w związku z wszczepionym stymulatorem serca, przed zabiegiem przewlekłe przyjmowała lek przeciwzakrzepowy Warfin. Prawidłowe przygotowanie jej do operacji (powódka otrzymała zalecenie od kardiologa, aby odstawić ten lek co najmniej 5 przed zabiegiem, z kolei biegły A. R. wskazywał, że winien być on odstawiony co najmniej 14 dni przed zabiegiem). W pozwany szpitalu nie ustalono czy powódka faktycznie odstawiła lek Warfin w zaleconym czasie. Dodatkowo powódka w przygotowaniu do operacji otrzymywała takie leki jak: Cefalosporyna i Omeprazol, które znacznie przedłużają działanie warfaryny. Wyniki badań, w tym poziomu INR po operacji, wskazują, że w czasie operacji działanie leku WARFIN jeszcze trwało.

Jak ustalił Sąd, u powódki nie stosowano zaś właściwych leków odwracających działanie warfaryny, co było postępowaniem nieprawidłowym, a skutkiem czego - z wysokim stopniem prawdopodobieństwa – był duży krwotok pooperacyjny u powódki był związany z działaniem preparatu Warfin, który ciągle jeszcze był obecny w jej organizmie. Niewykonanie badania poziomu wskaźnika INR (co ma znaczenie dla oceny procesu krzepnięcia krwi) przed zabiegiem było zatem postępowaniem nieprawidłowym.

Z ustaleń Sądu wynika również, że usunięcie endoprotezy u powódki z uwagi było konieczne i było skutkiem wystąpienia u niej wczesnego zakażenia miejsca operowanego – po operacji wszczepienia endoprotezy w dniu 6 maja 2009r. Miejsce operowane zostało zakażone bakterią gronkowca złocistego. Podczas pobytu powódki w okresie od 23 maja 2009 r. do 28 maja 2009 r. w Szpitalu Wojewódzkim w P. wykonano posiewy z krwi oraz z wycieku z rany pooperacyjnej, z których wyhodowano właśnie gronkowca złocistego. W normalnym organizmie człowieka we krwi nie powinno być żadnych bakterii i aby w posiewach bakteriologicznych z krwi można było wyhodować bakterie, to ich ilość musi być duża. Musi być zatem długi czas, aby bakterie mogły się w takiej ilości namnożyć – w przybliżeniu jest to czas powyżej kilkunastu dni, a nie kilku dni. Takie stężenie bakterii w organizmie powódki nie mogło powstać w trakcie krótkiego pobytu powódki u córki. Wyciek z rany pooperacyjnej, zakażony gronkowcem złocistym, świadczy o tym, że w dniu 21 maja 2009r. rana ta nie była jeszcze wygojona. Późniejszy (tj. od 28 maja – 5 czerwca 2009r.) pobyt powódki

u pozwanego i rewizja rany w dniu 30 maja 2009r. również wykazały na istniejące nadal zakażenie (wyhodowano z posiewu podczas zabiegu rewizyjnego wprawdzie inną bakterię – *Streptococcus viridans*), ale gronkowca złocistego wyhodowano jednak w tym dniu z posiewu z drzewa oskrzelowego. Podczas rewizji rany pooperacyjnej stwierdzono krwika, co jest objawem niewłaściwym i miejscem powstania infekcji. W okresie od 7 lipca do 20 sierpnia 2009r. powódka przebywała na Oddziale Opieki Długoterminowej Szpitala Miejskiego w P. m.in. z rozpoznaniem gronkowca w ranie pooperacyjnej. Z powyższych względów należało zatem uznać, że wyżej omówione wyniki badań (posiewu) wskazują, że u powódki wystąpiło ZMO gronkowcem złocistym. W czasie pobytu pozwanym szpitalu, kiedy doszło do usunięcia w dniu 9 lutego 2010r. zakażonego implantu, pobrano materiał na posiew, ale brak jest w dokumentacji medycznej jego wyniku. W ocenie Sądu, jest to okoliczność, jaką winien ewentualnie wykazać pozwany, co nie nastąpiło (art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc).

Na podstawie przeprowadzonych dowodów z opinii biegłych i Instytutu, Sąd ustalił, że związek przyczynowy pomiędzy zabiegiem z dnia 6 maja 2009r. i powstałym na skutek wyżej omówionych zaniedbań personelu pozwanego szpitala a obecnym stanem zdrowia powódki jest bezpośredni. Jak już wyżej wskazano omówione zaniedbania personelu szpitala z dużym prawdopodobieństwem skutkowały wystąpieniem u powódki zakażenia miejsca operowanego, co czyni zadość wymogowi wykazania w tzw. procesie lekarskim, związku przyczynowego między zaniedbaniami a szkodą. Przypomnieć zaś należy, że ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną w przyczyn jest niedbalstwo (por. wyrok SN z 17.10.2007r., II CSK 285/07, Lex nr 490418).

W rozpoznawanej sprawie zaistniały zatem wszelkie przesłanki odpowiedzialności pozwanego za ww. zaniedbania, a w konsekwencji za skutki nieudanego – w związku z powstałym zakażeniem miejsca operowanego – zabiegiem (art. 415 kc w zw. z art. 430 kc).

Przechodząc bowiem do żądania zadośćuczynienia wskazać należy, że przewidziana w art. 445 k.c. krzywda, za którą sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią kwotę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego, obejmuje zarówno cierpienia fizyczne, jak i cierpienia moralne. Nie tylko trwałe, lecz także przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu polegające na znoszeniu cierpień psychicznych mogą usprawiedliwiać przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 445 § 1 k.c. (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20.03.2002 r., V CKN 909/00, LEX nr 56027). Pojęcie „sumy odpowiedniej” użyte w art. 445 § 1 k.c. w istocie ma charakter niedookreślony, niemniej jednak w judykaturze wskazane są kryteria, którymi należy się kierować przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Trzeba też zgodzić się z tezą, że krzywda wynagradzana zadośćuczynieniem pieniężnym, uregulowanym w art. 445 k.c., jest szkodą niemajątkową. Charakter takiej szkody decyduje o jej niewymierności. Przyznanego poszkodowanemu zadośćuczynienia nie należy zatem traktować na zasadzie ekwiwalentności, którą charakteryzuje wynagrodzenie szkody majątkowej. Odpowiedniość kwoty zadośćuczynienia, o której stanowi art. 445 § 1 k.c., ma służyć złagodzeniu doznanej krzywdy, a jednocześnie nie być źródłem wzbogacenia (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9.02.2000 r. sygn. III CKN 582/98, LEX nr 52776).

Trzeba jeszcze raz podkreślić, że zadośćuczynienie jest sposobem naprawienia krzywdy. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, czy rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, wyłączenia z normalnego życia itp. Celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Ma ono charakter całościowy i obejmuje wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości (a więc prognozy na przyszłość). Przy ocenie więc „odpowiedniej sumy” należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy. Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia za krzywdę należy uwzględniać przede wszystkim nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym. Trzeba też porównać sytuację życiową ofiary wypadku przed jego zaistnieniem i po jego zaistnieniu. Dla wysokości zadośćuczynienia istotne znaczenie mają: wiek poszkodowanego, rodzaj doznanych

obrażeń, nasilenie i czas trwania cierpień jak i skutki uszkodzenia ciała w zakresie ogólnej zdolności do życia. Stopień uszczerbku na zdrowiu nie może być przyjmowany jako jedyna przesłanka ustalenia wysokości zadośćuczynienia z tytułu trwałego inwalidztwa spowodowanego wypadkiem. W każdym bowiem przypadku kwota zadośćuczynienia musi być zindywidualizowana. Wielkość uszczerbku na zdrowiu oraz jego trwałość stanowi jednak punkt wyjścia do oceny wielkości doznanej krzywdy.

Jak już wyżej wskazano, skutki powstałego u powódki ZMO, a w konsekwencji usunięcia endoprotezy - dla zdrowia powódki - są rozległe. Powodują one przede wszystkim brak możliwości samodzielnego poruszania się czy też przy pomocy kul (łokciowych czy pachowych, jak i balkoniku). Powódka obecnie ma ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowo - lędźwiowym. Lewa kończyna dolna jest skrócona o 8 centymetrów, z wygojoną blizną pooperacyjną i śladami po przetoce. Powódka ma w lewej kończynie zaniki mięśni - zwłaszcza podudzia i stopy. Staw skokowy i stopa są usztywnione w ustawieniu końskim, a przodostopie w ustawieniu szpotawym.

Przed zabiegiem powódka wprawdzie była osobą chorą (miała wszczepiony stymulator serca, miała chorobę zwyrodnieniową stawów, nadciśnienie), niemniej była w pełni samodzielna i była w stanie samodzielnie zaspokoić swoje potrzeby, przeciwnie niż obecnie. Obecnie zaś powódka ma nie tylko zwiększone potrzeby w zakresie pomocy osoby drugiej (kilka godzin dziennie), ale również w zakresie zapewnienia lokalu o specjalnym standardzie przystosowanym dla osób niepełnosprawnych. Z powyższych względów w dniu 30 lipca 2009r. została skierowana na pobyt stały w Domu Pomocy Społecznej przy ul. (...) w P.. Powódka nie mogła już dalej przebywać w lokalu przy ul. (...) w P., gdyż jest on położony na piętrze i nie jest dostosowany dla aktualnych potrzeb powódki. I. B. (1) nie mogła również liczyć na pomoc córki, która była osobą niepełnosprawną i obecnie już nie żyje. Z tego względu musi przebywać w domu pomocy społecznej. Skutki nieudanego zabiegu powodują u powódki również całkowitą utratę zdolności do pracy, jak i zwiększone potrzeby w zakresie zapewnienia środków ortopedycznych do poruszania się (wózki inwalidzkie, obuwie ortopedyczne), jak i odpowiednich środków transportu do poruszania się po mieście w celu dojazdów do lekarzy, sklepu (przy niesprzyjającej pogodzie), ośrodków kultury, spacerów, wyjazdów np. do sanatorium i innych ośrodków leczniczych. Dodatkowo powódka wymaga zwiększonych nakładów na leki związane z możliwością wystąpienia nawrotów zakażenia (leki poprawiające krążenie, uwapnienie kości itp.) oraz leków przeciwbólowych. Potrzebna powódce też jest pomoc innych osób celem zapewnienia podstawowych potrzeb bytowych w zakresie robienia większych zakupów (drobne zakupy powódka robi sobie sama), przygotowywania posiłków, prania, sprzątanía. Opieka osoby drugiej jest potrzebna kilka godzin na dobę. Powyższe zwiększone zapotrzebowania i pomoc osoby trzeciej była niezbędna od dnia opuszczenia szpitala tj. 20 sierpnia 2009 r. i potrzebna jest nadal - prawdopodobnie do końca życia.

Sąd miał na uwadze także, że stopień nasilenia dolegliwości bólowych, zważywszy na charakter i lokalizację doznanych zmian w obrębie stawu biodrowego lewego, jak i powikłania oraz ich skutki w postaci konieczności usunięcia endoprotezy. Znaczne dolegliwości bólowe były przede wszystkim związane z kolejnymi zabiegami chirurgicznymi, a później tj. od wiosny 2010r. - w miarę postępu procesów gojenia i leczenia zmian - ulegały stopniowemu złagodzeniu. U powódki nadal występują dolegliwości bólowe kończyny dolnej lewej, szczególnie w związku ze zmianą warunków atmosferycznych, jak i zmianami w postaci tzw. końskiego ustawienia lewego stawu skokowego i lewej stopy oraz szpotawego ustawienia przodostopia. Sąd wziął także pod uwagę wielość zabiegów chirurgicznych i dużą ilość dni hospitalizacji, które powódka odbyła w związku z zakażeniem gronkowcem. Ostatecznie zaś należało wziąć pod uwagę to, że trwały uszczerbek na zdrowiu powódki jest znaczny (mieści się w granicach 40-60%), a rokowania na przyszłość są złe. Dla powódki wielką dolegliwością jest to, że bezpowrotnie utraciła samodzielność - czuje się „jak w więzieniu”. Powódka liczyła, że dzięki przedmiotowej operacji jej stan zdrowia w obrębie narządów ruchu poprawi się. Stało się inaczej - stan ten w sposób radykalny się pogorszył. Umiejętność samodzielnego chodzenia jest jedną z podstawowych i najistotniejszych dla człowieka, dlatego jej utrata musi być oceniona jako bardzo dotkliwa. Powódka w wielu aspektach potrzebuje do codziennej egzystencji pomocy drugiej osoby. Przed operacją powódka mieszkała wprawdzie z

córką, ale to raczej ona pomagała córce, która była osobą niepełnosprawną. Teraz sama wymaga takiej pomocy.

Z powyższych względów, w ocenie Sądu, kwota zadośćuczynienia musi mieć wysoki poziom, aby złagodzić skutki ww. krzywdy. Odpowiednim zadośćuczynieniem dla powódki będzie zatem kwota 250.000 zł, co z pewnością ma dla niej dużą, ekonomicznie odczuwalną wartość (choćby w stosunku do emerytury, która wynosi 1.700 zł).

O należnych odsetkach Sąd orzekł mając na uwadze art. 481 k.c. i art. 455 k.c. uznając, że należą się one od dnia wniesienia pozwu, albowiem jeszcze wcześniej, pismem z dnia 2 kwietnia 2010r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 360.000 zł, czemu pozwany nie zadośćuczynił.

Szacując wysokość zadośćuczynienia Sąd – z drugiej strony – miał na względzie, że wysokość zadośćuczynienia nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, ale musi być „odpowiednia” w tym znaczeniu, że powinna być - przy uwzględnieniu krzywdy poszkodowanego - utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28.09.2001 r. III CKN 427/00, LEX nr 52766). Taką wygórowaną – w ocenie Sądu – jest żądana kwota 600.000 zł.

Wskazać bowiem należy, że powódka jest osobą silną psychicznie, nie doznała trwałych zaburzeń zdrowia psychicznego. I. B. (1) jeden raz korzystała z konsultacji psychologa. Poza tym jej aktualny stan psychiczny jest bardzo dobry. Cierpienia psychiczne powódki były głównie związane z obawami co do tego czy po wyjściu ze szpitala poradzi sobie, a obecnie są związane z doznawanymi ograniczeniami w swobodnym poruszaniu się. I. B. (1), wprawdzie nadal wymaga przez kilka godzin dziennie pomocy osoby drugiej, to jednak część czynności „przy sobie” wykonuje samodzielnie: myje się (nie korzysta z kąpieli), ubiera się, przy dobrej pogodzie sama wyjeżdża z DPS-u i robi w Biedronce drobne zakupy, niekiedy jedzie do lekarza.

Powódka jeszcze przed spornym zabiegiem i leczeniem, była osobą chorą (miała rozrusznik serca, odczuwała bóle z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów, miała nadciśnienie), a więc pomimo tego, że była samodzielna – miała pewne dolegliwości i ograniczenia z tym związane. Powódka doznawała również ograniczeń związanych z wiekiem tj. w 2009r. miała już 75 lat. Obecnie ma lat 83. Nawet zatem, gdyby sporny zabieg nie istniał, to powódka z racji wieku doznawałaby coraz większych ograniczeń i dolegliwości zdrowotnych. Powódka w 2009r., wprawdzie dorabiała sobie do emerytury, pracując w DPS jako portier, ale jednocześnie była już w wieku, w którym nie jest się bardzo aktywnym zawodowo.

Z tego względu, w pozostałym zakresie, żądanie zasądzenia zadośćuczynienia jako wygórowane, należało oddalić.

Powódka domagała się również od pozwanego – począwszy od stycznia 2011r. – w wysokości 1.500 zł z tytułu całkowitej utarty zdolności do pracy oraz zwiększonych potrzeb.

Zgodnie art. 444 § 2 k.c., jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Zgodnie z art. 444 § 2 k.c. poszkodowanemu należy się renta m.in. wtedy, gdy zwiększyły się jego potrzeby, które polegać mogą na konieczności zapewnienia opieki, pokryciu kosztów przejazdu, stałych kosztów leczenia, lepszego odżywiania itp. Należy się ona bez względu na to, czy rzeczywiście poszkodowany ponosi wydatki na wspomniane cele, ponieważ wystarczy ustalenie tych potrzeb jako następstwo czynu niedozwolonego. Dlatego nie można uzależniać zasądzenia renty od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. W tym zakresie wskazać należy, że renta przewidziana w art. 444 k.c. nie ma charakteru alimentacyjnego, lecz wyłącznie odszkodowawczy i przesłanką jej ustalenia nie może być koszt utrzymania osoby poszkodowanej, ale wyłącznie odszkodowanie za utratę zdolności do pracy (za utratę zarobków) oraz odszkodowanie za zwiększenie się potrzeb poszkodowanego na skutek wyrządzenia mu szkody na zdrowiu (por: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 grudnia 1977 r., IV CR 486/77, LexPolonica nr 319802). Do przyznania renty z

tego tytułu wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb jako następstwa czynu niedozwolonego, a przy obliczaniu renty sąd nie jest zobowiązany do zachowania drobiazgowej dokładności (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 11 marca 1976r., IV CR 50/76, publ. OSNCP 1977/1/11 oraz z dnia 3 listopada 2009r., II CSK 249/09, LEX nr 737261).

Żądanie zasądzenia renty okazało się częściowo uzasadnione. Z ustaleń Sądu wynikało, że powódka w 2009r. – od początku stycznia do końca marca 2009r. – pracowała jako portier w Domu Pomocy Społecznej. Powódka nie wykazała jednak z jakich przyczyn nie wykonywała już tej pracy w kwietniu 2009r., skoro do szpitala została przyjęta 4 maja 2009r. Ponadto powódka nie wykazała w jakim wymiarze czasu pracy była zatrudniona ani z jakim miesięcznym wynagrodzeniem netto (art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc). I. B. (1) twierdziła przy tym, że po zabiegu nadal chciała kontynuować pracę, ale – w ocenie Sądu – nie wykazała, że faktycznie DPS był skłonny ją dalej zatrudniać i na jakich warunkach (z jakim wynagrodzeniem, przez ile lat itp.). W ocenie Sądu, choćby z uwagi na wiek powódki, możliwość jej dalszego zatrudnienia z pewnością nie była nieograniczona. Powódka nie przedłożyła w tym zakresie wiarygodnych dowodów np. pisma Dyrektora DPS-u (art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc).

W ocenie Sądu, częściowo uzasadnione okazało się żądania zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki z tytułu zwiększonych potrzeb. Jak wynika z ustaleń Sądu, na skutek spornego zabiegu oraz będącego skutkiem powstałego u powódki ZMO usunięcia protezy niewątpliwie zwiększyły się potrzeby powódki w zakresie zapewnienia lokalu o specjalnym standardzie przystosowanym dla osób niepełnosprawnych. Powódka nie mogła już dalej zamieszkiwać w mieszkaniu przy ul. (...) w P., gdyż nie był przystosowany dla osoby niepełnosprawnej poruszającej się na wózku inwalidzkim. Nadto, powódka wymagała pomocy osoby drugiej, a takiej nie mogła uzyskać od najbliższej rodziny. Z tego też względu, na mocy decyzji z dnia 30 lipca 2009r. została skierowana, a następnie od dnia 20 sierpnia 2009r. do chwili obecnej przebywa w DPS. Wartością zwiększonych potrzeb powódki w tym zakresie będzie różnica pomiędzy opłatą jaką powódka uiszcza na rzecz DPS a wartością opłat, które powódka ponosiłaby za najem spornego lokalu. W ocenie Sądu jest to wartość około 500 zł miesięcznie. W 2009r. powódka mieszkała wspólnie z córką, prowadząc wspólne gospodarstwo domowe i ponosząc połowę opłat. Wówczas opłaty (w tym czynsz regulowany) wynosiły ok. 500 – 600 zł (ok. 405 zł, a później 440 zł czynsz, 30 zł energia elektryczna i 25 zł gaz, przy czym z uwagi na zmienność tych opłat należy przyjąć wartości przybliżone), a zatem na powódkę przypadłaby miesięcznie kwota ok. 250 zł – 300 zł z tego tytułu. Opłata za DPS w 2009r. wynosiła ok. 772,42 zł, a od 1 kwietnia 2010r. – 831,25 zł. Powódka ponosiła zatem zwiększone koszty o około 530 – 580 zł (830 zł – 250 zł = 580 zł, 830 zł – 300 zł = 530 zł). Obecnie powódka ponosi opłatę za DPS w wysokości ok. 1190 zł miesięcznie. Gdyby mieszkała w mieszkaniu przy ul. (...), już sama z uwagi na śmierć córki, to musiałaby ponosić opłaty za mieszkanie w wysokości ok. 650 - 700 zł (szacunkowo ok. 500 zł za czynsz i 150 – 200 zł za media). Zwiększony koszt powódki to nadal kwota ok. 500 zł miesięcznie.

Nadto powódka wymagała i wymaga przez kilka godzin dziennie pomocy osoby drugiej (ok. 200 zł miesięcznie, z uwag na to, że część czynności powódka wykonuje przy sobie samodzielnie, ale nadal nie robi sobie zasadniczych zakupów, ale drobne, nie przygotowuje głównych posiłków), miała i ma zwiększone potrzeby w zakresie zapewnienia środków ortopedycznych do poruszania się (wózek inwalidzki, kule, balkonik, obuwie ortopedyczne, obecnie wózek i obuwie ortopedyczne), ponosiła koszty dojazdów do lekarzy (np. ortopedy, łącznie ze środkami ortopedycznymi ok. 50 zł miesięcznie), leków (poprawiających krążenie, uwapnienie kości, przeciwbólowych – ok. 50 zł miesięcznie), co łącznie, ostrożnie można oszacować na kwotę ok. 300 zł miesięcznie. Uwzględniając przy tym kwoty uśrednione oraz szacunkowe (renta z tytułu zwiększonych potrzeb nie musi się opierać na matematycznych obliczeniach), w ocenie Sądu, adekwatną kwotą jest kwota 800 zł (500 zł + 300 zł) miesięcznie i to począwszy od stycznia 2011r.

Sąd dokonał – za okres od 1 stycznia 2011r. do końca grudnia 2017r. – kapitalizacji ww. renty, co łącznie daje kwotę 67.200 zł (800 zł x 12 m-cy x 7 lat). Przy uwzględnieniu nadto, iż wysokość renty została ustalona dopiero w wyroku, wymagalność tego świadczenia nastąpiła z dniem wydania wyroku (tak: Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 24 stycznia 2001r., II CKN 197/00, publ. OSNP 2002/18/443). Odsetki ustawowe za opóźnienie (art. 481 kc) od kwoty 67.200 zł należało zatem zasądzić od momentu wyrokowania, tj. od dnia 28 grudnia 2017r.

Nadto, należało zasądzić od pozwanego na rzecz powódki bieżącą rentę w wysokości 800 zł miesięcznie, począwszy od stycznia 2018r., płatną do dnia 15. tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w terminie płatności którejkolwiek z kwot.

W pozostałej części, Sąd oddalił żądanie powódki zasądzenia od pozwanego renty z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy oraz zwiększonych potrzeb jako nieuzasadnione.

Sąd uznał także, że zaistniały w niniejszej sprawie przesłanki do ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zakażenia gronkowcem w związku z zabiegiem z dnia 6 maja 2009r., a to zgodnie z art. 189 k.p.c. Wskazać należy, że zgodnie z utrwalonym kierunkiem orzecznictwa, o skorzystaniu z formy powództwa o ustalenie przesądza interes prawny powoda w żądaniu ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa. Interes prawny powoda jest przy tym materialnoprawną przesłanką powództwa o ustalenie. Najogólniej można stwierdzić, że interes prawny w rozumieniu art.189 k.p.c. oznacza potrzebę prawną, wynikającą z sytuacji prawnej, w jakiej powód się znajduje. Chodzi tu oczywiście o interes dotyczący szeroko rozumianych praw i stosunków prawnych. Tak pojmowany interes prawny może wynikać z bezpośredniego zagrożenia prawa powoda lub zmierzać do zapobieżenia temu zagrożeniu. Interes prawny występuje także wtedy, gdy istnieje niepewność stanu prawnego lub prawa, mająca charakter obiektywny, tzn. zachodząca według rozumnej oceny sytuacji, a nie tylko subiektywnego odczucia powoda. Godzi się jednak podkreślić, że uzależnienie powództwa o ustalenie od interesu prawnego trzeba pojmować elastycznie, z uwzględnieniem celowościowej jego wykładni, konkretnych okoliczności danej sprawy i wreszcie tego, czy w drodze innego powództwa, zwłaszcza powództwa o świadczenie, strona może uzyskać pełną ochronę swoich praw. Pojęcie interesu prawnego powinno być przy tym interpretowane z uwzględnieniem szeroko pojmowanego dostępu do sądów w celu zapewnienia należytej ochrony prawnej (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18.03.2011r. III CSK 127/10; z dnia 21.02.1997 r. II CKU 7/97; z dnia 04.02.1999 r. II CKN 804/98, OSNC 1999, nr 10, poz. 171; z dnia 27.01.2004 r. II CK 387/02; z dnia 30.10.2008 r. II CSK 233/08; z dnia 18.06.2009 r. II CSK 33/09, OSNC - Zb. dodatkowy 2010 nr B, poz. 47, str. 94).

Z ustaleń Sądu wynika, że uszczerbek na zdrowiu powódki ma charakter trwały i nie należy spodziewać się poprawy stanu zdrowia, w związku z powyższym nie sposób wykluczyć, że w przyszłości mogą ujawnić się jeszcze inne powikłania związane z zakażeniem powódki gronkowcem, tym bardziej, że istnieją obecnie metody lecznicze, które mogą znaleźć zastosowanie u powódki (np. reoperacja polegająca na osadzeniu endoprotezy rewizyjnej).

O kosztach postępowania Sąd orzekł częściowo na podstawie art. 100 kpc mając na uwadze wynik postępowania, czyli fakt, że powódka wygrała proces w 42 % (wps wynosiła 618.000 zł, a powódka wygrała proces do kwoty 259.600 zł). W związku z tym należało zasądzić od pozwanego na rzecz powódki kwotę 12.096 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika, przy zastosowaniu przepisów obowiązujących w dacie wniesienia pozwu (rozporządzenie MS z 28.09.2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu) oraz poczwórnej stawki minimalnej z uwagi na duży stopień skomplikowania sprawy, jak i duży nakład pracy pełnomocnika (§ 2 ust. 1 i 2 oraz § 4, § 6 pkt. 7 ww. rozporządzenia tj. $7.200 \text{ zł} \times 4 = 28.800 \text{ zł} \times 42\% = 12.096 \text{ zł}$).

Powódka korzystała z całkowitego zwolnienia od kosztów sądowych, a zatem nie było podstaw, aby obciążać ją nieuiszczonymi kosztami sądowymi. Na podstawie art. 102 kpc Sąd odstąpił od obciążenia powódki kosztami zastępstwa procesowego pozwanego w przegranej części, gdyż sytuacja materialna i życiowa powódki jest trudna. Prawie cały dochód przeznaczona na utrzymanie w DPS. Jest osobą w zaawansowanym wieku, nie ma oszczędności.

Koszty przeprowadzenia dowodów z opinii biegłych oraz koszty transportu medycznego powódki wyniosły 10.481,95 zł, koszty opinii Instytutu 11.117,60 zł, co łącznie daje kwotę 21.599, 55 zł. Pozwany winien z tego tytułu zapłacić na rzecz Skarbu Państwa kwotę 9.072 zł (42% tych kosztów) oraz kwotę 12.978 zł tytułem części (42% x 30.900 zł) nieuiszczonej przez powódkę opłaty sądowej od pozwu.

SSO /-/ M. Inerowic