

Sygn. akt II C 49/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 lutego 2014 roku

Sąd Okręgowy w Łodzi II Wydział Cywilny

w składzie :

Przewodniczący : SSO Marek Kruszewski

Protokolant: Małgorzata Grzęda

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 6 lutego 2014 roku, w Łodzi

sprawy z powództwa E. F. (1)

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę

1/ oddała powództwo;

2/ nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej.

II C 49/12

UZASADNIENIE

13 stycznia 2012r. E. F. (1) wniosła pozew przeciwko (...) S.A. w W., domagając się zasądzenia na swoją rzecz:

- 200'000,00 zł zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 15 lipca 2011r. do dnia zapłaty,
- 60'000,00 zł odszkodowania obejmującego koszt zakupu protezy, z ustawowymi odsetkami od 15 lipca 2011r. do dnia zapłaty,
- ustalenie odpowiedzialności pozwanego za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki zdarzenia,
- zasądzenie kosztów procesu według norm.

Powódka oparła swoje roszczenia na twierdzeniu, że w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł., którego ubezpieczycielem był pozwany, przeprowadzono u E. F. (1) zabieg zespolenia kończyny dolnej w stawie skokowo-goleniowym, podczas którego doszło do błędu w sztuce lekarskiej polegającego na zastosowaniu niewłaściwego materiału zespalającego, co doprowadziło do stanu zapalnego i w konsekwencji – konieczności amputacji kończyny.

Pismem złożonym na rozprawie 12 września 2013r. E. F. (1) rozszerzyła powództwo o kwoty:

- 28'215,00 zł tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby w postaci opieki osób trzecich, z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pisma stronie przeciwnej do dnia zapłaty,
- 855,00 zł miesięcznej renty na zwiększone potrzeby poczynając od 1 października 2013r., płatnej do dziesiątego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami od dnia wymagalności każdej raty.

Odpis pisma rozszerzającego pozew został doręczony pozwanemu na tej samej rozprawie.

Na ostatniej rozprawie 6 lutego 2014r. strona powodowa powołała się nadto na fakt zakażenia powódki gronkowcem podczas zabiegu zespolenia stawu skokowo-goleniowego w Szpitalu im. (...), czego efektem była konieczność amputowania kończyny.

Pozwany nie uznał powództwa tak co do zasady, jak i wysokości sformułowanych żądań, wniósł o jego oddalenie i zasądzenie kosztów procesu.

Stan faktyczny:

E. F. (1) cierpi od kilkunastu lat na reumatoidalne zapalenia stawów. Z powodu tej choroby przechodziła w przeszłości endoprotezo plastykę obu stawów biodrowych i prawego stawu kolanowego.

/ niesporne /

W kwietniu 2006r. powódka została przyjęta na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala im. (...) w Ł. z powodu bolesnej deformacji i niestabilności lewego stawu skokowego wynikającej z dużej koślawości.

/ opinia pisemna biegłego J. F. – k 122-124 /

Pacjentką opiekował się lekarz, który wykonywał u niej wcześniej operacje z powodzeniem. Deformacja lewego stawu skokowego i towarzyszący temu ból uniemożliwiał powodce chodzenie. Z tego względu E. F. (1) poprosiła lekarza o wszczęcie endoprotezy zaatakowanego stawu. Po konsultacji z producentem endoprotez lekarz uzyskał informację, że stan stawu skokowego powódki uniemożliwia wszczęcie protezy. W tej sytuacji podjął decyzję, że jedynym sposobem umożliwienia pacjentce chodzenia jest usztywnienie stawu skokowego poprzez doprowadzenie do zrostu kostnego kości piszczelowej i skokowej.

/ zeznania świadka M. P. – k 106 odwrót – 107 odwrót /

8 maja 2006r. przeprowadzono u powódki zabieg operacyjny podczas którego usztywniono staw skokowy gwoździem Kuntschera blokowanym dwiema śrubami skośnie mocowanymi w kości piętowej. Zabieg wykonano w sposób typowy i prawidłowo. Unieruchomienie stawu przy takim zabiegu może być dokonane różnymi metodami, zarówno poprzez zespolenie zewnętrzne, jak i materiałem wewnętrznym, tzn. gwoździem śródspikowym. Wybór konkretnej metody zależy od stopnia mineralizacji kości pacjenta oraz doświadczenia operatora. Stosując gwoździe śródspikowe należy dopasować jego średnicę do szerokości jamy szpikowej przy czym jama ta nie ma kształtu regularnego, ani jednej osi. Ten typ materiału zespalającego stosuje się przede wszystkim przy złamaniach kości długich, jednakże wówczas zasady jego stosowania są inne. U powódki nie można było zastosować gwoździa takiego, jaki należałoby zastosować przy złamaniu trzonu kości piszczelowej ponieważ mógłby on spowodować rozłamanie bloczka kości skokowej i kości piętowej. Z tego względu u E. F. (1) zastosowano pręt o mniejszej średnicy. Przy zespoleniu stosowanym w celu unieruchomienia stawu skokowego, wytrzymałość gwoździa śródspikowego na obciążenie nie ma znaczenia, ponieważ do momentu uzyskania zrostu pacjent nie powinien obciążać kończyny w ogóle. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. 17 maja 2006r. stwierdzono wygojenie rany pooperacyjnej; zdjęto szwy i pacjentka została wypisana do domu dnia następnego z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni (...)w Ł.. Podczas wizyty 30 czerwca 2006r. stwierdzono u powódki obecność martwicy rozplywanej na przedniej powierzchni stawu skokowego. Zastosowano leczenie miejscowe i ogólne. 31 lipca 2006r. w obrazie rtg stwierdzono złamanie gwoździa stabilizującego.

/ opinia pisemna biegłego ortopedy J. F. – k 122-124, pisemna opinia uzupełniająca biegłego J. F. – k 148-149, zeznania biegłego J. F. – k 236 /

Do złamania gwoździa u powódki doszło samoistnie, bez żadnego urazu.

/ zeznania powódki – k 440 w zw. z k 49 /

Przyczyna złamania materiału zespalającego nie jest jasna; mogło to zostać spowodowane wadą materiału, z którego go wykonano. Przyczyną tą nie było natomiast zastosowanie gwoźdźcia danego rodzaju. Gwoździez wybrany dla powódki był optymalny dla tego rodzaju zabiegu. Materiał zespalający uległ złamaniu w miejscu, w którym znajduje się otwór przeznaczony do przeprowadzenia śruby blokującej. U E. F. (2) nie zastosowano takiej śruby, ponieważ przy zabiegu unieruchomienia stawu skokowego nie było takiej potrzeby. Brak śruby blokującej nie miał wpływu na złamanie gwoźdźcia. Usztywnienie stawu za pomocą gwoźdźcia śródszpikowego obarczone było dużym ryzykiem powikłań ze względu na zaawansowanie osteoporozy u pacjentki oraz jej podatność na zakażenia. Wybór tej metody nie był błędem ponieważ dawała ona szansę na dobrą stabilizację artrodezewanych powierzchni kostnych. Stabilność wykonanego zespolenia została zaburzona przez proces zapalny, który rozwinął się u E. F. (1).

/ pisemna opinia uzupełniająca biegłego J. F. – k 148-149, zeznania biegłego J. F. – k 236 /

Po stwierdzeniu zmian ropnych na lewej stopie powódka była leczona antybiotykami i opatrunkami. W pobranej od pacjentki wydzielinie stwierdzono obecność *Staphylococcus ureus*, *Pseudomonas aeruginoza*. W maju 2007r., podczas konsultacji w Instytucie (...) we W. rozpoznano u E. F. (1) przewlekłe zakażenie lewego stawu skokowego. Zastosowane w latach 2007-2008 leczenie autoszczepionką nie przyniosło rezultatów. Badania bakteriologiczne przeprowadzone w styczniu 2008r. wykazały w obrębie zmian zapalnych obecność drobnoustrojów: *Pseudomonas aeruginoza*, *Enterococcus faecalis* oraz *Staphylococcus aureus* MSSA (gronkowiec złocisty metycylinowrażliwy). Ponadto, w sierpniu 2008r. stwierdzono występowanie *Acinetobacter baumani*, zaś w lutym 2009r. wyhodowano drobnoustroje *Proteus mirabilis* i *Staphylococcus aureus*. Zakażenie stwierdzone u E. F. (1) było zakażeniem szpitalnym związanym z operacją przeprowadzoną 8 maja 2006r. w Szpitalu im. (...) w Ł.. Stwierdzenie, że infekcja ma charakter zakażenia szpitalnego nie jest jednoznaczne z ustaleniem jego etiologii tzn. czynnika sprawczego, ani nie świadczy samo przez się o zaniedbaniach ze strony personelu szpitala. Patogeny, które spowodowały zakażenie występują zarówno w środowisku szpitalnym jak i poza nim oraz w organizmie człowieka. Przyczyną zakażeń szpitalnych mogą być:

- czynniki zależne od pacjenta,
- czynniki ryzyka zależne od drobnoustroju i rodzaju zakażenia,
- czynniki ryzyka zależne od personelu medycznego,
- czynniki ryzyka zależne od systemu organizacji opieki w szpitalu.

W przypadku E. F. (1) najważniejszym czynnikiem ryzyka było istnienie reumatoidalnego zapalenia stawów, które powoduje znaczne zaburzenie naturalnej odporności organizmu; ponadto w leczeniu stosuje się środki immunosupresyjne powodujące dodatkowo upośledzenie odporności człowieka. W zgromadzonej dokumentacji brak jest wskazówek, które mogłyby dać podstawę do stwierdzenia, że zakażenie wyniknęło z zaniedbań Szpitala im. (...) w Ł.. W szczególności zaniedbań takich nie stwierdzono w trakcie kontroli przeprowadzanych przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w okresie, w którym hospitalizowana była powódka i później. W 2006r. stwierdzono co prawda jeden przypadek zakażenia na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej patogenem *Staphylococcus pyogenes*, jednakże nie był to drobnoustrój stwierdzony u powódki.

/ opinia pisemna biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B. – k 171-177, zeznania biegłego A. B. – k 236, kopie protokołów kontroli sanitarnych – k 239-266, zeznania biegłego A. B. – k 440 /

Leczenie zachowawcze po stwierdzeniu zakażenia było prawidłowe. Ponieważ było ono nieskuteczne konieczna była amputacja kończyny ze względu na zagrożenie życia pacjentki wynikające z możliwego rozwoju zakażenia ogólnoustrojowego. Zabieg przeprowadzono 31 stycznia 2011r. Infekcja kości została prawdopodobnie wyleczona po amputacji.

/ opinia pisemna biegłego A. B. – k 171-177 /

Po zabiegu ze stycznia 2011r. rana zagoiła się i nie wystąpiły żadne powikłania.

/ zeznania powódki – k 440 w zw. z k 49 odwrót /

Konieczność amputacji kończyny na poziomie podudzia oraz wcześniejszy brak zrostu kości stawu skokowego nie były spowodowane złamaniem gwoźdźcia śródszpikowego, ale powikłaniem pooperacyjnym w postaci infekcji kości. Osłabienie kości spowodowane zakażeniem mogło być natomiast przyczyną złamania elementu zespalającego. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany amputacją kończyny wynosi 40%. Powódka wymaga obecnie zaprotezowania. W okresie od maja 2006r. do stycznia 2011r. E. F. (1) wymagała pomocy osób trzecich w wymiarze około 3 godzin dziennie ze względu na ograniczenia lokomocyjne spowodowane zabiegiem z 8 maja 2006r. a następnie zakażeniem kości. Co najmniej taki sam zakres pomocy konieczny był z przyczyn ortopedycznych przez okres roku po amputacji. Prognozy odnośnie stanu zdrowia ortopedycznego powódki są dobre w przypadku pozytywnych efektów zastosowania protezy, jednakże rokowania te pogarsza ogólny stan chorej spowodowany zaawansowanym procesem gośćca reumatoidalnego.

/ opinia pisemna biegłego ortopedy J. F. – k 122-124 /

W związku z infekcją lewej stopy, jej leczeniem i koniecznością amputacji E. F. (1) wydatkowała na leki, środki higieniczne i opatrunkowe następujące kwoty:

- w roku 2009 – 4'155,39 zł,

- w roku 2010 – 4620,99 zł,

- w roku 2011 – 878,32 zł.

Ponadto powódka zakupiła w 2011r. protezę tymczasową za kwotę 650,00 zł oraz zapłaciła 6'965,00 zł za protezę modułową. Ta ostatnia jest najtańszym modelem protezy i wymaga wymiany co kilka lat. Powódka nie może z niej korzystać ponieważ lej protezy utracił pełną kontaktowość z kikutem nogi w wyniku zmian inwolucyjnych powodujących zaniki mięśniowe, oraz w efekcie zaniechania formowania i hartowania kikuta. Nieodpowiednie dopasowanie protezy powoduje w dłuższym czasie obcieranie kikuta i powstawanie bolesnych ran. Koszt wykonania protezy modułowej wynosi obecnie od 8'000,00 zł do 15'000,00 zł, przy czym koszt wymiany elementów zużywających się to jednorazowy wydatek rządu 3'000,00 do 4'000,00 zł. W przypadku, gdyby stan zdrowia pacjentki uniemożliwił uformowanie i zahartowanie kikuta, możliwe jest wykonanie protezy nietypowej z tym, że jej koszt byłby większy o 10'000,00 zł. Powódka może liczyć jedynie na refundację zakupu protezy w kwocie 1'500,00 zł raz na trzy lata oraz refundację kosztów napraw – w tym wymiany elementów zużywających się przez pierwsze dwa lata użytkowania protezy, w wysokości 500,00 zł. Poza protezą E. F. (1) wymaga stosowania wkładki ortopedycznej stopy prawej. Wkładka taka wykonywana jest indywidualnie dla każdego buta – nie nadaje się ona do wymiennego stosowania w różnych typach obuwia. Koszt jednej wkładki to 300,00 zł i nie jest on refundowany. Powódka wymaga również stosowania wózka lekkiego do poruszania się w obrębie mieszkania. Jego koszt wynosi 1'800,00 zł do 5'000,00 zł i jest refundowany raz na pięć lat do kwoty 1'500,00 zł. Znacznym poprawieniem jakości życia E. F. (1) byłoby zaopatrzenie w wózek elektryczny, którego koszt wynosi od 6'700,00 zł do 15'500,00 zł i nie jest refundowany przez NFZ. Można natomiast ubiegać się o dofinansowanie z PFRON w ramach programu znoszenia barier komunikacyjnych. Powódka wymaga stałej opieki osób trzecich ze względu na skutki amputacji kończyny, w wymiarze 6 godzin dziennie. Niezależnie od tego ogólny stan zdrowia spowodowany schorzeniem, na które cierpi E. F. (1) uzasadnia opiekę w wymiarze dalszych 2 do 4 godzin na dobę.

/ kopie faktur – k 286-407, opinia pisemna biegłej z zakresu rehabilitacji G. B. – k 409-413, zeznania biegłej G. B. – k 440, zeznania powódki – k 440 /

Stan zdrowia E. F. (1) ulega stopniowemu pogorszeniu z powodu rzs. W latach 2012-2013 powódka przeszła kolejną operację, tym razem łokcia i oczekuje na operację barku. U powódki podejmowano też próby operacyjnego zszycia

ran wywołanych w kikucie przez niedopasowaną protezę. W związku ze stosowaniem protezy E. F. (1) odczuwa bóle kikuta i doznaje otarć po kilku dniach noszenia protezy. Otarcia uniemożliwiają stosowanie protezy przez kolejne dwa tygodnie. Powódka mieszka z mężem, który świadczy jej pomoc wspólnie z matką E. F. (1). Poza tym powódka korzysta z odpłatnej pomocy osoby wynajętej do sprzątania za kwotę 100,00 zł tygodniowo. E. F. (1) wychodzi z domu wyłącznie w towarzystwie innej osoby, która może świadczyć jej pomoc.

/ zeznania powódki – k 440 /

W 2006r. Szpital im. (...) w Ł. objęty był ochroną ubezpieczeniową za szkody na osobie spowodowane w związku z działalnością szpitala lub posiadanym przez niego mieniem na podstawie umowy zawartej z pozwanym.

/ niesporne /

Sąd zważył, co następuje:

Odpowiedzialność pozwanego w tej sprawie wynika z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – art. 822 § 1 kc. Zakres tej odpowiedzialności wynika z odpowiedzialności ubezpieczonego szpitala.

Odpowiedzialność Szpitala im. (...) w Ł. wynika z art. 430 kc i jest oparta na zasadzie winy. Zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność przy spełnieniu następujących przesłanek:

- szkoda,
- zawinione działanie lub zaniechanie osoby podlegającej kierownictwu placówki, podjęte przy wykonywaniu powierzonej jej czynności,
- adekwatny związek przyczynowy między szkodą a działaniem lub zaniechaniem, które ją spowodowało.

Powództwo w tej sprawie opiera się na dwóch zarzutach:

Po pierwsze – strona powodowa twierdziła, że doszło do błędu w sztuce lekarskiej polegającego na zastosowaniu u pacjentki nieprawidłowego gwoźdźca, co doprowadziło do jego złamania, a w konsekwencji – do powikłań skutkujących koniecznością amputacji kończyny. Ten zarzut został obalony opinią biegłego ortopedy, który stwierdził, że zarówno wybrana przez lekarza metoda leczenia powódki, jak i zastosowany materiał zespalający były prawidłowe. Co więcej – biegły wskazał na okoliczność, która umknęła stronie powodowej a mianowicie, że złamanie gwoźdźca śródszpikowego nie było przyczyną problemów zdrowotnych powódki skutkujących amputacją stopy, ale jednym ze skutków zakażenia kości. Tym samym należało uznać, że w zakresie tej podstawy faktycznej roszczenia, powódka nie udowodniła aby miało miejsce zawinione działanie ze strony lekarza, którego normalnym następstwem były dalsze powikłania i konieczność amputacji kończyny.

Po drugie – już w trakcie procesu wyłoniła się druga podstawa faktyczna, a mianowicie spowodowanie u powódki infekcji, co doprowadziło do braku zrостu kostnego, złamania gwoźdźca, zagrożenia zakażeniem ogólnoustrojowym, a w konsekwencji prawidłowego, ale nieskutecznego leczenia – do konieczności amputacji lewej kończyny. Jak wynika z opinii biegłego A. B. infekcja stwierdzona u E. F. (1) dwa miesiące po zabiegu była zakażeniem szpitalnym związanym z zabiegiem z 8 maja 2006r. Stwierdzenie tego faktu nie jest jednakże tożsamy z uznaniem, że za zakażenie to odpowiedzialność ponosi szpital, na co zwrócił uwagę biegły. Termin „zakażenie szpitalne” oznacza jedynie związek funkcjonalny infekcji z pobytem chorego w danej placówce medycznej, natomiast czynnik wywołujący to zakażenie nie musi mieć żadnego związku z funkcjonowaniem szpitala lub sposobem organizacji opieki medycznej, ani zaniedbaniami ze strony personelu. Wskazując na kilka czynników ryzyka biegły wyróżnił spośród nich ten, który związany jest z osobą samej pacjentki, tzn. schorzenie na które cierpi powódka. Z punktu widzenia procesowego oznacza to, że jest to najbardziej prawdopodobna przyczyna infekcji, za którą szpital nie ponosi odpowiedzialności i może być traktowana wyłącznie w kategoriach jednego z ryzyk związanych z zabiegiem wykonanym u E. F. (1) 8 maja 2006r.

Z drugiej strony, powódka nie wskazała żadnych dowodów na poparcie tezy, że w Szpitalu im. (...) doszło do zaniedbań mogących skutkować jej zakażeniem, natomiast biegły A. B. stwierdził, że w zgromadzonym materiale brak jest podstaw do stwierdzenia tego rodzaju zaniedbań.

W tej sytuacji należało uznać, że nie została udowodniona zasadnicza przesłanka z art. 430 kc w postaci winy osoby, której szpital powierzył wykonywanie czynności i która podlega kierownictwu szpitala, przy wykonywaniu tej czynności, co skutkuje oddaleniem powództwa także w oparciu o tę podstawę faktyczną.

Na marginesie warto też wspomnieć o wątku, który pojawił się przy okazji jednej z opinii, a mianowicie zakresie w jakim E. F. (1) została poinformowana o możliwych skutkach ubocznych zabiegu z 8 maja 2006r. Sąd nie badał szczegółowo, czy zgoda na ten zabieg była dotknięta wadą w postaci niedostatecznego poinformowania pacjenta o możliwych zagrożeniach ponieważ okoliczność ta nie była objęta podstawą faktyczną powództwa. W tej sytuacji rozstrzygnięcie tej kwestii wyrokami byłoby w istocie rzeczy wyrokowaniem co do przedmiotu nie objętego żądaniem, co stanowiłoby naruszenie art. 321 § 1 kpc. W tym względzie Sąd podziela pogląd wyrażony w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 12 lutego 2013r. wydanym w sprawie I ACa 1123/12 oraz w wyroku Sądu Najwyższego – Izby Cywilnej z 22 marca 2012r. sygnatura akt IV CSK 345/11 odnośnie interpretacji pojęcia „zasądzenie ponad żądanie” użytego w art. 321 § 1 kpc.

Mając na względzie przytoczone argumenty Sąd oddalił powództwo.

Sąd rozstrzygnął o kosztach procesu na podstawie art. 102 kpc uznając, że skomplikowany pod względem merytorycznym stan faktyczny sprawy wymagający bardzo specjalistycznej wiedzy oraz sytuacja zdrowotna powódki są okolicznościami szczególnie uzasadniającymi zastosowanie tego przepisu.