

UZASADNIENIE

24 sierpnia 2016 roku R. O. wniósł pozew domagając się zasądzenia na swoją rzecz od (...) Centrum Medycznego sp. z o.o. w P. 200'000,00 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 23 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu według norm. Powód oparł swoje roszczenie na twierdzeniu, że podczas jego leczenia w pozwanej placówce po wypadku z 28 maja 2014 roku dopuszczono się błędów medycznych w postaci: zastosowania nieprawidłowej metody leczenia, braku ochrony antybiotykowej i zbytu późnego pobrania wymazu, nieprawidłowego wykonania przeszczepu skóry na zainfekowaną ranę, niewykonania badań TK i RM mimo oznak nieprawidłowego zrostu złamanej kości oraz nieprawidłowego przygotowania pacjenta pod kątem leczenia hipoglikemizującego. Błędy te spowodowały trwałe uszczerbek na zdrowiu powoda oraz stanowiły naruszenie jego praw pacjenta. Ponadto, R. O. zarzucił pozwanemu braki w dokumentacji medycznej leczenia.

Pozwany nie uznał powództwa wnosząc o jego oddalenie i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu według norm.

Fakty:

28 maja 2014 roku R. O. doznał urazu prawej kończyny dolnej po upadku z drabiny z wysokości ok. 1 metra. Bezpośrednio po zdarzeniu przewieziono go karetką do szpitala (...) sp. z o.o. w P..

(niesporne)

Na miejscu zdarzenia zastosowano unieruchomienie kończyny na szynie transportowej Kramera, podano morfinę i podłączono wlew z soli fizjologicznej. W szpitalu po wykonaniu badań ze zdjęciami RTG rozpoznano: złamanie otwarte wieloodłamowe dalszych nasad piszczeli i strzałki prawej nogi. W opisie zdjęć RTG podano również podejrzenie złamania prawej kości skokowej i złamanie V kości śródstopia. Powoda przyjęto do oddziału ortopedyczno-urazowego, gdzie pozostawał do 9 września 2014 roku. W badaniu przedmiotowym w dniu przyjęcia stwierdzono: zniekształcenie zarysu nogi prawej w części dalszej, ranę na przednio-bocznej powierzchni nogi, ok 5 cm od stawu skokowego, długości ok. 3 cm, brzozy poszarpane, stłuczone, skóra wciągnięta pod odłam kostny, przez ranę widoczny ostry odłam kostny (z bliższego odcinka k. piszczelowej), w dniu widoczne makroskopowo zanieczyszczenia fragmentami odzieży i piachem, obrzęk okolicy stawu skokowego, szczególnie po stronie bocznej, ból przy palpacji okolicy guzowatości V kości śródstopia prawego, tętno na tętnicach piszczelowych zachowane, czucie, ukrwienie, ruch palców zachowane. W dniu przyjęcia wykonano otwarte nastawienie złamania kostki bocznej i zespolenie metalową płytką LCP Hofer z wkrętami blokowanymi (korowymi w części bliższej, gąbczastymi w części dalszej). W trakcie zabiegu obficie płukano ranę roztworem 0,9% NaCl. Dojściem bocznym dotarto do wieloodłamowego złamania kostki bocznej, zreponowano złamanie (również nastawiono złamanie dalszej nasady kości piszczelowej) opracowano chirurgicznie ranę z implantacją gąbki gentamycynowej. Jako rozpoznanie pooperacyjne postawiono: wieloodłamowe otwarte II° złamanie dalszej nasady piszczeli prawej oraz wieloodłamowe złamanie prawej kostki bocznej.

Po operacji unieruchomiono kończynę w gipsie goleniowo-stopowym. Ułożono ją na podwyższeniu na szynie Brauna. W dniu 28 maja 2014 roku rozpoczęto podawanie antybiotyku clindamycin w dawce 600 mg co 8 godz. Powód w czasie pobytu w szpitalu nie gorączkował. 29 maja 2014 roku pacjent już nie zgłaszał dolegliwości bólowych. 30 maja 2014 roku stwierdzono gojenie się rany przez rychłozrost bez nasilonych odczynów zapalnych, z nieznacznym obrzękiem w okolicy stawu skokowego. Wymieniono opatrunek gipsowy. 2 czerwca 2014 roku stwierdzono, że opatrunki są suche i rana goi się dobrze. 3 czerwca 2014 roku lekarz stwierdził, że rana po stronie bocznej w rzucie strzałki goi się przez rychłozrost, natomiast rana po stronie przedniej nogi przejawia cechy martwicy brzożnej - niewielka ilość wydzieliny surowiczej z fragmentami gąbki gentamycynowej. Pacjentowi zdjęto szwy, w ranę zaaplikowano sorbalgon. 5 czerwca 2014 roku odnotowano ponowne założenie sorbalgonu. Podobnie postąpiono i odnotowano to w dniach 6 czerwca 2014 roku, 8 czerwca 2014 roku, 10 czerwca 2014 roku i 11 czerwca 2014 roku. Obserwacje lekarskie

były wpisywane do historii choroby prawie codziennie. 2 czerwca 2014 roku lekarz zlecił rozpoczęcie podawania antybiotyku amoksyklaw. Podawanie tego leku zakończono 19 czerwca 2014 roku. W obserwacjach pielęgniarskich zanotowano w dniu 13 czerwca 2014 roku, że powód porusza się samodzielnie na wózku inwalidzkim. 23 czerwca 2014 roku opracowano chirurgiczne ranę i posypano ją kwasem bornym. 27 czerwca 2014 roku zakwalifikowano owrzodzenie do położenia przeszczepów pośredniej grubości. 30 czerwca 2014 roku wykonano usunięcie tkanek martwiczych z owrzodzenia i przeszczep skóry płatem pośredniej grubości pobranym z prawego uda. Pod kontrolą skopii RTG wykonano korekcję osi goleni w opatrunku gipsowym. Powód po operacji mógł chodzić przy pomocy dwóch kul i bez obciążania chorej kończyny. Górną pokrywę opatrunku gipsowego zdjęto w dniu 4 lipca 2014 roku. Opisano „przeszczepy o ścięczałej pergaminowatej skórze, bez wycieku patologicznego, martwica części płatów, bactigras, opatrunek jałowy”. 7 lipca 2014 roku lekarz zanotował, że okolica boczno-środkowa przeszczepu na przedniej części goleni wygaja się dobrze, natomiast pozostała część przeszczepu w tej okolicy i cały płat po stronie bocznej nie przyjął się. Usunięto tkanki martwicze oraz zastosowano sorbalgon i opatrunek jałowy. 8 lipca 2014 roku kontynuowano wycinanie tkanek martwiczych w obrębie owrzodzenia na przedniej powierzchni goleni. W czasie kolejnych dni zmieniano opatrunki, stosowano suprasorb G. 15 lipca 2014 roku odnotowano oczyszczenie ran z tkanek martwiczych. Ponownie stwierdzono, że część przeszczepu na przedniej stronie goleni wygaja się dobrze, ziarnina wokół przeszczepu pokrywa resztę rany, na ranie po stronie bocznej w większości ziarnina z widocznym niewielkim fragmentem płytki. Kolejne oczyszczenie ran miało miejsce 17 lipca 2014 roku, 22 lipca 2014 roku i 23 lipca 2014 roku. W wymazie na posiew pobranym w dniu 23 lipca 2014 roku uzyskano wzrost bakterii acinetobacter baumannii, szczep wrażliwy na imipenem i meropenem.

Ponieważ na prawej goleni nadal narastała ziarnina, przygotowywano miejsce do ponownego przeszczepu skóry. Zabieg wykonano 08 sierpnia 2014 roku. Przeszczepy pobrano dermatomem z prawego uda. Jako rozpoznanie pooperacyjne postawiono: wieloodłamowe otwarte złamanie dalszej nasady prawej goleni w trakcie gojenia, rany ziarninujące na wysokości kostki bocznej i przedniobocznej powierzchni okolicy prawego stawu skokowego. Kontrolę przeszczepów przeprowadzono 12 sierpnia 2014 r. Stwierdzono, że „większość powierzchni płatów wygaja się dobrze. Rana bez wycieku treści patologicznej, okolica rany nieucieplona. 16 sierpnia 2014 roku odnotowano, że przeszczepy skóry pośredniej grubości przyjęły się bez powikłań, bez wysięku patologicznego. Nadal utrzymywano unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym. 21 sierpnia 2014 roku przeprowadzono oczyszczenie rany z martwego naskórka, pobudzenie ziarniny. Stwierdzono, że przeszczepy wygajają się dobrze, ziarnina powoli nachodzi na płytkę. 2 sierpnia 2014 roku lekarz zlecił rozpoczęcie podawania antybiotyku meronem. Podawanie tego leku zakończono 11 sierpnia 2014 roku. W dniu wypisu u powoda pozostawało owrzodzenie wielkości 1,5 x 0,5 cm. Zalecono iniekcje podskórne fraxiparine 0,4 przez 40 dni, cyclofort 3 x 1 tabl., zmiany opatrunków przez 14 dni 2 razy tygodniowo, potem raz w tygodniu. Powoda skierowano do dalszego leczenia w poradni.

14 sierpnia 2014 roku powód był konsultowany przez chirurga ortopedę. Lekarz stwierdził wskazania do leczenia rany systemem VAC. Jest to jałowy zestaw opatrunkowy wykonany z siatkowego poliuretanu o otwartych porach, o dużej zdolności odprowadzania płynów. Wspomaga on tworzenie tkanki ziarninowej i jest stosowany w ranach zakaźnych. Opatrunek jest kompatybilny z urządzeniami ssącymi do podciśnieniowej terapii leczenia ran. 22 września 2014 roku, podczas wizyty w poradni stwierdzono pełne wygojenie skóry po przeszczepach. Zdjęcia RTG wykazały brak cech zrostu. Powoda skierowano do szpitala. Powód ponownie przebywał w oddziale ortopedyczno-urazowym szpitala (...) w dniu 26 września 2014 roku. Wykonano wówczas zabieg podania tzw. czynników wzrostu. Jako rozpoznanie pooperacyjne podano: zrost opóźniony prawej kości piszczelowej. Zalecono utrzymanie gipsowego opatrunku goleniowo-stopowego, chodzenie przy pomocy kul z zakazem obciążania operowanej kończyny, kolejne 20 iniekcji fraxiparine 0,4, kontrolę w poradni ortopedycznej za 3 tygodnie. W poradni, w dniu 27 października 2014 roku zdjęto unieruchomienie gipsowe. Po ocenie zdjęć RTG stwierdzono postępujący zrost kostny. Zezwolono na stopniowe obciążanie prawej kończyny dolnej i zalecono ćwiczenia.

Od 6 listopada do 15 grudnia 2014 roku powód przebywał w oddziale rehabilitacyjnym szpitala (...). Jako rozpoznanie postawiono: stan po otwartym złamaniu dalszych nasad prawej kości piszczelowej i strzałkowej i operacyjnym zespoleniu złamania kostki bocznej LCP Hofer, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2. W badaniu

wstępnym stwierdzono obrzęk stopy i prawego stawu skokowego, blizny po zmianach martwiczych i przeszczepach skórnych, ograniczoną ruchomość prawego stawu skokowego, chód o dwóch kulach łokciowych z częściowym obciążaniem prawej kończyny dolnej, nieprawidłowy stereotyp chodu ze skróceniem fazy podparcia. Powód nie zgłaszał dolegliwości bólowych. Po wykonaniu zdjęć RTG stwierdzono zrost kostny bez pełnej przebudowy, cechy zespołu Sudecka. Konsultujący powoda chirurg ortopeda zalecił chodzenie z pełnym obciążaniem prawej kończyny dolnej. Powód poruszał się przy pomocy balkonika ortopedycznego. Po zastosowanym leczeniu usprawniającym uzyskano zmniejszenie obrzęku, poprawę ruchomości stawu skokowego i prawidłowy stereotyp chodu, nadal o dwu kulach. 11 grudnia 2014 roku stwierdzono, że powód chodzi z pełnym obciążaniem prawej kończyny dolnej, bez dolegliwości bólowych; okresowo tylko używa kuli łokciowych. Ruch zginania stopy w stawie skokowym określono na 45°, prostowanie na 10°, supinację na 25°, pronację na 5°. Informację o chodzeniu z pełnym obciążaniem prawej kończyny dolnej odnotowano w poradni w dniu 23 kwietnia 2015 roku. Podczas wizyty w poradni w dniu 29 maja 2015 roku powód skarżył się na dolegliwości bólowe i ograniczenie ruchomości prawego stawu skokowego oraz obrzęki łydek po większym wysiłku. Chirurg ortopeda stwierdził szpotawą deformację kości piszczelowej; na podstawie zdjęć RTG stwierdził brak zrostu złamania dalszej przynasady kości piszczelowej, rozpoznał staw rzekomy i zaburzenie osi ok. 23°. Uznał wskazania do korekcy operacyjnej osi kończyny i plastyki stawu rzekomego. Na podstawie zdjęć RTG wykonanych w lutym 2017 roku ortopeda stwierdził zrost w nieprawidłowym ustawieniu odłamu obwodowego z zagięciem kątowym ok. 30° w kierunku szpotawości; masywne zmiany zwyrodnieniowe górnego stawu skokowego. W badaniu przedmiotowym stwierdził ruchy zginania i prostowania prawej stopy w stawie skokowym po 20° w obu kierunkach, ograniczenie pronacji i supinacji. Wskazał do rozważenia osteotomii korekcyjną, uznał, że na datę badania brak jest wskazań do artrodezy tzn. chirurgicznego usztywnienia prawego stawu skokowego ze względu na dość dobrą funkcję kończyny. Zalecił zastosowanie wkładki korygującej do obuwia, zabiegi fizjoterapeutyczne i leczenie przeciwbólowe.

Powód nadal odczuwa bóle w okolicy prawej łydki i stawu skokowego, ograniczenie ruchów w tym stawie. Rano kontuzjowana kończyna wymaga „rozchodzenia”. Ból zwiększa się po wysiłku, utrudnia długotrwałe chodzenie. Powód może przejść odległość do 1 kilometra po płaskim terenie bez konieczności zatrzymania się. Wchodząc po schodach musi dostawiać stopy. Powód ogranicza przenoszenie przedmiotów cięższych niż 3-4 kilogramy. Już nie odczuwa dalszej postępującej poprawy.

U powoda widoczna jest nieregularna blizna na przednio-bocznej powierzchni i szpotawe zniekształcenie (ok. 20°) w okolicy dalszej nasady prawej łydki. Oba stawy kolanowe są nieco (mniej, niż 15°) szpotawe. Prawa łydka jest skrócona o mniej, niż 1,0 cm. Blizna jest dobrze wygojona, wielkości ok. 4,5 x 4,0 cm. Na skórze przedniej powierzchni prawego uda znajdują się ślady po pobraniu przeszczepów. W miejscu przebytego złamania przez tkanki miękkie wyczuwalne jest zniekształcenie kości piszczelowej. Zakres ruchomości w prawym stawie kolanowym jest pełny; w prawym stawie skokowym wyraźnie ograniczony. Ruch zginania w porównaniu z drugą kończyną dolną jest o ok. 25° ograniczony. Ruch prostowania w prawym stawie skokowym możliwy jest tylko do pozycji pośredniej (90° ustawienia stopy względem osi łydki); ograniczony o ok. 15° w porównaniu z kończyną symetryczną. Poza tym u powoda występuje pełen zakres ruchomości stawów łydki i kręgosłupa. Obwody prawego uda i łydki są zmniejszone po ok. 1,5 cm w porównaniu z lewą kończyną dolną. Chód powoda jest z zaznaczonym utykaniem na prawą kończyną dolną. Do prawego buta stosuje wkładkę wyrównującą.

Z punktu widzenia chirurga ortopedy brak jest dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że postępowanie personelu medycznego podczas leczenia powoda po wypadku, jakiemu uległ w dniu 28 maja 2014 roku było nieprawidłowe i niezgodne z zasadami sztuki medycznej.

R. O. w dniu 28 maja 2014 roku w zakresie narządów ruchu doznał otwartego złamania wieloodłamowego dalszych przynasad obu kości prawej łydki, złamania guzowatości V kości prawego śródstopia i nadłamania szyjki prawej kości skokowej. Złamanie kości piszczelowej miało charakter bardzo ciężki, zmiażdżeniowy, otwarty III° z wystawianiem bliższego odłamu kości poza skórę, ze znacznym zanieczyszczeniem powstałej w ten sposób rany ziemią i fragmentami odzieży. U powoda występowały schorzenia towarzyszące w postaci: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 i miażdżycy tętniczych naczyń obwodowych. Ma również rozpoznaną marskość wątroby. Pomimo tego po

zastosowanym w pozwanym szpitalu leczeniu operacyjnym i postępowaniu usprawniającym doszło do ostatecznego wygojenia. Obecny stan poszkodowanego, tzn. widoczne blizny, szpotawe zniekształcenie i skrócenie obwodowej części prawej nogi, ograniczenie ruchomości prawego stawu skokowego, zaniki mięśni prawej kończyny dolnej, zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności są następstwami ciężkiego urazu. Uwzględniając charakter urazu i współwystępujące schorzenia należy taki rezultat uznać za dość dobry.

Brak jest dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że w postępowaniu personelu medycznego podczas leczenia ortopedycznego powoda po wypadku, wystąpiły błędy mające decydujący wpływ na aktualny stan jego zdrowia. W trybie natychmiastowym wykonano u pacjenta operacyjne opracowanie rany, anatomiczne nastawienie i mocną stabilizację metalem złamania kości strzałkowej oraz otwartą repozycję złamań dalszej przynasady kości piszczelowej. Kończynę unieruchomiono w gipsie.

Opracowanie rany polegało m.in. na obfitym płukaniu roztworem soli fizjologicznej i implantowaniu gąbki zawierającej antybiotyk o szerokim spectrum działania. W toku leczenia systematycznie usuwano tkanki martwicze, wykonywano prawie codziennie opatrunki, układano kończynę w pozycji przeciwobrzękowej.

Można mieć uwagi co do wyboru sposobu zespolenia i stabilizacji złamań. W takim przypadku należało rozważyć alternatywne zastosowanie stabilizatora zewnętrznego zamiast unieruchomienia gipsowego i jednoczesną stabilizację złamania kości strzałkowej wprowadzonym śródszpikowo drutem Kirschnera lub cienkim prętem Rusha zamiast mocnej płytki i wkrętów. Takie postępowanie mogło zabezpieczyć przed późniejszym, okresowym odsłonięciem metalu i wydłużeniem procesu gojenia. Jednakże nie należy uważać, że z całą pewnością tak właśnie by było. Stosowanie stabilizatora zewnętrznego ma również swoje wady, ponieważ niesie ryzyko infekcji kości wzdłuż grotów wprowadzonych przez zdrową skórę oraz wiąże się z możliwością destabilizacji zespolenia. Nie wiadomo również, czy pozwany szpital w dniu przyjęcia powoda dysponował odpowiednim zestawem do stabilizacji zewnętrznej. Ponadto należy podkreślić, że stabilizacja płytką i wkrętami u powoda okazała się skuteczna i ostatecznie doprowadziła do zrostu w anatomicznym ustawieniu odłamów kości strzałkowej. Nie wiadomo, czy wybór innej metody zespolenia zapobiegłby powstaniu martwicy tkanek miękkich. Jest wysoce prawdopodobne, że ich dewitalizacja była spowodowana masywnością pierwotnego urazu, który dotyczył tkanek miękkich o gorszym ukrwieniu z powodów ogólnych (miażdżyca, cukrzyca, marskość wątroby) i miejscowych.

Z punktu widzenia chirurga ortopedy brak jest dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że u powoda zastosowano nieprawidłowy tzn. zbyt krótki opatrunek gipsowy nogiowo-stopowy. W dniu przyjęcia wykonano mocne zespolenie złamań kości strzałkowej, co skutkowało odtworzeniem jej anatomicznego kształtu i powodowało częściową stabilizację złamań kości piszczelowej. Złamanie kości piszczelowej miało poprzeczny przebieg i obejmowało najbardziej obwodowy odcinek. W takiej sytuacji gips udowo-stopowy unieruchamiałby dodatkowo staw kolanowy bez znaczącego wpływu na zwiększenie stabilności okolicy tuż ponad stawem skokowym. W sytuacji długotrwałego leczenia opatrunek taki powodowałby większe zaniki mięśni, przykurcz stawu kolanowego, ograniczał możliwości poruszania się, zwiększał dyskomfort i cierpienia. U powoda wdrożono antybiotykoterapię w postaci natychmiastowego wszczepienia w miejsce urazu gąbki nasyczonej szerokowidmowym antybiotykiem.

Dokumentacja medyczna z leczenia ortopedycznego powoda w ogólnych zarysach była prowadzona prawidłowo. W historii choroby są odnotowane codzienne lub prawie codzienne obserwacje lekarskie, codzienne obserwacje pielęgniarstwa. Można mieć jedynie zastrzeżenia do lakoniczności tych obserwacji, niepodawania większych szczegółów, zwłaszcza określających przebieg gojenia ran, kształtowania się owrzodzeń, uzasadniających zastosowanie leczenia operacyjnego; do braku dokumentacji fotograficznej. Jednakże z doświadczenia lekarskiego wynika, że tak szczegółowa dokumentacja prawie nigdy nie jest prowadzona w warunkach przeciętnego oddziału ortopedyczno-urazowego.

W związku z doznany urazem ortopedycznym stały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 27%, co wynika w decydującej mierze z rozległości i ciężkości samego urazu. Brak jest dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że

wielkość uszczerbku wynika z jakichkolwiek nieprawidłowości zaistniałych w czasie leczenia powoda w pozwanym szpitalu.

Rozmiar cierpienia fizycznych powoda związanych z urazem zaistniałym w dniu 28 maja 2014 roku był duży i wynikał w decydującej mierze z rozległości i ciężkości samego urazu. Natomiast brak jest dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że cierpienia były związane z nieprawidłowościami zaistniałymi w czasie leczenia powoda w pozwanym szpitalu.

Ze względu na doznane w dniu 28 maja 2014 roku obrażenia narządów ruchu powód wymagał szerokiej pomocy osób trzecich w wymiarze około 4 godzin dziennie przez pierwsze pięć miesięcy po zdarzeniu, co wiązało się z brakiem możliwości chodzenia z prawidłowym obciążaniem chorej kończyny, z koniecznością korzystania z wózka inwalidzkiego. Powód wymagał częściowej pomocy osób trzecich w wymiarze około jednej godziny dziennie przez kolejne pięć miesięcy. Obecnie powód nie wymaga pomocy innych osób w codziennych czynnościach. Brak jest dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że konieczność pomocy wynikała z nieprawidłowości zaistniałych w czasie leczenia powoda w pozwanym szpitalu.

Brak jest dostatecznych podstaw do stwierdzenia, że koszty związane z procesem leczenia i rehabilitacji powoda wynikały z nieprawidłowości zaistniałych w czasie leczenia powoda w pozwanym szpitalu.

(dokumentacja medyczna – k 10-160, 220-411, 543, 657-659, opinia biegłego ortopedy A. W. – k 660-667)

Powód leczy się na cukrzycę od około 10 lat. Do czasu wypadku leczył się u lekarza pierwszego kontaktu, po wypadku jest pod opieką diabetologa. Cukrzyca nie jest powikłana, w związku z tym pacjent nie korzysta z opieki innych specjalistów z powodu cukrzycy. W obserwacjach lekarskich i pielęgniarzkich z pobytu powoda w pozwanym Szpitalu brak jest informacji o poziomach glikemii i leczeniu cukrzycy. Utrzymano farmakoterapię jak przed wypadkiem, prawdopodobnie skorygowano dawki. W karcie zleceń wpisano: „...dieta cukrzycowa, Diaprel MR 1,5 tabl. rano Siofor 1000 0+1+1 tabl. ...”. Podczas drugiej hospitalizacji zwiększono dawkę Diaprelu MR 60 na 2 tabl., Siofor jak poprzednio. Podczas pierwszego pobytu na rehabilitacji pomiar glikemii na czczo 147 mg% (07/11/2014) otrzymywał Diaprel MR 60 1 tabl. rano Siofor 1000 2 x 1 tabl. Nie był konsultowany diabetologicznie ani internistycznie. Od około 7 lat powód choruje na nadciśnienie tętnicze, od około 7 lat ma stwierdzone zaburzenia lipidowe. Do czasu wypadku pozostawał pod opieką POZ, nie korzystał z konsultacji specjalistycznych. Oprócz leków na cukrzycę przyjmuje: Bisocard 10 1 tabl. rano, Vasilip 20 1 tabl. wieczorem, Vivace 10 1 tabl. wieczorem, Polocard 75 1 tabl. rano, Prazol 20 1 tabl. rano.

Z punktu widzenia diabetologa postępowanie lekarskie podczas pobytów powoda w szpitalu było prawidłowe - nie popełniono błędów w sztuce terapii cukrzycy. Personel był poinformowany o fakcie chorowania pacjenta na cukrzycę, kontynuowano leczenie farmakologiczne a nawet, prawdopodobnie uwzględniając fakt unieruchomienia, zwiększono dawkę leków. Wartości glikemii kontrolowane w tym czasie przez samego pacjenta nie odbiegały od poziomów sprzed hospitalizacji i były zadowalające, co poświadcza także profil glikemii prowadzony w Oddziale. Powód nie był konsultowany diabetologicznie ani internistycznie. Można się zastanowić, że byłoby zasadne wprowadzenie do rutynowej kontroli laboratoryjnej pomiaru glikemii zarówno przy przyjęciu jak i przed oraz po zabiegach, ale w przypadku powoda nie miało to wpływu na postępowanie farmakologiczne. Cukrzyca nie rozchwiała się ani nie rozwinęła powikłań. Aktualnie leczący diabetolog nieznacznie skorygował farmakoterapię korygując dawki leków wcześniej przyjmowanych oraz dołączył nowy lek stosowany u pacjentów w stabilnej cukrzycy.

(opinia biegłej diabetolog D. K. – k 618-620, kopia dzienniczka samokontroli – k 621-622, zeznania powoda – k 784)

Badanie radiologiczne stanowi jeden z elementów składowych całościowej diagnostyki i jest jedynie badaniem dodatkowym. Radiolog opisujący zdjęcie nie zawsze wie o który element zdjęcia chodzi pytającemu (zlecającemu zdjęcie) stąd opisuje wszystko co widzi i jak widzi, a zlecający - np. ortopeda, wybiera sobie z opisu radiologa tę wiedzę, którą na konkretnym etapie diagnostyki i leczenia potrzebuje. Ponieważ w aktach sprawy nie ma skierowań na badania radiologiczne nie jest możliwa ocena, czy badania wykonane powodowi dostarczały zlecającemu oczekiwanych odpowiedzi czy też nie. Z całą pewnością natomiast wykonywane powodowi badania obrazowe w postaci zdjęć RTG

były dobrej jakości technicznej, zaś poszerzenie diagnostyki o badania TK lub MR nie mogło przynieść lepszych niż RTG efektów z powodu zaimplantowanej powodowi blachy ortopedycznej w miejscu złamania. Przy obu tych badaniach materiał zespalający powodowałby dużego stopnia miejscowe zamazanie i nieczytelność obrazu z powodu artefaktu od metalu, z którego wykonana jest blacha i mocujące ją śruby. W pewnych wypadkach badanie MR mogło nie być u powoda w ogóle możliwe ze względu na materiał, z którego wykonano elementy zespalające.

Tomografię wykonuje się w diagnostyce złamań wtedy, gdy na podstawie zdjęć RTG klasycznych nie można określić, czy w obrębie badanego obszaru doszło do złamania wymagającego interwencji ortopedycznej czy też nie. TK nie jest wykonywane do oceny złamań miejsc, których i tak się nie operuje, ponieważ dawka promieniowania na jaką narażony jest pacjent podczas takiego badania przewyższa korzyść faktyczną płynącą z badania. Tomografię wykonuje się także w celu oceny postępu zrostu, ale w przypadku jednoczesnego spełnienia dwóch warunków to jest niemożności uzyskania tej wiedzy ze zdjęć klasycznych RTG i możliwości technicznej zobrazowania badanego miejsca. U powoda dla oceny samego zrostu można było porównywać ze sobą kolejno wykonywane zdjęcia klasyczne, a przy wątpliwościach wykonywać powodowi zdjęcia przy zdjętym na czas procedury radiologicznej opatrunku gipsowym. Natomiast bezpośrednio przylegająca do miejsc złamań blacha metalowa stanowiła bardzo istotnie zaciniający pole widzenia element degradujący skuteczność TK w przypadku powoda do poziomu nie większego niż klasyczne badanie RTG.

Jeżeli ortopeda, nie otrzymywał od radiologa jasnej odpowiedzi w kwestii będącej powodem wykonania zdjęcia, należałoby w pierwszej kolejności wykonać zdjęcia RTG bez opatrunku gipsowego. Wykonanie badania TK w przypadku blachy i śrub w miejscu złamania z bardzo dużym prawdopodobieństwem nie wniosłoby żadnych informacji ponad te, które można było uzyskać ze zdjęć klasycznych RTG, a jedynie narażił powoda na działanie promieniowania jonizującego w ilości kilkuset razy większego niż podczas badania klasycznego RTG.

Brak jest podstaw do stwierdzenia, że w procesie leczenia powoda w pozwanym Szpitalu doszło do błędów w zakresie prowadzonej u pacjenta diagnostyki obrazowej.

(dokumentacja zdjęciowa – k 543, opinia biegłego radiologa P. B. – 636-638)

U powoda w dniu przyjęcia do szpitala występowały następujące czynniki ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego: otwarte złamanie goleni prawej, cukrzyca typu II i marskość wątroby etiologii toksycznej. Zastosowano antybiotykową profilaktykę okołozabiegową, preparat klindamycyny (co 8 godzin 600 mg, droga podania dożylna, 3 dawki). Od pierwszego dnia hospitalizacji do 15 czerwca 2014 roku powód otrzymywał amoksycylinę z kwasem klawulanowym (preparat Amoksiklav, dawka 1,2 g, dożylnie, 2 x na dobę). Dodatkowo stosowano metronidazol we wlewie dożylnym co 6 godzin, od 28 maja do 2 czerwca 2014 roku. 30 czerwca 2014 roku wykonano zabieg przeszczepu skóry celem pokrycia owrzodzeń. W wymazie pobranym z rany 23 lipca 2014 roku stwierdzono obecność bakterii *Acinetobacter baumannii*, posiadających mechanizmy oporności na antybiotyki beta-laktamowe, aminoglikozydy i fluorochinolony. Jedynymi antybiotykami, na które szczep był wrażliwy, to były karbapenemy. Jednocześnie w wyniku podano informację, że szczep należy kwalifikować jako alarmowy. W leczeniu w dniach 26 lipca do 6 sierpnia 2014 roku zastosowano meropenem (preparat Meronem, 500 mg co 8 godzin, droga podania dożylna). W karcie rejestracji podejrzenia zakażenia szpitalnego wystawionej przez lekarza ortopedę wskazano, że wymaz był pobrany z powodu powolnego gojenia się ran po otwartym złamaniu. W karcie rejestracji drobnoustroju alarmowego wskazano, że szczep był odporny na dwie grupy antybiotyków zachowując wrażliwość na karbapenemy. 8 sierpnia 2014 roku ponownie u powoda wykonano przeszczep skóry. Po wypisie w dniu 22 września 2014 roku stwierdzono pełne wygojenie skóry po przeszczepach. Przypadek powoda nie był wykazany, jako zakażenie szpitalne, ponieważ według pielęgniarki epidemicznej nie było objawów w postaci gorączki, zmian w obrazie RTG, dużego ucieplenia, wysięku ropnego, nieprzyjemnego zapachu.

Ryzyko wystąpienia zakażeń miejsca operowanego (ZMO) po zabiegach planowych i w czystym polu operacyjnym wynosi około 2%, natomiast w polu operacyjnym skażonym (otwarte rany pourazowe) wynosi ono 20%. Taki zabieg wykonano u powoda 28 maja 2014 roku po otwartym złamaniu podudzia prawego. Zgodnie z rekomendacjami u

powoda zastosowano profilaktykę antybiotykową przez okres 19 dni, do 15 czerwca 2014 roku. Brak wykładników ZMO i typowe dla cukrzyków gorsze gojenie się ran spowodowało konieczność zastosowania w dniu 30 czerwca 2014 roku przeszczepu skóry pobranej z uda celem pokrycia owrzodzeń w obrębie goleni prawej. 23 lipca 2014 roku pobrano wymaz z rany, ponieważ rana nadal się nie goiła prawidłowo i nastąpił częściowy odrzut przeszczepu. Z rany wyizolowano bakterie *Acinetobacter baumannii* posiadające dwa mechanizmy oporności: na antybiotyki cefalosporynowe i aminoglikozydy. Zachowana była wrażliwość na karbapenemy i zgodnie z antybiogramem zastosowano celowaną antybiotykoterapię meropenemem (preparat Meronem). Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Centrum Profilaktyki i Kontroli Chorób (ECDC) ZMO, jako zakażenie szpitalne jest rozpoznawane wówczas, gdy manifestacja kliniczna zakażenia miała miejsce do 30 dni po zabiegu, a w przypadku użycia implantu jest to okres 90 dni. W przypadku powoda izolacja bakterii z rany miała miejsce po 24 dniach od zabiegu przeszczepu skóry. Wobec tego zostały spełnione kryteria dla rozpoznania zakażenia szpitalnego, ponieważ od zabiegu nie upłynęło 30 dni.

Ze względu na przebieg kliniczny wyróżnia się ZMO powierzchowne i głębokie. Powierzchnowe ZMO dotyczy skolonizowania brzegów rany florą bakteryjną skóry i jest to typowe zakażenie endogenne, a manifestacja kliniczna jest zazwyczaj wczesna. Głębokie ZMO kojarzone jest z błędami popełnionymi podczas zabiegu w sali operacyjnej. Mechanizm zdarzenia polega na przeniesieniu patogenów ze skóry pacjenta lub personelu w głąb wytworzonej rany, a wektorem może być implant lub narzędzie chirurgiczne.

Przebieg kliniczny ZMO u powoda wskazuje, że było to zakażenie powierzchowne. Brak wykładników klinicznych takich, jak gorączka, wyciek ropny itd. nie jest dowodem, że w ranie nie było zakażenia. Należy brać pod uwagę toaletę rany wykonywaną codziennie przez personel szpitala z zastosowaniem miejscowych środków antyseptycznych, jako czynnik niwelujący odczyn zapalny wokół rany.

Bakterie zidentyfikowane w pobranym u powoda wymazie nie są typowe dla flory endogennej skóry człowieka. Mogły pochodzić z flory szpitalnej oddziału, brak map mikrobiologicznych oddziału i rejestru ZMO w oddziale nie pozwala na ustalenie, jak często i czy w ogóle ZMO etiologii *Acinetobacter baumannii* o identycznym fenotypie oporności występuje w oddziale ortopedii pozwanego szpitala. Pośrednim dowodem wskazującym na ZMO szpitalne jest dalszy przebieg kliniczny choroby u powoda. Po zakończeniu antybiotykoterapii celowanej wykonano powtórny przeszczep skóry. W jego wyniku owrzodzenia i rana zagoiły się.

Mechanizm zakażenia rany polegał na skontaminowaniu jej brzegów bakteriami *Acinetobacter baumannii*. Udowodniono, że po 3 dobach hospitalizacji flora przejściowa skóry chorych jest w 70 % wymieniona na florę szpitalną. W przypadku powoda bakterie *Acinetobacter baumannii* z flory szpitalnej oddziału skolonizowały jego skórę i stały się dla niego florą wtórnie endogenną.

W świetle tych ustaleń jest wysoce prawdopodobne, że źródłem ZMO u powoda była wtórnie endogenna flora jego skóry pochodząca z flory szpitalnej oddziału, drogą przeniesienia była kolonizacja skóry bakteriami *Acinetobacter baumannii*, a wrotami zakażenia - rana wytworzona podczas zabiegu w dniu 28 maja 2014 roku.

Wobec tego brak jest podstaw do uznania, że wektorem przenoszącym zakażenie był personel pozwanego szpitala i tym samym nie ponosi on odpowiedzialności za to zdarzenie medyczne. Pozwany nie miał możliwości podjęcia skutecznych działań zapobiegających zakażeniu, do którego doszło u powoda. Zakażenia szpitalne *Acinetobacter baumannii* są problemem w szpitalach na całym świecie i żaden kraj nie dysponuje procedurami ani środkami pozwalającymi zapobiegać wtórnej kolonizacji skóry pacjenta florą szpitalną, w szczególności omawianym patogenem.

ZMO u powoda zostało prawidłowo zdiagnozowane przez lekarza ortopedę. Dopełnił on formalności administracyjnych wypełniając zgłoszenie ZMO, jako zakażenia szpitalnego i rejestrację izolowanej bakterii, jako drobnoustroju alarmowego. Na podstawie przeprowadzonego dochodzenia epidemiologicznego pielęgniarka epidemiologiczna uznała, że nie było to zakażenie szpitalne, co było błędem. Innymi słowy ocena przypadku powoda przez lekarza ortopedę była prawidłowa i dopełnił on wszystkich czynności administracyjnych. Natomiast niezarejestrowanie przez pielęgniarkę epidemiologiczną ZMO u powoda, jako zakażenia szpitalnego było błędem

wynikającym z wadliwej interpretacji definicji zakażenia szpitalnego. Niemniej jednak, rejestracja zakażeń szpitalnych jest tylko czynnością administracyjną i popełniony na tym etapie błąd nie miał wpływu na wynik leczenia chorego.

W przypadku powoda diagnostyka i leczenie przyczynowe ZMO było prowadzone prawidłowo i doprowadziło do wyleczenia zakażenia. Zgodnie z wynikami badań powoda w dniach 21 marca 2018 roku i 26 lipca 2019 roku, przeprowadzonych przez biegłych sądowych, rany po zabiegach były wygojone. W świetle tych ustaleń jest pewne, że u powoda nie doszło do trwałych następstw ZMO w postaci przewlekania się lub nawrotów stanu zapalnego. Wobec tego brak podstaw do ustalenia trwałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z ZMO.

Proces diagnostyczno-terapeutyczny prowadzony przez personel pozwanego szpitala na każdym etapie hospitalizacji powoda był zgodny z aktualną wiedzą medyczną. Diagnostyka mikrobiologiczna była wykorzystana przez personel oddziału ortopedii zgodnie z aktualnymi rekomendacjami krajowych konsultantów z zakresu mikrobiologii i ortopedii. Nie pobranie wymazu z rany bezpośrednio po przyjęciu do Szpitala nie było błędem, ponieważ rana była skażona bakteriami bytującymi na skórze (endogennymi). Było to przyczyną zastosowania u powoda antybiotykoterapii profilaktycznej. Wcześniejsze pobranie wymazu nie mogło wpłynąć na identyfikację patogenu, który był przyczyną ZMO, ponieważ infekcja nie była bezpośrednim następstwem zabiegu z 28 maja 2014 roku, ale przeszczepu wykonanego 30 czerwca 2014 roku. Dopiero podczas drugiego z tych zabiegów doszło do zakażenia miejsca operowanego. Pobranie wymazu w dniu przyjęcia powoda do szpitala nie było uzasadnione merytorycznie, ponieważ wówczas w ranie nie było *Acinetobacter baumannii* pochodzenia szpitalnego. Tym samym patogen ten nie zostałby wyizolowany i nie powstałby antybiogram. Takie postępowanie nie zapobiegłoby powstaniu ZMO u powoda.

(zeznania świadka A. T. – k 583, opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. K. – k 719-721, opinia uzupełniająca biegłego A. K. – k 788)

Pobranie wymazu z rany i wykonanie anybiogramu przed pokryciem rany wolnym przeszczepem skóry jest często stosowaną procedurą zwłaszcza przy owrzodzeniach przewlekłych, skolonizowanych przez bakterie. Nie jest to jednak niezbędna i konieczna procedura przed takim zabiegiem. Brak pobrania wymazu z rany nie należy traktować w tym przypadku jako błąd medyczny. Można z tego zrezygnować, gdy klinicznie nie stwierdza się cech zapalenia a pokrywająca ubytek ziarnina jest makroskopowo czysta tak, jak miało to miejsce w przypadku powoda. Przeszczep położono na podłoże, które klinicznie nie wykazywało cech zapalenia. Powód po operacji miał podany antybiotyk, aby zapobiec rozwojowi zakażenia w zainfekowanej w wyniku złamania otwartego ranie (Amoksiklav od 28.05.2014 do 16.06.2014r.). Dodatkowo miał zastosowaną miejscowo gąbkę z innym antybiotykiem, a sama rana była przygotowywana poprzez wykonywanie opatrunków z miejscowo działających antyseptyków: Octenisept, 10% NaCl, Sorbalgon. Również w trakcie zabiegu przeszczepu w dniu 30 czerwca 2014 roku oczyszczono ranę poprzez wycięcie tkanek martwiczych i ziarniny. Tak więc ranę poprzez stosowanie leczenia miejscowego oczyszczono i przygotowano do pokrycia wolnym przeszczepem skóry. Stan kliniczny nie wskazywał na zakażenie w ranie, co pozwalało na pokrycie rany wolnym przeszczepem skóry. Trudno powiedzieć czy pobranie wymazu z rany i przeleczenie powoda celowanym antybiotykiem przyczyniłoby się do pełnego wgojenia się przeszczepu po pierwszym zabiegu. Jałowość podłoża jest tylko jednym z warunków dobrego gojenia się przeszczepu. Należy zaznaczyć, że jej osiągnięcie jest praktycznie niemożliwe, ponieważ penetracja antybiotyków do tkanek zakażonych i słabo ukrwionych jest stosunkowo słaba. Poza zakażeniem dla wygajania się przeszczepu bardzo duże znaczenie ma ukrwienie tkanek podłoża, które w tym przypadku było słabe co wynikało z lokalizacji rany jak i uszkodzenia tkanek miękkich. Dodatkowo złe ukrwienie i upośledzenie gojenia wynikało ze współistniejącej cukrzycy. Powyższe rozumowanie potwierdza sytuacja po drugim zabiegu pokrycia ran wolnymi przeszczepami skóry. Przed zabiegiem pobrano wymaz, powoda przeleczono celowanym antybiotykiem (Meronem 2 -11.08.2014r.) a i tak nie uzyskano pełnego wgojenia przeszczepu. Ponieważ w zakresie wykonanego przeszczepu personel szpitala nie dopuścił się nieprawidłowości, powód nie doznał w związku z wykonanym w dniu 30 czerwca 2014 roku zabiegiem wolnego przeszczepu skóry dodatkowego uszczerbku na zdrowiu.

(karta gorączkowa – k 31, zeznania świadka J. D. – k 583, opinia biegłego chirurga plastycznego T. Z. – k 592-595, zeznania biegłego T. Z. – k 759)

Odroczenie wdrożenia usprawniania przyłózkowego w Oddziale Urazowym do dnia 28 czerwca 2014 roku wynikało z powikłanego owrzodzeniem gojenia rany pourazowej. Natomiast rehabilitację można było rozpocząć dopiero po wygojeniu rany we wrześniu 2014 roku. Początkowo zlecono laser i pole magnetyczne o działaniu stymulującym zrost kostny i ćwiczenia czynne wyuczone w oddziale. W trakcie leczenia w Oddziale Rehabilitacji, w dniu 13 listopada 2014 roku, po kontrolnym RTG i konsultacji ortopedycznej wdrożono chodzenie o kulach z markowanym obciążaniem kończyny, z następowym co kilka dni stopniowym zwiększaniem obciążenia. W dniu wypisu z Oddziału Rehabilitacji powód chodził z pełnym obciążeniem bez dolegliwości bólowych. Ograniczenie ruchomości w stawie skokowym prawym jest wynikiem wadliwego wygojenia złamania kości piszczelowej, a nie błędem w sztuce medycznej lub zaniedbaniem w procesie usprawniania.

W zakresie rehabilitacji medycznej wydłużenie procesu leczenia i rehabilitacji wynikało z ciężkości doznanego urazu.

(opinia biegłej z zakresu rehabilitacji G. B. – k 696-705)

R. O. ma 68 lat, utrzymuje się z emerytury w wysokości 1'800,00 zł miesięcznie. W związku ze stanem zdrowia ponosi wydatki na leki oraz korzysta z odpłatnej rehabilitacji. Czasami korzysta z wizyt prywatnych u lekarzy specjalistów. Powód pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z żoną, która utrzymuje się z emerytury w wysokości 1'700,00 zł miesięcznie.

(zeznania powoda – k 784)

Sąd odmówił mocy dowodowej zeznaniom świadka F. G., który nie pamiętał powoda i nie posiadał wiedzy co do faktów istotnych dla rozstrzygnięcia.

Sąd odmówił mocy dowodowej zeznaniom świadków A. H., M. K. oraz J. H., ponieważ poza opisem standardowego przebiegu zabiegów takich, jakie wykonywane były u powoda świadkowie nie znali faktów istotnych dla rozstrzygnięcia innych, niż te wynikające z obszernej dokumentacji medycznej.

Sąd pominął dowód z dalszej opinii uzupełniającej biegłego A. K., zgłoszony przez stronę powodową w październiku 2020 roku uznając, że biegły z zakresu chorób zakaźnych w sposób wyczerpujący, spójny i logiczny przedstawił w swoich opiniach wszystkie fakty niezbędne do rozstrzygnięcia sprawy. Zastrzeżenia zgłoszone przez powoda w ostatnim piśmie stanowią jedynie próbę wciągnięcia biegłego w polemikę dotyczącą nie tyle faktów istotnych dla rozstrzygnięcia, co poglądów na bardzo ogólną kwestię znaczenia higieny rąk dla zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Jak wynika z ostatniego pytania zawartego w tym piśmie, miała ona służyć jedynie wykazaniu nieuzasadnionej z logicznego punktu widzenia i nie popartej żadnymi innymi dowodami tezy, że skoro doszło do zakażenia w szpitalu, to było to wynikiem nieprzestrzegania przez personel szpitala właściwej higieny rąk.

Rozważania:

Podstawą prawną odpowiedzialności pozwanego jest art. 430 kc, zgodnie z którym zwierzchnik ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy podwładnego przy wykonywaniu powierzonych czynności.

W niniejszej sprawie nie została spełniona podstawowa przesłanka wynikająca z powołanego przepisu, a mianowicie zawinione, w rozumieniu art. 415 kc, działanie lub zaniechanie personelu medycznego zatrudnionego przez pozwanego. Wbrew twierdzeniom strony powodowej wszystkie procedury medyczne zastosowane u R. O. przeprowadzono prawidłowo. W szczególności dotyczy to sposobu leczenia urazu ortopedycznego, którego doznał powód 28 maja 2014 roku, co wynika z przedstawionej w sprawie i niekwestionowanej opinii biegłego ortedy, który nie potwierdził zarzutu dotyczącego zastosowania nieprawidłowego opatrunku gipsowego. Co prawda biegły stwierdził, że istniała inna możliwość zespolenia i stabilizacji złamań kończyny, jednakże nie wskazał kategorycznie aby była ona lepsza od zastosowanej w tym sensie, że dawała pewność uzyskania lepszego wyniku leczenia. Poza tym, zastosowanie stabilizatora zewnętrznego wiązało się z ryzykiem wystąpienia dodatkowych powikłań, które nie

występowało w przypadku zastosowanej faktycznie metody. W tej sytuacji należało uznać, że lekarz prowadzący leczenie miał prawo dokonać wyboru jednej z alternatywnych metod unieruchomienia.

Nie potwierdził się zarzut niewłaściwej diagnostyki w procesie leczenia złamania. Jak wyjaśnił to w sposób spójny i logiczny biegły z zakresu radiologii, co również nie zostało podważone przez strony, oczekiwane przez powoda badania TK i MR nie tylko były zbędne. Ze względu na zastosowanie materiału zespalającego, uzyskany wynik mógł być nieczytelny, a możliwe nawet, że samo badanie MR było niewykonalne.

Nie potwierdził się również zarzut zastosowania u powoda niewłaściwej terapii antybiotykowej i zbyt późnego pobrania wymazu. Jak wynika z opinii biegłego epidemiologa, zakażenie miejsca operowanego miało charakter powierzchniowy i doszło do niego w trakcie wykonywania przeszczepu w dniu 30 czerwca 2014 roku, a nie podczas operacji nastawienia i zespolenia złamań. Zatem jakkolwiek wymaz z rany pobrany przed 30 czerwca 2014 roku nie mógł doprowadzić do wyizolowania *Acinetobacter baumannii* pochodzącego z flory szpitalnej i wdrożenia leczenia ukierunkowanego na zwalczanie tego patogenu. Co prawda biegły zakwalifikował to zakażenie jako szpitalne, ale potwierdza to jedynie spełnienie kryteriów formalnych takiej kwalifikacji. Nie każde zakażenie szpitalne oznacza per se, że odpowiada za nie placówka medyczna, w której do niego doszło. Biegły szczegółowo wyjaśnił mechanizm, który doprowadził do powstania zakażenia i jednoznacznie wykluczył personel medyczny pozwanej placówki jako czynnik sprawczy lub chociażby współodpowiedzialny. Kluczowe znaczenie dla zakażenia rany miało wtórne skolonizowanie skóry pacjenta patogenem szpitalnym. Biegły wyjaśnił też, że nie istnieją takie procedury i środki, które mogłyby zapobiec temu zjawisku. Natomiast materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie daje podstaw do przypisania personelowi medycznemu działań lub zaniedbań, które mogły doprowadzić do zakażenia. Takiego charakteru nie miało w szczególności niezakwalifikowanie przez pielęgniarkę epidemiczną zakażenia powoda jako szpitalnego. Mimo, iż był to błąd nie istniał związek przyczynowy między tym zdarzeniem a samym zakażeniem w rozumieniu art. 361 § 1 kc w tym sensie, że zakażenie nie było normalnym (ani jakimkolwiek innym) następstwem jego błędnego sklasyfikowania, a sam błąd nie miał żadnego wpływu na przebieg i sposób leczenia zakażenia. W tej sytuacji nie sposób obciążać szpitala za wystąpienie zdarzenia, któremu nie sposób zapobiec. Prawidłowe było natomiast rozpoznanie zakażenia przez lekarza i zastosowana z powodzeniem procedura leczenia.

W świetle opinii biegłych nie da się również zarzucić pozwanemu nieprawidłowości w zakresie postępowania diabetologicznego wobec powoda, ani jego późniejszej rehabilitacji. Odnośnie tej ostatniej można jedynie stwierdzić, że wskutek zakażenia jej wdrożenie mogło ulec opóźnieniu, a tym samym mógł wydłużyć się proces przywrócenia pacjenta do względnej sprawności i samodzielności. Niemniej jednak, jak wspomniano już wcześniej, było to następstwem zdarzenia, za które szpital nie ponosi odpowiedzialności.

Nietrafny jest zarzut odnoszący się do nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej powoda. Nieścisłości, czy raczej przekłamanie, na które wskazano w pozwie pozostają bez związku z samym procesem leczenia pacjenta. Nie da się również logicznie uzasadnić tezy, że niezgodny z prawdą opis zdarzenia, w którym doszło do urazu jest dowodem na nieprawidłowe leczenie pacjenta. Istotą dokumentacji medycznej jest gromadzenie wiedzy na temat stanu zdrowia pacjenta, przebiegu oraz efektu jego leczenia. Z tego punktu widzenia informacje na temat okoliczności, w jakich doszło do urazu ortopedycznego mają marginalne znaczenie, a w każdym razie nie udowodniono ich związku przyczynowego z zastosowanym sposobem leczenia oraz jego rezultatem. Biegły radiolog zwrócił uwagę na fakt, że dokumentacja nie zawiera skierowań na badanie RTG, co uniemożliwia ustalenie oczekiwań kierującego. Jednakże według tego samego biegłego, nie miało to wpływu na pozytywną ocenę procesu diagnostycznego w tym konkretnym przypadku. Z kolei z opinii biegłego ortopedy nie wynika, aby na skutek błędnej diagnostyki zastosowano nieprawidłowe leczenie urazu. Zatem wspomniany brak nie ma znaczenia dla oceny postępowania szpitala względem pacjenta.

Wobec powyższego nie było podstaw do stwierdzenia, że w procesie leczenia lub rehabilitacji R. O. w (...) Centrum Medycznym dopuszczono się błędu medycznego, którego normalnym następstwem byłby uszczerbek na zdrowiu powoda. Jak wynika z wszystkich przedstawionych w sprawie opinii, obecny stan zdrowia powoda jest następstwem

doznanego urazu, a nie sposobu jego leczenia. Tym samym powództwo oparte na zarzucie błędu medycznego należało uznać za bezzasadne.

Ustalone fakty nie dają również podstaw do stwierdzenia, że w związku ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi powodowi przez (...) doszło do naruszenia praw pacjenta. Nota bene, z uzasadnienia pozwu nie wynika jakie konkretne prawa miały być przedmiotem naruszenia poza tym, które wynika z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. z 2020 roku poz. 849). Wobec stwierdzenia, że powodowi udzielono świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, zarzut naruszenia jego praw pacjenta również należało uznać za bezzasadny.

Wobec wyczerpania postępowania dowodowego wyrok został wydany na posiedzeniu niejawnym w trybie art. 15zzs² ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 kpc. Na koszty poniesione przez pozwanego złożyło się wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika w wysokości 7'200,00 zł oraz opłata od pełnomocnictwa w kwocie 17,00 zł. Sąd nie znalazł żadnych szczególnych okoliczności przemawiających za odstąpieniem od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. W szczególności sytuacja dochodowa oraz zdrowotna powoda nie może być jedyną przesłanką skorzystania z art. 102 kpc.

O nieopłaconych kosztach sądowych w zakresie przekraczającym udzielone powodowi zwolnienie orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 uksc. Objęły one wydatki na koszty opinii biegłych pokryte tymczasowo przez Skarb Państwa.