

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 19 marca 2014 r., skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł., J. S. wniósł o zasądzenie na swoją rzecz tytułem zadośćuczynienia 130.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Nadto powód wniósł o zasądzenie kosztów procesu.

(pozew, k. 2-9).

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 kwietnia 2014 r. pozwany nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie w całości jako bezzasadnego oraz o zasądzenie kosztów procesu.

(odpowiedź na pozew, k. 25-33).

stan faktyczny:

10 marca 2013 r. J. S. został przyjęty na Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej w T. Powodem przyjęcia było skierowanie na biopsję stercza z podejrzeniem na zmianę rozrostową na co wskazywał wzrost poziomu PSA. Przed zabiegiem zastosowano u powoda osłonowo antybiotyk Proxacin. 11 marca 2013 r. wykonano u J. S. biopsję stercza, która przebiegła bez powikłań. Wynik histopatologiczny nie wykazał zmian rozrostowych. W stanie ogólnym dobrym pacjenta wypisano do domu, przy wypisie przepisano antybiotyk - Oroflocinę.

(dokumentacja medyczna, k. 13-15 i k. 38-63; oryginał dokumentacji medycznej w kopercie, k. 188; kopia dokumentacji medycznej w kopercie, k. 190; zeznania powoda, e-protokół, k. 94-94 v. – 00:02:08-00:15:56 w zw. z k. 396v. – 00:04:03)

Po opuszczeniu Szpitala, powód kupił przepisany antybiotyk i wrócił do domu. Wieczorem tego samego dnia u J. S. wystąpiły objawy ogólne: gorączka, dreszcze, zaburzenia świadomości. 12 marca 2013 r. objawy nasiliły się, powód stracił przytomność. Córka powoda – E. K. - wezwała karetkę pogotowia. Powód został przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych w T. gdzie był hospitalizowany od 12 marca 2013 r. do 28 marca 2013 z rozpoznaniem: zapalenie gruczołu krokowego, zakażenie dróg moczowych, zapalenie oskrzeli, niewydolność nerek w przebiegu choroby, toksyczne uszkodzenie wątroby - stan po biopsji stercza. Na podstawie obrazu klinicznego i wykonanych badań potwierdzono u powoda obecność posocznicy wywołanej przez patogen E. coli. Po celowanym leczeniu objawy ustąpiły i w stanie ogólnym dobrym wypisano pacjenta do domu, dalsze leczenie było ambulatoryjne.

(dokumentacja medyczna, k. 13-15 i k. 38-63; oryginał dokumentacji medycznej w kopercie, k. 188; kopia dokumentacji medycznej w kopercie, k. 190; zeznania powoda, e-protokół, k. 94-94 v. – 00:02:08-00:15:56 w zw. z k. 396v. – 00:04:03; zeznania świadków: E. S., e-protokół, k. 94v. – 95 – 00:20:05-00:26:01, E. K., e-protokół, k. 95 – 00:27:09-00:34:33).

Z punktu widzenia epidemiologicznego zagrożenie zdrowia i życia powoda było bardzo duże. Gdyby w szpitalu w T. podano antybiotyki, które by nie zadziałały na bakterię to mogło dojść do dalszych trwałych powikłań, a nawet zgonu.

Z punkt widzenia urologicznego w zasadzie zagrożenie życia było znikome. Rozwinięcie się pełnego obrazu posocznicy, jak to wynika z karty informacyjnej oddziału wewnętrznego T. z dnia 12.03.-28.03 2013 roku, stanowiło znacznego stopnia zagrożenie zdrowia i życia, ale prawidłowo zastosowana terapia doprowadziła do wyleczenia powoda.

(opinia biegłego epidemiologa, k. 200-213; opinia biegłego urologa B. S. (1), k. 229-232; opinia biegłego urologa R. C., k. 337-341; załączniki do opinii, k. 342-353).

W ocenie epidemiologicznej u powoda doszło do zakażenia szpitalnego wywołanego bakterią Escherichia coli ESBL, która prawdopodobnie była przyczyną posocznicy i dalszych powikłań. Nie można tego jednoznacznie stwierdzić gdyż

z krwi powoda wyizolowano inny szczep bakterii. U powoda wyhodowano dwa szczepy bakterii *Escherichia coli* - jeden szczep tzw. szpitalny, a w przypadku drugiego można zaryzykować stwierdzenie, że był to szczep endogeny czyli pochodził od pacjenta. U powoda wykryto dwa typy bakterii, o tej samej nazwie ale o innej wrażliwości na antybiotyki. W ocenie epidemiologicznej jest duże prawdopodobieństwo posocznicy bo wyizolowano *E. Coli* z układu moczowego. Z uwagi na brak badań nie jest możliwe stwierdzenie tego w 100%. Nie ma bowiem wyników badań laboratoryjnych wykonanych jeszcze przed przybyciem powoda do pozwanej placówki, a świadczących o toczącym się u niego stanie zapalnym. Objawy u powoda wystąpiły w krótkim czasie po zabiegu, wystąpiła wysoka temperatura oraz wyizolowano czynnik alarmowy. Kolejne próbki były negatywne – nie było patogenów.

Rozwój zakażenia w układzie moczowym i wniknięcie bakterii do krwi wywołał u powoda ciężką posocnicę. Alarmowy patogen został wyizolowany w drugim szpitalu. Wszystkie zmiany, które zachodziły już po 11 marca 2013 r. były efektem rozprzestrzeniania się zakażenia. A czynniki takie jak: wiek, stan zdrowia powoda, częste korzystanie z usług ochrony zdrowia, a także fakt przebywania w szpitalu sprzyjały dalszemu rozwojowi następnych powikłań.

(opinia biegłego epidemiologa, k. 200-213; ustna uzupełniająca opinia biegłego epidemiologa, e-protokół, k. 293 v. – 00:09:33-00:42:07).

U powoda doszło do zakażenia szpitalnego – albowiem zakażenie wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym. Określenie „zakażenie szpitalne” nie determinuje jednak, że doszło do zawinienia personelu medycznego - określa ono tylko czas i miejsce, w którym do niego doszło.

W przypadku szczepów alarmowych potocznie nazywanych szpitalnymi - należy jedynie przestrzegać reżimów sanitarnych na każdym odcinku oddziału szpitalnego. Natomiast w przypadku szczepów pochodzenia endogenego to szpital mógł (choć nie ma takich wytycznych czy procedur) zbadać powoda w dniu przyjęcia na okoliczność nosicielstwa czy ewentualnej infekcji - ale tego nie zrobił.

(opinia biegłego epidemiologa, k. 200-213; ustna uzupełniająca opinia biegłego epidemiologa, e-protokół, k. 293 v. – 00:09:33-00:42:07).

Zabieg biopsji stercza jest obarczony ryzykiem przeniesienia bakterii pałeczki okrężnicy z jelita grubego do gruczołu krokowego, układu moczowego czy krwi, ryzyko to wynosi do 5%. Częstość zakażeń waha się między 0,5%-1,5% i cechuje je różny stopień nasilenia, aż do posocznicy włącznie (około 0,5% przypadków). Materiał do badań histopatologicznych jest pobierany ze stercza poprzez końcowy odcinek jelita grubego - jest to naturalne środowisko dla tej bakterii. Nie można zrobić tu dezynfekcji, aby zmniejszyć ryzyko przeniesienia bakterii do gruczołu krokowego czy układu moczowego, bądź krwi – częstotliwość występowania powikłań w postaci infekcji szacuje się na 1% do 5% i pomimo różnych działań profilaktycznych ono rośnie. Im więcej nakłuć igłą biopsyjną tym większe ryzyko zakażenia. Nie można ograniczyć tych nakłuć do jednego, gdyż zmniejszyłoby się prawdopodobieństwo pobrania odpowiedniego materiału do badań histopatologicznych.

Do możliwych najczęstszych powikłań jakie zdarzają się po wykonaniu biopsji stercza, które są niezależne od operatora i sprzętu oraz od liczby nakłuć zalicza się: obecność krwi w nasieniu, krwawienia z pęcherza moczowego, przemieszczający krwinkomocz lub krwimocz, urosepsa, krwawienie z odbytnicy, zatrzymanie moczu, zapalenie stercza o różnym natężeniu, zapalenie najądrzy, zakażenie dróg moczowych.

Próbą zapobiegania tym powikłaniom jest podawanie antybiotyków przed biopsją i wykonanie lewatywy w dniu poprzednim, co jednak nie daje 100% pewności, że powikłania nie wystąpią.

(opinia biegłego urologa B. S. (1), k. 229-232; opinia biegłego epidemiologa, k. 200-213; ustna uzupełniająca opinia biegłego epidemiologa, e-protokół, k. 293 v. – 00:09:33-00:42:07; opinia biegłego urologa R. C., k. 337-341; załączniki do opinii, k. 342-353).

W ocenie urologicznej powikłania w przypadku takiego zabiegu jaki wykonano u powoda wynikają z miejsca (jelito grube) nakłucia, które z istoty swej jest nadkażone florą bakteryjną, przekłuciem jelita i połączenie tego nakłucia z przebicciem torebki stercza. Skutki z punktu widzenia urologicznego są niemożliwe do przywidzenia. Powikłania te nie są zależne od operującego. Biopsja odbywa się w środowisku zakażonym bakterią E-coli (przezodbytniczo) istnieje możliwość zakażenia bakteriologicznego tą bakterią.

(opinia biegłego urologa B. S. (1), k. 229-232; opinia biegłego urologa R. C., k. 337-341; załączniki do opinii, k. 342-353).

Z punktu widzenia epidemiologicznego nie ma takich procedur, w tym profilaktyki antybiotykowej, która w 100% wykluczyłaby ryzyko zakażenia. Podanie antybiotyku zmniejsza jedynie prawdopodobieństwo zakażenia. Biopsja stercza jest badaniem, które jest obarczone dużym ryzykiem zakażenia. Możliwość wystąpienia zakażenia stanowi normalne ryzyko przy tego typu badaniu, które uzależnione jest od kondycji zdrowia pacjenta.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego epidemiologa, e-protokół, k. 293 v. – 00:09:33-00:42:07).

W ocenie epidemiologicznej procedury stosowane w pozwanej placówce leczniczej były prawidłowe i odpowiadały współczesnej wiedzy epidemiologicznej. Nie było uchybień ze strony pozwanego pod względem procedur zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Zachowano należyłą staranność podczas zabiegu powoda w pozwanym Szpitalu, wykonanie biopsji pod osłoną antybiotykową było postępowaniem prawidłowym. W przypadku powoda nie doszło do błędów merytorycznych ze strony personelu medycznego – zastosowano odpowiednią profilaktykę przed zabiegiem - taką jaką można zastosować obecnie. Powikłaniem pozabiegowym na pewno był rozwój infekcji. W dokumentacji zgromadzonej w aktach nie ma podstaw by sądzić, że było to nieumyślne czy umyślne działanie personelu medycznego.

Z punktu widzenia urologicznego w całej procedurze diagnostyczno-leczniczej zastosowanej względem powoda w pozwanej placówce medycznej nie ma podstaw do określenia braku należytej staranności, zaniedbania lub błędu w sztuce lekarskiej i braku dbałości o dobro pacjenta. Nie stwierdzono podstaw do wykazania wątpliwości w stan epidemiologiczny sprzętu medycznego, pomieszczeń oraz zespołu leczącego w znaczeniu jego negatywnego wpływu na stwierdzone powikłanie. W czasie hospitalizacji powoda nie naruszono, w ocenie urologicznej, zasad przy biopsji stercza. Przed zabiegiem powód podpisał zgodę na zabieg, zgoda ta obejmowała również możliwość wystąpienia powikłań. Rutynowo zastosowano antybiotyk. Zachowano należyłą staranność w przygotowaniu i wykonaniu biopsji stercza, jak również w ocenie urologicznej prawidłowo wypisano powoda do domu z zaleceniem brania antybiotyku ambulatoryjnie. Nie naruszono reguł przygotowania wykonania i postępowania po biopsji zgodnie z obowiązującymi obecnie i wówczas standardami. Komplikacje pozabiegowe są wliczone w ryzyko wykonywania biopsji, ponieważ jest to zabieg z grupy zabiegów inwazyjnych. Aktualnie do rozpoznania i dalszego prawidłowego leczenia ewentualnie stwierdzonego raka stercza jest niezbędne badanie histopatologiczne. Wzrost wskaźnika PSA powyżej normy jest wskazaniem do wykonania biopsji stercza.

(opinia biegłego epidemiologa, k. 200-213; opinia biegłego urologa B. S. (1), k. 229-232; pisemna uzupełniająca opinia biegłego urologa B. S. (1), k. 272-273 ustna uzupełniająca opinia biegłego epidemiologa, e-protokół, k. 293 v. – 00:09:33-00:42:07 opinia biegłego urologa R. C., k. 337-341; załączniki do opinii, k. 342-353).

Ze strony epidemiologii nie było przeciwwskazań do zrobienia biopsji stercza. Z dokumentacji medycznej nie wynika, aby powód przybył do szpitala z jakąkolwiek infekcją, która mogłaby uzasadnić przełożenie zabiegu.

Z punktu widzenia urologicznego stan zdrowia powoda przed zabiegiem był stabilny i nie stwierdzono przeszkód do wykonania biopsji stercza. Powód do zabiegu zgłosił się zdrowy, leczyl się z powodu nadciśnienia i podwyższonego cholesterolu, co nie stanowi żadnych przeciwwskazań do wykonania biopsji. Przebyte w 2008 roku leczenie zapalenia stercza nie stanowiło również przeciwwskazania do wykonania biopsji, natomiast postępujący wzrost stężenia PSA był uzasadnionym powodem kierowania na wykonanie biopsji. W dokumentacji lekarskiej nie ma żadnych stwierdzeń które wymagałyby odstąpienia od zabiegu.

(opinia biegłego epidemiologa, k. 200-213; opinia biegłego urologa B. S. (1), k. 229-232; opinia biegłego urologa R. C., k. 337-341; załączniki do opinii, k. 342-353).

Z punktu widzenia epidemiologicznego nie można jednoznacznie odpowiedzieć, dlaczego dochodzi do samozakażenia, gdyż czynników, które mogą wpłynąć na taką reakcję organizmu jest wiele. Należą do nich np. wiek pacjenta, stres, zmiana miejsca pobytu człowieka (ze środowiska domowego na szpitalne), mechaniczne przeniesienie patogenu w inne miejsce (co może nastąpić zarówno poprzez samą biopsję jak i przez skontaminowane przedmioty czy brudne ręce), a nawet zastosowanie nieodpowiedniej antybiotykoterapii. Bakteria E. coli jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego człowieka, natomiast zmiana jej normalnego środowiska powoduje, że staje się chorobotwórcza.

(opinia biegłego epidemiologa, k. 200-213).

W ocenie urologicznej stan zdrowia powoda po zabiegu był prawidłowy i nie stwarzał realnego zagrożenia życia powoda. Wychodząc do domu powód nie zgłaszał żadnych dolegliwości. Podjęte czynności przez placówkę medyczną przed i po zabiegu były prawidłowe. Zatrzymanie powoda na obserwacji po wykonanym zabiegu nie przeciwdziałało wystąpieniu powikłań, którymi obarczony jest sam zabieg. Aktualnie biopsja wykonywana jest ambulatoryjnie (chory przychodzi, przeprowadzana jest biopsja, chory wraca do domu). Wobec tego obserwacja trwa tylko kilka godzin. Nie wykonuje się przed przyjęciem do biopsji żadnych badań analitycznych, które potwierdzałyby lub wykluczały u pacjenta istnienie zakażenia organizmu.

(opinia biegłego urologa R. C., k. 337-341; załączniki do opinii, k. 342-353).

Powód wyraził pisemną zgodę na zabieg przeprowadzony u strony pozwanej. W dniu 11 marca 2013 r. oświadczył, że w pełni zrozumiał informacje przekazane mu podczas rozmowy z lekarzem, zapewniono mu nieograniczoną możliwość zadawania pytań lekarzowi, na które otrzymał odpowiedzi i wyjaśnienia w sposób przystępny. Nadto powód oświadczył, że uzyskał wyczerpujące informacje na temat: rozpoznania, proponowanej metody i przebiegu leczenia, dających się przewidzieć następstw zastosowania tej metody leczenia lub jej zaniechania, wyników leczenia i rokowań. Powód oświadczył również, że znane mu są możliwe powikłania związane z proponowanym zabiegiem.

Powód podpisał dokumenty na Izbie Przyjęć, około 12-15 godzin przed zabiegiem. Nie poprosił personelu o większą ilość czasu na zapoznanie się z dokumentami. Przed zabiegiem o szczegółach zabiegu poinformował go w momencie skierowania - ordynator Oddziału Urologicznego Pozwanego Szpitala R. M..

(zgoda, k. 47; zeznania powoda, e-protokół, k. 94-94 v. – 00:02:08-00:15:56 w zw. z k. ; zeznania świadków: R. M., e-protokół, k. 95v-96 – 00:54:51-01:04:35, I. M., e-protokół, k. 180 v. – 00:04:26 – 00:15:48).

W pozwanym Szpitalu w celu wykonania biopsji stercza pacjent standardowo jest przyjmowany dość wcześniej i jest przygotowywany do zabiegu, wykonywana jest lewatywa i podany jest antybiotyk.

Każdorazowo pacjent jest w pozwanym Szpitalu informowany o zabiegu, jego rodzaju i skutkach, możliwych powikłaniach. Zazwyczaj ma to miejsce albo dzień przed zabiegiem albo już w momencie kierowania do szpitala.

Następnego dnia jest wykonywana biopsja, podawany jest antybiotyk – w celu profilaktyki przeciwzapalnej. Następnie, jeśli stan pacjenta jest dobry to wypisywany jest do domu z zaleceniem brania antybiotyku przez następne 7-10 dni. Zabieg wykonuje się igłami jednorazowymi. Typowy przebieg pobytu wystąpił w przypadku powoda. Gdyby były objawy – krwimocz, zaburzenia moczu – to wówczas powód pozostałby na oddziale.

(zeznania świadków: R. M., e-protokół, k. 95v-96 – 00:54:51-01:04:35; I. M., e-protokół, k. 180 v. – 00:04:26 – 00:15:48).

Pozwany Szpital był kontrolowany przez Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Ł. m.in. w dniu 20 marca 2013 r. W dniu 8 kwietnia 2013 r. sporządzono z tych czynności protokół kontroli. W powyższym dokumencie

stwierdzono, że w Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej jest zły stan sanitarno-techniczny węzłów sanitarno-higienicznych oraz brudownika (ubytki w strukturze ścian i podłóg, zacieki na sufitach). W zaleceniach wskazano, że w zakresie tego oddziału w trybie niezwłocznym należy przedstawić na piśmie harmonogram prac remontowych przewidzianych na tym oddziale. Pozwany Szpital zastosował się do poleceń.

(protokół, k. 160-164; pisma, k. 165-166; pismo, k. 113; zeznania świadków: D. T., e-protokół, k. 95v. – 00:40:13-00:54:04).

Zły stan higieniczny węzła sanitarnego, brudownika, czy ubytki tynków w ścianie i na suficie ni mają wpływu na ryzyko wystąpienia powikłań po zabiegu biopsji.

(opinia biegłego urologa B. S. (1), k. 229-232; opinia biegłego urologa R. C., k. 337-341; załączniki do opinii, k. 342-353).

W Pozwanym Szpitalu powołany jest Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w skład którego wchodzi pielęgniarka epidemiologiczna, lekarz epidemiolog i mikrobiolog. Zespół ten zajmuje się: nadzorem nad zakażeniami szpitalnymi, monitorowaniem zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, rejestracją tych zakażeń, kontrolami wewnętrznymi, opracowaniem i aktualizacją procedur, uczestnictwem w kontrolach zewnętrznych, sporządzaniem opinii, dochodzeniami epidemiologicznymi.

W przypadku powoda przeprowadzono wewnętrzne dochodzenie – w którym stwierdzono, że dochowano wszelkich procedur (w tym profilaktykę okołoperacyjną).

(zeznania świadków: D. T., e-protokół, k. 95v. – 00:40:13-00:54:04; I. M., e-protokół, k. 180 v. – 00:04:26 – 00:15:48).

W pozwanym Szpitalu w celu zapobiegania zakażeń są wprowadzone m.in.: definicja zakażeń szpitalnych, procedury postępowania ze sprzętem endoskopowym, są procedury jeśli chodzi o dekontaminację powierzchni, sprzętów, postępowania sprzętu użytkowego (mycie, sterylizacja), postępowanie z powierzchniami kontaktowymi i nie, procedura higieny rąk, procedura izolacji, procedury postępowania z łóżkiem po wypisie. W Pozwanej jednostce medycznej organizowane są również szkolenia m.in. z antybiotykoterapii.

Procedury opracowuje Zespół Zakażeń Szpitalnych, który również przeprowadza kontrole wewnętrzne, które obejmują m.in. ocenę stanu sanitarno-higienicznego; higieny zabiegów medycznych w komórkach organizacyjnych pozwanego i profilaktyki zakażeń.

(protokoły wewnętrznej kontroli, k. 114-140; dokumentacja szkoleniowa, k. 141-145; zeznania świadków: D. T., e-protokół, k. 95v. – 00:40:13-00:54:04; I. M., e-protokół, k. 180 v. – 00:04:26 – 00:15:48)

Pozwany Szpital przekazuje raz w roku Raport Okresowy, opracowany przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ł.

W Raporcie za okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. odnotowano na Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej 5 przypadków pacjentów z zakażeniem wywołanym biologicznym czynnikiem, u których wykryto drobnoustroj chorobotwórczy E. coli ESBL (+), przy czym wykryty on został przed przyjęciem lub w badaniu pobranym do 72 godzin od przyjęcia do podmiotu leczniczego. Żaden z tych przypadków nie został zidentyfikowany jako lekooporny czynnik alarmowy.

W okresie od stycznia do maja 2013 r. nie zarejestrowany zakażeń szpitalnych w Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł.

(protokół, k. 160-164; pisma, k. 165-166; pismo, k. 113; pisma, k. 146-147; raport, k. 149-153; zeznania świadków: D. T., e-protokół, k. 95v. – 00:40:13-00:54:04; oświadczenie B. S. (2), k. 64).

Z wniosku powoda, toczyło się postępowanie o ustalenie, czy w Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej, Centrum (...) w Ł., w związku z jego leczeniem doszło do zdarzenia medycznego. Orzeczeniem z dnia 1 października 2013 r. Wojewódzka Komisja Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Ł., ustaliła, że zakażenie bakteriami E. Coli, do którego doszło u J. S. w wyniku przeprowadzonej biopsji stercza w dniu 11 marca 2013 r. jest zdarzeniem medycznym. Po ponownym rozpatrzeniu wniosku orzeczeniem z dnia 12 listopada 2013 r. podtrzymano to ustalenie.

W ramach postępowania strona pozwana wystąpiła z propozycją wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia w wysokości 1.000 zł.

(okoliczności bezsporne, orzeczenia, k. 17-20; propozycja, k. 16).

W marcu 2013r. pozwany nie był objęty ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej za tego typu zdarzenia.

(niesporne)

Przed zabiegiem z marca 2013 r. powód był w dobrej kondycji. Leczył się na nadciśnienie, z powodu wysokiego poziomu cholesterolu oraz urologicznie. Nie miał wcześniej operacji, z którymi wiązało się naruszenie tkanek. W 2008 r. powód był hospitalizowany trzykrotnie celem przeprowadzenia badań diagnostycznych. We wrześniu 2008 r. powód przebywał w Oddziale Urologii w T.z rozpoznaniem zapalenia stercza i gruczolaka stercza. Kontynuował leczenie urologiczne w Centrum Urologii M. S.J. W T.. Następnie leczył się w Poradni (...) oraz (...).

Po powrocie w marcu 2013 r. ze Szpitala w T. do domu, powód przez okres 2-3 tygodni leżał w łóżku. Powyższa niedyspozycja związana była z rozpoznaniem u niego zapaleniem oskrzeli, które rozwinęło się do zapalenia płuc. W tamtym okresie powód był osłabiony i potrzebował pomocy rodziny.

Powód ma 70 lat, jest emerytem, mieszka z żoną. Aktualnie powód nie może w sposób ciągły wykonywać pracy w domu i w ogrodzie. Spowodowane jest to tym, że szybciej się męczy i musi częściej odpocząć. Obecnie powód nie bierze w związku z pobytem w Szpitalu dodatkowych leków, nie odczuwa też żadnych innych dolegliwości, które wiąże z zakażeniem z marca 2013 r.

(zeznania powoda, e-protokół, k. 94-94 v. – 00:02:08-00:15:56 w zw. z k. 396v. – 00:04:03; zeznania świadków: E. S., e-protokół, k. 94v. – 95 – 00:20:05-00:26:01; E. K., e-protokół, k. 95 – 00:27:09-00:34:33; dokumentacja medyczna, k. 345).

Sąd oddalił wnioski dowodowe strony powodowej:

- o przesłuchanie biegłego R. C. w celu umożliwienia biegłemu odniesienia się w swych wnioskach do stanowiska biegłego epidemiologa;
- o przesłuchanie biegłej epidemiolog A. M. w celu konfrontacji stanowiska biegłego ze stanowiskiem biegłego urologa R. C..

Powyższe dowody w świetle okoliczności niniejszej sprawy są zbędne i jedynie służyłyby przewlekaniu postępowania oraz mnożeniu jego kosztów. W ocenie sądu wątpliwości zgłaszane przez stronę powodową zostały wyczerpująco wyjaśnione w sporządzonych opiniach i złożonych przez biegłych. Wskazać należy, że biegły urolog szczegółowo w opinii pisemnej odniósł się do opinii biegłego epidemiologa. Opinie te były spójne i w żaden sposób się nie wykluczały.

Sąd odmówił wiary twierdzeniom powoda co do braku podania mu antybiotyku przed zabiegiem, albowiem przeczy temu dokumentacja lekarska. Powodowi przed zabiegiem bowiem podano Proxacin (odnotowanie w wpisie na indywidualnej karcie zleceń lekarskich, wykonywanych przez pielęgniarki dnia 10.03.2013 o godzinie 18; a także w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego – k. 13 akt sprawy).

Rozważania prawne:

Powództwo podlegało oddaleniu w całości.

Podstawy odpowiedzialności pozwanego szpitala należy upatrywać w art. art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. Pozwany na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobom, które przy wykonywaniu czynności podlegają jego kierownictwu i mają obowiązek stosować się do jego wskazówek – w tym wypadku jest to personel medyczny zatrudniony w pozwanej placówce, i z tego tytułu jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności.

Dla powstania odpowiedzialności konieczne jest zatem wystąpienia zawinionego działania lub zaniechania pracowników pozwanego, powstanie szkody oraz istnienie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek.

Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli powstania szkody, stwierdzenia winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lub zaniechanie lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną ze stanem wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym.

Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, LEX nr 118379).

Wymaganie wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności oznacza, że między powierzeniem czynności a działaniem, w którego wyniku nastąpiła szkoda, powinien zachodzić związek przyczynowy i związanie tego rodzaju, jaki w myśl obowiązujących zasad usprawiedliwia odpowiedzialność zobowiązanego do odszkodowania. Chodzi tu więc o związek w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., ograniczający się do następstw normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań.

Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.), przy czym od personelu zatrudnionego w placówce medycznej wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki, które często są nieodwracalne.

Wymienione wyżej przesłanki odpowiedzialności pozwanego nie zostały spełnione.

Rozważania w tej części należy zacząć od orzeczeń Komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które w sposób kategoryczny ustaliły, iż zakażenie J. S. w wyniku biopsji stercza przeprowadzonego w pozwanej placówce 11 marca 2013r było zdarzeniem medycznym w rozumieniu art. 67a ust. 1 punkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012r. poz. 159). Orzeczenia te nie są wiążące dla Sądu rozpoznającego niniejszą sprawę, co nie zmienia faktu, iż należało rozważyć ich znaczenie dla prawidłowego ustalenia stanu faktycznego.

Analiza tych orzeczeń i ich uzasadnień prowadzi do wniosku, że zostały wydane w oparciu o rozumowanie sprzeczne z zasadami logiki. Przede wszystkim, Komisja nie oparła się na żadnych obiektywnych dowodach, wskazujących na jakiegokolwiek działania lub zaniechania po stronie pozwanego, którym można byłoby przypisać cechę niezgodności z aktualną wiedzą medyczną. W motywach obu orzeczeń nie ma nawet słowa o tego rodzaju przesłance, nie mówiąc o

wskazaniu jakie działania lub zaniechania mogące mieć wpływ na wystąpienie zakażenia, zostały uznane za niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Mankament ten jest o tyle istotny, że owa niezgodność z aktualną wiedzą medyczną diagnozy, leczenia bądź zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, jak i wykazanie związku między tą niezgodnością a skutkiem w postaci zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, są obligatoryjnymi warunkami, które muszą być spełnione łącznie, aby uznać konkretną sytuację za zdarzenie medyczne – zgodnie z art. 67a powołanej ustawy. Komisja w istocie rzeczy utożsamiała pojęcia „zdarzenie medyczne” z pojęciem „zakażenie szpitalne”. Tymczasem, jak wynika z opinii biegłej epidemiolog, a zwłaszcza uzupełniających tę opinię zeznań, termin „zakażenie szpitalne” wskazuje jedynie na czas i miejsce zakażenia, natomiast w żaden sposób nie determinuje zawinienia, ani nie wskazuje na działanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Co więcej, Komisja uznała przypadek powoda za zdarzenie medyczne powołując w uzasadnieniu m.in. okoliczność, iż zakażenie jest jednym z powikłań mogących wystąpić w trakcie zabiegu biopsji. Jak wyjaśnili to biegli, powikłanie takie ma związek ze środowiskiem organizmu pacjenta, w jakim wykonywane jest nakłucie i żadne działania profilaktyczne nie są w stanie wyeliminować ryzyka jego wystąpienia. Zatem jest to normalne ryzyko tego typu zabiegu, zaś brak całkowicie skutecznych metod zapobiegania mu wyklucza przyjmowanie a limine odpowiedzialności szpitala za jego wystąpienie absolutnie w każdym wypadku. Jak stwierdził to jeden z biegłych urologów, jedynym skutecznym sposobem uniknięcia tego powikłania jest odstępnie od zabiegu biopsji stercza, czyli pozbawienie pacjenta możliwości wykonania prawidłowej diagnostyki przeciwnowotworowej. Z tego względu nie wystarczy stwierdzić, że określona sytuacja spełnia kryteria zakażenia szpitalnego, konieczne jest wykazanie, że doszło do niego na skutek niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną postępowania placówki medycznej wobec pacjenta.

Kolejny mankament uzasadnienia orzeczeń wynika z przyjęcia, że skoro podmiot leczniczy wiedział o ryzyku zakażenia jako niepożądanym powikłaniu po biopsji, to powinien podjąć dalej idące środki i otoczyć pacjenta opieką mogącą zminimalizować ryzyko wystąpienia zakażenia, przy czym uznano, iż zaopatrzenie powoda w receptę na antybiotyki nie może być uznane za prawidłową opiekę. To ostatnie stwierdzenie jest równoznaczne z uznaniem, że działania podejmowane po zabiegu mogą wpłynąć na ryzyko zakażenia w jego trakcie. Problem polega na tym, że Komisja nie wskazała, jakie jeszcze „dalej idące” środki mogły być zastosowane u J. S., zaś z opinii biegłych wynika, iż Szpital zastosował wszelkie dostępne działania mające zminimalizować ryzyko zakażenia w trakcie zabiegu. Natomiast uzależnienie ryzyka zakażenia w wyniku biopsji od sposobu opieki sprawowanej nad pacjentem po zabiegu jest ewidentnie sprzeczne z logiką. Jak wynika z opinii biegłych do zakażenia będącego następstwem biopsji dochodzi podczas samego zabiegu wskutek przekłucia wewnętrznych powłok jelita będącego i przedostania się patogenu do innych części organizmu. Nie sposób odgadnąć w jaki sposób prawidłowa opieka po zabiegu mogłaby retroaktywnie wpłynąć na zdarzenie zaistniałe podczas samego zabiegu.

Niezależnie od powyższego warto przypomnieć, że zgodnie z opiniami biegłych, zastosowane u powoda procedury, także w zakresie opieki pozabiegowej, były zgodne ze standardami obowiązującymi w Polsce przy tego rodzaju zabiegach, i odpowiadały aktualnej wiedzy medycznej.

Z przytoczonych rozważań wynika, że ustalenia Komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie mogły być podstawą ani do skonstruowania prawidłowego stanu faktycznego tej sprawy, ani do uznania, iż pozwany ponosi odpowiedzialność cywilną za zaistniałe zakażenie na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Sąd ma świadomość, iż wynik postępowania dowodowego nie pozwala na jednoznaczne odtworzenie mechanizmu zakażenia, do którego doszło u J. S.. Dostępne informacje nie pozwalały na jednoznaczne określenie która z dwóch postaci bakterii wywołała posocznicę, tzn. czy był to tzw. szczep szpitalny, co zwiększałoby prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w wyniku szeroko rozumianego błędu medycznego, czy też bakteria pochodząca z organizmu powoda, co mogłoby z dużym prawdopodobieństwem jednoznacznie wykluczyć odpowiedzialność szpitala. Jednakże zasady procesu cywilnego wymagają od strony powodowej udowodnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego zgodnie z art. 6 kc. Przerzucenie ciężaru dowodu na stronę przeciwną jest niezgodne z wyrażoną w tym przepisie zasadą. Wynik postępowania dowodowego nie daje podstawy do zarzucenia pozwanemu jakiegokolwiek błędu, którego następstwem

było zakażenie powoda, a w konsekwencji wystąpienie posocznicy. Nie została zatem udowodniona podstawowa przesłanka odpowiedzialności wynikającej z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Złożona przez pozwanego propozycja wypłaty odszkodowania w kwocie 1'000,00 zł nie może być traktowana jako uznanie roszczeń J. S., jak widzi to strona powodowa, co wynika wprost z art. 67k ustęp 10 punkt 1 w zw. z art. 67k ustęp 9 ustawy o prawach pacjenta.

Postępowanie dowodowe nie pozwala też na przyjęcie wysokiego prawdopodobieństwa, iż do zakażenia powoda doszło na skutek zwinionego działania lub zaniechania pracowników pozwanego. Podnoszone w związku z tym zarzuty dotyczące uchybień w zakresie czystości i stanu technicznego pomieszczeń Oddziału Urologicznego, wytkniętych po kontroli SANEPID, nie mają znaczenia skoro biegli stwierdzili, iż tego rodzaju uchybienia nie mogły mieć wpływu na wystąpienie zakażenia u pacjenta. Pewne wątpliwości wzbudziła natomiast informacja zawarta w dokumentach wewnętrznych Szpitala, z której wynika, że w okresie, w którym powód poddany został zabiegowi, w tym samym Oddziale stwierdzono pięć przypadków zakażenia E. coli ESBL. Jednakże żaden z nich nie został zakwalifikowany jako tzw. czynnik alarmowy, czyli – według opinii biegłej epidemiolog, nie chodziło tu o szczepy szpitalne. Ponadto, są to przypadki zakażeń ujawnionych przed przyjęciem do placówki lub przed upływem 72 godzin od przyjęcia, czyli przed upływem czasu wskazanego przez biegłą jako okres wylegania tego patogenu. Z tej informacji wynika, że żaden z tych przypadków nie kwalifikował się jako zakażenie szpitalne, do którego doszło u pozwanego. Zatem wnioskowanie, że powód nie był jedynym pacjentem, który został zakażony w pozwanym w tym samym czasie jest nieuprawnione. Sam fakt pobytu na oddziale osób zakażonych wcześniej bakterią E. coli nie może być natomiast jedyną przesłanką uznania, że do zakażenia skutkującego posocznicą u powoda mogło dojść pośrednio lub bezpośrednio od tych osób, zwłaszcza w sytuacji, gdy nie jest możliwe jednoznaczne ustalenie który z rodzajów bakterii wywołał posocznicę.

Wobec powyższego powództwo podlega oddaleniu.

Mimo nieuwzględnienia powództwa Sąd nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanego kosztów tego procesu uznając, że skomplikowany i niejednoznaczny charakter sprawy, a zwłaszcza treść orzeczeń Komisji do spraw ustalania zdarzeń medycznych, usprawiedliwił przekonanie J. S. o zasadności jego roszczeń, co uzasadnia zastosowanie art. 102 kpc.