

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 25 lipca 2014 r., skierowanym przeciwko (...) Szpitalowi (...) w Ł., małoletni powód J. B. (1) reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego J. B. (2) wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 85.000 zł tytułem odszkodowania za szkodę doznaną przez powoda na skutek zakażenia bakteriami szpitalnymi podczas porodu powoda w pozwanej placówce medycznej. Doznana przez powoda szkoda miała polegać m. in. na obniżonej, na skutek zakażenia, odporności dziecka. /pозew – k. 2 – 3/.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych. W ocenie pozwanego powód nie wykazał, że dziecko zostało zakażone bakterią szpitalną, niezależnie od powyższego podniósł, że żądana w pozwie kwota jest rażąco wygórowana. Nadto pozwany wniósł o wezwanie do wzięcia udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego (...) S.A. w W. /odpowieź na pozew – k. 24 – 26/.

Pismem z dnia 3 listopada 2014 r. pełnomocnik z urzędu powoda sprecyzował, że dochodzonej w pozwie kwoty powód domaga się tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia zapłaty. /pismo procesowe z 03.11.2014 r. – k. 81 – 83/.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Małoletni powód J. B. (1) urodził się w dniu (...) w Szpitalu Miejskim im. (...) w Ł., z drugiej ciąży, siłami i drogami natury, w stanie ogólnym dobrym, uzyskał w skali Apgar 10. Przebieg porodu był bez powikłań. Od matki pobrano wymaz z pochwy - wyhodowano *Staphylococcus epidermidis*. W pierwszej dobie życia dziecka wykonano obowiązkowe szczepienia przeciw gruźlicy oraz żółtacze typu B. W czwartej dobie okresu adaptacyjnego wystąpił u powoda wzrost bilirubiny do max 15,07 mg%, przy prawidłowych wskaźnikach stanu zapalnego. Noworodek został umieszczony w inkubatorze i poddany fototerapii przez okres dwóch dób (9-10 kwietnia 2011 r.) z dobrym skutkiem terapeutycznym. W dniu 10 kwietnia 2011 r. matka dziecka opuściła szpital z objawami opryszczki wargowej. /dokumentacja medyczna powoda – k. 66, karta informacyjna leczenia szpitalnego V. B. – k. 71, informacyjne wyjaśnienia przedstawiciela ustawowego powoda poparte jego zeznaniami – protokół k. 92 odw, adnotacje 00:02:22, protokół k. 294, adnotacje 00:17:32, oświadczenie V. B. – k. 47, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – k. 263 – 265, /.

W dniu 11 kwietnia 2011 r. tj. w szóstej dobie życia, u powoda stwierdzono wydzielinę ropną w prawym oku. Włączono leczenie miejscowe Gentamycyną w kroplach, które prowadzono do dnia 19 kwietnia 2011 r.

W ósmej dobie życia tj. w dniu 13 kwietnia 2011 r. stwierdzono zmiany skórne w postaci dwóch drobnych pęcherzyków wypełnionych żółtawym płynem pod lewą pachą i pojedynczego pęcherzyka pod prawą pachą. Włączono empirycznie antybiotykoterapię dożylną Gentamycyną, w pojedynczej dawce raz na dobę. Powód został przeniesiony do sali izolacyjnej, na której przebywał aż do wypisu.

Ze zmian skórnych oraz z wydzieliny z oka w dniu 13 kwietnia 2011 r. pobrano wymazy na badanie bakteriologiczne. Z wymazu skórniego wyhodowano gronkowca złocistego metycylinoopornego MRSA wrażliwego na zastosowany antybiotyk Gentamycyną, wymaz z oka określono jako ujemny - wyhodowano gronkowca naskórkowego bez określenia lekowrażliwości. Leczenia dożylnie Gentamycyną prowadzono przez 7 dni. W ciągu dwóch dni leczenia zmiany skórne uległy wygojeniu, nie stwierdzono nowopowstających zmian lub zakażenia o innej lokalizacji. W dniu 16 kwietnia 2011 r. ponownie pobrano wymaz ze skóry uzyskując wynik ujemny. /wyniki badań bakteriologicznych – k. 39-39 odw., dokumentacja leczenia powoda – k. 40 – 42, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – k. 263 – 265, zeznania świadka E. S. – protokół k. 94 odw., adnotacje 01:04:51, 01:09:53/.

Przez cały okres pobytu w szpitalu noworodek pozostawał w stanie ogólnym dobrym, nie występowały dodatkowe problemy zdrowotne, karmiony był doustnie, początkowo pokarmem naturalnym, a od 11 kwietnia 2011 r. mlekiem

modyfikowanym, bez trudności, przybierał na wadze. Wykonywane badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem i CRP nie wskazywały na uogólnianie się procesu zapalnego. W dniu 21 kwietnia 2011r., w piętnastej dobie życia, powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem standardowej profilaktyki - badanie okulistyczne, usg stawów biodrowych. /dokumentacja leczenia powoda - k. 40 - 42, 48 - 56, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. - k. 263 - 265/.

Niewątpliwie zakażenie skóry i spojówek u J. B. (1) należy uznać za **zakażenie szpitalne**. Po pierwsze, zmiany u dziecka pojawiły się po ponad pięciu dniach pobytu dziecka w szpitalu, nie można uznać ich za zakażenie odmatczyne, a po drugie, nie był to pierwszy i jedyny taki przypadek w tym szpitalu w okresie jesień 2010 - wiosna 2011. Podobne przypadki przestały się pojawiać po zakończeniu remontu oddziału noworodkowego. Szczep, jakim była zakażona skóra powoda to szczep szpitalny, co oczywiście nie wyklucza zakażenia poza szpitalem, choć w omawianym przypadku jest całkowicie niemożliwe. Matka dziecka opuściła szpital w dniu 10 kwietnia 2011 r. Objawy u noworodka pojawiły się dopiero po dwóch dniach od jej wypisu. Mogłyby przenieść się od matki (miała opryszczkę, ale nie pobrano od niej posiewów-nie podejrzewano możliwości zakażenia), jednak fakt podobnych zakażeń u innych noworodków jednoznacznie obciąża pozwanego szpital. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. wraz z ustną opinią uzupełniającą - k. 175 - 178, protokół k. 238 odw. - 239, adnotacje 00:01:37, 00:10:08/

Zakażenie spojówek oka szczepem zwykłym gronkowca naskórkowego mogło teoretycznie być odmatczyne, bo po porodzie dochodzi do kolonizacji skóry noworodka bakteriami z otoczenia. Dziecko, po wydostaniu się z łona matki, przez pewien czas pozostaje całkowicie jałowe, potem skórę dziecka pokrywają bakterie z otoczenia, najczęściej przechodzą one od matki. U matki powoda przed porodem pobrano wymaz z pochwy i wyhodowano bakterię, był to szczep zwykły, nie szpitalny. Występowanie gronkowca naskórkowego na skórze noworodka nie budzi obaw, jest czymś naturalnym. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. wraz z ustną opinią uzupełniającą - k. 175 - 178, protokół k. 238 odw. - 239, adnotacje 00:10:08/

Przebieg zakażenia był łagodny i ustąpił bardzo szybko bez następstw. Infekcja skórna u powoda miała także charakter łagodny, bez cech zmian narządowych. Były to drobne wykwity powierzchowne skóry pod pachą. Zastosowano leczenie zgodne z antybiogramem jeszcze przed otrzymaniem wyniku posiewu, które spowodowało zgaszenie infekcji w zarodku. Zarówno infekcję spojówek, jak i skórą, rozpoznano natychmiast i wdrożono właściwe postępowanie lecznicze. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. wraz z ustną opinią uzupełniającą - k. 175 - 178, protokół k. 238 odw. - 239/

Wyhodowany u powoda ze spojówki gronkowiec naskórkowy nie jest bakterią chorobotwórczą lecz bakterią bytującą na skórze. Tego typu zakażenia spojówkowe zdarzają się bardzo często ale nie powodują uszkodzenia narządu wzroku. Także u powoda zakażenie nie mogło spowodować trwałego uszczerbku narządu wzroku. Zakażenie nie miało przebiegu ciężkiego ani uogólnionego. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. - protokół k. 239, adnotacje 00:10:08, 00:09:17/.

Ustalone u małoletniego zakażenie szpitalne miało charakter ograniczonego, miejscowego zapalenia skóry, pozostawało bez wpływu na ogólny stan noworodka. Zakażenie było leczone antybiotykiem stosowanym ogólnie, zgodnie z oznaczoną lekowrażliwością. Skuteczność leczenia potwierdzono ujemnym wynikiem posiewu oraz wynikami badań laboratoryjnych krwi. W następnych okresach życia małoletniego nie stwierdzano zmian chorobowych o podobnym charakterze. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. - k. 263 - 265/.

Zakażenie przedłużyło pobyt dziecka w szpitalu. Gdyby nie ropienie spojówek, powód zostałby wypisany ze szpitala po ustąpieniu żółtaczki, tj. 11 kwietnia 2011 r. Ponadto zakażenie wymagało podania antybiotyku, byłoby lepiej dla dziecka, gdyby nie było takiej potrzeby. Matka dziecka przeżywała dłuższy pobyt dziecka w szpitalu, straciła pokarm. Z uwagi na opryszczkę matka powoda nie mogła pozostać z nim w szpitalu. Dziecko przez pewien czas było w szpitalu samo. Jedynie ojciec odwiedzał je i przywoził do szpitala środki higieniczne. Po powrocie ze szpitala chłopiec był karmiony sztucznym mlekiem. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. wraz z ustną opinią uzupełniającą - k. 175 - 178, protokół k. 238 odw. - 239, adnotacje 00:01:37, 00:10:08, ustna opinia

uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – protokół k. 293 odw., adnotacje 00:19:17, zeznania przedstawiciela ustawowego powoda – protokół k. 294, adnotacje 00:17:32, zeznania świadka E. S. – protokół k. 95, adnotacje 00:55:37, 01:09:53/

Zakażenie zostało wyleczone, zatem nie może się uaktywnić ani wznowić. Nie ma medycznego pojęcia „uśpione zakażenie” – albo jest wyleczone, albo trwa nadal. Może dojść do nowego zakażenia, które nie będzie miało związku z pierwotnym zakażeniem. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – protokół k. 293 odw., adnotacje 00:01:53/.

Dziecko bez jakichkolwiek następstw zakażenia zostało **wypisane do domu**. Nie obserwowano następstw tego zdarzenia w następnych miesiącach i latach rozwoju dziecka. Od wypisu z oddziału noworodkowego do chwili obecnej małoletni pozostawał pod opieką jednej poradni - poradni podstawowej opieki zdrowotnej(...)w miejscu zamieszkania. W trakcie przeprowadzanych przez lekarza, położną i pielęgniarkę środowiskową wizyt profilaktycznych w pierwszych miesiącach życia dziecka, nie stwierdzano odchyłań od stanu prawidłowego, dziecko karmione było mlekiem modyfikowanym, nie występowały trudności w odżywianiu, dziecko otrzymywało profilaktykę witaminową, nie zgłaszano zastrzeżeń do stanu dziecka. W drugim miesiącu życia zgłoszono się do poradni z powodu sapki i pokasływania – zalecono toaletę nosa, podawanie syropu Calcium, nie stwierdzono infekcji. Pozostałe wizyty do ukończenia drugiego roku życia były wizytami profilaktycznymi, związanymi z wykonaniem obowiązkowych szczepień ochronnych i oceną zleconych badań. Przed każdym szczepieniem przeprowadzano przedmiotowe i podmiotowe badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia, rodzice nie zgłaszali występujących u dziecka zachorowań, rozwój fizyczny przebiegał prawidłowo. Szczepienia wykonywane były regularnie w wyznaczonych terminach, bez niepożądanych reakcji poszczepiennych. W szóstym miesiącu życia, na podstawie badania morfologii krwi, rozpoznano niedokrwistość, zalecono suplementację preparatem żelaza Ferrum Lek i witaminami. W wieku siedemnastu miesięcy - we wrześniu 2012 r., wykonano u dziecka, na prośbę mamy, wymaz z gardła, uzyskując wynik ujemny - stwierdzono florę saprofityczną. Badanie bilansowe dwulatka prawidłowe - rozwój fizyczny powyżej przeciętnej dla wieku, rozwój mowy prawidłowy, bez dodatkowych uwag i zaleceń. /karta wizyt patronażowych noworodka – k. 106, dokumentacja leczenia dziecka – 107 – 115, k. 119 – 122 odw., historia choroby z poradni (...) k. 125 – 128, karta informacyjna pielęgniarki rodzinnej – k. 116, kserokopia książeczki zdrowia dziecka – k. 134 -146, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – k. 263 – 265/.

Po ukończeniu drugiego roku życia, w maju 2013 r. stwierdzono u powoda ostre zapalenie gardła leczone w poradni antybiotykiem Augmentin ES bez powikłań. Następne infekcje dróg oddechowych występowały od września do listopada 2013 r., miały charakter infekcji nieżytowych górnych dróg oddechowych - łącznie pięć infekcji, w tym dwukrotnie dziecko przyjmowało antybiotyk - rozpoznano zapalenie gardła. W 2014 r. w dokumentacji poradni odnotowano łącznie sześciokrotnie infekcje górnych dróg oddechowych, w okresie od lutego do maja oraz od października do listopada, w tym czterokrotnie zastosowano antybiotyk. Od trzeciego roku życia powód uczęszcza do przedszkola. Wszystkie infekcje leczone były ambulatoryjnie bez powikłań, trwały od 7-10 dni, nie wymagały dodatkowych konsultacji, leczenia szpitalnego. Po wyzdrowieniu dziecko powracało do przedszkola. /historia choroby z poradni (...) k. 125 – 128, informacja z NFZ z 10.09.2015 r. – k. 212, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – k. 263 – 265/.

Dziecko było leczone także w prywatnym gabinecie pediatrycznym dr J. D.. Były to dwie wizyty w okresie od listopada 2011 r. do kwietnia 2012 r. Stwierdzono infekcje górnych dróg oddechowych, leczone objawowo. /dokumentacja leczenia powoda – k. 205 – 206, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – k. 263 – 265/.

Występujące u małoletniego **zachorowania** miały charakter zakażeń górnych dróg oddechowych. Przebieg i charakter występujących infekcji nie wskazuje na obniżoną odporność małoletniego. Zdrowe dziecko przechorowuje przeciętnie od sześciu do ośmiu - dziesięciu takich infekcji w ciągu roku. Wszystkie infekcje małoletniego były leczone ambulatoryjnie, objawowo lub krótkotrwale pojedynczym antybiotykiem, występowały sezonowo w związku z czynnikami środowiskowymi i socjalizacją. Infekcje u powoda pojawiały się częściej po rozpoczęciu edukacji przedszkolnej i nie miały żadnego związku z przebyłym zakażeniem w okresie noworodkowym. Były to normalne

infekcje wirusowe i bakteryjne, typowe dla wieku dziecięcego. Częstość tych infekcji także nie budzi podejrzeń - jest typowa dla dzieci w tym wieku uczęszczających do skupiska. Brak związku z zakażeniem skóry noworodka gronkowcem w czasie okresu noworodkowego. Brak trwałych następstw tego zdarzenia. Reasumując, łagodne zakażenie skóry i spojówek noworodka było zakażeniem szpitalnym, leczonym krótko, prawidłowo i zakończyło się pełnym wyleczeniem, bez jakichkolwiek następstw trwałych. Obecnie obserwowane infekcje dziecka nie mają związku z przebytą wtedy infekcją skóry i są typowe dla dzieci przedszkolnych uczęszczających do skupiska. Dziecko jest zdrowe, nie występują jakiegokolwiek zmiany charakterystyczne dla zakażenia gronkowcem złocistym, a z pewnością przez ten typ zakażenia szpitalnego. /pismna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. wraz z ustną opinią uzupełniającą – k. 175 – 178, protokół k. 238 odw. – 239, adnotacje 00:01:37, 00:10:08, pismna opinia biegłego sądowego z zakresu pediatrii E. O. – k. 263 – 265/

Pozwany Szpital im (...) w Ł. był **kontrolowany** w 2011 r. kilka razy z powodu stwierdzenia w okresie od września 2010 do lutego 2011 r. czterech przypadków zakażenia noworodków gronkowcem MSRA. Pierwsza kontrola miała miejsce w lutym 2011 r. W tym czasie nie znaleziono w badaniach mikrobiologicznym podobnych szczepów, nie stwierdzono także ropiejących ran pooperacyjnych. Kolejna kontrola miała miejsce w dniu przyjęcia matki powoda do porodu tj. 5 kwietnia 2011 r. W protokole odnotowano, że w lutym 2011 r. stwierdzono trzy przypadki wyników dodatnich z gronkowcem MSRA u noworodków, jeden w marcu 2011 r. Pobrano wiele posiewów czystościowych. W tym czasie w szpitalu prowadzono remont oddziału noworodkowego, sale dla noworodków wydzielono w oddziale położniczym. Kontrola wykonania zaleceń w grudniu 2011 r. wykazała zakończenie remontu oddziału noworodkowego i brak podobnych zdarzeń, co poprzednio tj. zakażenia noworodków gronkowcem MSRA . /protokoły kontroli sanitarnych – k. 35 – 38, k. 156 – 165 odw., pismna opinia biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych E. S. wraz z ustną opinią uzupełniającą – k. 175 – 178, protokół k. 238 odw. – 239, adnotacje 00:01:37, 00:10:08/.

Zgodnie z obowiązującymi w pozwanym szpitalu procedurami od każdej z pacjentek pobierany jest przy przyjęciu wymaz z pochwy. W przypadku stwierdzenia bakterii i matki zasadniczo nie są wdrażane żadne procedury z wyjątkiem sytuacji gdy pacjentka ujawnia objawy kliniczne. /zeznania świadków: E. S. – protokół k. 94, adnotacje 00:51:24, 01:01:19, A. B. – protokół k. 93, 95, adnotacje 00:24:23, 01:24:32/.

Jeśli chodzi o stosowane w pozwanym szpitalu procedury zabezpieczenia sanitarno – epidemiologicznego, podczas porodu stosowany jest sprzęt jednorazowy i wielorazowy wysterylizowany, bielizna, środki dezynfekcyjne są jałowe. Poród naturalny odbywa się na fotelu porodowym, który jest każdorazowo dezynfekowany - przed i po porodzie. Pacjentka przyjmowana jest do szpitala w gabinecie izby przyjęć, gdzie również jest badana na fotelu, który jest dezynfekowany przed i po badaniu, wykorzystywany jest w większości sprzęt jednorazowy. Personel stosuje rękawiczki diagnostyczne jednorazowego użytku, tam gdzie jest to konieczne - rękawiczki jałowe. /zeznania świadka M. W. – protokół k. 93 odw., adnotacje – 00:37:31/

Po urodzeniu noworodek jest kładziony na brzuchu matki, po czym zostaje odpepowiony i przeniesiony do kącika noworodkowego, gdzie znajdują się stolik oraz urządzenie grzewcze. Stolik przed każdym porodem jest wydezynfekowany, najczęściej mikrozytem, którym pielęgniarka spryskuje materacyk i stolik, na tym położony jest jałowy podkład i jest tam również becik i pieluchy. Są to rzeczy sterylne. Po dokonaniu wszystkich czynności przy matce noworodek wraz z matką przenoszony jest na wózek, na którym przebywa. Dziecko zawinięte w jałowe pieluchy i becik przez okres około dwóch godzin przebywa z matką na sali porodowej w celu obserwacji. Następnie oboje przeniesieni są na salę, gdzie matka przebywa razem z noworodkiem. /zeznania świadków: E. S. – protokół k. 94, adnotacje 00:51:24, 01:01:19, A. B. – protokół k. 93, adnotacje 00:24:23/.

Jeżeli nie ma żadnych przeciwwskazań zdrowotnych, dziecko przebywa z matką. Matka opiekuje się dzieckiem pod nadzorem personelu medycznego. Pielęgniarka służy do pomocy matce oraz kąpie dziecko. Pielęgniarka ma obowiązek instruowania matki. Personel udziela matkom informacji w kwestii dezynfekcji. Personel szpitala nie ma wpływu na to, czy matki stosują się do procedur związanych z dezynfekcją. Nikt z personelu nie ma nad tym nadzoru. W każdej sali przy umywalce znajduje się mydło w dozowniku i płyny do dezynfekcji. Są też płyny do dezynfekcji powierzchni przewijaków. Przy każdej umywalce znajduje się instrukcja mycia rąk, nadto informacje takie są umieszczone nad

stolikiem do pielęgnacji noworodków. Sale chorych są myte rano i wieczorem, dezynfekcja jest przeprowadzana w zależności od potrzeb. Kompleksowe dezynfekcje całych sal mają miejsce z reguły raz, czasem dwa razy w miesiącu. Pracownicy są szkoleni w zakresie zabezpieczeń przeciw epidemiologicznym. /zeznania świadków: E. S. – protokół k. 94 – 94 odw., adnotacje 00:55:37, A. B. – protokół k. 93, adnotacje 00:24:23, 00:28:56, M. W.: - protokół k. 94, adnotacje 00:44:11/.

Sala nr 304, w której przebywał powód po porodzie, była dezynfekowana 1 kwietnia 2011 roku. W dniu 9 kwietnia powód miał włączoną fototerapię, przy czym po wypisie matki w dniu 10 kwietnia 2011 r. został przeniesiony na salę nr 300. Sala ta była dezynfekowana 3 kwietnia 2011 roku. /zeznania świadka E. S. – protokół k. 94 – 94 odw., adnotacje 00:55:37, 01:04:51/. W przypadku wypisania matki ze szpitala do opieki nad noworodkiem przydzielana jest położna, która w takiej sytuacji nie opiekuje się innymi noworodkami i nie ma z nimi kontaktu. /zeznania świadka A. B. – protokół k. 93 odw., adnotacje 00:32:22/.

W dniu 23 kwietnia 2015 r. nastąpiła zmiana nazwy pozwanego na Centrum Medyczne (...)spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. /odpis z KRS pozwanego – k. 198 – 198 odw./

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, z zeznań świadków: A. B. (2), M. W. (2) i E. S. (3), nie budzących wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i przez strony nie kwestionowanych, oraz z przesłuchania przedstawiciela ustawowego małoletniego powoda, a także z opinii biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych oraz pediatrii, które w pełni wyjaśniły konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Nie ulega wątpliwości, że dowód z opinii biegłych podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64). Złożone w rozpoznawanej sprawie opinie biegłych sądowych sporządzone przez lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych oraz pediatrii odznaczają się pełną przydatnością dowodową w świetle powołanych kryteriów, zaś wszystkie zgłaszane przez strony wątpliwości i zastrzeżenia do wniosków opinii zostały wyczerpująco wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Tym samym opinie złożone w sprawie należało uznać za w pełni miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się usprawiedliwione co do zasady, jakkolwiek jedynie w niewielkim zakresie co do wysokości.

Podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować wskazując na brak winy w nadzorze lub w wyborze. Co do zasady zwierzchnik z podwładnym ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Zasada solidarnej odpowiedzialności doznaje wyjątku w stosunkach pracy. (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściślej biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Zgodnie z treścią art. 231 k.p.c., Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów. Orzeczenie sądu może być zatem oparte na tego rodzaju domniemaniu faktycznym tylko wówczas, gdy domniemanie to stanowi wniosek logicznie wynikający z prawidłowo ustalonych faktów stanowiących jego przesłanki (wyrok SN z 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1/99 poz. 24).

Należy podkreślić, że przywołany przepis nie oznacza przeniesienia na stronę pozwaną w procesie, którego przedmiotem są roszczenia odszkodowawcze, ciężaru wykazania, iż szkoda doznana przez powoda wynika z przyczyn, za które strona pozwana nie odpowiada. Celem przepisu art. 231 k.p.c. jest natomiast umożliwienie stronie postępowania uzasadnienia jej twierdzeń w sytuacji, gdy z przyczyn od tej strony niezależnych, nie są jej dostępne bezpośrednie środki dowodowe, a o prawdziwości twierdzeń strony można wnioskować jedynie na podstawie innych faktów. W związku z powyższym powszechnie przyjmuje się, że w tzw. procesach lekarskich, sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, w oparciu o art. 231 k.p.c. uznać za wystarczający, wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód często nie jest możliwy do przeprowadzenia (por. m.in. wyrok SN z 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, niepubl.). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i poglądami doktryny w sprawach lekarskich (tak SN w wyroku z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 4/75 poz. 94 z głosem Sośniaka, czy też w wyroku z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 9/84 poz. 187) wymaga się stwierdzenia tak wysokiego stopnia prawdopodobieństwa zarażenia podczas pobytu w danej placówce służby zdrowia, aby było to wystarczające dla przyjęcia jego odpowiedzialności z tytułu powstałej szkody.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie pozwoliło na ustalenie, że do zakażenia małoletniego J. B. (1) doszło w pozwanej placówce opieki zdrowotnej, podczas jej pobytu w oddziale położniczo - ginekologicznym, co miało miejsce w kwietniu 2011 r. Wniosek taki jednoznacznie wynika z opinii biegłego z zakresu chorób zakaźnych oraz biegłego pediatry. Jak wynika z opinii ww biegłych ustalone u powoda zakażenie skóry i spojówek bakterią gronkowca było zakażeniem szpitalnym. Po pierwsze dlatego, że zmiany u dziecka pojawiły się po ponad pięciu dniach pobytu w szpitalu, nie można uznać ich za zakażenie odmatczyne, a poza tym nie był to pierwszy i jedyny taki przypadek w tym szpitalu w okresie od jesieni 2010 do wiosny 2011. Przypadki zakażeń przestały się pojawiać dopiero po zakończeniu remontu oddziału noworodkowego. Szczep, jakim była zakażona skóra powoda był szczepem szpitalnym, co wprawdzie nie wyklucza zakażenia poza szpitalem, choć – jak wynika z opinii biegłej z zakresu chorób zakaźnych - w przypadku powoda jest całkowicie niemożliwe. Matka dziecka opuściła szpital w dniu 10 kwietnia 2011 r. a u noworodka objawy pojawiły się dopiero po dwóch dniach od jej wypisu. Bakterie mogłyby przenieść się od matki, która miała opryszczkę (nie pobrano od niej posiewów, nie podejrzewano możliwości zakażenia), jednak fakt podobnych zakażeń u innych noworodków jednoznacznie obciąża pozwany szpital. W świetle powyższych ustaleń niewątpliwym

jest, że do zakażenia powoda doszło w warunkach szpitalnych, panujących u pozwanego, co przedłużyło jego pobyt w szpitalu i spowodowało konieczność wdrożenia leczenia.

Dla rozstrzygnięcia istoty sprawy największe znaczenie ma natomiast określenie przyczyn zakażenia powoda, w związku z czym konieczne stało się ustalenie, czy personel pozwanego naruszył powszechnie obowiązujące normy ochrony ludzkiego życia i zdrowia, dopuszczając się jakiegoś zaniedbania lub błędu w sztuce. Zachowanie się personelu medycznego musi spełniać rygorystyczne normy staranności wymagane od tych osób, które chronią przecież najwyższe dobra ludzkie, tak aby nie podpadało ono pod pojęcie bezprawności.

Ocena zachowania się personelu medycznego i podjętych wobec powoda czynności sprowadza się do stwierdzenia, że skoro w trakcie hospitalizacji chłopca w pozwanej placówce medycznej doszło do zakażenia bakterią szpitalną, to zachowania te musiały być obarczone pewnymi zaniedbaniami.

Powód, jako pacjent, pozostawał pod opieką pracowników personelu medycznego strony pozwanej, zobowiązanych w ramach wykonywania powierzonych im czynności do zachowania należytej staranności. Rodzice powoda powierzyli swoje dziecko lekarzom, ufając ich wiedzy i doświadczeniu zawodowemu, w przekonaniu, że zostaną zastosowane wobec niego wszelkie wymagane procedury i sposoby leczenia. Trudno jest też zakładać, że pacjent udając się do szpitala, powinien liczyć się z możliwymi komplikacjami i być na nie przygotowanym. Wręcz przeciwnie, w razie konieczności znalezienia się w szpitalu, pacjent ma prawo oczekiwać, że leczenie przebiegnie w należyty sposób i w odpowiednim stanie, a przede wszystkim bez powikłań, powróci do domu. Bezsprzeczne jest, iż jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów inwazyjnych połączonych z naruszeniem integralności cielesnej, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności. W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego, czy ogólnie pobytu w szpitalu, dochodzi do zakażenia pacjenta bakterią szpitalną, to świadczy to, iż tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego.

W sprawie niewątpliwym jest, że mimo stosowania, co do zasady, wymaganych procedur zabezpieczenia sanitarno – epidemiologicznego w zakresie sterylizacji, dezynfekcji i zachowania higieny w kontakcie z noworodkami, o których to procedurach zeznawali świadkowie A. B. (2), M. W. (2) i E. S. (3), stan sanitarny panujący w pozwanym szpitalu nie był na tyle zadowalający, by pozwolił uniknąć zakażenia. Jednocześnie, w przedmiotowej sprawie brak jest podstaw do przyjęcia, że zakażenie powoda podczas jego pobytu w pozwanym szpitalu pozostawało w normalnym związku przyczynowym z jakąkolwiek inną okolicznością niż niedołożenie przez pracowników tej placówki służby zdrowia należytej staranności w zapewnieniu odpowiedniego stanu sanitarnego. Tego zaś rodzaju zaniechanie ma niewątpliwie charakter bezprawny, co w całej rozciągłości uzasadnia odpowiedzialność deliktową pozwanego.

Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia stanowi przepis art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c.

Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwyciężenie ujemnych przeżyć. Dzięki niemu winna zostać przywrócona równowaga, zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną, o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. Nie ma natomiast podstaw do uwzględnienia żądania w takiej wysokości, by przyznana kwota stanowiła ponadto, ze względu na swoją wysokość

represję majątkową. (vide: uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 roku, OSNCP 1974 ,poz. 145)

Analizując okoliczności faktyczne rozpatrywanej sprawy Sąd, kierując się treścią opinii biegłych, które zostały wydane w niniejszej sprawie, uznał za zasadne żądanie zasądzenia na rzecz powoda zadośćuczynienia w kwocie 8.000 zł.

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia należnego powodowi Sąd miał na względzie zakres doznanego przez niego cierpienia. Niewątpliwym jest, że zakażenie przedłużyło pobyt dziecka w szpitalu, które „normalnie” opuściłoby placówkę po ustąpieniu żółtaczki tj. 11 kwietnia 2011r., zatem zakażenie przedłużyło hospitalizację o 10 dni. Przedłużony pobyt w szpitalu pozbawił dziecko możliwości bezpośredniego kontaktu z matką, która zresztą z powodu opryszczki została wypisana ze szpitala wcześniej. Nadto zakażenie gronkowcem spowodowało konieczność wdrożenia antybiotykoterapii, już w pierwszych dniach życia dziecka. Wprawdzie biegli nie stwierdzili, iżby leczenie antybiotykiem miało wpłynąć na obniżenie odporności dziecka /które zresztą nigdy nie zostało stwierdzone/, to jednak oczywistym jest, że byłoby lepiej dla dziecka, gdyby potrzeby takiej nie było.

Mając na względzie przytoczone argumenty, Sąd uznał, że adekwatnym zadośćuczynieniem jest kwota 8.000 zł i orzekł jak w pkt 1 wyroku.

W pozostałym zakresie roszczenie powoda o zadośćuczynienie podlegało oddaleniu jako nadmiernie wygórowane. Oddalając powództwo w pozostałym zakresie Sąd miał przede wszystkim na uwadze, że powód został wyleczony i obecnie nie występują u chłopca jakiegokolwiek niepożądane następstwa zastosowanego leczenia. Stwierdzone zakażenie zostało wyleczone jeszcze w trakcie pobytu w oddziale noworodkowym pozwanego szpitala i nie pozostawiło dalszych skutków zdrowotnych dla małoletniego. Przebieg zakażenia był łagodny i ustąpił bardzo szybko bez następstw. Infekcja skórna u powoda miała także charakter łagodny, bez cech zmian narządowych. Zastosowano leczenie zgodne z antybiogramem jeszcze przed otrzymaniem wyniku posiewu, które spowodowało zgaszenie infekcji w zarodku. Zarówno infekcję spojówek, jak i skórą, rozpoznano natychmiast i wdrożono właściwe postępowanie lecznicze. Skoro zakażenie zostało wyleczone, to - wbrew obawom rodziców małoletniego - nie może się ono uaktywnić ani wznowić w przyszłości. Może dojść do nowego zakażenia, które jednak nie będzie pozostawało w związku z pierwotnym zakażeniem. Dziecko bez jakiegokolwiek następstwa zakażenia zostało wypisane do domu. Nie obserwowano następstw tego zdarzenia w następnych miesiącach i latach rozwoju dziecka.

W szczególności przebyte zakażenie nie miało wpływu na późniejsze zachorowania małoletniego. Występujące zresztą u powoda zachorowania miały charakter zakażeń górnych dróg oddechowych, typowych dla wieku dziecięcego, najczęściej o etiologii wirusowej. Nie znalazły potwierdzenia w świetle opinii biegłych twierdzenia przedstawiciela ustawowego małoletniego co do rzekomo zmniejszonej odporności dziecka. Z wydanych w sprawie opinii wynika bowiem, że wszystkie infekcje małoletniego były leczone ambulatoryjnie, objawowo lub krótkotrwale pojedynczym antybiotykiem, występowały sezonowo w związku z czynnikami środowiskowymi i socjalizacją. Przebieg i charakter występujących infekcji nie wskazuje na obniżoną odporność małoletniego. Częstość tych infekcji także nie budzi podejrzeń - jest typowa dla dzieci w tym wieku uczęszczających do skupiska. Brak związku z zakażeniem skóry noworodka gronkowcem w czasie okresu noworodkowego. Brak trwałych następstw tego zdarzenia. Dziecko jest zdrowe, nie występują jakiegokolwiek zmiany charakterystyczne dla zakażenia gronkowcem złocistym, a z pewnością przez ten typ zakażenia szpitalnego.

W myśl art. 359 § 1 k.c. odsetki od sumy pieniężnej należą się tylko wtedy, gdy to wynika z czynności prawnej albo z ustawy, z orzeczenia sądu lub decyzji innego właściwego organu. W niniejszej sprawie źródłem roszczenia o odsetki jest przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym dłużnik, który nie spełnia świadczenia w odpowiednim terminie dopuszcza się opóźnienia i wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego. Z kolei dla ustalenia terminu spełnienia świadczenia należało posłużyć się treścią art. 455 k.c., z którego wynika, że jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Datą wezwania pozwanego do spełnienia świadczenia była w niniejszej sprawie data doręczenia mu odpisu pozwu zawierającego wezwanie do zapłaty zadośćuczynienia, co

miało miejsce w dniu 15 września 2014 r. /potwierdzenie odbioru k. 22/, zatem pozwany pozostaje w opóźnieniu od dnia 16 września 2014 r.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu zapadło w oparciu o art. 102 k.p.c. Małoletni powód wygrał sprawę w niewielkim zakresie, co w normalnym toku rzeczy oznaczałoby, że powinien ponieść znaczącą część kosztów sądowych. Ustawodawca przyznaje jednak Sądowi pewną swobodę w zasądzaniu kosztów procesu, wskazując w art. 102 k.p.c., że w przypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może nie obciążać strony kosztami procesu w całości lub w części. Zdaniem Sądu, w niniejszej sprawie zaistniały te warunki. Sąd miał przede wszystkim na uwadze wiek powoda, charakter sprawy a także trudną sytuację majątkową powoda, która legła u podstaw całkowitego zwolnienia go od kosztów sądowych w sprawie, w związku z czym doszedł do przekonania, że po jego stronie zachodzą okoliczności pozwalające, wyjątkowo, na odstąpienie od ogólnych reguł rządzących problematyką kosztów procesu. Przeciwnie zaś rozstrzygnięcie stanowiłoby dla powoda nadmierną dolegliwość.

Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu powoda, które nie zostało uiszczone ani w całości ani w części, została ustalona w oparciu o par. 6 pkt 6 w zw. z par. 2 ust. 1 znajdującego zastosowanie w niniejszej sprawie Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu /t.j. Dz.U. 2013, poz. 461/.