

Sygn. akt I C 1199/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 listopada 2016 roku

Sąd Rejonowy w Raciborzu Wydział I Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR Ewa Langer

Protokolant: sekr. sądowy Anna Popławska

po rozpoznaniu w dniu 15 listopada 2016 roku w Raciborzu

na rozprawie

sprawy z powództwa: A. M. (1)

przeciwko: Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitalowi (...) w R.

o zapłatę odszkodowania

I. oddała powództwo,

II. odstępuje od obciążania powódki A. M. (1) kosztami procesu.

Sygn. akt I C 1199/13

UZASADNIENIE

Powódka A. M. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w R. na rzecz powódki kwoty 50 000 zł tytułem odszkodowania w związku ze znacznym pogorszeniem się sytuacji życiowej powódki na skutek śmierci jej męża W. M. (1). Nadto wniosła o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podała, że W. M. (1) został w dniu 1 marca 2013 roku przyjęty na oddział chirurgiczny u pozwanego z uwagi na konieczność leczenia miażdżycy kończyn. W dniu 13 marca 2013 roku przewieziono go w stanie krytycznym na oddział wewnętrzny. W dniu 16 marca 2013 roku W. M. (1) zmarł. Powodem śmierci była sepsa (posocznica). W momencie przyjęcia do pozwanego szpitala W. M. (1) nie był zakażony – zakażenie ujawniono w wynikach badania krwi z dnia 13 marca 2013 roku. Tymczasem już w dniu 11 marca 2013 roku u W. M. (1) wystąpiła wysoka gorączka, mimo to nie podjęto żadnej reakcji. Zdaniem powódki do zakażenia W. M. (1) sepsą doszło w czasie jego pobytu w pozwanym szpitalu, co było bezpośrednią przyczyną jego zgonu. Po śmierci męża sytuacja życiowa powódki uległa znacznemu pogorszeniu. Powódka mieszka sama, musi korzystać z pomocy innych osób przy wykonywaniu ciężkich prac fizycznych, wynajmuje kierowców celem dojazdu do innych miejscowości (przedtem wszędzie jeździła z mężem). Pozostaje pod stałą opieką lekarza psychiatry.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniosł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu. Nadto wniosł o przypozwanie (...) Spółki Akcyjnej w W. jako ubezpieczyciela pozwanego.

W uzasadnieniu pozwany przyznał fakt leczenia W. M. (1) u pozwanego, zaprzeczając pozostałym twierdzeniom pozwu. W szczególności zdaniem pozwanego

u W. M. (1) w dniu 11 marca 2013 roku nie wystąpił wzrost temperatury ciała

do 40°C. Pozwany wskazał, że nie ponosi odpowiedzialności za śmierć W. M. (1), albowiem postępowanie personelu szpitalnego należy uznać za prawidłowe, zgodne z obowiązującymi standardami. Pozwany podkreślił, że nie zaraził wyżej wymienionego sepsą, bowiem zgodnie z definicją medyczną sepsa jest terminem odnoszącym się do specyficznej reakcji organizmu na zakażenie. Sepsa nie jest samodzielną jednostką chorobową, a obecnie definiuje się ją jako zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem. Dalej pozwany wskazał, że powódka nie określiła w pozwie z jakim działaniem, bądź zaniechaniem wiąże odpowiedzialność pozwanego za śmierć męża. Ujawniony u W. M. (1) szczep gronkowca nie ma bowiem charakteru szpitalnego, a zatem pochodzenie źródła infekcji było pozaszpitalne. W ocenie pozwanego nie wystąpiła żadna z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Nadto w realiach niniejszej sprawy nie sposób jest także mówić o błędzie lekarskim. Z ostrożności procesowej pozwany zarzucił także powódce niewykazanie przesłanek uzasadniających wysokość roszczenia objętego pozwem.

Interwenant uboczny (...) Spółka Akcyjna w W. zajął stanowisko w sprawie w piśmie z dnia 12.03.2014 r. (k. 213) w którym domagał się oddalenia powództwa i zasądzenia kosztów postępowania. W uzasadnieniu podano, że brak jest związku przyczynowo skutkowego pomiędzy śmiercią W. M. (1) a postępowaniem personelu Szpitala (...) w R.. Podniesiono, że obowiązek wykazania tej okoliczności spoczywa na powódce.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 1 marca 2013 roku W. M. (1) został przyjęty w trybie planowym na Oddział Chirurgii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w R. z uwagi na konieczność diagnostyki i leczenia miażdżycy kończyn dolnych. U W. M. (1) rozpoznano: kardiomiopatię pozawałową, niewydolność zastoinową krążenia, stan po dwóch zawałach mięśnia sercowego, stan po wszczepieniu rozrusznika serca, stan po wszczepieniu zastawki aortalnej, cukrzycę insulinozależną, przewlekłą niewydolność nerek. W. M. (1) uskarżał się na niedokrwienie kończyn dolnych pozwalające mu jedynie na pokonanie dystansu 50 m. W wyniku badania przedmiotowego w chwili przyjmowania do szpitala nie stwierdzono żadnych istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego.

W dniach 1-6 marca 2013 roku W. M. (1) nie zgłaszał żadnych skarg. Stosowano leczenie farmakologiczne: Polfillin, Fragmin, płyny. W. M. (1) oczekiwał na badanie angio TK, które ostatecznie wykonano dnia 7 marca 2013 roku.

W dniu 9 marca 2013 roku u W. M. (1) wykonano okład na lewą rękę. Zanotowano wzrost temperatury ciała do 38,9°C, podano dożylnie 1 ampulkę pyralginy. Zaobserwowano zaczerwienie w okolicy wklucia na prawej dłoni.

W dniu 10 marca 2013 roku stan W. M. (1) pogorszył się. Był on obolały, temperatura ciała o godzinie 20 wynosiła 37,5°C, trzykrotnie oddał luźny stolec. O godzinie 1 W. M. (1) źle się poczuł, zmierzono ciśnienie tętnicze (RR) 70/45, zmierzono poziom cukru 232 mg%. Podłączono pompę z dopaminą i kardiomonitor. U W. M. (1) wystąpiła nagła duszność, spadek ciśnienia, objawy wstrząsu. Wykonano konsultację internistyczną i neurologiczną.

W dniu 11 marca 2013 roku stan W. M. (1) był ciężki, pozostawał on na wlewie dopaminy. Stwierdzono duszność spoczynkową niewielkiego stopnia i objawy wstrząsu. Zastosowano leczenie objawowe. W. M. (1) był dwukrotnie konsultowany internistycznie z powodu podejrzenia zatorowości płucnej. Lekarz internista A. F. zlecił tlenoterapię bierną, wykonanie angio TK okazało się niemożliwe ze względu na wysokie stężenie kreatyniny. Konsultacji dokonał lekarz specjalista chorób wewnętrznych M. N.. W. M. (2) skarżył się na drętwienie kończyn dolnych. Stwierdzono obniżenie ciśnienia tętniczego (RR) do 70/40, dopomina w pompie 200 gamma przepływ. W wyniku konsultacji lekarz internisty J. P. stwierdzono wstrząs, stan gorączkowy, podejrzenie zatorowości płucnej.

W dniu 12 marca 2013 roku w wyniku konsultacji lekarza internisty W. S. stwierdzono, że W. M. (1) pozostaje na aminach presyjnych (dopamina), ciśnienie tętnicze (RR) wynosiło 80/50-60, podawano heparynę, w badaniach cechy niewydolności nerek.

W dniu 12 marca 2013 roku lekarz J. S. wykonała konsultację nefrologiczną. Stwierdzono: cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zatorowością płucną, ostre uszkodzenie nerek przednerkowe.

W tym samym dniu lekarz M. S. dokonała konsultacji anestezjologicznej. Stwierdzono: duszność w nocy z 10 na 11 marca 2013 roku. W badaniu laboratoryjnym wzrost D dimerów. Obecnie miernie nasiloną duszność. Osluchowo nad p. płucnymi szmer pęcherzykowy symetryczny, bez cech zastoju. W gazometrii tętniczej pH 7,33, pCO₂ 26,8, pO₂ 97,5, BE - 10,0. Na moment badania nie stwierdzono u W. M. (1) cech niewydolności oddechowej, nie wymagał on intubacji, ani leczenia

w warunkach oddziału intensywnej terapii. Zaproponowano NaHCO₃ 2 ampułki.

W dniu 13 marca 2013 roku wykonano kontrolne badania internistyczne W. M. (1). Stwierdzono zatorowość płucną. Po konsultacji anestezjologicznej stwierdzono,

że nie wymaga on leczenia na oddziale intensywnej terapii, zlecono przeniesienie na oddział wewnętrzny. O godzinie 10:18 W. M. (1) przeniesiono na Oddział Wewnętrzny I. Wskazano, że W. M. (1) przeniesiony został z Oddziału Chirurgicznego w stanie wstrząsu septycznego. Kierownikiem Oddziału Wewnętrznego I była E. N..

W dniu 13 marca 2013 roku do szpitalnego laboratorium, którym kierowała M. M. (1) trafiła krew pobrana od W. M. (1). Lekarzem kierującym była E. N.. Niezwłocznie krew włożono do specjalistycznego aparatu monitorującego wzrost bakterii. Takie monitorowanie trwa do 7 dni, z uwagi na czas potrzebny do wzrostu bakterii. Jeżeli aparat nie zasygnalizuje, że nastąpił wzrost - badanie kwalifikuje się jako ujemne, a posiew jako jałowy.

W dniu 14 marca 2013 roku aparat dał sygnał dodatni próbki krwi W. M. (1). Następnie wykonano preparat, aby ocenić pod mikroskopem czy znajdują się w nim bakterie czy grzyby, a jeżeli bakterie to jakie – gram ujemne czy gram dodatnie – celem wykluczenia stosowania niektórych antybiotyków.

Tego samego dnia asystent laboratorium telefonicznie poinformowała pielęgniarkę M. i E. N. o dodatnim posiewie krwi pobranej od W. M. (1) w dwóch butelkach hodowli tlenowej i beztlenowej. W jednej i drugiej butelce były ziarniaki gram dodatnie. Zgodnie z procedurą informację odnotowano na dokumencie procedura ogólna nr 18 – zasady postępowania z wartościami krytycznymi. Posiewy krwi dodatniej są wartościami krytycznymi. Oprócz poinformowania Oddziału Wewnętrznego

I został wykonany antybiogram orientacyjny bezpośrednio z butelki oraz posiewy na odpowiednie podłoża.

W dniu 15 marca 2013 roku uzyskano wzrost na tych podłożach hodowlanych.

We krwi W. M. (1) stwierdzono gronkowca złocistego metacyliny-wrażliwego MSSA. Odczytano orientacyjny antybiogram, by ocenić na jaki antybiotyk bakteria jest wrażliwa. Powyższą informację M. M. (1) przekazała dr M. M. (zastępującej E. N.). Odnotowano ją również w dokumencie procedury ogólnej. Wtedy nastawiono ostateczny antybiogram i w dniu 16 marca 2013 roku uzyskano cały wzrost wraz z ostatecznym wynikiem, który pisemnie (drogą elektroniczną) został przekazany na Oddział Wewnętrzny I o godzinie 10:55.

W dniu 16 marca 2013 roku W. M. (1) zmarł. W chwili zgonu miał 73 lata. Nie wykonano sekcji zwłok.

Dowód:

- dokumentacja medyczna W. M. (1) k. 7-18, 57-152, 188-193, 259-292, 302-389, 392-615, 628;

- raporty z badań mikrobiologicznych k. 206-209;

- zeznania świadka M. M. (1) k. 297-299.

- zeznania świadka E. N. k. 299-300.

Zgon W. M. (1) był następstwem niepowodzenia terapeutycznego. Bezpośrednią przyczyną zgonu był wstrząs septyczny, czynnikami obciążającymi zaś wiek choregom i liczne choroby towarzyszące. Wstrząs wynikał z zarażenia pacjenta patogenem gronkowca złocistego MSSA, który jest metycylinowrażliwy.

Roczne wydatki A. M. (1) wynoszą 12 257 zł, z czego: ubezpieczenia domu - 370 zł, ubezpieczenie auta - 540 zł, polisa na życie - 540 zł, podatek od nieruchomości - 629 zł, energia elektryczna - 846 zł, wywóz nieczystości stałych - 192 zł, woda - 180 zł, opał (węgiel) - 5200 zł, telefon - 960zł, paliwo - 1800 zł, lekarstwa i wizyty - 1000 zł. A. M. (1) pobierała emeryturę w wysokości (na dzień 1 marca 2013 roku) 1861,80 zł.

Od 1 marca 2013 roku emerytura W. M. (1) wynosiła 1550,18 zł.

Dowód:

- zestawienie rocznych wydatków k. 19;

- pisma ZUS k. 20-21;

- faktury VAT k. 22-24 i 27-29;

- nakaz płatniczy k. 25;

- zawiadomienie k. 26;

- polisy ubezpieczeniowe k. 30-33.

W. M. (1) i A. M. (1) mieszkali razem, byli zgodnym małżeństwem. Wszystkie prace fizyczne związane z utrzymaniem domu wykonywał W. M. (1). Po jego śmierci stan psychiczny A. M. (1) znacznie się pogorszył. W dniu 3 kwietnia 2013 roku udała się ona do lekarza psychiatry Z. H.. Rozpoznano zespół depresyjny reaktywny znacznego stopnia. Wdrożono leczenie farmakologiczne. Kolejne wizyty miały miejsce w dniach: 19 kwietnia, 7 maja, 31 maja, 28 czerwca, 31 lipca, 26 sierpnia, 18 września 2013 roku. Stopniowo odnotowano niewielką poprawę. Na dzień ostatniej wizyty A. M. (1) nadal wymagała leczenia. Obecnie

w dalszym ciągu korzysta ona z pomocy lekarza psychiatry. A. M. (1) mieszka sama, do prac wokół domu wynajmuje pomoc. Odczuwa samotność, najbardziej wieczorem. Stara się nie zażywać leków nasennych. Czasami budzi się w nocy, boi się być sama. W okresie

1 marca 2013 roku - 6 czerwca 2014 roku w bazie informatycznej Narodowego Funduszu Zdrowia nie zostały zarejestrowane informacje potwierdzające wykonanie świadczeń zdrowotnych na rzecz A. M. (1).

Dowód:

- historia choroby k. 36;

- zaświadczenie lekarskie k. 37;

- zeznania powódki A. M. (2) k. 641v-642;

- pismo k. 639.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) w R. posiada akredytację Ministra Zdrowia. Na dni: 9 sierpnia 2012 roku, 4 września 2012 roku, 13 maja 2013 roku, 24 czerwca 2013 roku, 18-19 lipca 2013 roku ogólny stan sanitarno-porządkowy oddziałów szpitalnych nie budził zastrzeżeń. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

Dowód:

- pismo Ministra Zdrowia k. 155;
- raporty z kontroli wewnętrznej k. 156, 159, 161, 162, 165;
- wyniki badań k. 157-158, 160, 163-164;
- wykaz dokumentów k. 167.

W okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2012 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu (...) w R. stwierdzono 1 przypadek zakażenia wywołanego biologicznym czynnikiem chorobotwórczym MSSA, miał on miejsce

na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W okresie 1 stycznia – 30 czerwca 2013 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu (...)

w R. stwierdzono 4 przypadki zakażenia wywołanego biologicznym czynnikiem chorobotwórczym MSSA, po 1 na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Oddziale Wewnętrznym I, 2 na Oddziale Wewnętrznym II.

Dowód:

- wykazy biologicznych czynników chorobotwórczych k. 168-178.

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu (...)

w R. obowiązują procedury mające na celu eliminowanie zakażeń, są one bardzo dokładnie opisane, każda komórka organizacyjna, stosownie do swoich kompetencji, ma je ściśle określone. Wdrażanie procedur i prawidłowość postępowania, podlega stałym kontrolom. Laboratorium podlega kontrolom zewnętrznym. Antybiotykoterapia jest monitorowana, sposób postępowania jest determinowany wytycznymi (...) Instytutu (...) i podlega wewnętrznym kontrolom. W szpitalu nie ma dowolności wyboru antybiotyku, jest on dobrany do konkretnego schorzenia, co przynosi lepsze efekty. Sprzęt diagnostyczny jest poddawany kontrolom doraźnym i przewidzianym procedurami. Dokonuje się czasowych przeglądów. Personel podlega badaniom okresowym, wyniki są monitorowane. W zakresie zakażeń wyedukowany jest cały personel medyczny.

Antybiotyki empiryczne można wdrożyć już na podstawie objawów bez potwierdzenia diagnostycznego. Jeżeli efekt działania antybiotyku nie przynosi efektu, wtedy lekarz zleca badanie pod kierunkiem zidentyfikowania zakażenia i stosuje się antybiotyki celowane. Tak postąpiono w przypadku W. M. (1). Najpierw zastosowano antybiotykoterapię empiryczną na podstawie objawów. Zastosowane antybiotyki okazały się właściwe.

Dowód:

- zeznania przedstawiciela pozwanego W. K. k. 642.

W okresie 1 stycznia - 31 grudnia 2013 roku Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) w R. był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w (...) Spółce Akcyjnej w W.. Przedmiotem ubezpieczenia była odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Dowód:

- polisa k. 53-56.

Pismem z dnia 14 lutego 2014 roku Powiatowy Inspektor Sanitarny w R. poinformował, że przypadki zakażenia patogenem *Staphylococcus aureus* nie są objęte obowiązkiem zgłaszania organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dotyczy to także przypadków sepsy (posocznicy) wywołanej tego typu drobnoustrojem. Taki obowiązek istniałby w przypadku stwierdzenia wystąpienia ogniska zakażenia szpitalnego obejmującego dwa lub więcej osób w tym ognisku. W roku 2013 nie odnotowano takiego zgłoszenia.

Dowód:

- pismo k. 212.

Nosicielstwo gronkowców z gatunków *Staphylococcus aureus* jest dość powszechne (do kilkudziesięciu procent populacji) i większość z nich to szczepy metycylinowrażliwe (MSSA), a zatem prawdopodobieństwo nosicielstwa przez W. M. (1) jest dość wysokie. Brak jest możliwości jednoznacznego określenia skąd pochodził określony szczep bakterii. Możliwe jest jedynie stwierdzenie, że bardziej prawdopodobne jest endogenne pochodzenie szczepu lub od otoczenia W. M. (1), aniżeli ze środowiska szpitalnego, ponieważ szczep ten charakteryzował się powszechną wrażliwością na antybiotyki. Nie był to typowy metycylinoodporny szczep szpitalny – MRSA.

U W. M. (1) stan zdrowia z pewnością był czynnikiem utrudniającym leczenie i pogarszającym rokowanie. W. M. (1) nie był pacjentem leżącym. Najistotniejsze choroby towarzyszące obecne u wyżej wymienionego i sprzyjające zakażeniu (jednocześnie zmniejszające szansę na wyleczenie) to cukrzyca i pozawałowa niewydolność krążenia, a także podeszły wiek.

Dowód:

- opinia sądowo-lekarska k. 678-693.

Wskazania do hospitalizacji W. M. (1) na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej istniały od chwili rozpoznania u niego wstrząsu tj. od dnia 10/11 marca 2013 roku. Leczenie na Oddziale Chirurgicznym, a następnie od 13 marca 2013 roku Wewnętrznym I, obejmowało diagnostykę, w tym konsultacje specjalistyczne oraz wielokierunkową terapię – w tym zatorowości płucnej jak i stanu septycznego. Hospitalizacja na Oddziale Intensywnej Terapii wobec wieku, obciążeń chorobowych oraz wstrząsu septycznego – jako podstawowej przyczyny prowadzącej do zgonu – najprawdopodobniej nie zmieniłaby losu W. M. (1). Należy zauważyć, że gronkowiec MSSA nie jest mniej patogenny, niż znane jako groźne odmiany MRSA czy VRE. Śmiertelność we wstrząsie septycznym gronkowcowym ocenia się średnio na około 50%. Ze względu na dodatkowe obciążenia w realiach niniejszej sprawy zagrożenie zgonem było znacznie większe, niezależnie od miejsca terapii.

Pomiędzy stwierdzonymi w toku sprawy nieprawidłowościami (takimi jak niepełna dokumentacja medyczna, nieprzekazanie pacjenta na oddział intensywnej terapii oraz opóźniona mikrobiologia), a zgonem W. M. (1) brak jest związku przyczynowo-skutkowego. Wstrząs septyczny jest bowiem stanem chorobowym z wysoką śmiertelnością chorych. Śmierć W. M. (1) była niepowodzeniem terapeutycznym. Wykazano, że nawet przekazanie pacjenta na oddział intensywnej terapii już 10.03.2013 roku nie gwarantowałoby poprawy jego stanu zdrowia z uwagi na wstrząs septyczny, wuek i choroby towarzyszące, tym bardziej, że zaopatrzenie oddziałów na których przebywał W. M. (1) w aparaturę medyczną było bardzo dobre. Również opóźnione badanie mikrobiologiczne nie wpłynęło na stan zdrowia W. M. (1) albowiem od początku zastosowano dobrze dobrany antybiotyk, aplikowany jeszcze przed wynikiem posiewu mikrobiologicznego.

Dowód:

- uzupełniająca opinia sądowo-lekarska k. 720-731;

- uzupełniająca opinia sądowo-lekarska k. 749-756;

- uzupełniająca opinia sądowo lekarska k. 800-807;

- opinia zespołu specjalistów k. 886-901.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, których prawdziwości strony nie kwestionowały, opinii sądowo-lekarskiej z dnia 22 maja 2015 roku (k. 678-693) wraz z opiniami uzupełniającymi, opinii zespołu specjalistów z dnia 11 lipca 2016 roku (k. 886-901), zeznań świadków M. M. (1) i E. N., zeznań powódki A. M. (1) i zeznań pozwanego W. K..

Sąd dał wiarę opiniom sądowo-lekarskim z 22 maja 2015 roku (k. 678-693), 28 lipca 2015 roku (k. 728-731), 28 września 2015 roku (k. 749-756), 9 listopada 2015 roku (k. 800-807) oraz opinii zespołu specjalistów z dnia 11 lipca 2016 roku (k. 886-901).

Opinie powyższe Sąd ocenił przez pryzmat zgodności z zasadami logiki, poziomu wiedzy biegłych lekarzy, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w nich wniosków. W ocenie Sądu Rejonowego opinie te są co do zasady logiczne (z niżej opisanymi wyjątkami), nie zawierają sprzeczności z zasadami wiedzy powszechnej. Nie budzą również wątpliwości wyrażone w opinii wnioski, które są stanowcze i należyście uzasadnione.

W opinii uzupełniającej z dnia 28 lipca 2015 roku (k. 728-731) biegli odnieśli się do zarzutów powódki z dnia 10 lipca 2015 roku (k. 719-721), zarzutów pozwanego z dnia 12 czerwca 2015 roku (k. 711-712). Biegli podtrzymali dotychczasowe twierdzenia i wnioski. Zdaniem biegłych stan W. M. (1) nie uzasadniał wydłużenia hospitalizacji i stanowił istotny dodatkowy czynnik ryzyka zakażenia szpitalnego. Powyższe stało w sprzeczności z ustaleniami biegłych z opinii z dnia 22 maja 2015 roku, w której to biegli wskazali, że bardziej prawdopodobne jest endogenne pochodzenie szczepu lub od otoczenia W. M. (1) (k.690), choć w tej samej opinii stwierdzono że nie można określić skąd pochodził szczep bakterii, by dalej stwierdzić „zakażenie u W. M. (1) stanowi zakażenie szpitalne-pierwotne zakażenie krwi” (k.691). Te nieścisłości skutkowały zobowiązaniem instytutu do sporządzenia kolejnych opinii.

W opinii uzupełniającej z dnia 28 września 2015 roku (k. 749-756) biegli odnieśli się do zarzutów pozwanego z dnia 25 sierpnia 2015 roku (k. 737-738) i zarzutów interwenienta ubocznego z dnia 26 sierpnia 2015 roku (k. 740-741). Biegli podtrzymali dotychczasowe stanowisko. Wskazali, że stan W. M. (1) nie wymagał pilnej hospitalizacji, albowiem nie występowało krytyczne niedokrwienie kończyn (zaawansowanie choroby odpowiadało stopniowi IIb według klasyfikacji F.'a). Zdaniem biegłych leczenie zachowawcze miażdżycy kończyn dolnych winno być prowadzone ambulatoryjnie. Również podawanie Polfiliny dożylnie nie było celowe. Nadto biegli odnieśli się do kwestii kwalifikacji W. M. (1) do leczenia w warunkach intensywnej terapii. Bieli podkreślili, że zgon wyżej wymienionego należy oceniać w kategoriach niepowodzenia terapeutycznego. Stwierdzono że nie można jednoznacznie określić źródła zakażenia pacjenta.

W opinii uzupełniającej z dnia 9 listopada 2015 roku (k. 800-807) biegli odnieśli się do zarzutów powódki z dnia 21 października 2015 roku (k. 779-781) i zarzutów pozwanego z dnia 20 października 2015 roku (k. 787-788). Biegli podtrzymali dotychczasowe stanowisko w sprawie. Wskazali, że pomiędzy stwierdzonymi w procesie leczenia W. M. (1) nieprawidłowościami a zgonem wyżej wymienionego brak jest związku przyczynowo-skutkowego. Dostrzeżone nieprawidłowości nie oznaczają, że w sytuacji postępowania alternatywnego udałoby się uniknąć zgonu. Śmierć W. M. (1) należy traktować w kategorii niepowodzenia terapeutycznego. Nadto biegli wyjaśnili przyczyny wystąpienia u W. M. (1) duszności i spadku ciśnienia w dniu 10 marca 2013 roku w godzinach wieczornych, omówili kwestię drogi zakażenia W. M. (1), wskazali, że wstrząs septyczny wynikał z rozwoju zakażenia, będąc jego kolejnym stadium.

Nadmienili, że dostrzeżone nieprawidłowości tj. stosowanie Polfiliny, nieprzeniesienie na Oddział Intensywnej Terapii w dniu 10 marca 2013 roku, opóźnienie diagnostyki mikrobiologicznej nie miały wpływu na zgon W. M. (1). Wyjaśniono, że Polfilina nie wpływa na stan układu odpornościowego, toteż pozostawała bez wpływu na odporność W. M. (1). Opóźniona diagnostyka mikrobiologiczna również nie rzutowała na stan pacjenta bowiem podany empirycznie preparat Biurofuksym (przed ostatecznym wynikiem z mikrobiologii) obejmował swym spektrum wyizolowany patogen tj. metycylinowrażliwy szczep *Staphylococcus aureus*. Podano, że oddział intensywnej terapii (OIT) dysponuje możliwością bardziej intensywnego monitorowania układu oddechowego, co zwiększa prawdopodobieństwo wcześniejszego wykrycia pogorszenia wentylacji i zaburzeń saturacji tlenem, co w rezultacie może przyspieszyć wdrożenie wentylacji mechanicznej dostępnej na OIT. Wdrożenie resuscytacji płynowej i antybiotykoterapii z podobną skutecznością jak na OIT jest możliwe na innych oddziałach.

Zarzuty powódki z dnia 8 grudnia 2015 roku oraz pozwanego z 14 grudnia 2015 roku odniosły ten skutek, że w sprawie zasięgnięto opinii nowych biegłych (instytutu). W ocenie sądu dotychczasowe opinie (...) w K. pozostawiły wątpliwą kwestię skutków nieprzekazania pacjenta już w dniu 10 marca 2013 roku na oddział intensywnej terapii. Wyżej przedstawione stanowisko biegłych jest lakoniczne i nie daje odpowiedzi na pytanie jakie skutki miało nieprzekazanie W. M. (1) na OIT dnia 10 marca 2013 roku.

Ostatecznie, w świetle przeprowadzonych dowodów, zwłaszcza opinii specjalistów lekarzy Biura (...) z 11.07.2016 roku (k. 887-894) stwierdzić trzeba, że W. M. (1) powinien być leczony na oddziale intensywnej terapii od 10/11 marca 2015 roku. Przekazanie jednak pacjenta na oddział intensywnej terapii (OIT) nie skutkowałoby zmianą stanu zdrowia W. M., w (...) szpitalu dobrze bowiem zaopatrzone są pozostałe oddziały, co umożliwiło wdrożenie resuscytacji płynowej i antybiotykoterapii z podobną skutecznością jak na OIT. W szczególności wiek pacjenta, obciążenia chorobowe oraz wstrząs septyczny stanowiły czynniki, które nawet mimo leczenia na OIT uniemożliwiłyby pozytywny rezultat tego leczenia.

Na rozprawie 15.11.2016 roku Sąd oddalił wniosek dowodowy o przeprowadzenie dowodu z innych biegłych na okoliczności dalej idące niż wynikające z postanowienia z dnia 29 kwietnia 2016 roku Wniosek ten w ocenie Sądu był zbędny i zmierzał jedynie do przedłużenia postępowania. W okoliczności sprawy zostały dostatecznie wyjaśnione, co opisano wyżej przedstawiając argumentację w zakresie leczenia dożylnie lekiem Polfilin, opóźnienia diagnostyki mikrobiologicznej, a także źródła zarażenia pacjenta, w którym to zakresie konsekwentnie wskazywano we wszystkich opiniach, że nie jest możliwe jednoznaczne określenie skąd wywodziła się bakteria, acz metycylinowrażliwość szczepu MSSA wskazuje na endogenne, pozaszpitalne zakażenie W. M. (1). Bakterie gronkowca znajdujące się w szpitalach z reguły są odporne na metycylinę (szczep MRSA). Kwestię nieprzekazania pacjenta na OIT dostatecznie wyjaśnia opinia z dnia 11.07.2016 r. (k. 886 i n). W tym miejscu wskazać należy, że zgodnie z ugruntowanym poglądem orzecznictwa, który Sąd w pełni podziela, brak jest podstaw do przyjęcia, że sąd jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnego biegłego (lub kolejnych biegłych) w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony domagającej się uzupełnienia postępowania dowodowego. Niewątpliwym jest bowiem, że samo niezadowolenie strony z przygotowanego już opracowania eksperta nie jest dostatecznym powodem do przyjęcia, że sąd powinien zasięgnąć opinii kolejnego biegłego, tej samej specjalności. W orzecznictwie wskazuje się konsekwentnie, że nie uzasadnia prowadzenie kolejnego dowodu z opinii innego biegłego przekonanie strony, że "nowa" opinia pozwoli na udowodnienie korzystnej dla niej tezy. Dodać należy, że przedłożone przez biegłego opinie były zupełne i szczegółowe.

(wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 kwietnia 2015 roku, sygn. akt I ACa 119/15, LEX nr 1712675)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo należało oddalić.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie, z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu 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. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność

z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także

ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie np. grafika operacji, dyżurów.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga wykazania przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy

i adekwatnego związku przyczynowego. Ściśle 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 (tak M. Filar,

S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 roku, sygn. akt IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7, 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 art. 231 k.p.c., Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wnioski 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 Sądu Najwyższego z 22 stycznia 1998 roku, sygn. akt II UKN 465/97, OSNP 1/99 poz. 24).

Wymaga podkreślenia, 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 Sądu Najwyższego z 10 lipca 1998 roku, sygn. akt I CKN 786/97, niepubl.). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem i poglądami doktryny, które Sąd orzekający w pełni podziela, w sprawach lekarskich (tak choćby: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 grudnia 1973 roku, sygn. akt II CR 692/73, OSPiKA 4/75 poz. 94 z glosą Sośniaka, czy też w wyroku z dnia 28 października 1983 roku, sygn. akt 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.

Odnosząc powyższe do realiów niniejszej sprawy nie można stwierdzić z przeważającym prawdopodobieństwem, że do zakażenia W. M. (1) gronkowcem MSSA doszło w pozwanym szpitalu. Jednocześnie prawdopodobieństwo nosicielstwa przez W. M. (1) wyżej opisanego gronkowca jest dość wysokie. Nadto brak jest możliwości jednoznacznego określenia skąd pochodził określony szczep bakterii. Możliwe jest jedynie stwierdzenie, że bardziej prawdopodobne jest endogenne pochodzenie szczepu lub od otoczenia W. M. (1), aniżeli ze środowiska szpitalnego, ponieważ szczep ten charakteryzował się powszechną wrażliwością na antybiotyki. Pomiedzy opisanymi szerzej wyżej nieprawidłowościami tj. nieprzeniesieniem W. M. (1) na Oddział Intensywnej Terapii w momencie wystąpienia wstrząsu septycznego, brakami w dokumentacji medycznej, opóźnieniem diagnostyki mikrobiologicznej a zgonem W. M. (1) brak jest związku przyczynowo-skutkowego, co wykazano we wcześniejszej części uzasadnienia. Wstrząs septyczny jest stanem chorobowym z wysoką śmiertelnością chorych. Śmierć W. M. (1) była niepowodzeniem terapeutycznym.

Skoro w procesie nie zostało ustalone, że najbardziej prawdopodobnym źródłem zakażenia był pobyt W. M. (1) w pozwanej jednostce leczniczej, to nie istniała podstawa do uznania w trybie domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), że na skutek działań personelu tej jednostki doszło do zakażenia W. M. (1) gronkowcem MSSA. Nie ma tym samym uzasadnionych podstaw do przyjęcia, iż zakażenie W. M. (1) gronkowcem MSSA pozostawało w normalnym związku przyczynowym

z niedołożeniem przez pracowników tej placówki służby zdrowia należytej staranności w zapewnieniu odpowiedniego stanu sanitarnego i uzasadnia brak odpowiedzialność deliktowej pozwanego. Brak jest również dowodów, które miałyby potwierdzić nieprzestrzeganie przez pozwanego zasad higienicznych. Z zebranego w toku postępowania materiału dowodowego wynika, że ogólny stan sanitarno-porządkowy oddziałów szpitalnych nie budził zastrzeżeń. Nie stwierdzono nieprawidłowości. W pozwanym szpitalu obowiązują procedury mające na celu eliminowanie zakażeń. Wdrażanie procedur i prawidłowość postępowania, podlega stałym kontrolom. Laboratorium podlega kontrolom zewnętrznym. Nadto pozwany posiada akredytację Ministra Zdrowia.

Mając powyższe na względzie należało uznać, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego podmiotu, a tym samym brak jest podstaw do uwzględnienia powództwa.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie 2 wyroku odstępując od obciążania powódki A. M. (1) powyższymi kosztami. Zgodnie z art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W doktrynie słusznie podkreśla się, że przepis ten ustanawia zasadę słuszności, będącą odstępstwem od zasady odpowiedzialności za wynik procesu; jest rozwiązaniem szczególnym, niepodlegającym wykładni rozszerzającej, wykluczającym stosowanie wszelkich uogólnień, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Nie konkretyzuje on pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawia ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi (por. m.in. postanowienie SN z dnia 15 marca 2012 r., I CZ 10/12, LEX nr 1168536; postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2012 r., III CZ 17/12, LEX nr 1164739; postanowienie SN z dnia 23 stycznia 2013 r., I CZ 128/12, LEX nr 1293687).

W ocenie Sądu w realiach niniejszej sprawy zachodzi „szczególnie uzasadniony wypadek”, o którym mowa w art. 102 k.p.c. Sytuacja materialna i życiowa powódki jest trudna. Powódka osiąga niski dochód. Nie można również tracić z pola widzenia subiektywnego przekonania powódki o słuszności dochodzonego roszczenia - w jej ocenie za śmierć męża, z którym była silnie związana emocjonalnie, odpowiedzialność ponosi pozwany szpital. Nie sposób przy tym pominąć, że pozwana jest stroną profesjonalną, a toczenie takich procesów niewątpliwie jest związane z jej działalnością.

Mając na uwadze powyższe, orzeczono jak w sentencji.