

## UZASADNIENIE

A. W. w pozwie złożonym w dniu 28 września 2016 r., pierwotnie do Sądu Rejonowego w Skierniewicach, wniosła o zasądzenie od Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. kwoty 100.000,00 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami naliczanymi od dnia wniesienia pozwu. Nadto powódka wniosła także o zasądzenie na swą rzecz od strony pozwanej kwoty 20.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami naliczanymi od dnia wniesienia pozwu. Dodatkowo A. W. wniosła o ustalenie odpowiedzialności pozwanego szpitala za szkody mogące powstać w przyszłości.

Swoje roszczenie opierała na twierdzeniach, iż doznała szkody w wyniku błędów lekarskich i diagnostycznych popełnionych w pozwanej placówce w okresie swej 2- krotnej hospitalizacji w związku z infekcją nerek.

(Pozew, k. 2- 6)

Postanowieniem z dnia 7 października 2016 r. Sąd Rejonowy w Skierniewicach, z uwagi na wartość przedmiotu sporu, przekazał sprawę właściwemu rzeczowo Sądowi Okręgowemu w Łodzi.

(Postanowienie, k. 30)

Następnie, Wojewódzki Szpital (...) w S. wniósł w dniu 18 kwietnia 2017 r., w odpowiedzi na pozew, o jego oddalenie oraz o obciążenie powódki kosztami postępowania w sprawie. W ocenie strony pozwanej leczenie pacjentki było bowiem prawidłowe.

Strona pozwana wniosła przy tym o przyznanie- zawiadomienie o sprawie (...) Spółki Akcyjnej w W. udzielającego szpitalowi ochrony ubezpieczeniowej w zakresie OC.

(Odpowiedź na pozew, k. 70- 73)

Zarządzeniem z dnia 25 kwietnia 2017 r. Sąd zawiadomił o toczącym się postępowaniu (...) S.A. w W..

(Zarządzenie, k. 102)

Strona powodowa w dniu 18 lipca 2017 r. dokonała modyfikacji powództwa wnosząc o zasądzenie od strony powodowej kwoty 100.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z należnymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu oraz kwoty 20.000,00 zł tytułem odszkodowania wraz z należnymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu.

(Pismo, k. 118)

### **Sąd Okręgowy ustalił, następujący stan faktyczny:**

A. W. w dniu 24 maja 2013 r. zgłosiła się w godzinach wieczornych na oddział Pogotowia (...) w S. w związku z dolegliwościami bólowymi prawej nerki. Rozpoznano u niej infekcję dróg moczowych, kolkę nerkową. Otrzymała wówczas leki przeciwbólowe, antybiotyki i leki rozkurczowe.

Następnego dnia 25 maja 2013 r. A. W. ponownie zgłosiła się na Szpitalny Oddział Ratunkowy Wojewódzkiego Szpitala (...) w S.. Rozpoznano u niej prawostronną kamicę dróg moczowych powikłaną infekcją dróg moczowych w toku leczenia. Pacjentka nie wyraziła wówczas zgody na hospitalizację.

(Okoliczności niesporne, zgodnie z twierdzeniami powódki, k. 3; ponadto przesłuchanie powódki e- protokół Re-Court od 00:03:54 do 00:13:00, k. 359- verte i 360 w zw. z jej wyjaśnieniami informacyjnymi e- protokół Re- Court od 00:50:23 do 01:17:00, k. 129- verte i 130; karty informacyjne, k. 8)

Następnie w dniu 26 maja 2013 r. A. W. została ponownie zgłosiła się do szpitala. Pierwotnie przez ok. 5,5 godziny przebywała na (...) w S..

(Karta z (...), k. 9)

Następnie została przeniesiona na Oddział Nefrologiczny, gdzie była hospitalizowana w okresie od dnia 26 maja 2013 r. do dnia 3 czerwca 2013 r. Wstępnie rozpoznano u niej m.in. ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek oraz prawostronną kamicę nerkową. Badania wstępne przy przyjęciu wskazywały na stan zapalny. Pobrano mocz i krew celem bakteryjnego posiewu. W trakcie hospitalizacji wykonano u pacjentki badania obejmujące m.in. ultrasonograficzne jamy brzusznej. Badanie USG wykazało poszerzenie układu moczowego, świadczące o blokadzie odpływu.

Podczas hospitalizacji rozpoznano u chorej m.in. ostre uszkodzenie nerek oraz prawostronne roponercze spowodowane zablokowaniem moczowodu przez zółg. Rozpoczęto leczenie antybiotykami. Wykonano także prześwietlenie rentgenowskie oraz tomografię komputerową jamy brzusznej. Badanie tomograficzne nie wykazało już dalszej blokady odpływu nerki oraz pozostania zółgu. Nie uchwycono momentu wydalania zółgu z moczem. Wzrosła ilość wydalanego moczu oraz spadła gorączka.

Posiewy moczu i krwi pobrane w trakcie pobytu nie wykazały czynnika bakteryjnego.

W ocenie ówczesnego ordynatora Oddziału Nefrologicznego Z. G. było to uwarunkowane zablokowaniem odpływu moczu z zainfekowanej nerki. Zarazem, w ocenie zastępcy ordynatora- E. W. obraz kliniczny przemawiał za rozpoznaniem obecności bakterii. Na skuteczność leczenia antybiotykami wskazywały spadek CRP z poziomu 427,77 do 77, spadek leukocytozy oraz „odgorączkowanie” pacjentki. W ocenie Z. G. istotniejszym wektorem poprawy stanu chorej, była sama tendencja spadkowa wskaźnika CRP, niż jego bezwzględne wartości w danym momencie.

W związku z powyższym A. W. w dniu 3 czerwca 2013 r. została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleconą farmakoterapią oraz kontrolą w poradni nefrologicznej.

(Karta z Oddziału Nefrologicznego, k. 10- 12; historia choroby, k. 74 i 74- verte; ponadto zeznania: S. G., e- protokół Re- Court od 00:20:11 do 00:33:00, k. 128 i 128- verte oraz E. W.

e- protokół Re- Court od 00:33:51 do 00:47:00)

W związku z dalszym złym samopoczuciem A. W. zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu, który zlecił jej badanie na posiew.

(Przesłuchanie powódki e- protokół Re- Court od 00:03:54 do 00:13:00, k. 359- verte i 360 w zw. z jej wyjaśnieniami informacyjnymi e- protokół Re- Court od 00:50:23 do 01:17:00, k. 129- verte i 130; karty informacyjne, k. 8)

Przeprowadzone w dniu 14 czerwca 2013 r. badanie wykazało w dniu 19 czerwca 2013 r. występowanie bakterii Klebsiella pneumoniae.

(Sprawozdanie z badań, k. 13 i 14)

Z tą dokumentacją oraz ze skierowaniem wystawionym przez lekarza pierwszego kontaktu A. W. ponownie zgłosiła się na Oddział Nefrologiczny Wojewódzkiego Szpitala (...) w S..

Zastępująca wówczas ordynatora E. W. odmówiła wówczas przyjęcia jej na oddział wymagając przedstawienia wyników drugiego posiewu.

W jej ocenie, nie było wskazań do podjęcia leczenia w trybie szpitalnym i na cito, wobec tego że pacjentka nie gorączkowała, wskaźniki stanu zapalnego były w normie, a pacjentka była w dobrym stanie.

(Przesłuchanie powódki e- protokół Re- Court od 00:03:54 do 00:13:00, k. 359- verte i 360 w zw. z jej wyjaśnieniami informacyjnymi e- protokół Re- Court od 00:50:23 do 01:17:00, k. 129- verte i 130 oraz zeznania E. W. e- protokół Re- Court od 00:33:51 do 00:47:00)

W konsekwencji tego A. W. ponownie wykonała w dniu 21 czerwca 2013 r. badanie, które wykazało w dniu 27 czerwca 2013 r. występowanie bakterii Klebsiella pneumoniae.

(Sprawozdanie z badań, k. 15 i 16)

Wyniki drugiego badania zostały odebrane przez zaprzyjaźnioną z chorą R. K..

(Zeznania R. K. e- protokół Re- Court od 00:11:12 do 00:19:00, k. 127- verte i 128)

Sama A. W. była już wówczas hospitalizowana w okresie od dnia 25 czerwca 2013 r. do dnia 5 lipca 2013 r. na Oddziale Nefrologicznym Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. na podstawie skierowania z dnia 20 czerwca 2013 r. W okresie hospitalizacji rozpoznano u niej m.in. zakażenie układu moczowego bakterią Klebsiella pneumoniae.

(Skierowanie do szpitala, k. 86- verte oraz karta informacyjna, k. 85- 86)

W okresie około hospitalizacji w maju i czerwcu 2013 r. A. W. zgłaszała znajomym ze swego otoczenia złe samopoczucie. Otrzymywała wówczas wsparcie, opiekę i wysługę ze strony K. Z. oraz R. K..

(Przesłuchanie powódki e- protokół Re- Court od 00:03:54 do 00:13:00, k. 359- verte i 360 w zw. z jej wyjaśnieniami informacyjnymi e- protokół Re- Court od 00:50:23 do 01:17:00, k. 129- verte i 130 oraz zeznania: K. Z. e- protokół Re- Court od 00:07:41 do 00:10:00, k. 127- verte i R. K. e- protokół Re- Court od 00:10:14 do 00:19:00, k. 127- verte i 128)

W wyniku badania przeprowadzonego w dniu 19 lipca 2013 r. na podstawie próbki pobranej w dniu 17 lipca 2013 r., u A. W. stwierdzono bakterię Escherischia coli, której szczep był wrażliwy na wszystkie kontrolne antybiotyki.

(Sprawozdanie z badania, k. 17)

A. W. utożsamia szereg własnych schorzeń z następstwami zakażeń szczepami bakterii Klebsiella pneumoniae oraz Escherischia coli za co obciąża odpowiedzialnością (...) w S..

A. W. chorowała na cukrzycę i kamicy nerkową przed hospitalizacjami w Szpitalu w S. w 2013 r. Pierwszy epizod kamicy nerkowej wystąpił u niej już w latach 80- tych XX wieku.

(Przesłuchanie powódki e- protokół Re- Court od 00:03:54 do 00:13:00, k. 359- verte i 360 w zw. z jej wyjaśnieniami informacyjnymi e- protokół Re- Court od 00:50:23 do 01:17:00, k. 129- verte i 130; pisemne oświadczenie A. W., k. 346- 348)

Schorzenia obejmujące m.in. choroby układu moczowo-płciowego na dzień 31 marca 2005 r. były u powódki nasilone w stopniu powodującym stałą niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym.

(Orzeczenie o niepełnosprawności, k. 243)

Standardowo nie robi się innych badań ponad wykonane przez personel Szpitala (...) w S. u A. W. w okresie jej hospitalizacji w maju oraz w czerwcu 2013 r. Leczenie A. W. podczas całego pobytu szpitalnego od dnia 26 maja 2013 r. do dnia 3 czerwca 2013 r. przebiegało prawidłowo i zgodnie z zasadami sztuki. Po pobraniu próbek krwi i moczu na posiew, w oczekiwaniu na jego wynik, zastosowano bowiem antybiotyki o szerokim spektrum działania. Jedynie w szpitalu z wyodrębnionym oddziałem urologicznym byłaby możliwa dodatkowa wysokospecjalistyczna procedura

pobrania moczu bezpośrednio z nerki, co jednak nie podważałoby zasadności zastosowania antybiotykoterapii i nie skróciłoby okresu oczekiwania na wynik badania moczu.

Zastosowanie innych hipotetycznych metod, np. biopsji nerki byłoby błędem i narażało pacjentkę na ryzyko niepotrzebnych powikłań.

Przy ogólnym badaniu typowo pobranego moczu, nie sposób rozróżnić z której nerki pochodzą wykryte bakterie, względnie czy nie pochodzą z pęcherza pacjenta.

W sytuacji, gdy nerka najpewniej objęta zakażeniem jest zablokowana mocz może pochodzić wyłącznie z drugiej nerki. Może być prawidłowy i bez bakterii. Nadto jeśli pacjentkę uprzednio leczono lekiem przeciwbakteryjnym, mogło to wpłynąć na brak bakterii w moczu w dniu przyjęcia do szpitala.

Możliwa jest całkowita obturacja dróg moczowych. Zarazem należy podkreślić, iż z punktu widzenia biegłego specjalisty z dziedziny chorób wewnętrznych w przypadku A. W. nie wystąpiła całkowita obturacja wszystkich dróg moczowych, lecz jedynie całkowita obturacja wybranego fragmentu lub całej nerki w którym był zablokowany odpływ moczu. Z kolei poszerzony układ kielichowo-miedniczkowy w obrębie potencjalnego złożu blokującego odpływ moczu stanowił potencjalne miejsce sprzyjające kolonizacji bakteryjnej.

Z internistycznego punktu widzenia A. W. już w dniu 24 maja 2013 r. miała rozpoznaną infekcję dróg moczowych. Tożsame rozpoznanie stawiano 4-krotnie w dniach 24-26 maja 2013 r. podczas jej pobytu na oddziałach (...) w S.. W momencie rozpoczęcia hospitalizacji A. W. miała kliniczne objawy zakażenia prawej nerki. Podobnie, z epidemiologicznego punktu widzenia, zgłosiła się do szpitala z już rozwiniętym zakażeniem a dalsze powikłania – zakażenia były następstwem pierwotnego. Początkowy brak wykrycia bakterii mógł być spowodowany wdrożoną antybiotykoterapią lub brakiem moczu spływającego z prawej nerki na skutek jej ówczesnego zablokowania.

Pojawienie się leukocytów i erytrocytów w moczu pacjentki sugeruje, że w organizmie dzieje się coś niedobrego i może świadczyć o rozwijającej się infekcji, choć niekoniecznie o przedmiotowym stanie zapalnym nerki, czy innych partykularnych problemach zdrowotnych. Samo ich pojawienie się powinno spowodować rozszerzenie diagnostyki w celu wykrycia przyczyny. Wcześniejszy brak tych krwinek był uwarunkowany zablokowaniem objętej zakażeniem nerki. Natomiast późniejsze pojawienie się krwinek świadczy o przebiegu schorzenia – wydaleniu złożu. Dalszy spadek ich poziomu świadczył o opanowaniu zakażenia, zapewne dzięki antybiotykoterapii.

Jest możliwe, aby A. W. zaraziła się bakterią *Klebsiella pneumoniae* poza oddziałem szpitalnym. Po jej stronie występują 2 czynniki ryzyka: zawodowy związek ze służbą zdrowia oraz cukrzyca. Nadto należałoby przedstawić karty informacyjne pacjentki z jej wcześniejszych hospitalizacji – leczenia powypadkowego oraz operacyjnego leczenia dyskopatii. Bakteria *Klebsiella pneumoniae* występuje bardzo często u ludzi w drogach oddechowych i w przewodzie pokarmowym. Może spowodować zakażenie w obrębie m.in. układu moczowego.

Z epidemiologicznego punktu widzenia, aby mówić o zakażeniu A. W. w placówce (...) w S., należałoby wykazać obecność tych samych drobnoustrojów w tym środowisku. Brak takich informacji. Istnieje pewne prawdopodobieństwo, że ten typ bakterii o tej lekooporności może pochodzić z tej placówki medycznej, ale również może występować u nosicieli tej bakterii. Obraz, w opinii biegłego epidemiologa, jest zamazany, gdyż A. W. trafiła do szpitala z już rozwiniętą infekcją.

Przy braku aktywnych cech klinicznych infekcji decyzja o rozszerzeniu diagnostyki i obserwacji przed ponowną hospitalizacją w czerwcu 2013 r. nie były błędem, choć z epidemiologicznego punktu widzenia powinno zostać powtórzone w szpitalu. Przy potwierdzeniu wyniku można było też zastosować szybszą metodę diagnostyczną np. PCR. Jednakże uzyskanie tą samą metodą drugiego wyniku potwierdzającego pierwszy nie było błędem. Wykonanie badań na potwierdzenie obecności bakterii *Klebsiella pneumoniae* byłoby zasadne w trybie pilnym, gdyby były obecne kliniczne objawy zakażenia.

Z epidemiologicznego punktu widzenia nie ma związku między infekcją *Klebsiella pneumoniae*, a późniejszymi chorobami przebytymi przez A. W.. Pacjentka jest wyleczona, nastąpiła eradykacja bakterii. U A. W. nie ma w związku z tym żadnego uszczerbku na zdrowiu. Zakażenia nie pozostawiły po sobie żadnych konsekwencji poza przeciwciałami możliwymi do wykorzystania przy ponownej infekcji. Nie można przy tym wykluczyć ponownych infekcji układu moczowego.

Późniejszy fakt stwierdzenia u pacjentki bakterii *Escherichia coli* oraz grzybów jest powszechny z uwagi na wdrożone leczenie i osłabienie odporności po pierwszej infekcji.

Od momentu wyleczenia infekcji u A. W. nie można mówić o uszczerbku na zdrowiu. Z epidemiologicznego punktu widzenia w dacie badania przez biegłego z tej dziedziny u A. W. nie można mówić o powikłaniach, które wymagałyby rekonwalescencji lub zabiegów rehabilitacyjnych.

Z epidemiologicznego punktu widzenia nie można jednoznacznie stwierdzić, czy doszło do szpitalnego zakażenia bakterią *Klebsiella pneumoniae*. Z punktu widzenia biegłej epidemiolog większe prawdopodobieństwo takiego zakażenia występuje w przypadku bakterii *Escherichia coli*.

(Opinie biegłych sądowych: A. M., k. 140- 157; R. G., k. 210- 221 oraz W. S., k. 330- 338)

Powyższy stan faktyczny został ustalony w oparciu o przywołany materiał dowodowy, którego wiarygodność nie budziła wątpliwości Sądu.

W toku postępowania Sąd oddalił część wniosków dowodowych strony powodowej m.in. w przedmiocie dopuszczenia dowodu z nagrań w telefonie powódki oraz odcinków Magazynu (...) (k.320). Zgodnie bowiem z art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. Z kolei przedmiotem niniejszego postępowania było, zasadniczo, rozstrzygnięcie ewentualnej odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala w związku z podnoszonym zakażeniem powódki

w okresie jednej ze wskazanych hospitalizacji. Wskazana natomiast przez powódkę (k. 236 i 237) teza dowodowa oddalonego wniosku dotyczy ogólnych warunków szpitalnych i losów świadczeniobiorców innych niż A. W., co w partykularnym postępowaniu pozostaje bez znaczenia. Nadto, ogólne realia publicznej służby zdrowia w Polsce są znane Sądowi jako fakty notoryjne.

W tym miejscu należy też zaznaczyć, iż czyniąc ustalenia w zakresie okoliczności hospitalizacji powódki w pozwanym szpitalu w 2013 r. Sąd w pełni oparł się na zeznaniach lekarzy S. G. oraz E. W.. Z uwagi na charakter rozpatrywanej sprawy, dla jej rozstrzygnięcia koniecznym było przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych specjalności medycznych: epidemiologii, chorób wewnętrznych oraz urologii. W toku postępowania, z przyczyn technicznych oraz wachlarzy specjalizacji poszczególnych biegłych, Sąd 2- krotnie postanowieniami z dni 11 i 16 kwietnia 2019 r. (k. 317 i 320) modyfikował pierwotne postanowienie dowodowe w przedmiocie dopuszczenia dowodów z opinii biegłych (k. 130 i 130v)

Biegli jako podmioty dysponujące wiadomościami specjalnymi wykonali powierzone im zadanie profesjonalnie i rzetelnie. W granicach swych specjalności odpowiedzieli wyczerpująco na pytania ujęte w tezie dowodowej. Całokształt złożonych przez nich opinii pozwolił poczynić ustalenia kluczowe dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Jednocześnie, Sąd nie znalazł podstaw aby poza wymienionymi opiniami dopuścić dowód z opinii łącznej. Strona powodowa, poza ogólnikową polemiką (k. 328), mimo zobowiązania Sądu (k. 320v) nie była w stanie wskazać, czemu ów dowód miałby służyć. Dlatego wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii łącznej podlegał oddaleniu (k. 359v). Podobnie, Sąd pominął wniosek

o dopuszczenie dowodu z uzupełniających opinii biegłych, gdyż strona powodowa, wbrew zobowiązaniu Sądu (k. 320v) nie potrafiła sprecyzować pytań, tez wobec których biegli mieliby się ustosunkować, przyznając przy tym własną niemożność wskazania, czy dana opinia w ogóle wymaga uzupełnienia (k. 327) oraz uzależniając zajęcie przez siebie stanowiska od treści opinii łącznej, której zasadności także nie była w stanie wykazać.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo nie jest zasadne w związku z czym podlega oddaleniu. Rozstrzygając w sprawie Sąd oparł się na art. 6 oraz 430 k.c.

W przedmiotowej sprawie powódka dochodziła zapłaty zadośćuczynienia oraz odszkodowania i ustalenia odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej za dalsze następstwa domniemanego zakażenia, które miało nastąpić podczas jednej z jej hospitalizacji.

Odpowiedzialność strony pozwanej opierała się na art. 430 k.c. przewidującym, iż 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. Przywołany przepis kształtuje na zasadzie ryzyka odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego.

Przesłanką owej odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Zarazem mając na względzie aprobowany dorobek judykatury, Sąd przyjął, iż do przyjęcia spełnienia przesłanki winy po stronie podwładnego nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego. Wystarczy bowiem jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (vide: wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r. w sprawie o sygn. akt II CR 140/75; źródło LEX Omega). Nadto przy przedmiotowej odpowiedzialności nie jest wymagana jakakolwiek wina zwierzchnika, który odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować wykazując brak własnej winy w nadzorze lub w wyborze. Zasadniczo odpowiedzialność zwierzchnika z podwładnym ma charakter solidarny.

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się przy tym, że o przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności.

Przyjęcie odpowiedzialności strony pozwanej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż członek szpitalnego personelu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych przewidzianych w art. 415 k.c. Sąd aprobuje przy tym przyjmowaną w doktrynie i orzecznictwie szeroką wykładnię art. 430 k.c., która dla stwierdzenia przesłanki powierzenia czynności uznaje za wystarczające ogólne, organizacyjne podporządkowanie sprawcy szkody powierzającemu w ramach relacji zwierzchnik – podwładny. Lekarze, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, są w tym rozumieniu podmiotami podlegającymi kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej i mieszczą się w kategorii osób, o jakich mowa w przywołanym wyżej przepisie.

Zakres odpowiedzialności podwładnych pozwanemu lekarzy wynikał przy tym z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U.2019.537) zobowiązującego lekarza do wykonywania zawodu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Naruszenie tych zasad może przybrać postać błędu w sztuce medycznej: diagnostycznego, terapeutycznego lub rozpoznania (vide: W. Robaczyński; Błąd w sztuce medycznej jako podstawa odpowiedzialności odszkodowawczej. Komentarz praktyczny; źródło: LEX Omega)

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się przy tym, że o przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Samo przyjęcie winy,

nie decyduje jednakże o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego.

Praktyka nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej obiektywnie niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny.

Dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalność lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. (Vide: wyroki: SN z dnia 17 czerwca 1969 r. w sprawie o sygn. akt II CR 165/69 oraz z dnia 4 listopada 2005 r. w sprawie o sygn. akt V CK 182/05 SA w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r w sprawie o sygn. akt I ACa 1983/04; źródło: LEX Omega)

Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki (vide: wyrok SA w Białymstoku z dnia 7 marca 2013 r. w sprawie o sygn. akt I ACa 879/12; źródło: LEX Omega).

W takich przypadkach, gdy brak jest bezpośrednich środków dowodowych albo istnieją znaczne utrudnienia dowodowe dla wykazania faktu, a jednocześnie jego ustalenie jest możliwe przy zastosowaniu reguł logicznego rozumowania przy uwzględnieniu zasad wiedzy i doświadczenia życiowego, Sąd może posłużyć się konstrukcją domniemania faktycznego przewidzianego w przepisie art. 231 k.p.c. (vide: wyroki SN z dnia 17 maja 2007 r w sprawie o sygn. akt III CSK 429/06, z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie o sygn. akt I CSK 11/10, z dnia 2 czerwca 2010 r. w sprawie o sygn. akt III CSK 245/09). Jednakże by ustalić

w ten sposób związek przyczynowy, musi istnieć szereg okoliczności na związki ów wskazujących i w ten sposób czyniących go wysoce prawdopodobnym, a jednocześnie ustalone okoliczności muszą wskazywać na małe prawdopodobieństwo powstania szkody w wyniku innych czynników.

Zarazem jednak, zgodnie z ogólną regulacją art. 6 k.c. oraz art. 232 zd. 1 k.p.c. ciężar dowodu spoczywa na poszkodowanym pacjencie.

Przenosząc zatem powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy należało stwierdzić, iż rolą strony powodowej było wykazanie istnienia okoliczności w świetle których można przyjąć, że zachodzi dostatecznie wysoki stopień prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem powódki bakteriami *Klebsiella pneumoniae* oraz *Escherichia coli* a hospitalizacjami w maju i czerwcu 2013 w pozwanej placówce.

Zgodnie z konkluzją powyższej oceny dowodów konieczne było dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych. Odnosząc poczynione na tej podstawie ustalenia wobec zakreślonych ram odpowiedzialności należy przyjąć, iż strona powodowa zasadniczo nie podolała ciężarowi udowodnienia swego roszczenia.

Zgodnie bowiem z całokształtem opinii biegłych należało bowiem zasadniczo wykluczyć zakażenie powódki w pozwanym szpitalu. Biegli wskazywali, iż pierwotne zakażenie powódki bakterią *Klebsiella pneumoniae* nastąpiło jeszcze przed jej pierwszą hospitalizacją. Wyjaśniono przy tym spójnie przyczynę braku wskazanej bakterii przy pierwszym przeprowadzonym u chorej posiewie z powodu obturacji obejmującej zakażoną nerkę. Najbardziej prawdopodobnym jest, że nerka objęta zakażeniem była zablokowana, a mocz pobrany do badań pochodził wyłącznie z drugiej nerki niezakażonej nerki, co skutkowało otrzymaniem prawidłowy wunku badania moczu, bez bakterii. Brak bakterii w moczu w dniu przyjęcia do szpitala, mógł wynikać także z tego, że pacjentka uprzednio była leczona lekiem przeciwbakteryjnym. U powódki występował przy tym szereg czynników podwyższających ryzyko infekcji: charakter pracy, diabetyzm, wcześniejsze dolegliwości nefrologiczne, bądź urologiczne.

Zdaniem Sądu, argumentacja przedstawiona przez powódkę w piśmie datowanym na dzień 25 maja 2018 r. nie zasługiwała na uwzględnienie. A. W. nie przedstawiła dokumentacji wykazującej okresy swego zatrudnienia, pozostawania na rencie, przejścia na emeryturę oraz dorabiania do uzyskiwanych świadczeń. Ograniczenie się do głoślowego kontestowania niekorzystnej dla siebie opinii biegłego, bez przywołania konkretnych danych i powołanie się na to, że powódka ostatni raz pracowała w służbie zdrowia przeszło 28 lat temu (k. 237), nie eliminuje innych czynników zwiększających ryzyko infekcji. Co więcej A. W. sama przyznała, iż z uwagi na swój stan zdrowia przez przeszło 20 lat, do osiągnięcia wieku emerytalnego, pozostawała rencistką. Abstrahując, czy było to uwarunkowane stricte chorobami somatycznymi, czy też urazem powypadkowym, oznaczało konieczność regularnych kontaktów z placówkami służby zdrowia, choćby przy okazji badań wymaganych przez jednostki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Koreponduje to z zeznaniami zaprzysiężonej z powódką R. K., która wskazała, iż z powódką „(...)cały czas coś się działo(...)” (00:18:00; k. 128).

Przyjmując za prawdziwe oświadczenie powódki, iż w związku z podejmowaniem zatrudnienia w okresie w którym miała świadczenie rentowe, przechodziła pomyślnie wymagane badania sanitarno-epidemiologiczne, należy wskazać iż brak jest danych co do czasu, kiedy świadczyła tę pracę w szczególności, czy miało to miejsce, gdy była już na emeryturze w okresie poprzedzającym problemowe hospitalizacje z 2013 r. Ustawodawca nie uregulował w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U.2019.1239) częstotliwości z jaką owe badania winny być powtarzane, co oznacza że nie można także wnioskować o ewentualnych okresach ważności ostatniego badania. Przyjęcie natomiast za biegłymi, iż infekcja nastąpiła przed hospitalizacją nie jest równoznaczne z tezą, iż nastąpiło to na długi okres przed zdiagnozowaniem. Nic wręcz nie wskazuje na możliwość takiej bezobjawowej inkubacji.

Sąd odnotował przy tym wątpliwości biegłej epidemiolog w przedmiocie niemożności jednoznacznego stwierdzenia zakażenia powódki bakterią *Klebsiella pneumoniae* w pozwanym szpitalu oraz relatywnie większe prawdopodobieństwo zakażenia bakterią *Escherichia coli* (k. 154 i 157). Tym niemniej w świetle pozostałych ustalonych okoliczności oraz powyższych rozważań w przedmiocie normy art. 231 k.p.c. nie jest to wystarczające aby domniemywać zakażenie powódki w pozwanym szpitalu. Ta sama biegła wskazała bowiem, iż bakterie *Klebsiella pneumoniae* występują także poza środowiskiem szpitalnym (k. 155) a ów pogląd potwierdzili pozostali biegli (k. 221 oraz k. 337). Tak więc prawdopodobieństwo zakażenia w drodze innych czynników nie jest tu dostatecznie małe aby przyjąć przeciwne temu domniemanie faktyczne. Należy przy tym ponownie podkreślić, iż to na stronie powodowej spoczywał ciężar dowodowy w tym zakresie. Tymczasem nie podjęła ona żadnej inicjatywy dowodowej prowadzącej choćby do włączenia do materiału dowodowego raportów z działań zespołu d/s. zakażeń szpitalnych, których brak wskazała biegła epidemiolog (k. 154). Zarazem ponieważ powódka przez większość postępowania korzystała z pomocy prawnej profesjonalnego pełnomocnika ustanowionego dla niej z urzędu, Sąd nie znalazł tu podstaw, aby skorzystać z własnych uprawnień przewidzianych w zdaniu 2 art. 232 k.p.c. Brak tego dokumentu, który teoretycznie mógłby pozwolić ustalić ewentualne występowanie w pozwanej placówce w okresie hospitalizacji powódki zbieżnych drobnoustrojów, rzutuje niekorzystnie na stanowisko strony powodowej.

Wcześniejszy wywód w przedmiocie nieuprawdopodobnienia twierdzeń w zakresie umożliwiającym przyjęcie domniemanie faktycznego należy odnieść także wobec kwestii ewentualnego zakażenia bakterią *Escherichia coli*.

Niezależnie jednak od tego należy też zważyć, iż nawet w przypadku przyjęcia, iż do zakażenia drugą z bakterii doszło w trakcie hospitalizacji w wyniku osłabienia organizmu powódki po leczeniu początkowej infekcji należy wskazać, iż przesłanką pozwalającą uwzględnić roszczenie byłoby ustalenie wystąpienia w następstwie owego zakażenia szkody po stronie powodowej, tak niemajątkowej – krzywdy jako podstawy dla zasądzenia zadośćuczynienia, jak i majątkowej jako podstawy dla zasądzenia odszkodowania. Tymczasem strona powodowa w istocie tego nie wykazała.

A. W. niewątpliwie jest osobą cierpiącą na szereg dolegliwości o etiologii tak chorobowej, jak i urazowej. Nie wykazano jednak, aby którekolwiek z nich było następstwem problemowych zakażeń bakteriami. Wręcz przeciwnie. Biegła z zakresu epidemiologii przyjęła brak związku między oboma zakażeniami a późniejszymi zachorowaniami powódki



wskazując jako zasadnicze następstwo somatyczne odporność zwiększoną pozostałymi w układzie przeciwciałami (k. 156). Nadto nadmieniona biegła, podobnie jak biegły urolog nie wskazali u powódki żadnego uszczerbku na zdrowiu; w ich ocenie A. W. nie wymaga rekonwalescencji (k. 156 i 157 oraz k. 338).

Niezależnie od powyższego wyводу należy też wskazać, iż stronie pozwanej nie sposób także przypisać winy. Działania podjęte przez personel pozwanego przy obu hospitalizacjach powódki były właściwe. Postępowano zgodnie z zasadami sztuki

w granicach logistycznych możliwości placówki w której chora była hospitalizowana.

Co ustalono inne możliwe metody byłyby tu błędne i prowadziłyby do niepotrzebnych powikłań. W szczególności należy też wskazać, iż nie ustalono aby błędem była zwłoka poprzedzająca drugą hospitalizację uwarunkowana koniecznością dalszych badań diagnostycznych. Tak więc nie sposób przyjąć aby przyjęty wobec powódki standard leczenia wypadł niekorzystnie wobec modelowego.

Podsumowując całokształt powyższych rozważań, Sąd nie stwierdził wypełnienia którejkolwiek z przesłanek odpowiedzialności pozwanego szpitala wobec powódki. Zatem rozpatrywane powództwo nie było zasadne. Dlatego podlegało oddaleniu.

Rozstrzygając następnie o kosztach procesu, Sąd oparł się na art. 98 § 1 k.p.c. i zasądził od przegrywającej powódki na rzecz pozwanego sumę 7.217,00 zł w skład której weszły:

- kwota 7.200,00 zł- z tytułu wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika strony pozwanej w osobie radcy prawnego ustalona w oparciu o § 2 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych w jego kształcie obowiązującym na dzień wniesienia pozwu (Dz.U.2015.1804);
- kwota 17,00 zł- z tytułu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Sąd nie znalazł przy tym podstaw do odstąpienia od zasądzenia kosztów procesu od strony przegrywającej. Art. 102 k.p.c. stanowi o możliwości odstąpienia od obciążenia obowiązkiem zwrotu kosztów sądowych w przypadkach szczególnie uzasadnionych. Do kręgu tych okoliczności należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i fakty leżące na zewnątrz procesu, także dotyczące stanu majątkowego. Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współzycia społecznego (vide: postanowienie SN z dnia 14 stycznia 1974 r., w sprawie o sygn. akt II CZ 223/73). Sąd Najwyższy przyjął, że przepis art. 102 k.p.c. wyraża zasadę słuszności w orzekaniu o kosztach, stanowiąc wyjątek od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Podstawę do jego zastosowania stanowią konkretne okoliczności danej sprawy, przekonujące o tym, że w rozpoznawanym przypadku obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu na rzecz przeciwnika byłoby niesłuszne, czy wręcz niesprawiedliwe. Przy zastosowaniu art. 102 k.p.c. winny być brane pod uwagę okoliczności dotyczące charakteru sprawy; o tym, czy w konkretnej sprawie zachodzi „szczególnie uzasadniony przypadek” w rozumieniu art. 102 k.p.c., decyduje m.in. sposób prowadzenia procesu przez stronę przegrywającą sprawę (vide: postanowienie SN z dnia 20 grudnia 1973 r. w sprawie o sygn. akt II CZ 210/73).

W judykaturze zastrzega się, że nie jest wystarczające powołanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeżeli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych.

W niniejszej sprawie nie istnieją przesłanki wynikające z przebiegu procesu, które uzasadniałyby zwolnienie pozwanego od obowiązku zwrotu kosztów procesu; powódka eskalowała konflikt z pozwanym przenosząc go na drogę sądową kierując się błędnym przekonaniem o odpowiedzialności szpitala za jej kłopoty zdrowotne. W toku postępowania nie wykazano jednak żadnych okoliczności, które by ów błąd usprawiedliwiały, choćby subiektywnie. Dlatego Sąd nie znalazł podstaw aby nie obciążać A. W. finansowymi konsekwencjami bezzasadnego powództwa.

Ze Skarbu Państwa wypłacono koszty nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce.

.....

SSO Ewa Steckiewicz- Ochocka

## ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć stronie powodowej przez jej pełnomocnika

Dnia 19 listopada 2019 r.

.....

SSO Ewa Steckiewicz- Ochocka