

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 25 maja 2012r., skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznego w Ł., powód N. K., wniósł o zasądzenie na swoją rzecz:

- kwoty 300.000 zł. z ustawowymi odsetkami od doręczenia odpisu pozwu, tytułem zadośćuczynienia;
- kwoty 15.030 zł. z ustawowymi odsetkami od doręczenia odpisu pozwu, tytułem odszkodowania w związku z wydatkami poniesionymi na zakup leków, pieluch i gotowej kaszki, wyliczonego do dnia wniesienia pozwu;
- kwoty po 4.625 zł., tytułem renty miesięcznej, płatnej poczynając od daty doręczenia odpisu pozwu do dnia 10 – ego każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi zapłaty, na którą składają się koszty wizyt u lekarzy specjalistów i rehabilitacji, specjalistycznego żywienia, zabawek rehabilitacyjnych oraz dodatkowej pomocy innych osób w wymiarze po 5 godzin dziennie;
- kwoty 3.200 zł. z ustawowymi odsetkami od daty doręczenia odpisu pozwu, tytułem kosztów poniesionych na zakup fotelika rehabilitacyjnego.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, że został on zakażony bakterią E- Coli w okresie hospitalizacji w pozwanym SP ZOZ, gdzie przebywał na jednej Sali z dzieckiem zarażonym tą bakterią. W przebiegu zakażenia rozwinęła się posocznica oraz ropne zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych i mózgu. Skutkiem przebytych chorób są rozległe zmiany malacyjne w tkance mózgowej w obu półkulach; dziecko nie jest zdolne do samodzielnej egzystencji.

(pozew, k. 3-6)

W odpowiedzi na pozew z dnia 25 lipca 2012r. strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa, kwestionując roszczenia zarówno co do zasady jak i co do wysokości. Nadto strona pozwana wniosła o zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwany wywodził, że w trakcie hospitalizacji powoda w pozwanym Szpitalu, w okresie od 12 maja 2009r. do 29 maja 2009r., nie stwierdzono u chłopca cech infekcji, dziecko nie gorączkowało, wskaźniki stanu zapalnego (CRP, leukocytoza) pozostawały w normie. W dniu 13 maja 2009r., w trakcie rutynowych badań na posiew kału, wyhodowano u pacjenta bakterie E.coli, szczep niepatogenny. Powód nie miał bezpośredniego kontaktu z dzieckiem u którego stwierdzono zakażenie układu moczowego wywołane E.coli, bez cech infekcji uogólnionej (pacjenci przebywali w innych boksach). Chłopiec został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, bez zaburzeń neurologicznych, bez cech infekcji. Ponownie został przyjęty na Oddział (...), po 6 dniach, w dniu 4 czerwca 2009r., z powodu incydentu drgawek, w stanie średnio – ciężkim. Dziecku pobrano krew na posiew bakteriologiczny, z wyników posiewu wyhodowano bakterie E.coli, wrażliwą na szereg antybiotyków. Okres wylegania infekcji E.coli i rozwoju objawów klinicznych jest kilkugodzinny, maksymalnie do 2 dni. Ponieważ pomiędzy pobytami dziecka w pozwanym Szpitalu upłynęło 6 dni, nie jest możliwe, aby rozpoznana po tym okresie posocznica miała związek z hospitalizacją powoda w dniach 12.05.2009r. do 29.05.2009r.

(odpowieź na pozew, k. 35-38)

W dniu 22 października 2012r. swoje przystąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej zgłosił (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W..

(interwencja uboczna, k. 128)

Postanowieniem z dnia 12 lutego 2016r. Sąd zawiesił postępowanie w sprawie przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) Medycznemu w Ł. na podstawie art. 174 § 1 pkt 1 k.p.c.

i podjął zawieszono postępowanie w sprawie z udziałem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł., jako następcy prawnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) (...)Uniwersytetu Medycznemu w Ł.

(postanowienie, k. 620-621v.).

Na rozprawie z dnia 20 października 2016r. strona pozwana, jak również interwenient uboczny wnieśli o oddalenie powództwa, jednocześnie zrezygnowali z obciążania strony powodowej kosztami zastępstw procesowych.

(e-protokół, k. 658 – 01:04:08 – 01:04:35).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

N. K. urodził się (...) w Instytucie Centrum (...) w Ł.. Powód urodził się siłami natury, w momencie urodzenia ważył 3150 g, miał długość 56 cm i punktację w skali A. 10. Stan powoda po porodzie określono jako dobry.

(kserokopia dokumentacji medycznej na Oddziale Neonatologicznym, k. 147-148).

Po wyjściu ze szpitala powód zamieszkał razem z, wówczas 17 - letnią, matką E. K. i 20 – letnim ojcem, w jednopokojowym mieszkaniu z kuchnią, łazienką i bieżącą wodą, mieszczącym się w bloku położonym w (...). Babcia powoda - S. K. (1) pomagała córce w opiece nad dzieckiem, gdyż uważała, że młodzi nie rodzą sobie z pielęgnacją noworodka, czasami zostawała również na noc, czuwając przy wnuku, bo miał kolki. Do przewijania N. K. używano pieluch jednorazowych. M. karmiła dziecko piersią. Po jakimś czasie powód zamieszkał w innym mieszkaniu położonym na B. w Ł..

(zeznania świadków: A. K., e-protokół, k. 458-463 – 01:06:09-02:09:21, S. K. (1), e-protokół, k. 656 v.-658 – 00:20:07-01:02:32).

Postanowieniem z dnia 29 maja 2009r. Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, (...) Wydziału Rodzinnego i Nieletnich w sprawie (...) R Nsm 279/09 ustanowiono opiekę dla małoletniego N. K. i powierzono obowiązki opiekuna S. K. (1) – babci macierzystej powoda.

(okoliczności bezsporne, kserokopia postanowienia, k. 56; kserokopia zaświadczenia, k. 55).

W okresie od 12 maja 2009r. do 29 maja 2009r. powód był hospitalizowany w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalu (...)w Ł. w Klinice (...) Instytutu (...).

Dwumiesięczny powód trafił w dniu 12 maja 2009r. do Oddziału (...)u z objawami krwawienia z jamy ustnej wywołanego niewielkim urazem, powstałym w niejasnych okolicznościach, w domu. W rozpoznaniu wstępnym odnotowano: podejrzenie krwawienia z gardła. Po wykonaniu morfologii krwi powód został przyjęty do Kliniki (...) Instytutu (...) z powodu niedokrwistości.

(karta (...), k. 46; karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 44-45; karta (...), k. 46).

Powód, przy przyjęciu do Kliniki w dniu 12 maja 2009r., był w stanie ogólnym dobrym, na błonie śluzowej jamy ustnej, po stronie prawej, pomiędzy podniebieniem twardym a miękkim, odnotowano linijne uszkodzenie śluzówki około 3 mm; osłuchowo szmer pęcherzykowy prawidłowy; czynność serca miarowa, około 140/min.; szmer skurczowy około 1/6 w p - Erba. Brzuch miękki, wątroba około 1 cm pod łukiem żebrowym prawym, śledziona niepowiększona.

W drugiej dobie hospitalizacji zaobserwowano u powoda incydenty drgawek z towarzyszącymi zaburzeniami elektrolitowymi. Po wyrównaniu niedoborów elektrolitowych w kolejnych dobach hospitalizacji nie obserwowano drgawek. Wykonano m. in. następujące badania laboratoryjne; w dniu 12.05.2009r: WBC 13 150, Hg 8,3 g%, PLT 414 tys., Na⁺ 134 mmol/l, K⁺ 4,83 mmol/l, Ca 1,18 mmol/l, (n:0,93-1,13), P 5,83 mg%, Mg 2,42 mg%, Fe 51 mg%, , ALAT 15 U/L, AspAT 27 U/L, CRP 0,24 mg% (norma 0,5), Wskaźnik protrombinowy 112%; w dniu 13.05.2019: WBC

18 990, Hg 8,3 g%, PLT 455 tys., CRP 0,28 mg%; w dniu 14.05.2009r: WBC 12 390, Hgb 8,5 g%, PLT 528 tys., w dniu 16.05.2009r: WBC 9670, Hgb 9,5 g%, PLT 570 tys., CRP 0,22 mg %; Kał – posiew 13.05.2009r.: „wyhodowano E coli - szczep niepatogenny”; w dniu 16.05.2009r. : CRP 0,04 mg %; USG przeziemiączkowe (14.05.2009) - bez zmian patologicznych, USG jamy brzusznej (14.05.2009r) - bez zmian patologicznych, RTG kośćca - bez zmian pourazowych, wiek kostny odpowiada wiekowi osobniczemu (poniżej 3 m-ca życia). Powód podczas pobytu w Oddziale nie gorączkował; dwukrotnie odnotowano stan podgorączkowy (37,0° C w dniu 12.05.2009r i 21.05.2009r). W Oddziale podawano leki: Relsed (doraźnie), kwas foliowy, Vit B6, Hemofer, płyny, karmienie- Bebiko 1. Glikokortykosteroidów nie podawano. Przeprowadzono konsultacje neurologiczną i kardiologiczną. Przeprowadzone badania krwi i moczu w kierunku chorób metabolicznych w opracowaniu – były prawidłowe.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 44-45; dokumentacja, k. 43; karta gorączkowa k-83; wyniki badań, k. 57-70; dokumentacja medyczna, k. 72-82 i k. 84).

Pozwany Szpital ma ponad 50 lat, dyrekcja stara się sukcesywnie wykonywać w nim remonty. Oddział (...) był remontowany około 2004 r. Raz w roku Oddział jest zamykany i czyszczony przez 3 tygodnie.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; W. K., e-protokół, k. 454-457 – 00:23:01-00:51:31).

Na Oddziale (...) Kliniki (...) Instytutu (...) dzieci umieszczone są w boksach - to jest pokojach, które oznaczone są numerem. Boksy mają osobne wejście, umywalkę i przewijak. W boksie znajdują się łóżka: jedno, dwa lub trzy. Powód, w maju 2009r., umieszczony został w boksie nr 12, leżał również a boksie nr 8.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17; plan boksów na Oddziale (...), k. 425).

W pozwanym Szpitalu matka i opiekunowie, mogą przebywać z dziećmi. Rodzice zapoznają się z regulaminem Szpitala dla opiekunów dzieci. Pielęgniarka ma obowiązek poinstruować rodziców o obowiązku mycia rąk i ich dezynfekcji. Na Oddziale (...) jest wspólna lodówka dla rodziców, w której trzymają produkty żywnościowe typu jogurty itp. lub jedzenie dla siebie. Rączki lodówki i klamki są dezynfekowane.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17; plan boksów na Oddziale (...), k. 425; książka raportów pielęgniarskich, k. 469-490 i k. 47-50).

W czasie hospitalizacji w maju 2009 r. w pozwanym Szpitalu, powód odwiedzany był przez matkę i babkę, które wykonywały przy nim czynności pielęgnacyjne. Pielęgniarki im w tym pomagały lub je nadzorowały. Powód był myty wyłącznie przez personel Szpitala, który zabraniał wykonywania tej czynności S. K. (1). Przewijaniem i karmieniem zajmowali się opiekunowie lub personel szpitala. Pieluszki – jednorazowe i ubranka zostały przyniesione z domu. Początkowo matka ściągała pokarm, a później dziecko przeszło na mieszkanke stosowane przez szpital. Pielęgniarki zaobserwowały niedociągnięcia pielęgnacyjne podczas opieki babki nad wnuczkiem, która podawała dziecku witaminę D3 w kroplach bezpośrednio do buzi, co groziło przedawkowaniem, gdyż nie da się precyzyjnie odmierzyć ilości kropel. Babka powoda zapoznała się z regulaminem dla rodziców przebywających z dzieckiem w pozwanym Szpitalu. Dwa razy odwiedziła powoda ciotka – A. K.. W trakcie wizyt opiekunów dziecka dochodziło do konfliktów pomiędzy matką powoda, a jego babką.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 453-454 – 00:06:15 - 00:21:04, W. K., e-protokół, k. 454-457 – 00:23:01-00:51:31; A. K., e-protokół, k. 458-463 – 01:06:09-02:09:21, G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17, S. K. (1), e-protokół, k. 656 v.-658 – 00:20:07-01:02:32; książka raportów pielęgniarskich, k. 469-490 i k. 47-50; regulamin, k. 99-99v.).

W dniu 29 maja 2009r. N. K. został wypisany do domu z Kliniki (...) Instytutu (...) w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami: kontroli w Poradni Neurologicznej, kontroli w Poradni Hematologicznej, dalszej kontroli w Poradni Kardiologicznej, dalszej opieki w POZ. Z zaleceniem zgłoszenia się po wyniku badań w kierunku chorób

metabolicznych. Zalecono do domu leki: Hemofer, Lacidofil, Acidum folicum, Witaminy C i B6. Rozpoznanie wypisowe: „Stan po drgawkach. Niedokrwistość. Zaburzenia elektrolitowe”.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 44-45; dokumentacja, k. 43).

Po wyjściu ze Szpitala w dniu 29 maja 2009 r. opiekę nad powodem sprawowały jego matka E. K. oraz babcia – S. K. (1). Objawy gorszego samopoczucia N. K. ujawniły się 2-3 dni po opuszczeniu Szpitala. Powód leżał w domu spokojnie, ale miał objawy w postaci drżenia jednej nogi. W dniu 4 czerwca 2009 r. babcia z powodem udała się do lekarza POZ, który zalecił zgłoszenie się z powodem do szpitala.

(zeznania świadków: A. K., e-protokół, k. 458-463 – 01:06:09-02:09:21, S. K. (1), e-protokół, k. 656 v.-658 – 00:20:07-01:02:32).

Ponownie powód był hospitalizowany w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalu (...) w Ł. w okresie od 4 czerwca 2009r. do 5 czerwca 2009r. Powód przebywał ponownie na Oddziale (...) w Klinice (...) Instytutu (...). Powód został umieszczony w boksie nr 8.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 87-88)

Został przyjęty z powodu nawrotu drgawek, które w okresie dobowej hospitalizacji powtórzyły się kilkakrotnie. Miały one charakter ogniskowych lewostronnych, wtórnie uogólniających się. Powód w dniu 4 czerwca 2009r. zagorączkował do 38,8°C. Przy przyjęciu powód był w stanie średnio-ciężkim, blady, z okresami pobudzeń z sennością. W badaniu ciemń przednie uwypuklone ponad poziom kości pokrywy czaszki i lekko tętniące, niewielki wylew dospojówkowy w oku lewym z nielicznymi wybroczynami wokół tego oczodołu; płuca - osłuchowo szmer pęcherzykowy prawidłowy, czynność serca miarowa około 140/min.; brzuch miękki, wątroba i śledziona niepowiększone. W wykonanych badaniach stwierdzono niedokrwistość: Hg 9,7 - 8,9 - 7,1 g%, leukocytozę: WBC 26 150 - 22 280, w tym 69 - 59% neutr (w dniu 04.06.2009r.) i WBC 2 940, w tym 64% neutra (w dniu 05.06.2009r.), PLT 608 tys. - 151 tys. Z innych badań: CRP 0,27 mg%, wskaźnik protrombinowy 48%, ALAT 32 U/L, AspAT 88 U/L, Mocznik 19-47 mg%, Amoniak: 1,13 ug/ml - 0,29 ug/ml (n: 0,17-0,80).

W posiewie tlenowym krwi w dniu 4 czerwca 2009 r.: wyhodowano *Escherichia coli* – bakterie wrażliwe na wszystkie testowane antybiotyki: m.in. na mikacynę, Augmentin, Cefuroksym, Ciprofloksacyna, Tazocin. Badanie mykologiczne moczu (04.06.2009r) - grzybów drożdżopodobnych nie wyhodowano. USG przeziemiączkowe (14.05.2009)-mózgowie bez zmian ogniskowych, niewielka torbiel wyściółkowa LKB. Badanie CT i angio-CT głowy - wg epikryzy badania obrazowe wykazały zniekształcenie tętniczo-żylny w prawej okolicy potylicznej i lewej ciemieniowej. USG jamy brzusznej (14.05.2009r.) – bez zmian patologicznych w zakresie wątroby, śledziony i trzustki, UKM - bez kamicy, obustronnie poszerzony.

Po konsultacji neurologicznej włączono leczenie kwasem walproinowym w stałym wlewie dożylnym z okresami bolusów, w dawce dobowej ok 20mg/kg, dodatkowo 3 x otrzymał diazepam, a także dexaven. W wykonanych badaniach laboratoryjnych po przyjęciu stwierdzono niedokrwistość, hiperglikemię, nieco podwyższony poziom amoniaku.

Wobec braku poprawy stanu klinicznego (w morfologii krwi dalsza anemizacja dziecka), po ponownej konsultacji neurologicznej, wykonano tomografię komputerową głowy, a następnie angio - TK. Badania obrazowe wykazały zniekształcenie tętniczo - żylny w prawej okolicy potylicznej i lewej ciemieniowej. Z powodu niedokrwistości oraz w celu stabilizacji mózgowego krążenia naczyniowego przetoczono masę erytrocytarną i albuminy. Wykonano kontrolne oznaczenie APTT. Rozpoznanie wypisowe: „Stan po drgawkach. Niedokrwistość. Podejrzenie malformacji naczyniowych OUN”.

Powód został skierowany do dalszego leczenia w Klinice (...) w Ł..

(karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 87-88; zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17; plan boksów na Oddziale (...), k. 425; karta gorączkowa, k-112; wyniki badań, k. 89-98 i k. 100-114v.).

W dniu 5 czerwca 2009r. powód został przyjęty do Instytutu Centrum (...) w Ł., gdzie przebywał do 8 czerwca 2009r. w Klinice (...).

W chwili przyjęcia powód był w stanie ogólnym ciężkim, bez kontaktu z otoczeniem, stabilny krążeniowo i oddechowo. Ciemię nieco wypukłe. W badaniu neurologicznym objawy oponowe ujemne, oczopląs poziomy, objaw Babińskiego ujemny obustronnie. Stan napadów gromadnych połowicznych lewostronnych i wtórnie uogólnionych. Konsultowany przez anestezjologa, chirurga, neurochirurga i pediatrę. Po podaniu Luminalu drgawki ustąpiły. Napadów w ciągu dalszej hospitalizacji nie obserwowano. W badaniach laboratoryjnych- podwyższona leukocytoza i CRP. Pobrano posiewy krwi na bakterie tlenowe i beztlenowe - badania w toku. Ze względu na zaburzenia krzepliwości i niską liczbę płytek odstąpiono od nakłucia lędźwiowego. Włączono antybiotykoterapię. Ze względu na podejrzenie malformacji naczyniowej wykonano badanie rezonansu magnetycznego głowy - obraz był prawidłowy. W wykonanym badaniu EEG - zapis wykazywał znacznego stopnia uogólnione rozlane zmiany na tle słabo wyrażonej czynności podstawowej.

Skierowano powoda do Kliniki (...) w Ł. z podejrzeniem posocznicy. W dniu wypisu stan ogólny powoda był ciężki, stabilny krążeniowo i oddechowo. Napadów drgawkowych nie obserwowano. Pojawiły się obrzęki kończyn górnych i dolnych oraz powiek. Założono cewnik dopęcherzowy. Rozpoznanie wypisowe: „Stan napadów drgawkowych częściowych i wtórnie uogólnionych. Podejrzenie posocznicy”

(karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 155-155v.; dokumentacja medyczna, k. 147-154 i k. 156-160v. i k. 162-195).

W dniu 8 czerwca 2009r. powód nie został przyjęty do Kliniki (...) w Szpitalu im (...) („w związku z wybitnie ciężkim stanem dziecka i brakiem zaplecza anestezjologicznego”) i ponownie wrócił do (...) do (...) Kliniki (...), gdzie przebywał od 8 czerwca 2009r. do 4 sierpnia 2009r. Powód został przyjęty z podejrzeniem posocznicy. W badaniu przedmiotowym odnotowano: bardzo ciężki stan dziecka, bez reakcji na bodźce zewnętrzne, bez odruchu ssania i połykania, blade, chłodne powłoki skórne, z obrzękami kończyn i twarzy, nieco wypukłe ciemię, powiększona wątroba.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych wysokie wskaźniki zapalne (leukocytoza i CRP), małopłytkowość i niedokrwistość. W posiewie krwi pobranym podczas hospitalizacji w IP wyhodowano E. coli, natomiast posiew płynu mózgowego pobranego w 10 dobie antybiotykoterapii, po ustabilizowaniu się koagulogramu i ustąpieniu małopłytkowości, nie wykazał wzrostu bakterii. Rozpoznano u powoda: posocnicę E. coli oraz ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Powoda wypisano w dniu 4 sierpnia 2008r., w 57 dobie hospitalizacji w stanie ogólnym dobrym.

Dalsze leczenie powód odbywał w poradniach specjalistycznych.

(historia choroby, k: 161-195 i Karta Informacyjna Leczenia Szpitalnego, k: 11-13; dokumentacja medyczna, k. 197-202 v. i 204-224).

W okresie hospitalizacji powoda, na (...) Oddziale pozwanego Szpitala, na przełomie maja i czerwca 2009 roku, nie odnotowano przypadku urosepsy u pacjentów. Natomiast w Szpitalu wystąpił jeden przypadek podejrzenia wystąpienia posocznicy, który został zgłoszony do Sanepidu.

W tym samym czasie co powód na Oddziale (...), znajdowało się jedno dziecko z infekcją układu moczowego, u którego w posiewie moczu wykryto bakterie e-coli, był to E. P.. Dziecko to zostało przyjęte z tym patogenem i z tego właśnie powodu. W ciągu kilku dni, po wdrożeniu antybiotyku, kolejny posiew wykazał brak obecności bakterii w moczu i dziecko zostało wypisane do domu. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych działający w pozwanym Szpitalu przeprowadził na tą okoliczność dochodzenie epidemiologiczne. Dziecko, u którego stwierdzono bakterie e-coli leżało w boksie nr (...), a powód w boksach nr (...) w maju 2009 r., a w boksie nr 8 w czerwcu 2009 r.

(wykaz zakażeń maj 2009 r., k. 426-426v.; wykaz zakażeń czerwiec 2009 r., k. 427-427v., rejestr zgłaszania podejrzenia/zachorowania na chorobę zakaźną – czerwiec 2009 r., k.409; rejestr zgłaszania podejrzenia/zachorowania na chorobę zakaźną – maj 2009 r.; zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54 i k. 453-454 – 00:06:15-00:21:04; G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17, W. K., e-protokół, k. 454-457 – 00:23:01-00:51:31).

Pozwany Szpital jest kontrolowany przez Wojewódzką (...), która ma obowiązek kontrolować placówki medyczne. Kontrole są niezapowiedziane. Wyróżnia się dwa typy kontroli: rutynowe, które odbywają się średnio raz w roku oraz interwencyjne. Ten drugi rodzaj kontroli przeprowadzany jest na skutek interwencji rodziców w Sanepidzie albo Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych zgłasza ognisko zakażenia na danym oddziale (gdy występuje więcej niż dwóch zakażonych z tego samego powodu na danym oddziale). Kontrole interwencyjne zdarzają się jedna, dwie w roku. Sanepid miał w pozwanym Szpitalu zastrzeżenia do stojaków do przewijania niemowląt – pęknięcia i do odprysniętej farby na łóžeczkach. Po kontroli wymieniono wszystkie przewijaki i łóžeczka. W 2009 roku w pozwanym Szpitalu przeprowadzono kontrolę interwencyjną.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; protokoły kontroli, k. 315-319).

W kontrolach interwencyjnych przeprowadzonych przez Sanepid w Oddziale (...) Szpitala (...) w dniach: 20 lutego 2009 r. i 29 września 2009 r. na wniosek Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Ł. stwierdzono, że: stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i urządzeń technicznych Oddziału nie budził zastrzeżeń, zabezpieczenie przeciwepidemiczne, zaopatrzenie w środki czystościowe oraz w środki do ochrony osobistej było wystarczające, a postępowanie z odpadami medycznymi było prawidłowe.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; protokoły kontroli, k. 315-319; protokoły kontroli, k. 315-319).

W pozwanym Szpitalu funkcjonuje Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w którego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka i mikrobiolog.

Nadto w Szpitalu opracowano pisemne procedury, w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym, które mają zapobiegać roznoszeniu się wirusów i bakterii. Łącznie obowiązuje około 25-27 takich procedur. Wśród nich wymienia się m.in. mycie rąk środkami dezynfekującymi, przy każdym dojściu i odejściu od pacjenta; procedury sprzątnięcia; zeszyty kontroli; procedury odkażania sprzętu wielorazowego użytku; procedury związane z nieszczęśliwym zakłuciem przez personel oraz procedury odkażania inhalatorów; szkolenia przeprowadzane przez pielęgniarkę epidemiologiczną. Każdy Oddział ma dodatkowo również swoje wewnętrzne procedury.

Personel, którego dotyczy dana procedura, pisemnie potwierdza zapoznanie się z nią. Oprócz procedur istnieje plan dezynfekcji i higieny, który obejmuje szczegółowe instrukcje, co do zasad dezynfekcji poszczególnych sprzętów. Poza tym, na każdym Oddziale, znajduje się zeszyt sprzątnięcia i dezynfekcji, wpisy w zeszycie są na bieżąco kontrolowane przez pielęgniarkę oddziałową, a także przez pielęgniarkę epidemiologiczną. W Pozwanym Szpitalu pielęgniarka oddziałowa osobiście kontroluje stan sprzątnięcia, a okresowo robi to pielęgniarka epidemiologiczna.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54, G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17; W. K., e-protokół, k. 454-457 – 00:23:01-00:51:31; dokumenty (procedury, instrukcje), k. 320-365).

W pozwanym Szpitalu są dwie grupy pielęgniarek: zabiegowe i pielęgnacyjne. Pielęgniarki zabiegowe zajmują się zabiegami związanymi z przerwaniem ciągłości tkanek, w szczególności dokonują iniekcji, zakładają drogi dożylnie, podają leki. Pielęgniarki te mają zakaz wykonywania zabiegów wkłucia bez rękawiczek. Pielęgniarka zabiegowa nie ma kontaktu z wydzielinami pacjenta, typu kał i mocz. Pielęgniarki zabiegowe nie zajmują się pielęgnacją pacjenta, która należy do drugiej grupy pielęgniarek.

Każda pielęgniarka odpowiada za 2-3 boksy w Oddziale, albo pielęgnuje jedno dziecko np. kąpie je od rana, jeżeli pielęgnacją nie zajmują się rodzice, albo sprawuje nadzór nad pielęgnacją wykonywaną przez rodziców.

Aby przeciwdziałać zakażeniom, pacjenci są, jeśli jest to możliwe, izolowani, albo są kohortowani tzn. pacjenci, z takim samym zakażeniem, umieszczani są w jednym boksie. Jeżeli nie ma możliwości izolacji, pilnuje się, żeby pielęgniarka, która opiekuje się pacjentem, u którego stwierdzono jakieś zakażenie, nie opiekowała się innym pacjentem. Wystarczającym zabezpieczeniem jest przestrzeganie procedur sanitarnych.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54, G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17; W. K., e-protokół, k. 454-457 – 00:23:01-00:51:31; dokumenty (procedury, instrukcje), k. 320-365).

W pozwanym Szpitalu zatrudniona jest pielęgniarka epidemiologiczna – G. W. - do której obowiązków należy nadzór nad stanem sanitarno - epidemiologicznym w placówce oraz monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych. Raz w miesiącu sporządza ona listę zakażeń szpitalnych, którą konsultuje z lekarzem prowadzącym. Jeśli, po dochodzeniu i konsultacji z lekarzem, ustalą, że dane zakażenie ma charakter zakażenia szpitalnego, to umieszcza je na liście zakażeń szpitalnych, sporządzanej raz w miesiącu. Natomiast, jeżeli dochodzenie prowadzi do wniosku, że to nie jest zakażenie szpitalne, to nie jest ono nigdzie rejestrowane.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; zeznania świadka G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17).

Przy przyjęciu dziecka do pozwanego Szpitala, nie zawsze, ale czasami są wykonywane badania na posiew, zależy to od zlecenia lekarza. Obecnie są ustalone zasady, że wykonuje się takie badania w sytuacji, kiedy pacjent przyjmowany jest z innego szpitala, umieszczany na (...)ie oraz noworodkom. W 2009 roku, nie było takich zaleceń na piśmie. Wtedy, takie badania były wykonywane, jeśli zachodziły podejrzenia infekcji, np. kiedy pacjent miał gorączkę lub miał wolne stolce.

W ramach przeprowadzanych w pozwanym Szpitalu wewnętrznych kontroli, nie stwierdzano żadnych uchybień w przestrzeganiu procedur, odnotowano zaś duże zużycie środka dezynfekcyjnego.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; zeznania świadka G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17).

W przypadku stwierdzenia zakażenia Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadza dochodzenie epidemiologiczne. Gdy zostanie ustalone np. zakażenie bakterią E. coli patogenną - taki przypadek umieszczany jest w rejestrze zgłaszania podejrzenia lub zachorowania na chorobę zakaźną.

Szpital ma obowiązek zawiadomić Sanepid, o każdym zakażeniu szpitalnym i nieszpitalnym, jeśli chodzi o biegunkę. Dotyczy to wszystkich dzieci do lat 2. Jest wtedy wypełniona karta zgłoszenia, którą wypełnia lekarz prowadzący pacjenta na danym oddziale.

W pozwanym Szpitalu jest również sporządzany rejestr comiesięcznych zakażeń szpitalnych dla całego szpitala, gdzie są wskazane oddziały, rodzaj patogenu alertowego, jednostka chorobowa. Obowiązek sporządzania wykazu zakażeń zakładowych dla Dyrektora szpitala jest raz na pół roku, a dla Sanepidu raz na rok.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17).

W przypadku powoda, w pozwanym Szpitalu, przeprowadzono dochodzenie i zostały wyhodowane bakterie E.coli nie patogenne i nie podjęto żadnych czynności przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W przypadku powoda, karta zgłoszenia nie została wypełniona. Bakteria e-coli, nie jest patogenem alarmowym, chyba, że ma oporność na antybiotyki, wtedy jest kwalifikowana jako patogen alarmowy.

(zeznania świadków: K. P., e-protokół, k. 413-417 - 00:06:54; G. W., e-protokół, k. 437-443 - 00:10:59 – 01:33:17).

Podczas pierwszego pobytu w Oddziale (...) Pozwanego Szpitala (...) nie wykazywał objawów zakażenia. U małoletniego powoda, podczas hospitalizacji w dniach 12.05-29.05.2009r., w Klinice (...) w badaniu - posiewie kału wyhodowano bakterie „E coli - szczep niepatogenny”. W tym aspekcie u powoda w przewodzie pokarmowym były obecne bakterie E.coli, lecz nie rozpoznano u powoda objawów zapalenia. Badania laboratoryjne: WBC (13 150 – 18 990 - 12 390 - 9670), Hg (8,3 g% - 8,3 - 9,5 g%), PLT (414 - 455 - 570 tys.), CRP 0,24 mg%, wskaźnik protrombinowy 112%. Z punktu widzenia chorób zakaźnych wyniki badań wskazują obok anemii na nieokreślony stan zapalny na początku hospitalizacji lecz pod koniec pobytu ww. parametry ulegały normalizacji - bez podawania dziecku antybiotyków.

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; pisemna uzupełniająca opinia biegłego W. W., k. 595-600; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

Napad drgawek u 3-miesięcznego powoda, któremu nie towarzyszyły inne cechy zapalenia, przy obecnej anemii z niejasnych powodów, który ustąpił po wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych i doraźnym podaniu Relset, bez podawania powodowi podczas 2 tygodniowego pobytu w Oddziale antybiotyków - wyklucza możliwość rozwijania się w tym okresie posocznicy.

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

Przyczyną rozpoznanej u powoda posocznicy był szczep bakteryjny Escherichia coli.

Za taką etiologią uogólnionego zakażenia (sepsis) przebiegającego z rozpoznaniem następnie zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych przemawia dodatni posiew krwi z dnia 4 czerwca 2009 r.; w posiewie tlenowym wyhodowano szczep bakteryjny Escherichia coli, szczep wrażliwy na wszystkie badane antybiotyki. Potwierdza to stan rozwijającej się wówczas posocznicy bakteryjnej. Krew do badania bakteriologicznego została pobrana w pierwszym dniu ponownej (drugiej) hospitalizacji powoda w pozwanym Szpitalu.

Inne, wykonane w dniach 4 czerwca 2009r., wyniki badań dodatkowych: gorączka do 38,8°C; WBC: 26 150 - 280 - 2590 - 2940, PLT 608 - 565-151-168 tys. Mocznik: 10-47 mg%, Wskaźnik protrombinowy 48 %, pomimo prawidłowych wartości CRP (0,27 mg%) - wskazywały na narastające objawy uogólnionego zakażenia (posocznicy). Wyniki badań świadczą o narastających objawach uogólnionego zakażenia, których wcześniej, tj. podczas pierwszego pobytu (w maju 2009r.) w Oddziale (...) nie było. Również dynamika parametrów w następnych dniach hospitalizacji powoda w czerwcu 2009r. (m.in. gwałtowne obniżenie liczby płytek krwi: z 608 tys. do 151 tys., oraz obniżenie wskaźnika protrombinowego - 48%) nie pozostawia wątpliwości, że u powoda doszło do uogólnienia zakażenia i objawów posocznicy (sepsis).

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; pisemna uzupełniająca opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 595-600; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

Do rozwoju zakażenia E. coli, które przyjęło formę posocznicy doszło u powoda w okresie kilku dni przed wystąpieniem parametrów laboratoryjnych - podczas drugiego pobytu powoda w Oddziale (...) pozwanego Szpitala. Rozwój posocznicy u powoda mógł trwać kilka dni – czyli w okresie pobytu powoda w domu. Precyzyjne jego określenie jest niemożliwe.

Posocznica ma dynamiczny charakter i ciężki stan chorego rozwija się w sytuacji załamania systemu odpornościowego szybko, czasami błyskawicznie; okres wylegania bakteryjnego zakażenia, które przebiegało w formie posocznicy z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych jest krótki, od kilkunastu godzin do kilku (3-4) dni, zaś dynamika przebiegu posocznicy u małych dzieci może być znaczna. Tak dynamiczny postęp choroby jak u powoda, jest charakterystyczny

dla tej grupy wiekowej i zwykle okres wylęgania (inkubacji) choroby jest w takich przypadkach krótki i wynosi od 1 do 3 dni.

Trudno jest jednak precyzyjnie określić jaki był dokładnie okres wylęgania (inkubacji) choroby u małoletniego powoda z nieokreślonymi niedoborami odporności. Gdyby były wyniki badań posiewowych powoda, wykonywanych codziennie, to wówczas można by uznać, że ilość danych medycznych do oceny okresu inkubacji bakterii u powoda byłaby wystarczająca do precyzyjnego określenia, kiedy doszło do zakażenia. U powoda nie było wskazań do codziennego wykonywania badań posiewowych - powód nie gorączkował podczas pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu. Ponadto wyniki badań CRP u powoda nie wskazywały na proces zapalny.

Sterydy nie były dziecku podawane, nie miałyby one wpływu na wyniki poziomu CRP, natomiast mogłyby wpłynąć na wyniki poziomu leukocytozy. W okresie pierwszej hospitalizacji powoda w pozwanym Szpitalu, nie były dziecku podawane żadne leki, którym mogłyby wpłynąć na poziom CRP.

Skoro stan zdrowia powoda, w okresie hospitalizacji w maju 2009r., uległ poprawie bez antybiotykoterapii, mimo wyhodowania niepatogenego szczepu E.coli, to oznacza, że w trakcie tego pobytu dziecka w pozwanym Szpitalu, nie wystąpiła eskalacja objawów posocznicy, w przeciwnym bowiem razie, w 10-tej lub 14 – tej dobie, wystąpiłaby pełnoobjawowa posocznica. Okres wylęgania E-coli w warunkach laboratoryjnych wynosi 3-5 dni, toteż, wyhodowanie tych bakterii w pierwszych dniach hospitalizacji dziecka, w maju 2009r., sugerowałby, że do zakażenia doszło przed przyjęciem pacjenta do Szpitala. Z kolei, gdyby do zakażenia doszło po przyjęciu powoda do Szpitala w dniu 12 maja 2009r., to drgawki, które wystąpiły u N. K. w drugiej dobie hospitalizacji, nie były by objawem zakażenia. Zważywszy na niski poziom CRP u dziecka w dniu 12 maja 2009r. i w okresie od 13.05.do 16.05. 2009r., należy wnioskować, że drgawki, jakie wystąpiły wówczas u powoda, nie były spowodowane przez zakażenie. Drgawki u niemowląt mogą być objawem różnych schorzeń, w szczególności może być to objaw, obecnych już wcześniej, zmian organicznych w OUN (wrodzonych lub pourazowych – opisywanych w wykonanym, podczas 2-giej hospitalizacji w Oddziale (...), jako malforacja naczyńniowa), mogły być spowodowane anemią (stanowiącą podstawową przyczynę hospitalizacji w Oddziale (...)), jako pierwotną przyczyną drgawek, zaś obniżenie stężenia hemoglobiny może być na tle niedoborów żelaza; związane w krwawieniem pourazowym (w przypadku powoda - ze śluzówki w jamie ustnej), oraz jako skutek pewnych infekcji wirusowych, które nie dają wyraźnych objawów zakażenia, zaś pierwszym objawem u małych dzieci może być obniżenie stężenie Hgb; taką infekcją jest zakażenie wirusem upośledzenia odporności, z tym, że u powoda nie wykonywano badań w tym kierunku.

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; pisemna uzupełniająca opinia biegłego W. W., k. 595-600; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

Trudno jest bezwzględnie ustalić, gdzie doszło do zakażenia powoda. Bakterie E. coli są to bakterie powszechnie występujące w otoczeniu człowieka, a także znajdują się w składzie flory bytującej w przewodzie pokarmowym człowieka. Niemniej, z przeprowadzonej analizy przebiegu zachorowania małoletniego powoda, większe prawdopodobieństwo uogólnionego zakażenia, a następnie posocznicy powikłanej zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, było poza Oddziałem (...), tj. po wypisaniu dziecka z Oddziału w dniu 29 maja 2009r. Brak bowiem odnotowanych przypadków zakażeń E.coli w Oddziale (...) w tym okresie 2009 r., co jest potwierdzone prawidłowym realizowaniem obowiązujących w Szpitalu procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym.

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; pisemna uzupełniająca opinia biegłego W. W., k. 595-600; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

W zestawieniach epidemiologicznych z 2009 r. nie odnotowano, aby w maju/czerwcu 2009 r. w Oddziale (...) stwierdzono u innych hospitalizowanych dzieci przypadki zakażeń bakteriami E. coli. Powyższe nie wyklucza braku ryzyka zakażenia powoda w tym Oddziale, niemniej nie ma epidemiologicznego dowodu na większe prawdopodobieństwo takiego zdarzenia. Prawdopodobieństwo zakażenia powoda E.coli było większe poza Oddziałem Szpitalnym.

Stwierdzenie u innej małej pacjentki – J. B. zakażenia innym szczepem bakteryjnym nie miało wpływu na wyhodowanie („prawdopodobieństwo zakażenia”) w posiewie krwi powoda szczepu bakteryjnego *Escherichia coli*. Zamieszczone w Zestawieniu zakażeń zakładowych w czerwcu 2009 r. trzy przypadki „zakażenia krwi” w czerwcu 2009 r. i jeden przypadek w maju 2009r, które zostały zakwalifikowane jako bakteriemia (3) i posocznica (1) były o etiologii innej niż *E.coli* ; *Pseudomonas aeruginosa* (2 przypadki), *Staphylococcus aureus* (1 przypadek) i *Enterococcus cloacae* (1 przypadek).

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; pisemna uzupełniająca opinia biegłego W. W., k. 595-600; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56)

Podczas hospitalizacji powoda w dniach 4 czerwca - 5 czerwca 2009 r. w Klinice (...) poziom CRP był niski - 0,27 mg %. Również wyniki badań CRP wykonane podczas leczenia powoda w dniach 5 czerwca – 8 czerwca 2009 r. w Klinice (...) w Ł. były stosunkowo niskie: CRP 13,50 - 17,33 mg%, podobnie jak badania CRP wykonywane podczas dalszej hospitalizacji w dniach 08.06 - 04.08.2009r w III Klinice (...); CRP 10,27 - 1,62 - 12,86 - 7,64 – 3,29 - 0,44 mg%, pomimo iż inne badania potwierdziły stan ciężkiego zakażenia bakteryjnego. Zwykle, w przypadkach sepsis, poziomy CRP są bardzo wysokie, najczęściej trzycyfrowe. Tak niskie poziomy CRP u powoda można wytłumaczyć osobniczą dysfunkcją układu odpornościowego, wynikającą z niedojrzałości wrodzonej ewentualnie z niedoborów żywieniowych lub z obecnej u dziecka anemii.

(pisemna uzupełniająca opinia biegłego W. W., k. 595-600; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56)

Pomoc rodziny w pozwanym Oddziale Szpitalnym przy karmieniu, z wykorzystaniem profesjonalnie przygotowywanych posiłków (przez poddawaną systematycznej kontroli Sanepidu kuchnię mleczną), przy pielęgnacji niemowląt - w otoczeniu stale będących w pobliżu pielęgniarek oraz przebywanie w 1-2 osobowym boksie szpitalnym, w którym codziennie przeprowadzane były, poza myciem, zabiegi dezynfekcyjne, będące regularnie przedmiotem kontroli, kontrolowane przez personel podawanie leków, czyniło warunki dla małego powoda bardziej przewidywalne i bezpieczne, jeśli chodzi o zabezpieczenie przed zakażeniami, niż 6-cio dniowy pobyt w domu pod opieką opiekunki prawnej powoda po wypisaniu z Oddziału w dniu 29 maja 2009r.

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; pisemna uzupełniająca opinia biegłego W. W., k. 595-600; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

Posocznica przebiegająca z zapaleniem opon mózgowo- rdzeniowych jest ostrym stanem infekcyjnym wywołującym wielonarządową reakcję zapalną (SIRS), która następnie może doprowadzić do niewydolności wielonarządowej (MODS) i wstrząsu septycznego. Jest to proces dynamiczny, przebiegający początkowo z obecnością drobnoustrojów (bakterii, wirusów, grzybów) we krwi chorych, zaś w późniejszej fazie choroby za ciężki stan ogólny chorego (np. wstrząs septyczny) odpowiadają uwolnione w nadmiarze tzw. mediatory zapalne, a wykonane w tym okresie badania mikrobiologiczne mogą już nie wykazać obecności we krwi bakterii, wirusów, czyli czynników sprawczych. Konsekwencją choroby mogą być uszkodzenia różnych narządów lub układów i pacjent jest kierowany do dalszej opieki do odpowiedniej poradni w zależności od rodzaju narządu (układu), który uległ uszkodzeniu, ma trwałą dysfunkcję i wymaga specjalistycznego leczenia.

U powoda z tytułu przebytej posocznicy z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych następstwa dotyczą OUN.

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

Powód podczas zachorowania na posocznicę i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych był leczony w placówce lecznictwa zamkniętego ((...)), gdzie otrzymywał antybiotyki, leki przeciwzapalne i obniżające ciśnienie śródczaszkowe bezpłatnie. Natomiast po zakończeniu leczenia przeciwbakteryjnego, leczenie następstw po przebytej posocznicy i zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych odbywało się w Poradni Neurologicznej i Rehabilitacyjnej

i wówczas ordynowanie leków pozostawało w gestii specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej, pediatrii, ewentualnie psychiatrii.

(opinia biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W., k. 554-573; ustna uzupełniająca opinia biegłego W. W., e-protokół, k. 647v-648 – 00:03:22-00:43:56).

Obecnie powód jest pod opieką babci macierzystej – S. K. (1) – która sprawuje nad nim całkowitą opiekę od momentu opuszczenia (...) w Ł.. Babcia powoda ma I grupę inwalidzką ze względu na wrodzoną wadę wzroku. Choroba uniemożliwia jej pracę przy komputerze, prowadzenie pojazdu, nie może wykonywać zawodowo precyzyjnych czynności. Do czytania potrzebuje lupy. Widzi obraz na ekranie telewizora, kiedy zbliży twarz do monitora na odległość nosa. Babcia powoda ma wszczepioną endoprotezę i nie może poruszać się samodzielnie.

S. K. (1) jako rodzina zastępcza powoda otrzymuje z tego tytułu świadczenie w wysokości 1.241 zł. miesięcznie, nadto ma przyznany zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł. miesięcznie oraz otrzymuje świadczenie w ramach programu „500 +”. Babcia powoda zatrudnia opiekunkę do pomocy. Obecnie powód jest pod stałą opieką lekarzy specjalistów, nie otrzymuje żadnych leków poza suplementami diety i witaminami.

Matka powoda w 2013 r. wyjechała za granicę, nie opiekuje się powodem, widuje go dwa razy do roku. Ojciec N. K. nie interesuje się synem. Babcia powoda wniosła przeciwko niemu pozew o zasądzenie na rzecz powoda alimentów.

(zeznania świadków: A. K., e-protokół, k. 458-463 – 01:06:09-02:09:21, S. K. (1), e-protokół, k. 656 v.-658 – 00:20:07-01:02:32).

N. K. ma obecnie skończone 7 lat, nie mówi, chodzi na dwóch nogach, nadal wymaga używania pieluch, uczęszcza do przedszkola specjalnego. Powód chodzi na rehabilitację.

(zeznania świadka S. K. (1), e-protokół, k. 656 v.-658 – 00:20:07-01:02:32).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów z dokumentów, w tym w szczególności z dokumentacji medycznej powoda, a także zeznań świadków K. P., G. W., W. K., A. K. i S. K. (1) sprawującej funkcję rodziny zastępczej dla powoda oraz opinii biegłego w dziedzinie chorób zakaźnych W. W.. Świadkowie zeznawali w sposób spójny, logiczny i w zasadzie wewnątrznie niesprzeczny przedstawiając posiadane przez siebie informacje, które wynikały z ich własnych obserwacji. W związku z tym nie było podstaw do kwestionowania w całości wiarygodności złożonych przez nich zeznań.

Za niewiarygodne Sąd uznał jednak zeznania świadka A. K. – ciotki powoda w których utrzymywała, że na Oddziale (...) w okresie hospitalizacji powoda panował brud, a także w zakresie numerów boksów w których przebywał. Powyższe bowiem pozostaje w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym w szczególności z zeznaniami pozostałych świadków – pracowników pozwanego szpitala (G. W., K. P., W. K.), sporządzonych notatek z czasu pobytu N. K. w pozwanej placówce medycznej, jak również dokumentacji w postaci protokołów pokontrolnych Sanepidu z tamtego okresu. Nadto A. K. odwiedziła powoda w szpitalu dwukrotnie w 2009r. i nie pamiętała nawet rozkładu pomieszczeń.

Sąd nie dał również wiary świadkowi S. K. (1) w części, w której, na terminie rozprawy w dniu 20 października 2016r., precyzyjnie opisała przyczynę zadrapania podniebienia powoda w maju 2009 r. Świadek wskazywała, że powód zaczął się dusić, a jego ojciec próbował go ratować i przypadkowo zadrapał go wówczas paznokciem. W pierwszej kolejności wskazać należy, że świadek, dopiero po 7 latach, podała co było przyczyną powstania krwawienia i zadrapań w jamie ustnej dziecka, podczas, gdy wcześniej, w szczególności w wywiadzie przeprowadzonym w momencie przyjęcia dziecka na Oddział (...) w dniu 12 maja 2009r., nie wspominała o takim mechanizmie powstania tego urazu. W konsekwencji, w dokumentacji medycznej powoda, przy przyjęciu odnotowano, objawy krwawienia z jamy ustnej, wywołanego niewielkim urazem w niejasnych okolicznościach w domu pacjenta, nie ma adnotacji o duszeniu się pacjenta. Gdyby zatem, babka (lub matka) powoda, w tak jasny i precyzyjny sposób opisały mechanizm powstania uszkodzenia śluzówki jamy ustnej u dziecka, informacja ta, istotna z punktu widzenia diagnozy u niemowlaka, przyjmowanego

na (...)ze z objawami krwawienia z jamy ustnej, (po rzekomym incydencie duszenia się, jak wynika z zeznań S. K.), z pewnością zostałaaby zanotowana. Ponadto, o zdarzeniu tym (duszeniu się dziecka) i interwencji ojca skutkującej powstaniem zadrapań, nie wspomina w swoich zeznaniach świadek A. K., która, z kolei, jako domniemaną przyczynę urazu w jamie ustnej powoda (jednak raczej na zasadzie domysłów, bo tak się robi), wskazuje masowanie dziąseł lub wkładanie dziecku rąk do ust przy karmieniu piersią, czemu jednak zaprzecza świadek S. K. (1).

Kluczowym dowodem w przedmiotowej sprawie z uwagi na jej specyfikę, czyli konieczność udowodnienia, bądź uprawdopodobnienia w stopniu graniczącym z pewnością, że do zakażenia powoda bakterią *Escherichia coli* doszło w pozwanym Szpitalu, jest opinia biegłych specjalistów z dziedziny chorób zakaźnych. W orzecnictwie wyraźnie wskazuje się, że opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz odróżniają ją szczególne kryteria tej oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Nie podlega ona zatem weryfikacji, jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu. Nie są miarodajne dla oceny tego dowodu niekonkurencyjne z nim oceny świadków i stron postępowania, co do faktów będących przedmiotem opinii (Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, LEX).

W toku postępowania doszło do wydania dwóch opinii przez biegłych specjalistów z dziedziny chorób zakaźnych: pierwszej, przez biegłych ad hoc dr hab. n. med. M. B. oraz dr n. med. A. D., oraz drugiej przez biegłego sądowego dr n. med. W. W.. Za podstawę poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych Sąd przyjął jedynie wnioski opinii biegłego dr n. med. W. W., albowiem biegły udzielił odpowiedzi na wszystkie zadane mu przez Sąd pytania zgodnie z posiadanymi wiadomościami specjalnymi i fachową wiedzą, przy uwzględnieniu przedstawionego mu materiału dowodowego. Analizowana opinia jest zupełna (kompletna i dokładna), komunikatywna (zrozumiała i jasna) oraz rzetelnie uzasadniona (tj. logiczna, zgodna z doświadczeniem życiowym i wskazaniem wiedzy). Nie ujawniły się także żadne powody, które osłabiłyby zaufanie do wiedzy lub bezstronności biegłego. Powtórzyć w tym miejscu należy, że opinia niepełna to taka, która nie odpowiada na wszystkie postawione pytania, nie uwzględnia istotnych dla rozstrzygnięcia wątpliwości albo nie zawiera uzasadnienia wyrażonych w niej ocen i poglądów oraz sposobu dochodzenia do nich. Takiego zarzutu nie można zasadnie postawić opinii wydanej przez biegłego W. W., bowiem kategorycznie odpowiada ona na zadane biegłemu pytania i zawiera szczegółowe uzasadnienie każdego z postawionych wniosków. Dodatkowo biegły, w pisemnej opinii uzupełniającej i ustnej opinii uzupełniającej złożonej na rozprawie w dniu 13 września 2016r., podtrzymał w całości swoje stanowisko oraz w sposób wyczerpujący wyjaśnił wątpliwości podniesione w zarzutach stawianych opinii przez stronę powodową, raz jeszcze potwierdzając, że do zakażenia N. K. szczepami bakterii *Escherichia coli* najprawdopodobniej doszło podczas pobytu małoletniego powoda poza pozwanym Szpitalem. Biegły wykazał szczegółowo, co przemawiało za wynikającą z wniosków opinii etiologią zakażenia powoda, analizując przy tym, z punktu widzenia swojej specjalności, wyniki badań powoda w czasie pierwszej i drugiej hospitalizacji w pozwanym SP ZOZ. W szczególności wyjaśnił dlaczego wykluczył możliwość występowania objawów zakażenia u powoda, w tym wiązania incydentu drgawek, jaki wystąpił w drugiej dobie - w czasie pierwszej hospitalizacji dziecka w okresie od 12 maja 2009r. do 29 maja 2009r., podając, że wskaźnik protrombinowy 112% wskazywał, że u powoda występował na początku pierwszej hospitalizacji nieokreślony stan zapalny (ale do rozwoju pełnoobjawowej posocznicy nie doszło, podczas gdy z pewnością musiałyby to nastąpić, gdyby na początku hospitalizacji dziecka w maju 2009r. doszło do zakażenia), lecz pod koniec pobytu już nie występował, parametry powoda uległy bowiem normalizacji. W sposób wszechstronny biegły dokonał również krytycznej analizy materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w tym dokumentacji medycznej – precyzyjnie wskazując na ujęte w niej fakty i z nich wyprowadził wnioski. Biegły przeanalizował w sposób dokładny i zupełny wszystkie ujęte tam zapisy, odnotowane procedury, wykluczając, z przeważającym prawdopodobieństwem, możliwość zakażenia powoda w pozwanym Szpitalu podczas jego pierwszej hospitalizacji, w świetle występujących u pacjenta objawów i wyników badań. Opinia biegłego koresponduje również z zeznaniami świadków - pracowników pozwanego szpitala (G. W., K. P., W. K.), a także dostępną dokumentacją medyczną oraz zapisami raportów pokontrolnych. Brak jest bowiem w dokumentacji Szpitala odnotowanych przypadków, w rzeczonym okresie, zakażenia tą bakterią na Oddziale

(...). Nadto wszyscy powołani wyżej świadkowie spójnie wskazywali na przestrzeganie szeregu procedur sanitarnych opracowanych w pozwanym Szpitalu, a także na sposób kontroli i odnotowywania stwierdzonych przypadków zakażenia. Załączona dokumentacja z kontroli przeprowadzonych przez instytucje zewnętrzne takie jak Sanepid, jak również wewnętrzny Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych – również korespondują z wnioskami biegłego W. W..

Zwrócenia uwagi wymaga jeszcze jedna okoliczność, a mianowicie, że biegły sądowy W. W. sporządził swoją opinię po zapoznaniu się z zastrzeżeniami obu stron do poprzedniej opinii wydanej przez biegłych ad hoc M. B. oraz A. D. i odniósł się do wysnutych przez nich wniosków wykazując, jakie kwestie biegli ci pominęli oraz jakie wysnute przez nich wnioski są nielogiczne bądź sprzeczne z fachową wiedzą medyczną.

Sąd odmówił natomiast mocy dowodowej opinii biegłych ad hoc dr hab. n. med. M. B. oraz dr n. med. A. D. mając na uwadze następujące okoliczności. Pierwsza złożona przez biegłych opinia pisemna już z samego punktu widzenia ilości załączonej do sprawy, na etapie wydania tej opinii, dokumentacji medycznej dotyczącej powoda, jest niezwykle zwięzła i lakoniczna. Biegli, wskazując podstawy wydanej opinii, ograniczyli się wyłącznie do wymienienia okresów pobytu małoletniego powoda w poszczególnych placówkach medycznych, w tym w pozwanym Szpitalu oraz przytoczeniu rozpoznania dokonanego u powoda przy każdej z hospitalizacji. Na tej podstawie, w sposób ogólny i daleki od kategoryczności, stwierdzili, że możliwe było zakażenie powoda podczas hospitalizacji w maju 2009r., nie określając jednak stopnia prawdopodobieństwa, ani nie podając konkretnych okoliczności, które miałyby świadczyć o nieprawidłowościach w sprawowaniu opieki nad małoletnim w czasie jego pierwszego pobytu w pozwanym Szpitalu. Nie odnieśli się również do innych, możliwych źródeł zakażenia, w świetle objawów obserwowanych u pacjenta przed i podczas hospitalizacji w maju 2009r., a także po opuszczeniu Szpitala w dniu 29 maja 2009r., wyników przeprowadzonych badań oraz dynamiki rozwoju procesu zakażenia występującego u powoda. Biegli nie dokonali w szczególności analizy przeprowadzonych u N. K. badań oraz ich wyników, które to dane znajdowały się w dokumentacji medycznej powoda i były dostępne dla biegłych. Tym samym, na podstawie wydanej opinii, nie sposób określić sposobu dochodzenia biegłych do przedstawionych w niej wniosków, co w zasadzie wyklucza wydaną opinię, jako dowód w sprawie. W związku z niepełnością opinii pisemnej i niemożnością w jej oparciu ustalenia okoliczności, które w ocenie biegłych dały asumpt do przyjęcia, że do zakażenia powoda mogło dojść w pozwanym Szpitalu w maju 2009 r. (bez określenia wszak stopnia prawdopodobieństwa tej możliwości), a także zgłaszanymi w tym zakresie zastrzeżeniami przez stronę pozwaną, Sąd dopuścił dowód z ustnych uzupełniających wyjaśnień biegłych do opinii pisemnej. Biegli, odpowiadając na zadawane im pytania, po raz kolejny odnosili się do jednostkowego przypadku powoda w sposób dość teoretyczny i ogólny. Skupiali się przede wszystkim na opisanu klasycznego przebiegu zakażenia bakterią *Escherichia coli* i występującą w związku z tym zakażeniem sepsą. Wysnuty wniosek dotyczący uznania, że N. K. został zakażony podczas pobytu w pozwanym Szpitalu w maju 2009r. biegli argumentowali jedynie brakiem informacji w dokumentacji medycznej powoda, która świadczyłaby o możliwości jego zakażenia w innym miejscu. Ponownie nie wskazali na żadne nieprawidłowości w przestrzeganiu procedur sanitarnych, bądź inne uchybienia w postępowaniu pracowników Szpitala, które mogłyby spowodować przeniesienie bakterii na małoletniego powoda, zakazić go i następnie wywołać poważne skutki dla jego zdrowia. W tym stanie rzeczy, sformułowane przez biegłych ad hoc wnioski, pozostają w sprzeczności z zeznaniami świadków K. P., G. W., W. K., z których wynika, że w pozwanym Szpitalu są dwie grupy pielęgniarek: zabiegowe, które zajmują się zabiegami związanymi z przerwaniem ciągłości tkanek i nie mają kontaktu z wydzielinami pacjenta, typu kał i mocz, gdyż nie zajmują się pielęgnacją pacjenta, należącą do obowiązków drugiej grupy pielęgniarek - pielęgnacyjnych.

Wobec podniesienia przez biegłych, iż ocena, czy w pozwanym Szpitalu mogło dojść do zakażenia powoda, zależy od ustalenia sposobu kontroli zakażeń szpitalnych w pozwanej jednostce medycznej, a także od stwierdzenia, czy personel Szpitala przestrzegał właściwych procedur, doszło do przeprowadzenia postępowania dowodowego, z inicjatywy obu stron procesu, na te właśnie okoliczności. Pozwany załączył do akt sprawy dokumenty dotyczące określonych przez biegłych kwestii, a ponadto doszło do przesłuchania świadków w osobach K. P., G. W. i W. K., które w czasie pierwszej hospitalizacji N. K. pracowały, jako pielęgniarki w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł. i w związku z tym miały wiedzę na temat procedur panujących na Oddziale (...), na którym przebywał powód. Sąd przeprowadził także dowód z zeznań świadka A. K. na okoliczność

sprawowania opieki nad powodem poza Szpitalem. Zgromadzony w ten sposób materiał dowodowy w znacznie szerszym zakresie pozwalał na sformułowanie oceny stopnia prawdopodobieństwa zakażenia powoda w pozwanym Szpitalu w kontekście podnoszonych uprzednio przez biegłych okoliczności, w myśl których, ustalenie to wymagało, poznania przestrzegania określonych procedur higieniczno-sanitarnych w pozwanej placówce medycznej. Tym samym Sąd dopuścił dowód z pisemnej opinii uzupełniającej biegłych ad hoc na okoliczność przyczyny wystąpienia sepsy u powoda, którym zlecił po zapoznaniu się z uzupełnionym materiałem dowodowym uzupełnienie opinii przez wskazanie stopnia prawdopodobieństwa możliwości zakażenia powoda bakterią E. coli podczas hospitalizacji w pozwanej placówce służby zdrowia, ewentualnie czy istnieje inne (równie lub bardziej prawdopodobne) źródło zakażenia dziecka, biorąc pod uwagę okres wylegania choroby, pojawienie się objawów, jego przebieg i skutki, a także istniejące w pozwanym Szpitalu procedury przestrzegania reżimów sanitarnych i przeciwdziałania zakażeniom. Biegli w złożonej pisemnej opinii uzupełniającej sformułowali wnioski wewnętrznie sprzeczne i niezgodne z zasadami logiki oraz doświadczenia życiowego, a mianowicie stwierdzili, że procedury dotyczące różnych aspektów kontroli zakażeń szpitalnych funkcjonujące w 2009r. w pozwanej placówce medycznej były właściwe i zapewniały odpowiednią ochronę przed zaistnieniem zakażeń szpitalnych, a także, iż kontrole przeprowadzone przez Inspekcję Sanitarną nie wykazały uchybień, a jednocześnie wskazali, że prawdopodobieństwo zakażenia powoda bakterią E. Coli podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu było dość duże. Te dwie okoliczności w zasadzie wykluczają się wzajemnie, w sytuacji, gdy nie są poparte żadnymi argumentami wywodzonymi z faktów uznanych za dowiedzione lub wiedzy specjalnej z zakresu etiologii zakażeń i dynamiki rozwoju oraz przebiegu procesu zapalnego u noworodka. Argumentując swoje stanowisko biegli podnieśli, że do zakażenia doszło z powodu „cedowania przez personel medyczny różnych czynności przy chorych niemowlętach na rzecz członków rodziny”. W pierwszej kolejności podkreślić należy, że wysnute przez biegłych wnioski nie mają żadnego oparcia w fachowej wiedzy dotyczącej chorób zakaźnych, stanowią czystą spekulację, wynikającą z subiektywnej oceny biegłych jakoby „personel szpitala winien być świadomy, że osoby takie jak matka i babka powoda mogą popełnić błędy skutkujące zwiększonym ryzykiem różnych skutków, w tym również zakażenia szpitalnego, a to dlatego, iż nastoletnia matka niezbyt radziła sobie z opieką nad dzieckiem, a babka, jako osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym z powodu schorzenia wzroku była osobą roszczeniową i nie słuchała poleceń personelu szpitala”. Co więcej, wnioski te cechuje nielogiczność, bowiem, jeśli przyjąć, że źródłem zakażenia (do którego mogło dojść w Szpitalu w maju 2009r.) były zaniedbania (nieprawidłowości) pielęgnacyjne podczas wykonywania tych czynności przez opiekunów dziecka w okresie jego hospitalizacji na Oddziale (...), to bez wątpienia, te same zagrożenia istniały (z większym nasileniem) w okresie pobytu dziecka w domu rodzinnym, gdzie wyłączną opiekę nad noworodkiem sprawowały te same osoby, tj. nastoletnia matka oraz niepełnosprawna babka, która, jeśli nie stosowała się do poleceń personelu Szpitala, to tym bardziej mogła dopuszczać się nieprawidłowości pielęgnacyjnych w domu, gdzie nie była przez nikogo nadzorowana. Powołana opinia w żadnym stopniu nie może zatem stanowić podstawy poczynionych przez Sąd ustaleń faktycznych w sprawie, gdyż nie zawiera analizy materiału dowodowego w kontekście wiadomości specjalnych biegłych. Po raz kolejny biegli nie wypowiedzieli się w żaden sposób co do wyników przeprowadzonych u powoda badań wynikających z załączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej, nie odpowiedzieli także na zadane im przez Sąd pytania dotyczące źródła zakażenia dziecka przy uwzględnieniu okresu wylegania choroby i pojawienia się jej objawów. W tym stanie rzeczy opinię biegłych ad hoc dr hab. n. med. M. B. oraz dr n. med. A. D. jako niepełną, niespójną i nie będącą wynikiem analizy zgromadzonego materiału dowodowego pod względem fachowej wiedzy z dziedziny chorób zakaźnych, Sąd w całości uznał za nieprzydatną do celów dowodowych.

Na rozprawie w dniu 13 września 2016 roku Sąd oddalił wniosek dowodowy pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego do spraw chorób zakaźnych, albowiem wobec braku wątpliwości co do drugiej opinii nie ma podstaw do wydawania kolejnej. W swym wniosku pełnomocnik wskazał, że okoliczności sprawy nie są do końca wyjaśnione, gdyż pierwsza opinia wydana w sprawie stwierdzająca, że do zakażenia doszło podczas pobytu powoda w pozwanym Szpitalu nie została skutecznie zakwestionowana, podczas gdy w drugiej opinii biegły nie wykluczył szpitalnej etiologii zakażenia, ale jako bardziej prawdopodobne określił zakażenie powoda w domu, co powoduje, że w sprawie występują dwie wykluczające się opinie. Wbrew twierdzeniom wnioskującego wydanie w jednym postępowaniu dwóch opinii przez biegłych, których wnioski nie są tożsame nie daje podstawy do dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego. Pamiętać bowiem należy, że każda z wydanych opinii ma równorzędną wagę i podlega ocenie dokonanej w świetle art. 233 § 1 k.p.c. W ocenie Sądu sporządzona przez biegłego dr n. med. W. W.

opinia, jako jasna, rzeczowa, należyte uzasadniona oraz dwukrotnie wyczerpująco uzupełniana (ustnie i pisemnie) była wystarczająca dla ustalenia stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie. Zauważyć należy, że nie można przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z opinii kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. W świetle art. 286 k.p.c. sąd ma obowiązek zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wówczas gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie nie wyjaśnia istotnych okoliczności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 roku, sygn. akt II CR 817/73, Lex nr 7404). Stanowisko to w pełni akceptuje Sąd, nie widząc potrzeby powoływania kolejnego biegłego, mając na względzie jasność i logiczność złożonej opinii przez biegłego W. W.. Pełnomocnik powoda nie sformułował żadnych merytorycznych zarzutów do sporządzonej przez biegłego opinii, a jedynie skupił się na istnieniu odmiennych wniosków zawartych w opiniach sporządzonych przez dwóch różnych biegłych w sprawie. Nie można przy tym pominąć, że biegły W. W. w sposób szczegółowy, logiczny i kompetentny odpowiadał na pytania oraz wyjaśnił wątpliwości do swojej opinii zgłoszone przez pełnomocnika powoda.

Na rozprawie w dniu 20 października 2016 roku Sąd oddalił ponowny wniosek dowodowy strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego lekarza z innego ośrodka lub instytutu na te same okoliczności uznając ten wniosek za spóźniony w świetle art. 207 § 6 k.p.c., a także merytorycznie nieuzasadniony. Jak zostało to już powyżej wskazane opinia biegłego sądowego W. W. jest przekonująca i dostatecznie wyjaśnia zagadnienie stanowiące przedmiot rozpoznania w niniejszej sprawie, a zatem nie ma podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego na te same okoliczności. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego nie jest uzasadniony wniosek strony o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategorierna i przekonująca, że w sposób wystarczający wyjaśnia zagadnienie wymagające wiadomości specjalnych (orzeczenie z dnia 21.11.1974 r., II CR 638/74, OSPiKA z 1975 r., nr 5, poz. 108). Ponadto - zgodnie z orzecznictwem i doktryną - strona nie może skutecznie wnosić o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego tej samej specjalności tylko dlatego, że wydana opinia nie jest dla niej korzystna (tak m. in. SN w orzeczeniach z dnia 15.02.1974 r., II CR 817/73, niepublikowane oraz z dnia 18.02.1974 r., II CR 5/74, Biuletyn Sądu Najwyższego z 1974 r., nr 4, poz. 64, Tadeusz Erciński, Jacek Gudowski oraz Maria Jędrzejewska w Komentarzu do Kodeksu Postępowania Cywilnego Część Pierwsza, Postępowanie Rozpoznawcze, Tom I, str. 438-439). Pełnomocnik powoda złożył przy tym tożsamy wniosek, co w toku rozprawy w dniu 13 września 2016 roku, który to wniosek został już przez sąd oddalony i co do którego nie zgłoszono zastrzeżenia do protokołu w trybie art. 162 k.p.c.

Sąd, wobec wyników przeprowadzonego postępowania dowodowego tj. nieudowodnienia, a nawet nieuprawdopodobnienia w wysokim stopniu, że do zakażenia powoda bakterią E. coli doszło w pozwanym Szpitalu, oddalił wnioski dowodowe strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych lekarzy: pediatry, neurologa i specjalisty ds. rehabilitacji. Wobec nie przesądzenia zasady odpowiedzialności pozwanego bezprzedmiotowe jest bowiem badanie wysokości i zakresu następstw przebytej przez N. K. choroby.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo, jako nieudowodnione, podlegało w całości oddaleniu.

W przedmiotowej sprawie powód dochodził odszkodowania, zadośćuczynienia oraz renty od pozwanego Szpitala na podstawie 430 k.c., statuującego odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego brzmienia, 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 powierzonych jej czynności. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem - szkoda wyrządzona osobie trzeciej.

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).

Zatem przyjęcie odpowiedzialności strony pozwanej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż członek personelu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego. Na powódzie spoczywał zatem ciężar wykazania, iż do zakażenia bakterią *Escherichia coli* doszło podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia, wskutek popełnionych zaniedbań, bądź w wyniku tzw. "winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, tj. nie narażenia na zakażenie chorobą (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, PiM 1999/3/133; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., I ACr 254/92, OSA 1993/3/21).

Według koncepcji winy, przyjętej w kodeksie cywilnym, łączy ona w sobie element obiektywny z subiektywnym. Pierwszy z nich oznacza niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa bądź naruszające obowiązujące reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego, bądź sprzecznego, z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element subiektywny winy wyraża się w nastawieniu psychicznym sprawcy szkody, przejawiającym się w postaci umyślności lub nieumyślności. W zakresie dotyczącym techniki medycznej może ona wyrażać się w niewiedzy lekarza, czy personelu medycznego, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Nie może ulegać wątpliwości, iż obowiązkiem lekarza i całego personelu placówki medycznej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu pacjenta, z uwzględnieniem cech każdego indywidualnego przypadku. Podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej, także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może się więc przejawiać w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Bez znaczenia jest przy tym, który z pracowników szpitala dopuścił się niedbalstwa, gdyż przyjmowana jest w takim wypadku reguła winy anonimowej. Brak należytej staranności personelu pacjent musi udowodnić. Ustalenia w tym zakresie mogą być przy tym oparte na notoryjności (art. 228 k.p.c.), przyznaniu (art. 229, 230 k.p.c.), a nawet domniemaniu faktycznym (art. 231 k.p.c.).

W rozpoznawanej sprawie na szczególną uwagę zasługiwała właśnie jej specyfika przejawiająca się w tym, że należała do kategorii tzw. procesów medycznych. W orzecznictwie i doktrynie wyrażane jest bowiem zapatrywanie, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia stanu zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). W procesach lekarskich, sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lipca 1974 r., II CR 415/74). W pełni racjonalne pozostaje zresztą założenie, które przyświeca tej zasadzie, gdyż w tego rodzaju sprawach na ogół nie jest praktycznie możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia. W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (V CKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a zakażeniem pozwala przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Nie można bowiem stawiać przed pacjentem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu. W tego rodzaju sprawach szczególnego znaczenia nabiera instytucja domniemania faktycznego uregulowanego w art. 231 k.p.c. Możliwość skorzystania z tego rodzaju domniemania aktualizuje się wówczas, gdy ustalenie niewątpliwych faktów daje podstawę do przeprowadzenia

rozumowania oceniającego, czy stopień prawdopodobieństwa zaistnienia faktu będącego skutkiem domniemania jest tak duży, jak duży jest stopień prawdopodobieństwa, że nie zachodziły okoliczności wykluczające zaistnienie tego faktu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 187000).

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy należało stwierdzić, iż rolą powoda było wykazanie istnienia takich okoliczności, w świetle których można przyjąć, że zachodzi dostatecznie wysoki (wystarczająco wysoki, wysoki, graniczący z pewnością, jak różnie ujmuje się to w kolejnych judykatach) stopień prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem go bakteriami *Escherichia coli* a pobytem w maju 2009r. na Oddziale (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.. Natomiast „obrona” przez stronę przeciwną polega w takim przypadku na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998 r., II KKN 625/97, PiM 1999/3/130, poz. LEX nr 50227).

W przedmiotowej sprawie przeprowadzone postępowanie dowodowe nie wykazało, aby na jakimkolwiek etapie leczenia N. K. w pozwanej placówce służby zdrowia doszło do nieprawidłowości lub innych uchybień, które mogłyby skutkować narażeniem go na zakażenie szpitalne. Przede wszystkim w czasie pobytu powoda w SP ZOZ Szpitala (...) Medycznego w Ł. obowiązywały procedury postępowania sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego m.in. takie jak plan higieny i dezynfekcji, instrukcja higienicznego mycia i odkażania rąk, zasady stosowania rękawiczek lateksowych jednorazowego użytku, instrukcja pobierania krwi do badań laboratoryjnych, instrukcja odsysania wydzieliny z górnych dróg oddechowych, czy instrukcja zakładania wkłuc dożylnych. W przypadku każdego z tych dokumentów szczegółowo opisującego modelowy sposób postępowania przy wykonywaniu określonych czynności zabiegowych, medycznych bądź higienicznych pracownik każdego oddziału potwierdzał własnoręcznym podpisem otrzymanie każdej z procedur. W świetle poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych, przestrzeganie istniejących procedur i kontrola stosowania się do nich przez pracowników, była sprawowana przez siostrę oddziałową. Przestrzeganie procedur potwierdzają przy tym wyniki dwóch kontroli interwencyjnych przeprowadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ł. w dniach 20 lutego 2009r. i 29 września 2009r., w których uznano, że stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i urządzeń Oddziału (...) nie budzi zastrzeżeń, a zabezpieczenie przeciwepidemiczne, zaopatrzenie w środki czystości oraz do ochrony osobistej i postępowanie z odpadami medycznymi jest prawidłowe. W trakcie inspekcji pobrano również wymazy czystościowe, które po zbadaniu w laboratorium nie wykazały istnienia bakterii mogących wywołać zakażenie u powoda. Dodatkowo w sposób pośredni na stosowanie się personelu medycznego na Oddziale (...) do wdrożonych procedur świadczy duże zużycie środka dezynfekującego.

Odnosząc się do kolejnej kwestii, czyli przebywania przez N. K. w maju 2009r. w jednym boksie z dzieckiem zakażonym bakteriami *Escherichia coli*, wskazać trzeba, że dowody przeprowadzone w sprawie nie wykazały, aby taka sytuacja miała miejsce. W pierwszej kolejności podnieść należy, że w pozwanym Szpitalu, w czasie pobytu powoda w maju 2009 r., a także obecnie, funkcjonował Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, którego zadaniem jest stała obserwacja występowania określonych bakterii pod kątem wywołania zakażenia szpitalnego, jak również przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego, w razie stwierdzenia zakażenia, w celu ustalenia pochodzenia bakterii oraz przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się zakażenia i ewentualnego wdrożenia procedur na przyszłość, zapobiegających występowaniu takich przypadków. Przewodnicząca Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych obowiązana jest ona do zgłoszenia każdego przypadku posocznicy do Sanepidu, a także do wpisania w rejestrze zgłaszania podejrzenia lub zachorowania na chorobę zakaźną i wystąpienia u danego chorego patogenu alarmowego. W czasie pierwszego pobytu powoda w pozwanej placówce służby zdrowia nie było przypadku posocznicy na tym samym Oddziale, zaś w innym boksie przebywał tylko jeden pacjent, u którego w posiewie moczu wykryto bakterie *E.coli*, przy czym w jego przypadku była to bakteria nie patogenna, a zatem niestanowiąca patogenu alarmowego, który wymagałby zarejestrowania. Co istotne u dziecka tego wdrożono leczenie antybiotykowe, które w ciągu dwóch dni wyeliminowało bakterię z jego organizmu. Takie samo badanie przeprowadzono również (rutynowo) u powoda, u którego wykryto bakterię *E.coli* o charakterze nie patogennym i w związku z tym nie podjęto żadnych działań medycznych, bowiem

występowanie tego typu bakterii jest zjawiskiem normalnym. Oznacza bowiem, że w przewodzie pokarmowym powoda były obecne bakterie *E.coli*, ale nie powodowały one występowania stanu zapalnego. W 2009r. w pozwanym Szpitalu na Oddziale (...) nie zarejestrowano żadnych zakażeń szpitalnych. W całej zaś placówce medycznej w tym czasie nie było zakażeń o etiologii *Escherichia coli*, bowiem jedyna pacjentka J. B., co do której zgłoszono podejrzenie posocznicy w dniu 1 czerwca 2009r. po pierwsze przebywała na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, a zatem poza Oddziałem (...), a ponadto wyhodowano u niej szczep bakteryjny *Enterobacter cloacae*, a zatem inny niż występujący u powoda. Tym samym brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że N. K. miał styczność z innym pacjentem zarażonym szczepem bakterii, który wywołał u niego sepsę, a także, że do przeniesienia tej bakterii doszło przez personel medyczny, gdyż nie miał on styczności z zakażonymi pacjentami.

Kolejną okolicznością zmniejszającą prawdopodobieństwo uznania, że do zakażenia powoda doszło podczas pobytu w pozwanym Szpitalu w maju 2009r. jest fakt, że na Oddziale (...) istnieje podział obowiązków pomiędzy pielęgniarkami. Tylko jedna z nich jest tzw. pielęgniarką zabiegową, co oznacza, że zajmuje się czynnościami związanymi z przerwaniem ciągłości tkanek. Zobowiązana jest ona do stosowania przy każdym zabiegu jednorazowych rękawiczek i nie wykonuje żadnych czynności pielęgnacyjnych nad pacjentem takich jak przewijanie, kąpiel, inhalacja. Pielęgniarka zabiegowa nie ma zatem kontaktu z wydzielinami pacjenta, typu kał i mocz. Dzięki takiemu podziałowi zadań znacznie zmniejsza się ryzyko przenoszenia bakterii pomiędzy chorymi. Dodatkowo, po wykonaniu jakiegokolwiek czynności pielęgnacyjnej u danego pacjenta, konieczne jest umycie i zdezynfekowanie rąk, przed przystąpieniem do zabiegów u kolejnego.

W świetle zgromadzonego materiału dowodowego nie ma też żadnych podstaw do przyjęcia, że do zakażenia powoda doszło podczas jego pobytu w pozwanym Szpitalu w maju 2009r. poprzez dopuszczenie przez personel sprawowania nad nim opieki przez członków jego rodziny. Nie ulega wątpliwości, że w sprawie wykazano, iż matka powoda – E. K., a także jego babka macierzysta – S. K. (1) dopuszczały się pewnych zaniedbań i nieprawidłowości w zajmowaniu się małoletnim, ale w trakcie jego hospitalizacji w dniach od 12 do 29 maja 2009r., jeżeli podejmowały się wykonywania określonych czynności pielęgnacyjnych wobec dziecka, to były w pełni nadzorowane przez personel Szpitala. O przestrzeganiu wszelkich zaleceń medycznych zeznawała sama S. K. (1), która wskazała, że powoda kąpał wyłącznie personel i robił to poza boksem, w którym leżał małoletni. Pobieranie krwi odbywało się na sali, ale zawsze w rękawiczkach. Karmieniem zajmowała się pielęgniarka, matka dziecka albo świadek, przy czym pokarm przygotowywany był przez pracowników pozwanego. Jedynie przewijanie wykonywane było głównie przez S. K. (1), ale zgodnie z zaleceniami personelu medycznego świadek wielokrotnie myła ręce i odkażała je spirytusem. Okoliczności te potwierdzają zeznania świadka W. K., która podała, że każda pielęgniarka odpowiada za 2-3 boksy na Oddziale i albo samodzielnie pielęgnuje dziecko, albo sprawuje nadzór nad pielęgnacją sprawowaną przez opiekunów dziecka. W przypadku powoda, gdy odwiedzały go matka lub babka, pielęgniarki pomagały im w czynnościach pielęgnacyjnych, bądź kontrolowały sposób ich wykonania. Tym samym nie można zarzucić stronie pozwanej jakichkolwiek zaniedbań związanych z dopuszczeniem do pielęgnacji małoletniego przez jego rodzinę. Nie może przy tym budzić wątpliwości, że, w obecnym stanie wiedzy medycznej, właściwym i zgodnym z dobrem dziecka, z uwagi na oddziaływanie terapeutyczne, jest dopuszczenie najbliższych członków rodziny do sprawowania nad nim bezpośredniej i osobistej pieczy podczas jego pobytu w szpitalu, oczywiście przy nadzorowaniu opiekunów nad sposobem wykonywania czynności pielęgnacyjnych, a także po odpowiednim przeszkoleniu ich w zakresie procedur sanitarno-higienicznych. Wszystkie te warunki zostały spełnione w przypadku powoda. Dodatkowo pomoc rodziny w oddziale szpitalnym przy karmieniu, z wykorzystaniem profesjonalnie przygotowanych posiłków, przez poddawaną systematycznej kontroli Sanepidu kuchnię mleczną, przy pielęgnacji niemowląt w otoczeniu stale będących w pobliżu pielęgniarek, oraz przebywanie w 1-2 osobowym boksie szpitalnym, w którym codziennie przeprowadzane były, poza myciem, zabiegi dezynfekcyjne, będące przedmiotem regularnej kontroli, wreszcie kontrolowane przez personel podawanie leków, czyniło warunki dla małoletniego powoda bardziej przewidywalne i bezpieczne, jeśli chodzi o zabezpieczenie przed zakażeniami niż pobyt u opiekunki prawnej.

W tym miejscu konieczne jest odniesienie się do ujawnionych w trakcie przeprowadzonego postępowania dowodowego okoliczności związanych ze stanem zdrowia opiekunki prawnej powoda, a także sposobem sprawowania

opieki nad małoletnim poza placówką szpitalną. N. K. po urodzeniu pozostawał pod bezpośrednią pieczę swojej 17-letniej matki E. K. oraz ojca, przy czym cały czas obecna była przy nim babka macierzysta S. K. (1), która przyznała, że rodzice powoda mieszkali razem z dzieckiem, ale faktyczną opiekę nad niemowlęciem sprawowała ona, przy pomocy rodziców chłopca, gdyż nie miała zaufania do młodych. To świadek czuwała przy małoletnim nocami, gdy miał kolki, a także przebywała z nim podczas pobytu w szpitalu w maju 2009r. W tym czasie do placówki medycznej przychodziła również matka małoletniego, ale w trakcie wizyt rodziny dochodziło do konfliktów pomiędzy matką powoda, a jego babką. Co istotne postanowieniem z dnia 29 maja 2009r. Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, (...) Wydziału Rodzinnego i Nieletnich w sprawie o sygn. akt (...) R Nsm 279/09 ustanowiono opiekę dla małoletniego N. K. i powierzono obowiązki opiekuna S. K. (1) – babci macierzystej powoda. Okoliczność ta potwierdza, że miały miejsce poważne uchybienia w sprawowaniu opieki nad dzieckiem przez jego rodziców i w związku z tym konieczna była interwencja w tej sprawie przez sąd rodzinny, w celu zabezpieczenia interesu małoletniego. Jak wynika z przeprowadzonego postępowania dowodowego, po opuszczeniu przez N. K. pozwanego Szpitala w dniu 29 maja 2009r., opiekę nad nim sprawowała S. K. (1) i to ona podejmowała wobec niego wszelkie czynności pielęgnacyjne. Nie umniejszając zaangażowania i poświęcenia babki macierzystej powoda, która przyjęła na siebie trud wychowania i opieki nad wnukiem, nie można nie zwrócić uwagi na jej stan zdrowia i mogące wiązać się z tym problemy w codziennym funkcjonowaniu. S. K. (1) ma bowiem I grupę inwalidzką ze względu na wrodzoną wadę wzroku. Jak sama zeznała widzi obraz jedynie, gdy „dotyka nosem telewizora”. Nie może pracować na komputerze, prowadzić pojazdu, wykonywać precyzyjnych czynności. Dodatkowo pielęgniarki pracujące na Oddziale (...) pozwanego Szpitala w czasie pobytu N. K. w maju 2009 r. zauważyły, że babka powoda podawała dziecku witaminę D3 w kroplach bezpośrednio do buzi przy każdym karmieniu, co jest postępowaniem nieprawidłowym, gdyż nie ma możliwości prawidłowego odmierzenia kropli i dziecko może dostać większą ilość, niż zalecana. U N. K. po przeprowadzonych badaniach stwierdzono podwyższony poziom witaminy D3. W tym stanie rzeczy należało uznać, że pozostawienie 3-miesięcznego dziecka, po wypisaniu ze szpitala, pod opieką słabowidzącej osoby, która miała zapewnić powodowi przygotowywanie posiłków, podawanie leków i wszystkie zabiegi pielęgnacyjne budzi wątpliwości co do prawidłowego wykonania tych czynności. Stopień, w jakim S. K. (1) nie widzi, w świetle doświadczenia życiowego, przemawia za przyjęciem, że w celu wykonania szeregu czynności przy niemowlęciu zmuszona była ona do pomagania sobie innymi zmysłami, w tym w szczególności dotykiem. Wysoce prawdopodobne jest zatem, że aby podać powodowi leki, bądź jedzenie, opiekunka prawna dotykała jego twarzy w celu wymacania jamy ustnej. W czasie tych działań mogło dojść do włożenia palców przez babkę powoda do jego ust. To z kolei może spowodować przeniesienie bakterii. Nie można również pominąć, że N. K. trafił w dniu 12 maja 2009r. do Oddziału (...)u z objawami krwawienia z jamy ustnej wywołanego niewielkim urazem, powstałym w niejasnych okolicznościach, w domu. W rozpoznaniu wstępnym odnotowano: podejrzenie krwawienia z gardła. Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie dał jasnej odpowiedzi, co do przyczyn powstania urazu, niemniej bez wątpienia do wystąpienia zadrapań doszło podczas pobytu dziecka poza placówką medyczną, co prowadzi do wniosku, że powstały one w mechanizmie sprawowania opieki nad dzieckiem przez jego bezpośrednich opiekunów, do których należała przede wszystkim niepełnosprawna babka, z poważną wadą wzroku, która bez wątpienia musiała polegać na zmyśle dotyku podczas wszystkich czynności obsługowych przy niemowlęciu, podczas, gdy wykonywanie wszelkich zabiegów polegających na wkładaniu do jamy ustnej 3-miesięcznego niemowlęcia palców niesie realne ryzyko zakażenia bakteryjnego.

Ostatnią kwestią wymagającą rozważenia w kontekście prawdopodobieństwa zakażenia powoda w pozwanym Szpitalu w maju 2009r. jest ocena przeprowadzonych wtedy u niego badań, przebiegu leczenia i stanu, w jakim znajdował się on w dniu wypisu. Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe wykazało, że dziecko zostało wypisane z Oddziału (...) pozwanego Szpitala w dniu 29 maja 2009r. w stanie ogólnym dobrym, po ok. dwutygodniowym pobycie w związku z niedokrwiistością prawdopodobnie, związaną z krwawieniem z jamy ustnej, po niewielkim urazie w jamie ustnej. Podczas tego pobytu zaobserwowano u małoletniego drgawki, które ustąpiły po wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych, a wykonane w dniach 12-16 maja 2009r. badania laboratoryjne nie wykazały objawów uogólnionego zakażenia. Powód wówczas nie gorączkował, a tylko dwukrotnie odnotowano u niego stan podgorączkowy. Dalszych badań nie wykonywano, gdyż stan dziecka był dobry i nie było ku temu wskazań. Małoletniemu nie podawano wtedy żadnych antybiotyków ani sterydów, które mogłyby chwilowo zataić objawy występującego zakażenia. W tych okolicznościach nie sposób uznać, aby powód był zakażony bakterią w czasie pierwszego pobytu w pozwanej

placówce medycznej. Tym bardziej, że posocznica ma dynamiczny charakter i ciężki stan chorego rozwija się w sytuacji załamania jego systemu odpornościowego szybko, a czasami błyskawicznie. Okres wylegania bakteryjnego zakażenia *Escherichia coli*, które przebiega w formie posocznicy z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych jest krótki, od kilkunastu godzin do kilku (3-4) dni, zaś dynamika przebiegu posocznicy u małych dzieci może być znaczna. Biorąc pod uwagę te okoliczności tj. wypisanie powoda z pozwanego Szpitala w dniu 29 maja 2009r., bez jakichkolwiek objawów wskazujących na zakażenie, a następnie przyjęcie go ponownie na Oddział w dniu 4 czerwca 2009r. i po przeprowadzonym badaniu posiewowym krwi stwierdzenie u dziecka *Escherichia coli* przyjąć należy, że, zważywszy na okres wylegania zakażenia, stopień prawdopodobieństwa zakażenia powoda w pozwanym Szpitalu jest mniejszy niż poza nim, tym bardziej, jeśli uwzględni się sposób sprawowania opieki nad małoletnim w szpitalu oraz w domu, co zostało powyżej szczegółowo rozważone. Pomiędzy pierwszym a drugim pobytem N. K. w pozwanym Szpitalu minęło 6 dób, podczas których bezpośrednią opiekę nad nim sprawowała S. K. (1), bez niczyjej kontroli ani pomocy. Powyższe prowadzi do wniosku, że większe prawdopodobieństwo źródeł spowodowania uogólnionego zakażenia, a następnie posocznicy powikłanej zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, wystąpiło poza Oddziałem (...) pozwanego Szpitala, co dodatkowo potwierdza brak odnotowanych przypadków zakażeń *E.coli* w Oddziale (...) w okresie hospitalizacji powoda, i świadczy o prawidłowym realizowaniu, obowiązujących w pozwanym Szpitalu, procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym.

Reasumując, w ocenie Sądu, choć brak jest możliwości jednoznacznego określenia, gdzie i kiedy doszło do zakażenia N. K. bakterią *Escherichia coli*, która spowodowała wystąpienie u niego posocznicy, zasadne jest jednak, w świetle całości zgromadzonego materiału dowodowego, stwierdzenie, że istnieje niski stopień prawdopodobieństwa, aby nastąpiło ono w czasie pobytu małoletniego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznego w Ł.. Skoro zatem nie doszło do wykazania, że pozwany Szpital jest sprawcą szkody, powództwo, jako nieudowodnione należało oddalić. Jeszcze raz bowiem podkreślić należy, że przyjęcie związku przyczynowego między pobytem pacjenta w szpitalu a doznany zakażeniem możliwe jest przy ustaleniu prawdopodobieństwa wysokiego stopnia.

Sąd na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanego kosztów sądowych. Zgodnie z treścią tego przepisu w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Taki szczególnie uzasadniony wypadek zachodzi w przedmiotowej sprawie, albowiem powód ma obecnie 7 lat, nie uzyskuje żadnych dochodów ani nie ma własnego majątku. Pozostaje przy tym na utrzymaniu babki macierzystej, która jest rencistką, a z racji pełnienia funkcji rodziny zastępczej otrzymuje kwotę 1.241 zł miesięcznie. Uzyskuje też zasiłek pielęgnacyjny na małoletniego w kwocie 153 zł oraz świadczenie z programu „500+”. Pieniądze te są jednak w pełni wydatkowane na potrzeby powoda, który wymaga rehabilitacji i stałej opieki. Zasady słuszności i sytuacja majątkowa powoda przemawiają za nieobciążaniem go obowiązkiem zwrotu kosztów sądowych. Co do kosztów wynagrodzenia profesjonalnych pełnomocników strony pozwanej oraz interwenienta ubocznego to w toku rozprawy w dniu 20 października 2016 r. oświadczyli oni, że nie wnoszą o ich zasądzenie. Sąd zatem nie rozstrzygał o tych kosztach.

Na podstawie art. 84 ust. 1 i 2 w zw. z art. 80 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2016.623 j.t. z dnia 2016.05.05) mając na uwadze, że w toku postępowania zostały pobrane od pozwanego oraz interwenienta ubocznego zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłych, które nie zostały w całości wykorzystane, Sąd nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. kwotę 245,70 zł, zaś na rzecz (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 303,44 zł.

Z/

Odpis uzasadnienia wraz z odpisem wyroku doręczyć powodowi przez pełnomocnika.

2016/11/28