

Sygnatura akt III C 656/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

S., dnia 12 maja 2021 r.

Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie III Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodnicząca: sędzia Grażyna Sienicka

Protokolantka: sekretarz sądowy Anna Śmielińska

po rozpoznaniu w dniu 12 maja 2021r.

w S. na rozprawie

sprawy z powództwa B. Ż.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w S.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. odstępuje od obciążania powódki B. Ż. kosztami postępowania;
3. przyznaje radcy prawnemu A. K. od Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie kwotę 4 428 (czterech tysięcy czterystu dwudziestu ośmiu) złotych tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce B. Ż. z urzędu.

Sędzia Grażyna Sienicka

Sygn. akt III C 656/18

UZASADNIENIE

w postępowaniu zwykłym

Pismem z dnia 18 stycznia 2018r. roku B. Ż. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) w S. kwoty 55 000 złotych tytułem zadośćuczynienia, ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość oraz obciążenie przeciwnika kosztami procesu.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że podczas czynności medycznych w jednostce pozwanego szpitala została zakażona drobnoustrojem E. coli (...)+, co skutkuje pogorszeniem jej stanu zdrowia i szeregiem uciążliwych dolegliwości o charakterze nieuleczalnym.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniosł o oddalenie powództwa i obciążenie powódki kosztami postępowania. W uzasadnieniu swojego stanowiska kwestionował żądanie pozwu w całości i wywodził, że powódka nie wykazała związku przyczynowego między działalnością pozwanego a zakażeniem, będącym podstawą żądania pozwu.

Postanowieniem z dnia 8 listopada 2017 Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w S. w sprawie III Co 294/17 zwolnił B. Ż. od kosztów sądowych w całości

w sprawie z powództwa B. Ż. przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) PUM w S. o zapłatę i ustanowił dla niej pełnomocnika z urzędu.

Stan faktyczny.

B. Ż. od dzieciństwa cierpi na dolegliwości ze strony układu moczowego. Pozostawała z tego powodu pod stałą opieką lekarską i korzystała ze świadczeń (...) Publicznego Szpitala (...) w S.

Niesporne.

B. Ż. cierpiała na objawy dysfunkcji układu moczowego już w dzieciństwie.

W 2002 roku wykonano u niej biopsję nerki. W 2012 roku była leczona z powodu krwimocz, zwężenia cewki moczowej, podejrzenia guza pęcherza moczowego, wykonywano u niej dylatację cewki moczowej, biopsje śluzówki pęcherza. W 2015 roku była leczona z powodu zapalenia okolicy trójkąta pęcherza moczowego, wykonano u niej cystoskopię, badanie histopatologiczne, z moczu - wyizolowano E. coli.

Dowód: opinia biegłej z zakresu mikrobiologii k. 480-489.

7 stycznia 2016 roku B. Ż. otrzymała skierowanie do szpitala z rozpoznaniem utrzymującego się krwinkomocz. W karcie informacyjnej izby przyjęć z dnia 13 stycznia 2016 roku wskazano, że pacjentka pozostawała pod kontrolą urologiczną z powodu nawracających zapaleń okolic trójkąta pęcherza moczowego, w 2012 roku przeprowadzono diagnostykę z powodu podejrzenia guza pęcherza moczowego – moczowodu, pobrano wycinki do badań histopatologicznych, w których nie stwierdzono zmian neoplazmatycznych. W badaniu urodynamicznym stwierdzono cechy pęcherza nadreaktywnego z zaleganiem moczu po mikcji około 50 ml. W badaniach dodatkowych stwierdzono krwinkomocz,

w pozostałym zakresie nie stwierdzono istotnych zmian – bez białkomocz, leukocyturii, elewacji kreatyniny. Stwierdzono, że chora w dacie zgłoszenia się do izby przyjęć nie wymaga pilnej hospitalizacji i zalecono ponowną kontrolę urologiczną z wykluczeniem urologicznych przyczyn krwinkomocz.

Dowód: karta informacyjna k. 104,

skierowanie karta 105.

B. Ż. cierpi na kamice nerkową od 2016 roku. Obecność złogów w jej nerkach wykazały badania: badanie USG z dnia 28 stycznia 2016r. wykazało obecność złogu w nerce prawej, a badanie moczu obecność erytrocytów do 65 w pw.

13 maja 2016 roku podczas wizyty w Poradni Urologicznej (...) Publicznego Szpitala (...) w S. B. Ż. zgłosiła dolegliwość w postaci brzydkiego zapachu moczu. Podczas tej wizyty lekarz zalecił kontrolną cystoskopię w dniu 15 lipca 2016 roku a także badanie morfologiczne oraz posiew moczu.

W czerwcu 2016 roku z moczu powódki wyizolowano E. faecalis >10⁵.

W leczeniu stosowano C. i A..

15 lipca 2016 roku w poradni urologicznej lekarz M. G. - specjalista urolog wykonał cystoskopię przezcewkową, w której rozpoznano krwinkomocz, nie stwierdzono zmian rozrostowych i zapalnych w pęcherzu moczowym, zaobserwowano typowo położone ujścia przewodów, pęcherz moczowy beleczkowaty. Zaleceniem lekarza była dalsza kontrola u lekarza urologa prowadzącego.

6 września 2016 roku B. Ż. przyjechała do Izby Przyjęć Kliniki (...), Transplantologii i Chorób Wewnętrznych (...) Publicznego Szpitala (...)

nr 2 (...) w S.. Zgłaszała ból nadbrzusza utrzymujący się od kilku dni, wskazała iż od siedmiu dni przyjmuje antybiotyk z powodu infekcji dróg moczowych. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niewielki wzrost parametrów zapalnych,

utrzymujący się krwinkomocz. Podczas pobytu w izbie przyjęć zastosowano leczenie dolegliwości bólowych jamy brzusznej, co spowodowało, że dolegliwości ustąpiły i pacjentka została w stanie stabilnym wypisana do domu z uwagi na brak potrzeby hospitalizacji.

21 września 2016 roku wykonano badanie mikrobiologiczne moczu pobranego od B. Ż.. W badaniu stwierdzono ujemne posiewy w kierunku bakterii. Badanie autoryzowała magister M. C. - diagnosta laboratoryjny, specjalista w dziedzinie mikrobiologii medycznej.

26 września 2016 roku B. Ż. stawiała się do poradni urologicznej, gdzie wykonano badanie USG, w którym stwierdzono nerki położone prawidłowo, wielkości prawidłowej, (...)y obu nerek bez poszerzenia, zaleganie moczu po mikcji śladowe. Pacjentka została skierowana na tomograf komputerowy jamy brzusznej i miednicy mniejszej. Przyjmujący w tym dniu B. Ż. urolog - M. S. nie odnotował zgłaszanych przez pacjentkę dolegliwości.

13 marca 2017 roku B. Ż. ponownie zgłosiła się do Poradni Urologicznej (...) Publicznego Szpitala (...) w S.. Urolog zapoznał się z zapisem badania tomografem komputerowym, odnotował brak wykonania opisu badania, po obejrzeniu zdjęć nie stwierdził zmian wymagających leczenia urologicznego. Po wykonaniu USG zapisał obserwację analogiczną jak przy poprzedniej wizycie. Urolog nie odnotował w dokumentacji żadnych zgłaszanych przez pacjentkę dolegliwości. W tym dniu lekarz wystawił skierowanie na posiew moczu.

12 kwietnia 2017 roku wykonano badanie mikrobiologiczne moczu pobranego od B. Ż.. W badaniu stwierdzono obecność E. coli ($>10^5$) (...) + Drobnoustrój alarmowy (Dz.U.2011, nr 294, poz.1741). Szczep produkuje enzymy typu (...). Wytwarzanie beta – laktamaz oznaczono w celach epidemiologicznych. Badanie autoryzowała magister M. C. - diagnosta laboratoryjny, specjalista w dziedzinie mikrobiologii medycznej.

Kolejna wizyta w poradni urologicznej miała miejsce 24 kwietnia 2017 roku i podczas tej wizyty urolog rozpoznał zakażenie układu moczowego, wskazał na występowanie objawów dyzurycznych, odnotował, iż w posiewie moczu występuje E. coli (...) +

z wrażliwością jedynie na leki dożylnie. B. Ż. została skierowana do kliniki nefrologii celem leczenia infekcje układu moczowego.

W tym samym dniu B. Ż. została przyjęta w trybie nagłym do szpitala. Podczas przyjęcia zgłaszała ból prawej okolicy lędźwiowej, gorączkę oraz ogólne osłabienie.

W szpitalu pozostała do 4 maja 2017 roku.

W czasie pobytu w klinice nefrologii po raz pierwszy u B. Ż. rozpoznano obustronną kamicę moczową.

21 lipca 2017 roku B. Ż. przyjechała do Izby Przyjęć Kliniki (...), Transplantologii i Chorób Wewnętrznych (...) Publicznego Szpitala (...)

nr 2 (...) w S.. W wywiadzie wskazała występowanie parć nagłych bez utraty moczu. W wyniku badania wskazano: poza napelniania: pojemność pęcherza prawidłowa, podatność dobra, czucie pęcherzowe zachowane (próg czucia < 200 ml) FS przy 130 ml, ND przy 260 ml, SD czy 310 ml, mimowolne skurcze wypieracza z utratą moczu. Próby prowokacyjne ujemne. Faza mikcji: mikcja z przepływem maksymalnym 6 ml/s. zaleganie moczu 100 ml, we wnioskach wskazano: nadreaktywność mięśnia wypieracza. Zalecenia obejmowały farmakologię parć nagłych V. 10 mg 1 x 1 tabl. (pod okresową kontrolą zalegania moczu), ćwiczenie mięśni dna miednicy, trening pęcherza. B. Ż. opuściła izbę przyjęć nie oczekując na wyniki przeprowadzonego badania.

Dowód: wpis lekarski dnia 13 maja 2016 roku, 15 lipca 2016 roku, 26 września 2016 roku, 13 marca 2017 roku, 24 kwietnia 2017 roku, wyniki badań mikrobiologicznych z dnia 21 września 2016 roku i 15 kwietnia 2017 roku w dokumentacji umieszczonej w kopercie na karcie 103,

karta informacyjna izby przyjęć k. 107,

karta informacyjna izby przyjęć i wynik badania k. 110-111,

opinia biegłej z zakresu mikrobiologii k. 480-489.

karta informacyjna z dnia 29 stycznia 2016r. k. 34.

karta informacyjna z dnia 24 kwietnia 2017r. k. 55.

Zakażenia bakteryjne są nieodłącznym czynnikiem ryzyka związanym z rozwojem nauk medycznych, szczególnie ze zwiększeniem się zakresu i rozległości zabiegów, metod diagnostycznych oraz stosowaniem trudnej do wyjałowienia aparatury mającej bezpośredni kontakt z tkankami chorego. Zakażenia te występują we wszystkich placówkach służby zdrowia o różnym profilu na całym świecie. Pojawianie się wielolekoopornych drobnoustrojów jest w dużej mierze następstwem używania i nadużywania antybiotyków oraz innych leków przeciwdrobnoustrojowych.

Zakażenia układu moczowego - (...) dotyka osób w różnym wieku, szczególnie narażone są kobiety dojrzałe. (...) jest to taki stan, w którym bakterie, czy inne patogeny występują w drogach moczowych powyżej zwieracza cewki moczowej. W warunkach fizjologicznych drogi moczowe są jałowe z wyjątkiem dalszego odcinka cewki moczowej, w której bytują głównie saprofityczne bakterie takie jak: *S. epidermidis*, *G. vaginalis*, paciorkowce niehemolizujące, maczugowce i pałeczki kwasu mlekowego, które pełnią rolę ochronną przed zakażeniami patogenami. By mówić o zakażeniu w drogach moczowych pacjent musi mieć jeden z następujących objawów: gorączkę powyżej 38°C, z wykluczeniem innych przyczyn, dysurię, bóle w okolicy nadłonowej, w badaniu bakteriologicznym moczu powyżej 105 bakterii w ml, nie więcej jednak niż dwa gatunki. Patogenami, które najczęściej wywołują zakażenia szpitalne układu moczowego są bakterie z rodziny *E.*, głównie *E. coli*, rodzaje *P.*, *K.*, oraz *S.*, *E.* *E. coli* odpowiada za 75-95% zakażeń powikłanych i 21-54% zakażeń niepowikłanych (...).

Czynnikami predysponującymi do zakażeń układu moczowego jest przedłużająca się hospitalizacja, cewnikowanie, ale także dysfunkcje układu moczowego, w tym także zaleganie moczu. Zakażenia układu moczowego stanowią ok. 10 - 20% wszystkich zakażeń poza szpitalnych oraz 40 do 50% zakażeń szpitalnych. Obraz kliniczny (...) jest bardzo zróżnicowany - od bezobjawowej infekcji do stanu zagrożenia życia, jakim jest sepsa (urosepsa).

O zakażeniu szpitalnym mówimy, gdy w posiewie moczu pojawia się flora bakteryjna typowa dla oddziału urologicznego u chorego przebywającego na oddziale 48 godzin, a który w dniu przyjęcia do szpitala miał jałowy posiew moczu.

Leczenie zakażenia, stwierdzonego u B. Ź., lekoopornym szczepem *E. coli* (...) (+), prowadzono zgodnie z wynikiem antybiogramu. Decyzja o prowadzeniu antybiotykoterapii meropenemem - M. była w pełni uzasadniona i posiew moczu był ujemny. Pierwszy wynik diagnostyki mikrobiologicznej moczu świadczący o zakażeniu powódki bakterią *E. coli* (...) (+) dostępny w dokumentacji poradni urologicznej jest z dnia 14 kwietnia 2017r. tj. ponad 7 miesięcy od ujemnego wyniku diagnostyki i 9 miesięcy po wykonaniu cystoskopii. W takiej sytuacji nie można wiązać tego zakażenia z zabiegiem cystoskopii, nie można też określić momentu zakażenia powódki ww. bakterią ani wskazać źródła jej pochodzenia. Nie można też wiązać zakażeń układu moczowego B. Ź. jedynie ze stosowaniem procedur inwazyjnych.

Dowód: opinia biegłej z zakresu mikrobiologii k. 480-489.

W przebiegu (...) w Szpitalu (...) w S. nie miały miejsca nieprawidłowości. Zespoły szpitala tj. kliniki urologii i nefrologii, izby przyjęć i poradni specjalistycznych, diagnostycznych nie popełniły błędów, zaniedbania ani zaniechania. Przebieg choroby B. Ź. był złożony i wielowątkowy od wczesnego dzieciństwa do chwili obecnej. Zespoły lekarskie i pielęgniarskie szpitala cechował wysoki poziom wiedzy medycznej i staranność w doborze metod diagnostycznych i procesu leczenia pacjentki. B. Ź. była leczona prawidłowo.

Dowód: pisemna opinia biegłego urologa k. 445-456,

pisemna uzupełniająca opinia biegłego urologa k. 526-530.

(...) epidemiczne występuje, gdy wykryto obecność szczepów tego samego gatunku z materiału istotnego klinicznie u co najmniej dwóch pacjentów na danym oddziale w odstępie do 1 miesiąca, z których co najmniej jeden został rozpoznany w badaniu wykonanym w trakcie hospitalizacji, a nie przy przyjęciu do szpitala (>48 godz. od przyjęcia). Zgodnie z przepisami ustawy z 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi i rozporządzeniem z 23.12.2011r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala zgłoszeniu do właściwego państwowego inspektora sanitarnego podlega na formularzu „Raport wstępny o podejrzeniu ogniska epidemicznego”. W szpitalu nie dokonano zgłoszenia ogniska epidemicznego. Z zapisów w dokumentacji w postaci wykazu kart drobnoustrojów (karta akt 204) wynika, że najprawdopodobniej w tym okresie były dwa przypadki zakażenia E. coli (...) (pozycja 58 i 60 wykazu) z tym, że nie było to na jednym oddziale – u B. Ż. wynik był z poradni urologicznej, z związku z tym nie było konieczności zgłoszenia wystąpienia ogniska epidemicznego.

W warunkach szpitalnych ze względu na prowadzoną powszechnie antybiotykoterapię dochodzi do nabywania przez bakterie oporności na wiele stosowanych do leczenia antybiotyków i chemioterapeutyków. Stąd też zgodnie z literaturą fachową szczepy wielolekooporne, w tym pałeczki Gram-ujemne z rodziny E., jak E. coli (...) ze znacznie większą częstością są izolowane ze środowisk szpitalnych niż poza szpitalnych. Z kolei wiadomo również, że w ostatnich latach notuje się wzrost poza szpitalnych zakażeń wielolekoopornymi drobnoustrojami, co jest również związane z nadużywaniem antybiotyków w lecznictwie zamkniętym i ambulatoryjnym. Z ostatniego polskiego badania wynika, że aż 13,4% pałeczek E. izolowanych ze skomplikowanych poza szpitalnych (...) wytwarzało enzymy typu (...).

Zakażenie układu moczowego (...) jest jedną z najczęstszych przyczyn interwencji lekarskich, stanowiąc około 40% wszystkich zakażeń szpitalnych i 10-20% poszpitalnych. Najczęstszą etiologię (...) stanowią Gram-ujemne pałeczki jelitowe z rodziny E., wśród których dominuje E. coli, zwłaszcza szczepy uropatogenne (...) coli.

Liczba zarejestrowanych zakażeń patogenami alarmowymi w oddziale w latach 2016, 2017r. nie była wysoka. W zakażeniach dominują lekooporne pałeczki Gram-ujemne, co jest charakterystyczne dla środowiska szpitalnego. Udział w zakażeniach pałeczek E. coli (...) był niewielki. W roku 2016 na 202 odnotowanych zakażeń patogenami alarmowymi było 26 zakażeń (...) wywołanych przez E. coli (...), natomiast w roku 2017 na 128 zakażeń było 11 przypadków wywołanych E. coli (...), łącznie z zakażeniem stwierdzonym u B. Ż..

Prawdopodobieństwo zakażenia B. Ż. w placówce szpitala i sytuacja, iż do zakażenia wstępującego doszło po dniu 21 września 2016r. istnieje, jednak zważywszy na predyspozycje B. Ż. do nawracających zapaleń układu moczowego i istniejące u niej dysfunkcje układu moczowego doszłoby najprawdopodobniej do krytycznej kolonizacji i szybkiego rozwoju zakażenia z manifestacją silnych objawów charakterystycznych dla zakażeń (...) (zakażenie w drogach moczowych - pacjent musi mieć jeden z następujących objawów: gorączkę powyżej 38°C, z wykluczeniem innych przyczyn, dysurię, bóle w okolicy nadłonowej, w badaniu bakteriologicznym moczu powyżej 10⁵ bakterii w ml, nie więcej jednak niż dwa gatunki).

Okolice ujścia cewki moczowej to bardzo dobre środowisko do rozwoju zakażenia, drobnoustroje namnażają się tam bardzo szybko. Zgodnie z treścią rekomendacji:

w warunkach poza szpitalnych typowym pierwszym etapem zakażenia jest kolonizacja okolicy ujścia cewki moczowej, a następnie przedostanie się drobnoustrojów z cewki moczowej do pęcherza moczowego. W przypadku zakażeń szpitalnych dochodzi do szybkiego rozwoju zakażenia ze względu na liczbę przeniesionych drobnoustrojów i ich

zjadliwość. U pacjentów zdrowych, bez dysfunkcji układu moczowego bardzo często nie dochodzi do namnażania się nadmiernego drobnoustrojów, do kolonizacji krytycznej i rozwoju zakażenia, natomiast u osób z nawrotowym (...), dysfunkcjami anatomicznymi, fizjologicznymi w sposób naturalny nie dochodzi do eliminacji drobnoustrojów, następuje kolonizacja krytyczna i rozwija się zakażenie. Określenie maksymalnego okresu kolonizacji drobnoustrojami okolic ujścia cewki moczowej, poprzedzający moment zakażenia wstępującego jest trudny do określenia – B. Ż. była obarczona zwiększonym ryzykiem zakażenia.

Czynnikami predysponującymi do zakażenia wstępującego/zakażenia układu moczowego jest przedłużająca się hospitalizacja, cewnikowanie, zaleganie moczu. Czynnikiem ryzyka są nawracające zakażenia układu moczowego oraz fizjologiczne i anatomiczne zmiany w układzie moczowym oraz kamica moczowa, które odpowiadają za powikłane (...).

Wykonanie badania mikrobiologicznego w trakcie lub bezpośrednio po antybiotykoterapii może skutkować uzyskaniem wyniku fałszywie ujemnego. W przypadku B. Ż. przyjęto bezpieczny odstęp dwutygodniowy dla wykonania badania mikrobiologicznego po antybiotykoterapii. W sytuacjach poważnych, celem kontroli skuteczności antybiotykoterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych, materiały do badania mikrobiologicznego pobiera się tuż przed kolejną dawką antybiotyku tj. wtedy, gdy jego stężenie jest najniższe. Z dokumentacji leczenia B. Ż. wynika, że antybiotykoterapia była prowadzona po stwierdzeniu zakażenia E. faecalis, który został wyizolowany 12 czerwca 2016r. , wtedy rozpoczęto antybiotykoterapię C., którą zakończono, a od 26 sierpnia 2016 stosowano A. do dwóch tygodni. Badanie moczu wykonano 20 września 2016r. , uzyskując wynik ujemny tj. około 2 tygodni od zakończenia leczenia A..

Jeśli hipotetycznie w czasie wykonywania cystoskopii 15 lipca 2016r. doszłoby do zakażenia powódki E. coli (...) + , to antybiotykoterapia prowadzona od 26 sierpnia amoksycyliną z kwasem klawulanowym = A. byłaby nieskuteczna i nie wpłynęłaby na uzyskanie fałszywie ujemnego wyniku posiewu moczu, ponieważ szczepy (...) + są odporne na A.. „Szczepy wytwarzające (...) są odporne na wszystkie antybiotyki beta-laktamowe (aminopenicyliny, cefalosporyny, ampicylina + sulbaktam, amoksycylina + kwas klawulanowy, karboksypenicyliny - tykarcylina + kwas klawulanowy, ureidopenicyliny - piperacylina), co ma praktyczne znaczenie kliniczne. W związku z tym doszłoby do rozwoju zakażenia w tym czasie i uzyskano by dodatni wynik posiewu moczu w dniu 21 września 2016r. Ponadto wyniki fałszywie ujemne w badaniu moczu mogą wynikać głównie z długiego okresu przechowywania próbki, nieodpowiedniego, przedłużającego się transportu, zaś w przypadku badań B. Ż. - laboratorium było dostępne na miejscu.

Dodatkowo najczęściej występujące zafalszowania wyniku, to wyniki fałszywie dodatnie, kiedy dochodzi do zanieczyszczenia próbki w trakcie nieodpowiedniego sposobu pobrania, czy niezachowania zasad higieny.

U B. Ż. mamy do czynienia z ponownym zakażeniem, które nastąpiło po 20 września 2016r. - tj. dniu, kiedy w pobranym moczu nie stwierdzono bakterii. Wynik badania mikrobiologicznego moczu świadczący o zakażeniu pochodzi z dnia 14 kwietnia 2017r. tj. przeszło 7 miesięcy od ujemnego wyniku diagnostyki i 9 miesięcy po wykonaniu cystoskopii.

Dowód: pisemna, uzupełniająca opinia biegłej z zakresu mikrobiologii k. 578-584.

W Protokole Kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 2017 roku znajduje się informacja o nieprawidłowym stanie sanitarno-technicznym pomieszczeń szpitala. Informacja ta dotyczyła prac remontowych w magazynie odpadów medycznych i w punkcie przyjęć bielizny czystej. Nieprawidłowości wymieniono w podsumowaniu (karta akt 304).

W kontroli

z 2016 roku również stwierdzono nieprawidłowy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń szpitala. Stwierdzono nieprawidłowości w klinice kardiochirurgii oddział rehabilitacji kardiologicznej, w aptece szpitalnej, w magazynie bielizny, w klinice kardiologii

z intensywnym nadzorem radiologicznym, w klinice anestezjologii intensywnej terapii

i ostrych zatruć (karta akt 314). Wymienione w protokołach uchybienia dotyczą głównie stanu technicznego pomieszczeń wymagających prac remontowych, wentylacji i wyposażenia (brudne, zawilgocone ściany, brak stałej wymiany powietrza, ubytki w terakoty, uszkodzona wykładzina pcv, brak szaf, brak systemu magazynowania i usuwania bielizny). W protokołach nie odnotowano żadnych uchybień względem opracowanych i obowiązujących procedur, nie odnotowano też uwag odnośnie sterylizatorni, czy środków do mycia i dezynfekcji pomieszczeń.

Instrukcje i procedury stosowane w szpitalu zostały prawidłowo opisane, podejmowano też działania edukacyjne, kontrolne i naprawcze zgodnie z przyjętymi zasadami. Szpital rejestrował zakażenia wywołane patogenami alarmowymi, dokumentacja świadczy również o przestrzeganiu zasad izolacji pacjenta zakażonego - izolacja kontaktowa powódki została zaprotokołowana w dniach 30 czerwca 2017r.

i 4 lipca 2017r. (karty akt 340 i 341).

Dowód: protokoły kontroli nr N-EP-13/17, nr N_EP-30/16 k. 293-315,

pisemna, uzupełniająca opinia biegłej z zakresu mikrobiologii k. 578-584.

Rozważania.

Powództwo o zapłatę, skierowane przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) PUM w S., okazało się nieuzasadnione.

Podstawę prawną roszczeń powódki stanowiły przepisy art. 444 § 1 k.c. w zw.

z art.445 §1 k.c. , zaś w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość - art. 189 k.p.c.

Przepis art. 444 §1 stanowi, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty.

Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. W myśl przepisu art. 445 §1 k.c.

w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zadośćuczynienie, o którym stanowi przepis 445 k.c. przyznawane jest za krzywdę wywołaną uszkodzeniami ciała lub rozstrojem zdrowia. Jego istota jest tożsama

z odszkodowaniem, w przeciwieństwie jednak do tej instytucji nie jest przyznawana za szkodę majątkową. Ma stanowić rekompensatę negatywnych doznań psychicznych w postaci krzywd i cierpień wywołanych czynem niedozwolonym i jest przyznawane jednorazowo. Przesłankami zasądzenia zadośćuczynienia są: krzywda, wyrządzenie czynu niedozwolonego oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy powyższymi. Krzywda może mieć charakter cierpienia fizycznego, a więc bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychicznego, czyli negatywnych uczuć przeżywanych w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia (vide wyrok Sądu Najwyższego

z 3 lutego 2000 r., sygn. akt I CKN 969/98, Legalis 3500602). Czyn niedozwolony stanowi naruszenie przez działanie lub zaniechanie określonego przepisu prawa. Związek przyczynowy pomiędzy powyższymi winien być oceniany stosownie do przepisu art. 361 §1 k.c., zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Co istotne, zgodnie z przepisem art. 362 k.c. jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody, obowiązek jej naprawienia ulega odpowiednio zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy obu stron. Przepis ten należy stosować odpowiednio do instytucji zadośćuczynienia (vide uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego

z 4 maja 2016 r., sygn. akt IV CSK 270/15, Legalis 1442888). Uwzględniając ogólną zasadę rozkładu ciężaru dowodu z art. 6 k.c. , to na powodzie spoczywa co do zasady obowiązek wykazania powyższych przesłanek.

W niniejszej jednak sprawie pozwany kwestionował swoją odpowiedzialność, tak więc istnienie powyższych przesłanek pozostawało kwestią sporną.

Stosownie do treści art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Uregulowanie przepisu art. 6 k.c. stanowi o ciężarze dowodu w sensie materialnoprawnym i wskazuje, kogo obciążają skutki nieudowodnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Reguła dotycząca ciężaru dowodu nie może być rozumiana w ten sposób, że zawsze, bez względu na okoliczności sprawy, spoczywa on na stronie powodowej. Zgodnie z rozkładem ciężaru dowodu, wynikającym z przywołanego przepisu, powód jest zobowiązany do wykazania wszystkich okoliczności uzasadniających jego roszczenie tak co do zasady, jak i wysokości.

Sąd ustalił stan faktyczny w oparciu o treść przeprowadzonych w sprawie dowodów w postaci dokumentów oraz opinii biegłych, które zostały sporządzone zgodnie ze zleceniem sądu, wnioski w nich sformułowane są zasadnicze, poprawnie uzasadnione i nie pozostawiają żadnej płaszczyzny wątpliwości. Ekspertyzy są jasne, precyzyjne, profesjonalne, wyczerpujące, pozbawione treści przekazanych w sposób niezrozumiały, nadto zawierają wyjaśnienie wszystkie wątpliwości zgłaszanych w pismach procesowych. Okoliczności te uzasadniają twierdzenie, że biegli starannie i logicznie ustosunkowali się do każdego z pytań zadanych im w zleceniu i z tego powodu Sąd uznał wszystkie opinie, za wiarygodne, wyczerpujące i przydatne dla wyjaśnienia sprawy.

Sąd oddalił wniosek o przeprowadzenie konkurencyjnej opinii biegłego urologa uznając, że okoliczności, których opinia dotyczyła zostały wyczerpująco wyjaśnione, zarzut braku wyniku badania z dnia 21 września 2016 roku nieuzasadniony, albowiem dokument znajduje się w kopercie na k. 103 akt. Nadto zarzuty dotyczące rzetelności i wiarygodności osoby wykonującej ww. badanie były pozbawione jakiegokolwiek usprawiedliwienia zwłaszcza, że ta sama osoba autoryzowała wynik badania, potwierdzającego zakażenie, z którego powódka wywodzi żądanie pozwu.

Zgromadzony w aktach materiał dowodowy nie pozwolił na ustalenie, iż powódka zasadnie zgłasza żądanie przeciwko pozwanemu szpitalowi. Żaden z przeprowadzonych w sprawie dowodów nie pozwala na ustalenie, iż zakażenie powódki zaistniało w momencie przeprowadzania badania cystoskopii przezcewkowej w dniu 15 lipca 2016 roku w poradni urologicznej pozwanego szpitala. Powódka nie wykazała naruszenia procedur, zasadności zarzutu pominięcia antybiotykoterapii czy występowania ogniska zakażeń w jednostce pozwanego. Zarówno opinia biegłej z zakresu mikrobiologii, jak i biegłych z zakresu urologii nie pozostawiały wątpliwości, że w oparciu o zaistniały stan faktyczny zakażenia nie tylko nie można wiązać z ww. badaniem ale też nie zawierają twierdzeń pozwalających sądowi na uznanie, iż zdarzenie będące podstawą żądania pozwu jest uprawdopodobnione.

Biegła z zakresu mikrobiologii w opinii z dnia 1 marca 2019r. (k. 487) wskazała, że wynik badania moczu z dnia 21 września 2016r. przeczy tezie jakoby momentem zakażenia powódki była cystoskopia przeprowadzona w dniu 15 lipca 2016r. Podobny wniosek zawarty został w opinii biegłego urologa na k. 452.

Powódka pierwsze dolegliwość w postaci brzydkiego zapachu moczu, które w pozwie wiązała ze spornym zakażeniem, zgłaszała lekarzowi w dniu 13 maja 2016 roku podczas wizyty w poradni urologicznej.

Dodatkowo biegła z zakresu mikrobiologii wskazała, że zakażenia drobnoustrojem E. coli (...)+, występują nie tylko w szpitalach ale również, coraz częściej w środowiskach poza szpitalnych.

Podnoszone w pozwie nieuzasadnione opóźnienie w diagnostyce zakażenia zostało wykluczone przez biegłych, nadto dokumentacja medyczna nie zawiera zapisów informujących, iż powódka zgłaszała dodatkowe dolegliwości.

Wszystkie powyższe okoliczności sprawiły, że żądanie nie mogło zostać uznane za usprawiedliwione.

Rozstrzygając o kosztach procesu sąd miał na względzie wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. zasadę odpowiedzialności stron za wynik procesu, zgodnie z którą pozwana jako strona przegrywająca spór ma obowiązek zwrócić powodowi koszty jakie poniósł on w związku ze skierowaniem sprawy na drogę sądową oraz przepis art. 102 k.p.c. , zgodnie z którym

w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

Podejmując rozstrzygnięcie o kosztach procesu w niniejszej sprawie sąd przeanalizował zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu jak i okoliczności leżące poza nim a zwłaszcza sytuację majątkową powódki oraz charakter dochodzonego roszczenia, zawilość sprawy i nakład pracy pełnomocnika.

Ustawodawca przyznaje sądowi pewną swobodę w zasądzeniu kosztów procesu, gdy stosowaniu zasady odpowiedzialności za wynik sporu (art. 98 k.p.c.) sprzeciwiają się względy słuszności, co właśnie wyraża się stwierdzeniem, że w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów.

Swoboda ta jednak nie pozwala na bezzasadne uprzywilejowanie jednej ze stron procesu a musi znajdować odzwierciedlenie w całokształcie zebranego materiału dowodowego oraz przebiegu procesu.

Trudna sytuacja materialna powódki, będąca podstawą przyznania jej zwolnienia od kosztów postępowania i przyznania pomocy prawnej z urzędu pozostawała aktualna w chwili zamknięcia rozprawy i niekwestionowana przez pozwanego. Nadto nie bez znaczenia pozostawał rozkład obciążenia obu pełnomocników oraz postawa pełnomocnika reprezentującego pozwaną szpital: nakład pracy pełnomocnika pozwanego był nieporównywalnie niższy aniżeli pełnomocnika powódki albowiem obie opinie główne oraz opinie uzupełniające potwierdzały zasadniczo stanowisko szpitala i nie generowały konieczności przygotowywania skomplikowanej repliki. Nadto pełnomocnik pozwanego zaprzestał podejmowania korespondencji, co wzbudziło wątpliwość czy nadal reprezentuje stronę pozwaną i spowodowało konieczność ustalenia tej okoliczności w celu uniknięcia powstania stanu nieważności postępowania.

Stosownie do treści przepisu art. 22³ Ustawy z dnia 6 lipca 1982r. o radcach prawnych tj. z dnia 18 marca 2015r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 507).

1. Koszty pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu ponosi Skarb Państwa.
2. Minister Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Radców Prawnych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady ponoszenia kosztów, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem sposobu ustalania tych kosztów, wydatków stanowiących podstawę ich ustalania oraz maksymalnej wysokości opłat za udzieloną pomoc.

Stosownie do treści § 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 68) koszty nieopłaconej pomocy prawnej ponoszone przez Skarb Państwa obejmują:

- 1) opłatę ustaloną zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia oraz
- 2) niezbędne i udokumentowane wydatki radcy prawnego ustanowionego z urzędu.

Opłatę ustala się w wysokości określonej w rozdziałach 2-4, przy czym nie może ona przekraczać wartości przedmiotu sprawy. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika ustalono na podstawie § 8 pkt 6 podwyższając ją o kwotę podatku od towarów i usług wliczoną według stawki podatku obowiązującej dla tego rodzaju czynności na podstawie przepisów o podatku od towarów i usług

Sędzia Grażyna Sienicka

ZARZĄDZENIE

S., dnia 28 maja 2021r.

1. Odnotować.
2. Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi powódki.
3. Wykonać odpis prawomocnego postanowienia z dnia 8 listopada 2017 wydanego w sprawie III Co 294/17 i wszyć do akt.
4. Opublikować orzeczenie w Portalu Orzeczeń Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie
5. Wykonać zarządzenie w terminie 7 dni.
6. Przedłożyć akta z pismem lub za 21 dni.

Sędzia Grażyna Sienicka