



Opis przypadku
Case report

Damian Wąsik¹, Natalia Wąsik², Bogusław Sygit³, Mariusz Dubiel⁴

Zakażenie endogenne a odpowiedzialność cywilna szpitala – studium przypadku

Endogenous infection and hospital's civil liability – a case study

¹Zakład Podstaw Prawa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

²Okręgowa Izba Radców Prawnych w Olsztynie, Polska

³Zakład Kryminalistyki, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Łódzki, Łódź, Polska

⁴Klinika Medycyny Matczyno-Płodowej i Neonatologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

¹Department of Medical Law Basics, The Ludwik Rydygier Collegium Medicum, Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

²The Regional Chamber of Legal Advisers in Olsztyn, Poland

³Department of Criminalistic, Faculty of Law and Administration, University of Lodz, Poland

⁴Department of Maternal-Fetal Medicine and Neonatology, The Ludwik Rydygier Collegium Medicum, Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

Streszczenie

Przedmiotem publikacji jest ocena prawna zakażenia endogennego – specyficznego typu zakażenia szpitalnego. Zasadniczym celem publikacji jest odpowiedź na pytanie, czy istnieją medyczne i prawne podstawy odpowiedzialności cywilnej za zakażenia endogenne oraz traktowanie zakażeń endogennych jako błędu medycznego lub zdarzenia medycznego. Jako metodę badawczą zastosowano studium indywidualnego przypadku. Przeanalizowano przebieg postępowania cywilnego o zadośćuczynienie za zakażenie szpitalne pacjentki jednego z polskich szpitali, rozstrzygniętego w 2013 r. Głównym wnioskiem publikacji jest postulat rozgraniczania zdarzeń medycznych i niezawinionych przez lekarzy powikłań wynikłych z reakcji organizmu ludzkiego na czynności medyczne. Autorzy zwracają uwagę, że zakażenia endogenne powinny być traktowane jako drugi z wymienionych przypadków.

Słowa kluczowe: zakażenia szpitalne, zakażenie endogenne, błąd medyczny, odpowiedzialność odszkodowawcza, zadośćuczynienie.

Abstract

The subject matter of this publication is the legal assessment of endogenous infection – the specific type of hospital infections. The main aim of the publication is to answer the question of whether medical and legal grounds exist for civil liability for endogenous infections and for treating those infections as cases of medical malpractice or medical events. The research method adopted is a case study. The authors have analysed a civil lawsuit for compensation instituted by an infected patient against a Polish hospital, adjudicated in 2013. The main conclusion of the publication is to postulate distinguishing medical malpractice from complications resulting from the reactions of the human body to treatment. The authors argue that endogenous infections should be treated as the latter-mentioned of these two cases.

Key words: hospital infections, endogenous infection, medical malpractice, civil liability, compensation.

Zakażenia szpitalne występują na całym świecie – od najniższych szczebli do wysoce wyspecjalizowanych klinik, akademii i instytutów. Częstość występowania pozostaje w ścisłym związku z rodzajem wykonywanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Chorzy, u których przeprowadza się wysoce specjalistyczne i skomplikowane zabiegi, np. przeszczepy narządów, są obciążeni wieloma nakładającymi się na siebie czynnikami ryzyka zakażenia [1].

Zakażenie szpitalne w literaturze medycznej definiuje się na ogół jako każde zakażenie nabyte w szpitalu, rozpoznane klinicznie i potwierdzone laboratoryjnie, które ujawniło się podczas pobytu chorego w szpitalu lub po jego opuszczeniu [2]. Innymi słowy, zakażenie szpitalne jest miejscową lub ogólną niekorzystną reakcją na obecność czynnika zakaźnego lub jego toksyny, które rozwinęły się w czasie hospitalizacji pacjenta, a w chwili przyjęcia do szpitala nie były w okresie inkubacji [3].

Polski ustawodawca zdefiniował zakażenie szpitalne w art. 2 pkt 33 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947) jako zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania. Charakter zdarzenia medycznego powodującego odpowiedzialność odszkodowawczą zakładu opieki zdrowotnej nadaje zakażeniom szpitalnym przepis art. 67a ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.). Warunkiem przypisania winy podmiotowi leczniczemu, w myśl ww. przepisu, jest udzielanie świadczenia zdrowotnego (diagnoza, leczenie) lub stosowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych w sposób niezgodny z aktualną wiedzą medyczną, prowadzące do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym.

Uwzględniając tło terminologiczne zakażenia szpitalnego, warto wskazać na częściową polemikę środowiska medycznego z prawną definicją ww. zjawiska. Większych zastrzeżeń nie budzi sposób definiowania zakażenia szpitalnego w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wątpliwości niektórych przedstawicieli nauk medycznych nasuwa jednak ujęcie

Hospital infections occur all over the world – from the lowest levels of medical care to highly specialized clinics, academies and institutes. The frequency of their occurrence is closely correlated with the type of performed diagnostic and therapeutic procedures. Patients in whom highly specialized and complicated procedures are performed, such as organ transplantations, are burdened with many overlapping factors of infection risk [1].

Medical literature generally defines a hospital infection as any infection contracted in hospital, clinically diagnosed and confirmed in laboratory tests, which manifested itself during a patient's hospital stay or after leaving hospital [2]. In other words, hospital infection is a local or systemic adverse reaction to the presence of an infectious agent or its toxin which developed during hospitalization and was not in the incubation period upon the patient's admission to hospital [3].

The Polish law defines a hospital-acquired infection in art. 2 item 33 of the Act dated 5 December 2008 on the Prevention and Control of Infections and Infectious Diseases in Humans (Journal of Laws of 2013, item 947) as an infection that is healthcare-associated, provided that the disease was not incubating at the moment of admission to a healthcare institution and occurred after exposure to healthcare within the period not exceeding its longest incubation period. The status of a medical event triggering liability of a healthcare institution is ascribed to hospital infections by the provision of art. 67a clause 1 of the Act of 6 November 2008 on Patients' Rights and the Patients' Rights Ombudsman (Journal of Laws of 2012, item 159, as amended). Pursuant to that provision, the condition for ascribing culpability to a healthcare entity is when it provides a healthcare service (diagnosis, treatment) or applies healthcare products and medical devices in the manner inconsistent with the current medical knowledge, which leads to infecting a patient with a biological pathogenic agent.

Taking into account the terminological background of a hospital infection, it is worthwhile to point out at the partial polemics of the medical circles with the legal definition of the above-described phenomenon. The manner of defining a hospital infection in the Act on the Prevention and Control of Infections and Infectious Diseases in Humans does not give rise to any major reservations. However,

cywilnoprawne zakażenia szpitalnego jako czynu niedozwolonego skutkującego odpowiedzialnością odszkodowawczą. Ogólne przypisywanie zakażeniu szpitalnemu charakteru błędu wynikającego z nieprzebrzegania właściwych procedur higienicznych postrzegane jest jako wyraz przesadnie deterministycznego podejścia do problemu [4]. Omawiana problematyka nie jest bowiem tak jednoznaczna, a każdy przypadek zachorowania należy rozpatrywać indywidualnie.

Zakażenia szpitalne mogą mieć źródła egzogenne, czyli pochodzić od innego chorego lub ze środowiska, oraz endogenne w przypadku zakażenia własną florą bakteryjną skóry lub błon śluzowych. Zakażenia endogenne dzielą się na wczesne i późne. W związku z przedmiotem niniejszej publikacji celowa jest krótka charakterystyka drugiej grupy zakażeń. W piśmiennictwie podkreśla się, że jeśli u chorego operowanego natychmiast po przyjęciu do szpitala rozwinie się zakażenie, to zazwyczaj jest ono spowodowane przez własne drobnoustroje, które stanowiły fizjologiczną florę w warunkach domowych (zakażenie endogenne wczesne). W zakażeniach endogennych wczesnych czynnikami etiologicznymi są te drobnoustroje, które normalnie bytują na tkankach uszkodzonych w wyniku zabiegu (np. błona śluzowa przewodu pokarmowego), lub drobnoustroje z najbliższego sąsiedztwa. Szczepy własne chorego są przy tym wrażliwe na antybiotyki, a zakażenia przez nie wywołane są łatwiejsze do leczenia. Wraz z czasem pobytu chorego w szpitalu własna flora endogenna pacjenta zastępowana jest florą szpitalną.

W przedmiocie cywilnych postępowań sądowych w sprawach odszkodowawczych podkreśla się, że obok tradycyjnie opiniowanych przypadków dochodzenia roszczeń finansowych za skutki błędów medycznych i naruszenia dóbr osobistych (praw pacjenta *sensu largo*), wiele powodztw dotyczy przypadków zakażeń szpitalnych. Roszczenia opierają się na zarzutach niezapewnienia pacjentom bezpieczeństwa pobytu w placówkach ochrony zdrowia oraz zaniedbań i przewinień personelu medycznego, takich jak zaniedbania higieny i opieki nad chorymi, brak kwalifikacji personelu wyższego i pomocniczego, posługiwanie się materiałami i środkami technicznymi złej jakości, złe warunki lecznicze i sanitarne szpitali, które to okoliczności skutkują głównie zakażeniami wirusami zapalenia wątroby

some representatives of the medical sciences voice their doubts related to viewing such infections from the civil law perspective as torts resulting in civil liability. The general tendency to treat a hospital infection as a fault resulting from non-observance of proper hygienic regime is perceived as a manifestation of over-deterministic approach to the problem [4]. The discussed issues are not that evident, and each case of contracting an infectious disease should be analysed individually.

Hospital infections may have exogenous sources, i.e. be caused by pathogens from another patient or the environment, or endogenous, when pathogens derive from the infected patient's own bacterial colonization of the skin or mucous membranes. Endogenous infections are divided into early and late ones. In view of the subject matter of this publication, a short characteristic of the latter group seems expedient. Relevant literature stresses that if a patient operated immediately after admission to hospital develops an infection it is usually caused by his or her own pathogens that constituted physiological flora in home conditions (early endogenous infection). In early endogenous infections etiological factors are those pathogens that normally exist on tissues damaged as a result of a medical intervention (e.g. mucous membrane of the alimentary tract) or pathogens from the closest adjacent areas. The patient's own bacterial strains tend to be sensitive to antibiotics and the infections caused by such strains are easier to treat. In the course of the patient's stay in hospital his or her own endogenous flora is replaced by hospital bacterial strains.

As far as civil proceedings in compensation cases are concerned, it is underlined that apart from traditionally evaluated cases of asserting financial claims for the results of medical malpractice and infringement of personal interests (patient's rights *sensu largo*), many lawsuits relate to cases of hospital infections. Claims are based on such charges as failure to ensure patients' safety during their stay in healthcare institutions, as well as negligence and malpractices of medical personnel, such as negligence related to hygiene and patient care, inadequate qualifications of higher medical personnel and ancillary staff, use of poor quality materials and technical devices, poor treatment conditions and sanitary conditions in hospitals, all those circumstances resulting mainly in infections with hepati-

typu B (*hepatitis B virus* – HBV) i typu C (HCV) oraz zakażeniami gronkowcowymi. W przypadku zakażeń szpitalnych zasada zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu polega na „niezawleczeniu” mu innej choroby (pacjent nie może wyjść ze szpitala bardziej chory, niż był w chwili, gdy się do niego zgłosił) [5–12].

Postępowania odszkodowawcze w sprawach zakażeń szpitalnych cechują się często koniecznością przeprowadzenia szczegółowej analizy przebiegu leczenia oraz ustalenia źródła zakażenia i osób za to odpowiedzialnych. Publikowane orzecznictwo sądowe z tego zakresu jest coraz bogatsze. Można odnaleźć w nim wiele rozstrzygnięć zapadłych w sprawach zakażeń egzogennych (np. zakażenia wirusem zapalenia wątroby czy HIV), jednak wyroków zapadłych w procesach dotyczących zakażeń endogennych jest niewiele. Tym samym celowe wydaje się omówienie procesu sądowego (sygn. akt I C 775/11), toczącego się przed Sądem Okręgowym w B. i wydanego w nim wyroku. O rzetelnym przeprowadzeniu ww. postępowania oraz poczynienia przez sąd trafnych i przekonujących ustaleń faktycznych i prawnych świadczyć może okoliczność, że wyrok nie był zaskarżony przez żadną ze stron, w efekcie czego sprawę rozstrzygnięto prawomocnie już w I instancji.

W 2011 r. powódka złożyła przeciwko zakładowi opieki zdrowotnej pozew o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną w trakcie hospitalizacji w ww. placówce medycznej. Powódka była hospitalizowana w 2004 r. na czterech oddziałach pozwanego szpitala, kolejno oddziały: chirurgii plastycznej i chirurgii ręki, chirurgicznym, intensywnej terapii oraz przewlekłe chorych. Hospitalizacja była związana z dolegliwościami typu nawrotowej przepukliny jamy brzusznej.

W wywiadzie poprzedzającym leczenie powódki na oddziale chirurgii plastycznej i chirurgii ręki pozwanego zakładu opieki zdrowotnej stwierdzono u pacjentki m.in. nadciśnienie tętnicze, wole guzkowe, zmiany skórne klatki piersiowej, otyłość ołbrzymią (160 kg), dużą przepuklinę na pograniczu śródbrzucha i podbrzucha, skórę nad workiem przepuklinowym cienką z poszerzonymi naczyniami żylnymi na szczycie worka przepuklinowego oraz dwa owrzodzenia troficzne na szczycie przepukliny nawrotowej. Wobec powyższego względem powódki zastosowano leczenie zachowawcze owrzodzeń troficznych i wykonano badania diagnostyczne, w tym m.in. posiew z owrzodzeń. Wyniki posiewu

tytu B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) and staphylococcus infections. For hospital infections, the principle of ensuring patient safety consists in “not bringing in” another disease (patients may not leave hospital more ill than they were upon admission) [5–12].

Compensation proceedings in cases related to hospital infections often require detailed analysis of the course of treatment and finding the source of infection and the persons responsible for it. In that respect, there exists an ever-increasing body of published judicial decisions. Still, although many decisions may be found concerning exogenous infections (e.g. infections with hepatitis virus or HIV), the number of decisions in cases related to endogenous infections is fairly small. Therefore it seems expedient to discuss the judicial proceedings marked with the file number I C 775/11 before the District Court in B. and the decision issued in those proceedings. The fact that the Court's decision has not been challenged by any of the parties and the matter was validly resolved in the first instance may testify to the fairness of the proceedings and the accuracy and convincing force of the factual and legal findings made by the Court in that case.

In 2011 the plaintiff filed a suit for compensation against the defendant health care unit for an injury sustained in the course of hospitalization in the said medical facility. The plaintiff was hospitalized in 2004 in four hospital departments of the defendant: plastic surgery and hand surgery unit, surgical unit, intensive care unit and chronic patients unit. Hospitalization was connected with recurrent abdominal hernia.

In history taken prior to the plaintiff's treatment at the plastic surgery and hand surgery unit of the defendant healthcare institution the plaintiff was diagnosed with, *inter alia*: arterial hypertension, nodular goitre, skin lesions on the chest, morbid obesity (160 kg), a large hernia in the region between meso- and hypogastrium, thin skin over the hernial sac with enlarged venous vessels at the top of the hernia sac and two trophic ulcerations at the top of the recurrent hernia. In view of the above, non-invasive medical treatment was applied to trophic ulcerations and diagnostic tests were performed, including bacteriological culture test with the material collected from the ulcerations. The results revealed

wykazały obecność gronkowca złocistego metycylinowrażliwego (MSSA).

Po zakończeniu leczenia zachowawczego powódka, będąc uprzedzona o możliwych, alternatywnych sposobach leczenia oraz należycie poinformowana o ewentualnych powikłaniach i innych konsekwencjach zabiegu, wyraziła zgodę na leczenie operacyjne. Wobec powyższego powódkę skierowano na oddział chirurgiczny pozwanego szpitala i zastosowano leczenie operacyjne. Po zabiegu powódka przebywała na oddziale intensywnej terapii, gdzie w 2. dobie po zabiegu zagończyła, a w 4. dobie stwierdzono ropny wyciek z rany pooperacyjnej. Stopniowo ewakuowano tkanki martwicze z rany i stosowano antybiotykoterapię, po czym powódkę przeniesiono na oddział przewlekle chorych, gdzie rozpoznano u niej olbrzymią przepuklinę pępkową, ropowicę powłok jamy brzusznej, otyłość oraz niewydolność krążenia mózgowego kręgowo-podstawną. W związku z zaistniałą sytuacją, wespół z pacjentką, podjęto decyzję o ponownym leczeniu operacyjnym, polegającym na plastyce powłok jamy brzusznej.

Po zakończeniu hospitalizacji w pozwanym szpitalu stan zdrowia powódki nadal był niekorzystny, co skutkowało cyklicznie ponawianym leczeniem szpitalnym w innych zakładach opieki zdrowotnej i kolejnymi bolesnymi zabiegami chirurgicznymi.

Powództwo o zadośćuczynienie w omawianej sprawie skonstruowano na podstawie twierdzenia, że „podczas pobytu w pozwanym szpitalu w 2004 r. doszło do zakażenia powódki gronkowcem złocistym, odpornym na antybiotyki, co spowodowało naruszenie integralności cielesnej powódki i rozstrój zdrowia”. W odpowiedzi na pozew pozwany szpital wniósł o oddalenie powództwa w całości, podnosząc m.in., że „gronkowiec złocisty stwierdzony u powódki typu MSSA był podatny na działanie metycyliny, a także większość dostępnych antybiotyków, stąd też nie był to gronkowiec szczepu szpitalnego”. Pozwany twierdził, że „powódka nie udowodniła, by doszło do jej zakażenia w szpitalu oraz aby dopuścił się on jakichkolwiek uchybień w trakcie hospitalizacji powódki, skutkujących zakażeniem”. Niezależnie od powyższego pozwany zakład opieki zdrowotnej podniósł zarzut przedawnienia.

Po rozpatrzeniu sprawy Sąd Okręgowy w B. oddalił powództwo, w uzasadnieniu wskazując, że roszczenie powódki jest przedawnione i niezasad-

the presence of methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* (MSSA).

After the end of non-invasive treatment the plaintiff, having been previously informed of the possible alternative treatment methods and duly warned about possible complications and other consequences of operative treatment, consented to surgical treatment. Therefore she was transferred to the surgical unit of the sued hospital, where operative treatment was administered. After her surgery the plaintiff was placed in the intensive care unit where she ran a fever within 48 hours from the surgery. Four days after the surgery purulent discharge from the postoperative wound appeared. Necrotic tissues were gradually evacuated from the wound and antibiotic therapy was applied. The plaintiff was transferred to the chronic patients unit where she was diagnosed with giant umbilical hernia, phlegmon of abdominal integuments, obesity, and vertebrobasilar insufficiency. In view of the situation the medical team together with the patient made a decision about undertaking another operative treatment, i.e. the abdominal integuments plastic operation.

At the end of hospitalization in the defendant hospital the plaintiff's state of health was still poor, which resulted in periodically recurring hospital treatment in other health care units and subsequent painful surgical interventions.

The action for compensation in the discussed case was built around the allegation that “during her stay in the defendant hospital in 2004 the plaintiff was infected with antibiotics-resistant *Staphylococcus aureus*, which caused damage to the plaintiff's bodily integrity and health disorder”. In its reply to the statement of claim the defendant hospital motioned for dismissing the complaint in its entirety stating, among other things, that “The MSSA-type *Staphylococcus aureus* found in the plaintiff was sensitive to methicillin and also to most available antibiotics, and thus it was not the hospital strain”. The defendant also stated that “the plaintiff failed to prove that the infection took place in the hospital, neither did she prove that the hospital was guilty of any faults in the course of her hospitalization that could result in an infection”. Regardless of the above, the defendant health care unit raised the plea of limitation.

Having examined the case, the District Court in B. dismissed the complaint, arguing that the plaintiff's claim is time-barred and unjustified. Setting

ne. Pomimo istotnej dla rozstrzygnięcia sprawy kwestii przedawnienia, szeroko uargumentowanej przez Sąd, niebanalne wnioski poczynił on również na płaszczyźnie medyczno-prawnej. W przedmiotowej sprawie Sąd Okręgowy w B. stanął bowiem m.in. przed koniecznością rozstrzygnięcia trudnego problemu, czy powódka faktycznie została zakażona w pozwanym szpitalu, a w przypadku uzyskania odpowiedzi twierdzącej, czy zakażenie było spowodowane zawinionym działaniem personelu zakładu opieki zdrowotnej. Badanie przez Sąd tego zagadnienia pomimo podniesionego już w odpowiedzi na pozew zarzutu przedawnienia należy uznać za prawidłowe. Jak wiadomo, zarzut przedawnienia może nie zostać przez sąd uwzględniony. W literaturze podkreśla się, że ponieważ uchylenie się od skutków przedawnienia stanowi wykorzystanie przysługującego dłużnikowi prawa podmiotowego, podniesienie zarzutu może zostać w konkretnej sprawie uznane za nadużycie prawa podmiotowego, jeśli sąd uzna, iż byłoby to sprzeczne z zasadami współżycia społecznego (art. 5 k.c.). Ze względu na funkcję społeczną przedawnienia zaleca się jednak czynić to bardzo oględnie. „Procesy lekarskie” z reguły oparte są na reżimie deliktowym, dlatego do przedawnienia roszczeń wobec szpitali, lekarzy i innych podmiotów leczniczych stosuje się art. 442¹ k.c. W piśmiennictwie podnosi się, że koncentracja pacjenta na wyleczeniu choroby, a nie na uzyskaniu odszkodowania i zadośćuczynienia, w niektórych przypadkach uzasadnia zatem traktowanie zarzutu przedawnienia jako nadużycia prawa (art. 5 k.c.) [13–17].

Z uwagi na złożony charakter ww. zagadnienia, w szczególności potrzebę zbadania etiologii schorzenia powódki, konieczne było powołanie w sprawie biegłego z zakresu chorób wewnętrznych – chorób zakaźnych i epidemiologii. Biegłemu przedstawiono do zaopiniowania m.in. problematykę możliwości ustalenia czasu, miejsca i prawdopodobnej przyczyny zakażenia powódki. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej biegły wydał opinię pozwalającą na rozstrzygnięcie większości wskazywanych przez Sąd zagadnień.

W przedmiocie ustalenia „czasu, miejsca i prawdopodobnej przyczyny zakażenia powódki gronkowcem złocistym” biegły już na wstępie opinii podniósł niezwykle istotną kwestię, którą należy odnieść do większości postępowań sądowych

aside the question of time limitation, which is vital for the case and has received ample argumentation from the Court, the Court has also presented interesting conclusions pertaining to the legal and medical aspects of the case. In the said case, the District Court in B. faced the necessity to resolve a difficult question of whether the plaintiff had actually been infected in the defendant hospital, and if so, whether the infection was the result of culpable actions of the defendant's personnel. The fact of investigating that matter by the Court despite the limitation plea raised in the statement of defence should be considered correct because, as is generally known, the court may decide not to allow the plea of limitation. Relevant literature stresses that since avoidance of the legal effects of limitation is the exercise of the debtor's substantive right, raising the plea of limitation may be considered in a specific situation to be an abuse of that substantive right if the court finds it to be contradictory with the principles of community life (art. 5 of the Civil Code). However, bearing in mind the social function of limitation, courts are advised to apply that approach very cautiously. Medical liability lawsuits are usually based on the tort regime, and therefore art. 442¹ of the Civil Code applies to the expiration of claims towards hospitals, doctors and other entities providing health care. The relevant literature stresses that in some cases a patient's concentration on curing the disease, not being awarded compensation and damages, justifies treating the plea of limitation as an abuse of law (art. 5 of the Civil Code) [13–17].

Due to the complex nature of the said case, specifically the need to investigate the aetiology of the plaintiff's illness, it was necessary to appoint an expert in the field of internal diseases, infectious diseases and epidemiology. The expert was asked to issue an opinion also on the question of the possibility of determining the time, place and probable reason of the plaintiff's infection. On the basis of the analysis of medical documentation the expert issued an opinion that allowed reaching conclusions in most questions indicated by the Court.

As regards the determination of the “time, place and probable cause of the plaintiff's infection with *Staphylococcus aureus*” the expert raised, as early as in the opinion's introductory part, a fundamental question that should be applied to a majority

w sprawach o odszkodowania (zadośćuczynienie) za zakażenia szpitalne. Biegły trafnie zauważył, że „stan kolonizacji skóry nie jest tożsamy z zakażeniem”, na skórze człowieka znajduje się bowiem wiele bakterii, wśród nich również gronkowiec (niekiedy także gronkowiec złocisty). Dzieje się tak, ponieważ zdrowa skóra stanowi barierę ochronną zapobiegającą przedostawaniu się przez nią bakterii oraz zakażeniu tkanek. U powódki, na skutek chorób zasadniczych, wystąpiło zaś wiele czynników predysponujących do intensywnej kolonizacji skóry bakteriami, a ponadto przerwanie ciągłości skóry w postaci owrzodzeń troficznych obecnych przed zabiegiem chirurgicznym. Zdaniem biegłego miejsce operowane, ze względu na wcześniejsze zmiany skórne, nie było „raną czystą”, co oznacza, że bakterie znajdowały się nie tylko na powierzchni skóry. Biegły zauważył, że zabieg w klasyfikacji oceny ryzyka zakażenia bakteryjnego oceniany jest na 20–40%, przy czym w przypadku powódki ryzyko to ze względu na gorsze ukrwienie tkanek i zmienione warunki anatomiczne należało ocenić jako jeszcze wyższe [17]. Zdaniem biegłego: „Gronkowce powszechnie występują w środowisku człowieka. Szacuje się, że od 10 do 50% populacji ludzkiej jest stale lub okresowo nosicielami tych drobnoustrojów bez występowania objawów chorobowych. Wiele gatunków gronkowców wchodzi w skład normalnej mikroflory człowieka. Gronkowce należą do bakterii warunkowo chorobotwórczych, dlatego też w przypadku zakażeń przez nie wywołanych należy brać pod uwagę zarówno ich patogenność, jak i czynniki predysponujące organizm gospodarza do zachorowania (np. obniżoną odporność, przerwanie ciągłości tkanek, równoczesne występowanie innych schorzeń)”. Warto zauważyć, że informacje te przywołano również na potwierdzenie argumentacji pozwanego w odpowiedzi na pozew, przy czym pozwany dodatkowo wskazywał na takie okoliczności, jak wywoływanie przez gronkowca złocistego ropnego zakażenia skóry i tkanek podskórnych w postaci czyraków pojedynczych lub mnogich, zakażeń ran pooperacyjnych oraz zakażeń układowych i narządowych, a także możliwość przejścia zakażenia gronkowcowego w uogólnioną posocznicę po zabiegach chirurgicznych u osób z obniżoną odpornością. W przedmiotowej sprawie mimo ogólnie przyjętej profilaktyki po wykonaniu

of court proceedings in cases for compensation for hospital infections. Namely, the expert rightly remarked that ‘*the condition of skin colonization is not tantamount to infection*’, as the surface of human skin abounds with bacteria, including the *Staphylococcaceae* (and sometimes even *Staphylococcus aureus*). This is so because healthy skin acts as a protective barrier preventing bacterial penetration and tissue infection. Meanwhile, due to the plaintiff’s basic illnesses, there were many factors predisposing the plaintiff to intense skin colonization with bacteria; additionally, the skin continuity had been disrupted even before the operation in the form of trophic ulcerations. According to the expert, due to earlier skin lesions the operated area was not a “clean wound”, which means that the bacteria were present not only on the skin surface. The expert remarked that the surgical intervention was evaluated to bear a 20–40% risk of bacterial infection, while in this specific case the risk should have been estimated as even higher due to deteriorated blood supply to the tissues and changed anatomical conditions of the plaintiff [17]. According to the expert: “*Staphylococcaceae* are typically found in human environment. It is estimated that between 10 and 50 percent of the human population are permanent or transient carriers of those pathogens without developing any disease symptoms. Many *Staphylococcaceae* species form part of normal human microflora. *Staphylococcaceae* belong to a group of opportunistic bacteria, therefore when analysing infections caused by them one should take into consideration both their pathogenicity and the factors making the host organism susceptible to infection (e.g. lowered immunity, disruption of tissue continuity, concurrent diseases, etc.)”. It is worth noting that the same information was used to back up the defendant’s argumentation used in the reply to the plaintiff’s statement of claim; the defendant additionally pointed out to such circumstances as the fact of *Staphylococcus aureus* causing purulent infection of the skin and subcutaneous tissues in the form of furuncles or carbuncles, infections of postoperative wounds, infections of organs and systems, as well as the possibility of staphylococcus infection turning into a systemic sepsis after surgeries in patients with reduced resistance. In the discussed case, a complication occurred in the

zabiegu wystąpiło powikłanie w postaci ropienia rany pooperacyjnej.

Zdaniem biegłego „czas ujawnienia się powikłania w postaci ropnych zmian zapalnych wywołanych przez gronkowca wskazywał na wysokie prawdopodobieństwo związku tegoż powikłania zwykłym zabiegiem operacyjnym”. Istniało zatem ryzyko zakażenia w czasie zabiegu, mimo jego zminimalizowania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i egzekwowania odpowiednich procedur. Według wskazań opinii szczepy wrażliwe na antybiotyki pochodzą zwykle z flory własnej chorego, a zakażenia ran pooperacyjnych w takiej sytuacji mogą być rzeczywistym powikłaniem. Mogą być na nie narażone osoby o obniżonej odporności, takie jak powódka w opisywanej sprawie. Biegły podkreślał, że wyniki wykonanych posiewów wskazywały, że pierwsza wyhodowana bakteria była gronkowcem metycylinowrażliwym, wrażliwym na większość antybiotyków. Stanowi to ewidentny dowód na to, że gronkowiec nie pochodził z flory bakteryjnej tzw. szpitalnej, a ze skóry pacjentki. Kolejne posiewy wskazywały na znaczną zmienność izolowanych z pobieranego materiału bakterii o różnej wrażliwości, w tym *Pseudomonas* i *Acinetobacter* – wtórnie kolonizujące miejsca zmienione martwiczo i źle się gojące. W ocenie biegłego „powikłanie niewątpliwie miało związek z zabiegiem operacyjnym wykonanym w czasie pobytu w pozwanym szpitalu”. Niemniej jednak „długo utrzymujące się ropienie rany pooperacyjnej, przechodzące w ropowicę powłok jamy brzusznej, a następnie trudno gojące się przetoki, wynikały ze zmienionych warunków anatomicznych u powódki, na co wskazuje zmienność hodowanych bakterii, a nie wprowadzenia wieloopornego, trudnego do eliminacji szczepu gronkowca złocistego”.

Opinia biegłego w pełni odzwierciedlała współczesne spojrzenie środowiska medycznego na problematykę zakażeń endogennych, według której we własnej fizjologicznej florze bakteryjnej człowieka istotne są liczba i rodzaj drobnoustrojów, które z kolei mają związek z warunkami miejscowymi, tj. wilgotnością, temperaturą i dostępem do środków odżywczych. Drobnoustroje te nie stanowią zagrożenia dla zdrowego człowieka, a ich obecność zabezpiecza przed wtargnięciem innych patogennych szczepów. Bakterie te stają się chorobotwórcze, gdy zmieniają miejsce swojego pobytu, np. gdy gronkowiec skórny skolonizuje linię naczyniową i wywoła bakteriemię.

form of postoperative wound suppuration despite the general prevention steps taken after the surgery.

According to the expert, “the time when the complication was revealed in the form of purulent inflammatory changes caused by *Staphylococcus* indicated a highly probable connection between that complication and the performed surgery”. Thus, the risk of infecting the wound during the surgery did exist, despite its minimization in accordance with the state-of-the-art medical practice and enforcement of relevant procedures. The expert’s opinion states that antibiotics-sensitive bacterial strains normally come from the patient’s own flora and an infection of postoperative wounds in such a situation may be a genuine complication. Persons susceptible to such complications are those with lowered resistance, just like the plaintiff in the discussed case. The expert stressed that the results of performed bacteriological tests indicated that the first cultivated bacteria was a MSSA sensitive to most antibiotics. This is an evident proof that the *Staphylococcus* did not come from the so-called ‘hospital’ bacterial flora but from the patient’s skin. Subsequent tests revealed considerable changeability and varying sensitivity of bacteria isolated from the collected samples, including *Pseudomonas* and *Acinetobacter* – secondarily infecting areas with necrotic changes and poorly healing areas. In the expert’s opinion, “the complication was undoubtedly linked to the surgery performed during the patient’s stay in the defendant hospital”. Still, “the prolonged suppuration of the postoperative wound, later transformed into phlegmon of abdominal integuments and then into poorly healing fistulas resulted from the altered anatomical conditions of the plaintiff, which is evidenced by the changing bacterial flora obtained in culture tests, and not from the introduction of a pluriresistant, difficult to eliminate strain of *Staphylococcus aureus*”.

The opinion of the expert fully reflected the contemporary view of medical professionals on the issue of endogenous infections. The important thing is the number and type of micro-organisms in a person’s own physiological bacterial flora; this in turn is linked to local conditions i.e. humidity, temperature and access to nutrients. Those micro-organisms do not pose a threat to a healthy organism and their presence protects a person against the invasion of other, pathogenic strains. These ‘own’ bacteria become pathogenic when they change their location;

Prawdopodobieństwo zakażenia rany pooperacyjnej jest tym większe, im więcej bakterii będzie obecnych w miejscu cięcia chirurgicznego. Zagrożeni są również chorzy z poważnym uszkodzeniem układu odpornościowego [1].

Sąd Okręgowy w B. w pełni podzielił omówioną opinię biegłego, wyciągając z niej właściwe i logiczne wnioski. Przede wszystkim stwierdził, że „gronkowiec złocisty, metycylinooporny, to szczep MRSA, natomiast u powódki wykryto szczep gronkowca MSSA, podatny na metycylinę, a tego typu gronkowiec nie jest tzw. gronkowcem szpitalnym”. Opierając się m.in. na zeznaniach świadka – lekarza kwalifikującego powódkę do zabiegu, Sąd zauważył, że miała ona świadomość możliwości wystąpienia powikłań z uwagi na przewlekłe zmiany troficzne, owrzodzenia skóry, rozmiar przepukliny i otyłość. Należy wspomnieć, że stan ogólny pacjentki, według oceny lekarskiej, nie stanowił przeciwwskazania do zabiegu, jednak liczne zmiany skórne i duża ilość tkanki tłuszczowej stanowiły czynniki istotnie podwyższające ryzyko zabiegu. Sąd dostrzegł również działania pozwanego szpitala, zmierzające do zminimalizowania tego ryzyka, polegające m.in. na umieszczeniu pacjentki w izolowanej sali z sanitariatem. Możliwość zapobieżenia kolonizacji rany pooperacyjnej była jednak niewielka z racji wspomnianego stanu ogólnego powódki, olbrzymiej rany pooperacyjnej, a także niezbędnych czynności leczniczych, takich jak użycie wszczepu syntetycznego, drenaż operowanego miejsca, wkłucia dożylnie czy antybiotykoterapia przed zabiegiem (opatrunki z neomycyną).

Podsumowując, należy stwierdzić, że Sąd Okręgowy w B. w omawianej sprawie prawidłowo przeprowadził test adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego. Właściwe było zakwalifikowanie zaistniałego w sprawie zdarzenia nie jako typowego zakażenia szpitalnego utożsamianego ze zdarzeniem medycznym, ale niezawinionego przez lekarzy powikłania wynikłego z samoczynnej reakcji organizmu na czynności medyczne (kolonizacja skóry przez florę bakteryjną powódki).

W związku z opisywanym przypadkiem może się pojawić pytanie, dlaczego wobec wysokiego stopnia ryzyka powikłań w ogóle zdecydowano się przeprowadzić zabieg chirurgiczny (kwestia ta może być podnoszona w trakcie procesów przez pacjentów i ich pełnomocników). Odpowiedź w tej situa-

for instance when skin-colonizing *Staphylococcus aureus* enters the vascular system and causes bacteraemia. The greater the number of bacteria in the surgical incision area, the greater the probability of postoperative wound infection. Patients with seriously weakened immune system are also at risk [1].

The District Court in B. fully agreed with the said expert opinion, drawing proper and logical conclusions. First of all it stated that “methicillin-resistant staphylococcus belongs to the MRSA strain, while the strain found in the plaintiff was the MSSA, and that latter type is not the hospital type”. Relying on, among other things, the testimony of the witness physician who qualified the plaintiff for the surgery the Court remarked that the plaintiff was conscious of the possibility of complications due to chronic trophic lesions, skin ulceration, hernia size and obesity. For good order’s sake it should be mentioned that the general condition of the patient, in the doctors’ evaluation, was not a contraindication for the surgery; still, numerous skin lesions and a large amount of fatty tissue were the factors significantly increasing the risk involved. The Court also took note of the defendant hospital’s actions aimed at minimizing that risk, such as placing the patient in an isolated room with its own bathroom facility. However, the chance of counteracting the colonization of postoperative wound was slight due to the plaintiff’s general state of health, the enormous postoperative wound, and also the indispensable therapeutic procedures such as the use of a synthetic implant, drainage of the operated area, intravenous injections or therapy with antibiotics prior to surgery (dressings with neomycin).

To conclude, one should note that the District Court in B. acting in the discussed case performed correctly the test of adequate causal connection and correctly qualified the incident to which the case related not as a typical hospital infection equated with a medical event but as a complication resulting from an autonomous bodily reaction to medical intervention (skin colonization with the plaintiff’s own bacterial flora) for which the medical personnel of the defendant could not be held responsible.

A question may arise in connection with the described case about the reason why the surgery was carried out in the first place, considering the high risk of postoperative complications (that question may be raised in court litigations by patients or their attorneys). In this situation the answer seems pro-

cji wydaje się jednak prozaiczna. Skóra człowieka nigdy nie jest idealnie jałowa, gdyby zatem miano odstępować od zabiegów li tylko z powodu możliwości wystąpienia powikłań bakteryjnych, liczba operacji wszelkiego typu spadłaby drastycznie. Działaniem w pełni zasadnym jest zatem rzetelne informowanie pacjenta o celu i rodzaju zabiegu oraz jego potencjalnych następstwach. Informacja ta musi być przy tym przekazana pacjentowi w sposób przystępny i obejmować typowe (statystycznie uznawane za zwykłe) skutki zabiegu [18]. Po uzyskaniu uświadomionej zgody pacjenta, jeśli zabieg wykonano zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, a źródłem powikłań jest niemożliwa do opanowania reakcja organizmu chorego na zjawisko w gruncie rzeczy naturalne (np. przedmiotową kolonizację ran przez bakterie „własne” pacjenta), lekarzowi czy zespołowi opieki zdrowotnej nie można przypisać odpowiedzialności za zdarzenie medyczne, względnie błąd medyczny – organizacyjny. Analizowany w artykule wyrok Sądu Okręgowego w B. jest tego doskonałym potwierdzeniem i z tego wynika jego wartość dla linii orzeczniczej w sprawach medycznych.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

saic. Human skin is never ideally germ-free, so if the risk of occurrence of bacterial complications were to be the only reason behind refraining from operative procedures, the number of operations of all types would fall drastically. Thus, offering the patient reliable information about the aim and type of operation and its potential outcomes is a fully justified course of action. Such information should be passed on to the patient in an accessible manner and should include the typical (statistically typical) results of the operation [18]. Once the patient's informed consent is obtained and the operative procedure carried out in line with the current medical knowledge, and the source of complications is an uncontrollable reaction of the patient's body to a basically natural phenomenon (such as for instance wound colonization by the patient's "own" bacteria), a physician or a health care institution may not be burdened with liability for a medical event or medical malpractice – organizational fault. The decision of the District Court in B., analysed in this paper, serves as a perfect confirmation of this, which makes it valuable for the line of jurisprudence in medical cases.

The authors declare no conflict of interest.

Piśmiennictwo

References

1. Zakażenia szpitalne. Dzierżanowska D, Jelaszewicz J (red.). α-medica Press, Bielsko-Biała 1999.
2. Zakażenia szpitalne. Etiologia i przebieg. Przondo-Mordarska A (red.). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 1999.
3. Zieliński A. Epidemiologiczne podstawy nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi. W: Zakażenia szpitalne. Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń. Heczko PB, Wójcikowska-Mach J (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
4. Michalak J. Organizacyjne uwarunkowania zapobiegania zakażeniom szpitalnym. W: Zakażenia szpitalne w wybranych oddziałach. Denys A (red.). Część II. Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
5. Kordel K. Odpowiedzialność cywilna szpitala a zakażenia szpitalne. W: Zakażenia szpitalne. Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń. Heczko PB, Wójcikowska-Mach J (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
6. Michalak J, Wytrych S. Odpowiedzialność prawna a zakażenia szpitalne W: Zakażenia szpitalne w wybranych oddziałach. Denys A (red.). Część II. Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
7. Chowaniec C. Błąd organizacyjny w epidemiologii wirusowego zapalenia wątroby typu B i C. Ocena materiału opiniodawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach. Arch Med Sąd Kryminol 2001; 51: 21-26.
8. Chowaniec C, Chowaniec M. Problemy opiniodawcze w przypadku zakażeń szpitalnych, w szczególności WZW typu B i C. Arch Med Sąd Kryminol 2001; 51: 11-20.
9. Nesterowicz M. Odpowiedzialność cywilna ZOZ za zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby. Arch Med Sąd Kryminol 2001; 51: 1-9.
10. Nesterowicz M. Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone wirusem HIV na skutek transfuzji krwi w prawie francuskim. W: Studia prawa prywatnego. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Biruty Lewaszkiewicz-Petrykowskiej. Szpunar A (red.). Łódź 1997.
11. Nesterowicz M. Odpowiedzialność cywilna w związku z zakażeniem HIV i AIDS. W: Księga Jubileuszowa Profesora Tadeusza Smyczyńskiego. Andrzejewski M, Kociucki L, Łączkowska M, Schulz A (red.). Toruń 2008.

12. Pałka J, Truszkiewicz W. Zakażenia szpitalne jako przyczyna cywilnych roszczeń pacjentów. Arch Med Sąd Kryminol 2001; 57: 81-84.
13. Brzozowski A. W: Kodeks cywilny. Komentarz do artykułów 1-44910. Pietrzykowski K (red.). Tom I. Warszawa 2011; 528.
14. Radwański Z. Prawo cywilne – część ogólna. C. H. Beck, Warszawa 2005.
15. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r. Monitor Prawniczy Nr 22/2001, s. 1127 z glosą T. Justyńskiego. Przegląd Sądowy Nr 9/2002; 133 i n.
16. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych. LexisNexis, Warszawa 2012.
17. Stefańska J. Oporność gronkowców złocistych na środki przeciwbakteryjne. Biuletyn Wydziału Farmaceutycznego AMW 2003; 3.
18. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r. V CSK 220/07, LEX nr 494157.

Adres do korespondencji

dr Damian Wąsik
Zakład Podstaw Prawa Medycznego
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
ul. Świętojańska 20
85-077 Bydgoszcz
e-mail: damian.wasik@cm.umk.pl

Address for correspondence

Damian Wąsik
Department of Medical Law Basics
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
Świętojańska 20
85-077 Bydgoszcz
e-mail: damian.wasik@cm.umk.pl