

**Sygn. akt: I C 148/18**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 lipca 2020 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	sędzia Ewa Oknińska,
-----------------	----------------------

po rozpoznaniu w dniu 3 lipca 2020 r. w Olsztynie

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa U. B.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitalowi (...) w P.

o zapłatę

I. umarza postępowanie o zapłatę kwoty 20.313 (dwadzieścia tysięcy trzysta trzynaście) zł ,

II. oddała powództwo w pozostałym zakresie,

III. zasądza od powódki U. B. na rzecz pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w P. kwotę 8.417 (osiem tysięcy czterysta siedemnaście) zł tytułem kosztów procesu,

IV. nakazuje ściągnąć od powódki na rzecz Skarbu Państwa – Sąd Okręgowy w Olsztynie kwotę 14.864,79 (czternaście tysięcy osiemset sześćdziesiąt cztery 79/100) zł tytułem kosztów sądowych.

sędzia Ewa Oknińska

**Sygn. akt I C 148/18**

## UZASADNIENIE

Powódka U. B. domagała się zasądzenia od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w P. kwoty:

a) 500.000 zł r. tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, tj. przyczynienie się personelu medycznego pozwanego Zakładu do śmierci męża powódki Z. B.,

b) 90.000 zł tytułem odszkodowania obejmującego zwrot kosztów jakie powódka i jej synowie ponieśli w związku z chorobą Z. B..

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 2 maja 2017 r. o godzinie 17-tej po udanej resuscytacji jej mąż Z. B. został odwieziony do Szpitala (...) w P. na oddział intensywnej terapii. Powódka na prośbę dyżurującego na oddziale lekarza w dniu 3 maja 2017 r. dostarczyła ordynatorowi dr. J. R. pełną dotychczasową dokumentację lekarską męża. W trakcie rozmowy z ordynatorem powódka dowiedziała się, że jej mąż został wprowadzony w stan śpiączki farmakologicznej

oraz, że u męża umarły tkanki miękkie mózgu ze względu na długą resuscytację, która zdaniem ratowników przebiegła prawidłowo. W dniu 7 maja 2017 r. personel medyczny poinformował powódkę, że u jej męża wykryto posocznicę, a ordynator poinformował rodzinę, że Z. B. jest odkorowany i jedyne co rodzina może w tej sytuacji zrobić to oddać pacjenta do hospicjum lub odłączyć od respiratora. Powódka i najbliżsi widzieli oznaki walki i chęci życia u Z. B., w związku z czym postanowili przewieźć pokrzywdzonego do innego szpitala bliżej miejsca zamieszkania. Po upływie 5 tygodni, t.j. 5 czerwca 2017 r. udało się powódce uzyskać zgodę szpitala w P. na przewiezienie męża na własny koszt karetką do szpitala (...) w W.. Mąż powódki został przewieziony karetką do szpitala (...) w W. w dniu 6 czerwca 2017 r. Przy przyjęciu okazało się, że Z. B. miał odleżyny 4 stopnia i wymagał zabiegów pielęgnacyjnych. Zdaniem powódki, w czasie jego pobytu w szpitalu w P., zostało popełnionych przez personel medyczny wiele błędów lekarskich w stosunku do jej męża, które mogły się przyczynić do jego śmierci. Mąż powódki przez 5 tygodni to jest przez cały pobyt w szpitalu był intubowany. Szpital dopiero w dniu 29 maja 2017 r. wystąpił do sądu z wnioskiem o wydanie zgody na zrobienie choremu zabiegu tracheotomii i mimo zgody powyższy zabieg nie został przeprowadzony. Rozważano przeprowadzenie u chorego kardiologicznie diagnostykę naczyń wieńcowych, ale tego nie zrobiono. Nadto nie przewieziono pacjenta do szpitala z oddziałem kardiologicznym. Przez kilka tygodni nie chciano się zgodzić na wielokrotną prośbę rodziny by przewieźć chorego bliżej miejsca zamieszkania, pacjent nie miał rehabilitacji przyłożkowej, dodatkowo został zarażony posocznicą. W ocenie powódki, popełnione błędy lekarskie doprowadziły do śmierci jej męża w dniu 27 czerwca 2017 r. w Szpitalu (...) w W..

Ostatecznie powódka domagała się zasądzenia od pozwanego kwoty 500.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 13 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 69.687 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 13 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania

Na kwotę odszkodowania składały się:

- koszty pogrzebu męża powódki w kwocie 2.489,40 zł,
- koszty postawienia nagrobka w kwocie 8.500 zł,
- koszty pobytu powódki w pensjonacie w czasie przebywania męża w szpitalu w P. w kwocie 1.600 zł,
- koszty pobytu synów powódki w pensjonacie w czasie przebywania męża w szpitalu w P. w kwocie 700 zł i 500 zł,
- wyżywienie powódki i synów powódki w czasie pobytu w P. – 2.800 zł (w tym koszty powódki 1.400 zł, koszty synów po 700 zł),
- przewóz męża karetką z P. do W. – 2.352 zł,
- zawieszenie przez powódkę działalności gospodarczej od dnia 04 maja 2018 r. do 08 lipca 2018 r. – 49.000 zł,
- koszty przylotu synów samolotem z P.do W. B. – 807,50 zł.
- koszty opłat notarialnych związanych z przekazaniem przez synów po śmierci taty swoich udziałów mieszkaniu – 938,48 zł.

(pозew, pismo z dnia 26 kwietnia 2018 r. – k. 288-289, pismo z dnia 08 lipca 2018 r. – k. 392- 393, pismo z dnia 10 września 2018 r. – k. 437).

Pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) w P. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany zakwestionował roszczenia jako całkowicie bezzasadne. Pozwany wskazał, że udana co prawda, lecz podjęta po około 8 minutach resuscytacja męża powódki przeprowadzona u osoby dotkniętej nagłym zatrzymaniem krążenia, a cierpiącej na różnego rodzaju schorzenia krążeniowo-oddechowe, neurologiczne, nadeśnienie tętnicze i cukrzycę nie rokowała skuteczności wyleczenia, nawet przy stosowaniu pełnego wachlarza

świadczeń medycznych, co miało miejsce w wypadku Z. B. w Oddziale I. (...) SP ZOZ Szpitala (...) w P.. W ocenie pozwanego ośmiominutowe niedotlenienie i niedokrwienie mózgu, nerek i płuc nie pozwalało na powrót normalnego funkcjonowania tych organów. Proces leczenia Z. B. nie był dotknięty jakimikolwiek błędami lub uchybieniami i w żaden sposób nie przyczynił się do śmierci tego pacjenta, a wręcz przeciwnie spowodował przedłużenie jego życia o wiele tygodni. Z. B. od chwili przyjęcia do Oddziału I. (...) pozwanego poddany był pełnemu wachlarzowi czynności ratujących życie, a w szczególności zastosowano leki poprawiające metabolizm komórki nerwowej i ułatwiające wybudzenie ze śpiączki mózgowej, a skierowane na jak najszybsze i najintensywniejsze utlenowanie i dokrwienie najważniejszych życiowo organów. Od pierwszej doby pobytu w szpitalu pacjent był zaintubowany, założone były wkłucia centralne i dializacyjne, sonda żołądkowa i cewnik do pęcherza moczowego. Przez rurkę intubacyjną prowadzono wentylację respiratorem oraz prowadzono toaletę drzewa oskrzelowego, dlatego też nie zachodziła potrzeba pilnej tracheostomii, tym bardziej, iż z uwagi na zaleganie w drzewie oskrzelowym wydzieliny śluzowo - ropnej istniało realne zagrożenie ropienia rany po zabiegu tracheostomii. Z. B. przeszedł i przechodził wszelkie konieczne badania, za wyjątkiem zalecanej koronarografii, której przeprowadzenie możliwe było po unormowaniu stanu ogólnego pacjenta, umożliwiającego jego transport do najbliższego ośrodka specjalistycznego w E.. Pozwany podniósł ponadto, iż przetransportowanie pacjenta do innego szpitala było ryzykowne przy jego stanie zdrowia, a wręcz niemożliwe w pierwszym okresie jego leczenia, a odbyło się jedynie w wyniku usilnych nalegań czy też wręcz żądań powódki, która najpewniej chciała by mąż przebywał najbliżej miejsca jej zamieszkania. Wbrew twierdzeniom powódki żaden z lekarzy nie sugerował powódce umieszczenia jej męża w hospicjum bądź odłączenia od respiratora, zaś koordynator oddziału podczas rozmowy z powódką stwierdził jedynie, że jej mąż będzie wymagał pobytu w oddziale szpitalnym dla osób przewlekle wentylowanych. U pacjenta stwierdzono odłężyny pięt, jednakże odnotowano to w dokumentacji medycznej i wdrożono stosowną kurację antyodleżynową. W ocenie pozwanego, w tym stanie rzeczy zarzuty popełnienia przez „personel medyczny wielu błędów lekarskich”, które mogły się przyczynić do śmierci małżonka powódki są całkowicie gołosłowne i bezzasadne (k.313 – 319).

Powódka na rozprawie w dniu 07 września 2018 r. cofnęła pozew o zapłatę kwoty 20.313 zł tytułem odszkodowania (k. 430).

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

Z. B. (ur. (...)) był mężem powódki U. B.. Mieszkali wspólnie w L., gdzie powódka, z pomocą męża, od 2011 r. prowadziła działalność gospodarczą. Z. B. od 2004 r. pobierał rentę, zaś w wieku 60 lat przeszedł na wcześniejszą emeryturę. Z. B. cierpiał na przewlekle schorzenia. Przeszedł dwukrotnie zawał serca (w 2003 r. oraz o nieznanym czasie dokonania) i dwukrotnie obrzęk płuc (w 2013 i 2014 r.).

W dniu 2 maja 2017 r. Z. B. przebywał na działce w miejscowości K.. Tego dnia Z. B. wykonywał drobne prace ogrodowe. Około godziny 14:00, Z. B., wspólnie ze znajomymi - J. S. i P. K. wypłynęli łódką na jezioro. Podczas rejsu Z. B. zasnął, miał duszności. Po wyciągnięciu Z. B. z łódki, ułożono go w pozycji półsiedzącej na ziemi. J. S. wezwał pogotowie ratunkowe. U Z. B. doszło do utraty przytomności. Do czasu przyjazdu na miejsce ratowników medycznych, nie była u Z. B. prowadzona resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Po 11 minutach od wezwania przybyli na miejsce ratownicy medyczni, którzy stwierdzili zatrzymanie krążenia. Podjęto resuscytację krążeniowo-oddechową. W międzyczasie wezwano zespół specjalistyczny w celu uzyskania pomocy w transporcie pacjenta do szpitala. Po ok. 8 minutach przywrócono krążenie. Pacjent został zaintubowany. Ciśnienie było stabilne. W wywiadzie ustalono, że pacjent ma 61 lat oraz, że przebył w przeszłości dwukrotnie incydent obrzęku płuc.

(dowód: karty informacyjne leczenia szpitalnego – k. 37-38, zeznania powódki U. B. – k. 428-430, zeznania świadka K. S. – k. 486v, zeznania świadka W. G. – k. 487, zeznania świadka S. P. – k. 487, zeznania świadka J. S. – k. 664-664v)

Po udanej resuscytacji o godz. 17:19 Z. B. został zabrany w trybie nagłym przez zespół ratownictwa medycznego z lekarzem z zespołu specjalistycznego na pokładzie, do Szpitala (...) w P., gdzie został przyjęty do Oddziału I. (...). Z. B. znajdował się w stanie ciężkim. Był nieprzytomny, bez własnego oddechu, zaintubowany. Rozpoznano wówczas stan po nagłym zatrzymaniu krążenia i skutecznej resuscytacji, nadciśnienie tętnicze. Wprowadzono oddech zastępczy w

karetce, a także zaraz po przyjęciu do oddziału. W rurce intubacyjnej stwierdzono treść śluzowo-ropną lub pokarmową, co mogło wskazywać na zachłyśnięcie się chorego w trakcie czynności resuscytacyjnych lub zatrzymania krążenia. Jego stan świadomości był oceniany w skali G. na 3 punkty.

Tego samego dnia, tj. 2 maja 2017 r. pacjenta poddano konsultacji internistycznej. W wywiadzie ustalono, że pacjent przebył w przeszłości 2 zawały i był po 2 incydentach związanych z obrzękiem płuc, z cukrzycą typu 2, miażdżycą kończyn dolnych, był niestabilny krążeniowo. Chory był leczony: N., E., N. 5mg, C. 200mg/dz., F., G.. W badaniu RR 120/80mmHg, czynność serca miarowa 80/min., w (...). W badaniu przedmiotowym stwierdzono suche śluzówki, źrenice symetryczne, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy, trzeszczenia po stronie prawej, obrzęki. W wynikach badań - k. (...),h., podwyższone parametry nerkowe, podwyższona t., t.. Zalecono R. klatki piersiowej. Pacjentowi wyrównywano niedobory wodno-elektrolitowe, podano leczenie przeciwzakrzepowe, i., n., lek o działaniu moczopędnym.

W dniu 3 maja 2017 r. chory był sedowany M.. Zastosowano wentylację w trybie (...). W badaniach laboratoryjnych - znaczny wzrost troponiny. Ciśnienie tętnicze w granicach normy. Bez zaburzeń rytmu, z gorączką. W kolejnej konsultacji internistycznej stwierdzono w zapisie EKG - rytm zatokowy, blok lewej odnogi p. H., brak progresji t. w VI-V3. W badaniach stwierdzono wzrost troponiny, RR stabilne, rytm zatokowy. Leczenie rozszerzono o preparaty elektrolitowe, podano N. na poprawę metabolizmu tkanki nerwowej, bloker pompy protonowej, lek poprawiający perystaltykę przewodu pokarmowego, leki o działaniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym.

Tego dnia powódka na prośbę dyżurującego na oddziale lekarza dostarczyła koordynatorowi oddziału intensywnej terapii J. R. pełną, dotychczasową dokumentację lekarską męża, potwierdzającą ustalone w wywiadzie z powódką przebyte przez niego w przeszłości choroby. W trakcie rozmowy z koordynatorem J. R. powódka została poinformowana, że jej mąż został wprowadzony w stan śpiączki farmakologicznej. Koordynator informował rodzinę jakie są szanse na powrót jego świadomości i wyzdrowienie chorego. Stwierdził również, że podejrzewa odkorowanie chorego, tj. zniszczenie kory mózgowej spowodowane niedotlenieniem. Tłumaczył, że wskazują na to objawy takie jak bezdech, niereaktywne źrenice chorego i brak reakcji na bodźce bólowe na to wskazują. Po kilku tygodniach, w rozmowie z rodziną J. R. stwierdził, że pacjent będzie przygotowywany przez personel medyczny i prawdopodobnie zakwalifikowany do leczenia na oddziale dla przewlekle wentylowanych.

W dniu 5 maja 2017 r. do leczenia dołączono antybiotykoterapię (Z.). Chory otrzymywał leki głównie drogą dożylną i do sondy. W dniu 7 maja 2017 r. dołączono kolejny antybiotyk (F.), a następnie B.. Zastosowane było leczenie hipotensyjne (T., E.) od dnia 6 maja 2017 r. Chory doraźnie miał podawany preparat S. ((...)) na przyspieszenie czynności serca. W dniu 17 maja 2017 r. zmodyfikowano antybiotykoterapię i włączono preparat C.. Od dnia 31 maja 2017 r. była włączona C..

Początkowo, w pozwanym Szpitalu, zastosowano wobec pacjenta ataranalgezę, następnie sedację i okresowo zwiotczenie. Chory w okresie od 2 maja do 6 czerwca 2017 r. był wentylowany w trybie A. oraz (...). Z powodu narastających i wysokich parametrów stosowano hemodiafiltrację - (...), a następnie stały wlew wysokich dawek F.. Obserwowano infekcję dróg oddechowych (stosowano antybiotykoterapię celowaną). Przez cały okres stan pacjenta był ciężki. W dniu 12 maja 2017 r. pacjenta poddano konsultacji internistycznej kontrolnej. Stwierdzono utrzymywanie się wysokiego RR pomimo stosowanych leków (T. 2x10mg, A. 10mg, D. 4mg, B. 10mg, F.). W badaniach laboratoryjnych podwyższone parametry nerkowe (GFR 36ml/min), hipokaliemia. Pacjent żywiony był przez sondę oraz pozajelitowo. Po odstawieniu sedacji i leków zwiotczających nie obserwowano powrotu świadomości i wydolnego wysiłku oddechowego własnego.

(zeznania powódki U. B. – k. 428-430, zeznania świadka J. R. – k. 378-382, zeznania świadka A. S. (1) k. 382-384, zeznania świadka D. M. – k. 427v-428, zeznania świadka D. B. (1) – k. 481-482, zeznania świadka S. B. – k. 482, zeznania świadka D. B. (2) – k. 543-545, zeznania świadka B. J. – k. 542-543, zeznania świadka M. F. – k. 622-623, karta informacyjna leczenia szpitalnego w (...) Szpitalu (...) z 13.12.2013 r. i 11.07.2014 r. – k. 37-38, dokumentacja medyczna z SP ZOZ Szpital (...) w P. – k. 48-255)

W dniu 29 maja 2017 r. pozwany wystąpił do Sądu Rejonowego w P. z wnioskiem o udzielenie zezwolenia na wykonanie zabiegu tracheostomii przezskórnej u pacjenta Z. B. w sytuacji braku świadomej zgody pacjenta, jego opiekuna prawnego lub ustanowionego. Celem zabiegu było utrzymanie drożności dróg oddechowych u pacjenta z koniecznością przedłużonej wentylacji. Koordynator J. R. komunikował wcześniej członkom rodziny pacjenta, że będzie potrzebne wykonanie przedmiotowego zabiegu.

Postanowieniem z dnia 31 maja 2017 r. Sąd Rejonowy w P., sygn. akt (...), postanowił udzielić zezwolenia na wykonanie u Z. B., przebywającego w Szpitalu (...) w P., zabiegu medycznego w postaci tracheostomii przezskórnej, które to zezwolenie zastępuje zgodę uczestnika postępowania Z. B.. Zabieg tracheotomii w pozwanym szpitalu nie został wykonany.

(wniosek o udzielenie zezwolenia na wykonanie zabiegu - k. 695, postanowienie SR w P.z dnia 31.05.2017 r. – k. 45-47)

Na przestrzeni całego okresu hospitalizacji Z. B. w Szpitalu (...) w P. poddano go wielokrotnie szeregowi badań laboratoryjnych: morfologii, badaniom układu krzepnięcia, badaniom biochemicznym, gazometrii, badaniom z moczu i badaniom mikrobiologicznym. Trzykrotnie wykonano badanie E. (02.05., 03.05., 12.05.), 2 maja wykonano R. klatki piersiowej, zaś 10 maja przeprowadzono badanie Echo serca.

Ostatniego dnia hospitalizacji w pozwanym Szpitalu, tj. 6 czerwca 2017 r. stan ogólny Z. B. był ciężki, ale stabilny. Pozostawał nieprzytomny, bez własnego wysiłku oddechowego. Diureza wspomagana stałym wlewem F.. Żywniony przez sondę.

(dowód: zeznania powódki U. B. – k. 428-430, zeznania świadka J. R. – k. 378-382, zeznania świadka A. S. (1) k. 382-384, zeznania świadka D. M. – k. 427v-428, zeznania świadka D. B. (1) – k. 481-482, zeznania świadka S. B. – k. 482, zeznania świadka D. B. (2) – k. 543-545, zeznania świadka B. J. – k. 542-543, dokumentacja medyczna z SP ZOZ Szpital (...) w P. – k. 48-255)

Powódka i jej najbliżsi postanowili przewieźć pokrzywdzonego, na własny koszt, do innego szpitala, bliżej miejsca zamieszkania. Zgłosili to koordynatorowi oddziału. Nadto, powódka zwracała się do dyrektora Szpitala z prośbą pomoc w zorganizowaniu transportu męża. Dyrektor M. S. poinformował powódkę, że jeżeli leczenie w innym ośrodku będzie możliwe to Szpital zapewni pomoc w zorganizowaniu przedsięwzięcia. Ze względu jednak, na stan zdrowia pacjenta, koordynator Oddziału I. (...) pozwanego Szpitala odmawiał udzielenia zgody na transport chorego, gdyż zagrażałoby to jego życiu, ponieważ jego stan był niestabilny. Powódka wraz z bliskimi regularnie ponawiała prośby o zgodę, lecz personel medyczny w dalszym ciągu oceniał, iż stan pacjenta dyskwalifikuje możliwość jego transportu bez narażenia na utratę życia. Dopiero po około miesięcznym leczeniu stan chorego umożliwił przetransportowanie go karetką pod respiratorem. Dnia 5 czerwca 2017 r. udało się uzyskać powódce zgodę szpitala w P. na przewiezienie męża na własny koszt karetką do szpitala (...) w W..

Po telefonicznym uzgodnieniu dokonanym przez J. R. z ordynatorem oddziału dr E. B. chory został przewieziony do Szpitala (...) w W..

Mąż powódki został przewieziony karetką do szpitala (...) w W. w dniu 6 czerwca 2017 r. Powódka poniosła koszty transportu w kwocie 2.352 zł. Pacjent został przyjęty z (...) w P. o godz. 13.40. Pozostawał nieprzytomny, niewydolny oddechowo, wentylowany mechanicznie. Krążeniowo stabilny, bez logicznego kontaktu, zaintubowany, ustawiono leczenie na nadciśnienie tętnicze. Założono 2 wkłucia centralne prawe (zacerwienione) i dializacyjne lewe (zacerwienione). Na obu piętach stwierdzono odleżyny IV stopnia - zabezpieczono A.. Pacjent był pielęgnowany przeciwoodleżynowo, ułożono go na materacu zmiennościśnieniowym. Zmieniano pozycje ułożenia. Wykonano toaletę. U. włosy.

W pobranych wkrótce po przyjęciu posiewach stwierdzono obecność P. i A.. Chory otrzymywał C. zgodnie z wynikami antybiogramu. Ze względu na otrzymywane przez chorego podwójne leczenie p-platek konieczne było odroczenie terminu wytworzenia planowej tracheotomii i P.. Pomimo intensywnej terapii oraz prowadzonej od

początku rehabilitacji stan ogólny chorego nie ulegał widocznej poprawie, nie obserwowano również poprawy stanu neurologicznego. Chory był żywiony dojelitowo przez sondę. W 9 dobie pobytu w Szpitalu (...) w warunkach bloku operacyjnego wytworzono sondę odżywczą P. co umożliwiała żywienie dojelitowe oraz podawanie leków kardiologicznych. Po konsultacji kardiologicznej zdecydowano o odstawieniu P. z pozostawieniem iniekcji heparyny drobnocząsteczkowej. W 11 dobie pobytu w warunkach bloku operacyjnego wykonano planową tracheotomię, zabieg przebiegł bez powikłań. Próby odłączenia chorego od respiratora były nieskuteczne. Chorego zgłoszono do przeniesienia do domu pod opiekę zespołu respiratoroterapii domowej. W 21 dobie pobytu w godzinach nocnych doszło do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór. Pierwszy epizod zakończył się skuteczną defibrylacją i powrotem czynności hemodynamicznej serca i własnego oddechu. Ponowne zatrzymanie krążenia nastąpiło po ok. półtorej godzinie, tym razem bez powrotu czynności elektrycznej i hemodynamicznej serca. W dniu 27 czerwca 2017 r. o godz. 2:00 stwierdzono zgon. Nie zlecono sekcji zwłok.

Jako wyjściową przyczynę zgonu wskazano zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją. Przyczyną wtórną była niewydolność serca, nieokreślona, natomiast za przyczynę bezpośrednią zgonu wskazano migotanie i trzepotanie komór.

Powódka poniosła koszty pogrzebu w kwocie 2.489,40 zł.

(dowód: dokumentacja medyczna ze Szpitala (...) w W. – k. 40-43, 302, zeznania świadka J. R. – k. 378-382, zeznania powódki U. B. – k. 428-430, zeznania świadka D. B. (1) – k. 481-482, zeznania świadka S. B. – k. 482, zeznania świadka D. B. (2) – k. 543-545, zeznania świadka B. J. – k. 542-543, zeznania świadka A. S. (2) – k. 622, zeznania świadka M. F. – k. 622-623, faktury – k. 24, 34)

Wdrożone w Szpitalu (...) w P. procedury medyczne były prawidłowe, jednakże nie zapobiegły śmierci Z. B., co wynikało z incydentu zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych i licznych obciążań chorobowych. Fakt rozpoczęcia resuscytacji po 8 minutach od zatrzymania krążenia wskazywałby, że postępowanie to było od początku narażone na niepowodzenie. Ponadto pacjent odznaczał się bardzo obciążającym wywiadem chorobowym a zwłaszcza obciążeniem chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, dną moczanową oraz przebyłym incydem zaburzeń w krążeniu mózgowym. Postępowanie poresuscytacyjne prowadzone w pozwanym szpitalu spełniało kryteria Wytycznych Resuscytacji (...). U Z. B. nie było wskazań do przewiezienia do ośrodka neurologicznego. Pacjent był poddany wielokierunkowemu i intensywnemu leczeniu farmakologicznemu, które było prawidłowe i adekwatne do stanu klinicznego. Z. B. już przed hospitalizacją cierpiał na przewlekłe schorzenia wymagające stałej farmakoterapii. Zakres badań diagnostycznych był prawidłowy i odpowiedni dla postawienia prawidłowego rozpoznania u pacjenta i ustalenia dalszego toku jego leczenia. Uzyskano wywiad dotyczący okoliczności zatrzymania krążenia i przeszłości chorobowej, odbyła się konsultacja internistyczna. Stan kliniczny i wyniki badań dodatkowych wskazywały na sercowopochodną przyczynę zatrzymania krążenia.

U Z. B. były wskazania do stosowania śpiączki farmakologicznej, jako próby ochrony tkanki nerwowej przed następstwami przebytego niedotlenienia w trakcie zatrzymania krążenia. Nie było u niego wskazań do „zabiegów kardiologicznych” tylko do diagnostyki kardiologicznej przebytego incydentu zatrzymania krążenia. Konsultujący internista wydał właściwe zalecenia diagnostyczne, które uwzględniały również ewentualne przeprowadzenie koronarografii po ustabilizowaniu stanu chorego. Z kolei zabieg tracheotomii wykonuje się u chorego, u którego przewiduje się długoterminową wentylację respiratorem, lub chorego nieprzytomnego u którego chcemy zachować wentylację spontaniczną. W przypadku pacjenta zaintubowanego nie jest to zabieg ratujący życie i zwykle ma charakter planowy. U chorego obserwowano stan po zatrzymaniu krążenia i resuscytacji w warunkach pozaszpitalnych, co z zasady źle rokuję co do powrotu czynności ośrodkowego układu nerwowego. Obserwowano zaburzenia neurologiczne odpowiadające ciężkiej postaci zespołu encefalopatii niedokrwienno-niedotlenieniowej. Stan ten wskazuje na możliwość wcześniejszego wykonania t. i P.-a, co umożliwi przeniesienie chorego pod opiekę hospicyjną.

Odległyny natomiast są wieloprzyczynowym następstwem takich czynników ryzyka jak: wiek, choroby metaboliczne / cukrzyca, dna moczanowa/, zaburzenia utlenowania krwi, zaburzenia przepływu miejscowego, infekcja, zaburzenia

gospodarki wodno-elektrolitowej, unieruchomienie, stosowanie leków naczynioaktywnych, stosowanie leków sedacyjnych i zwiotczających. U chorego wystąpiły wszystkie ww. czynniki ryzyka. Poglądy o „dopuszczalności” powstania odleżyn w oddziałach intensywnej terapii są bardzo zróżnicowane od sugerujących brak należytej staranności w opiece nad chorym po uznanie, że powikłanie takie jest nieuchronne. W opiniowanej sprawie liczba czynników ryzyka była skrajnie liczna i w znacznym stopniu usprawiedliwiała fakt dopuszczenia do powstania odleżyn mimo wskazanego w dokumentacji postępowania.

(dowód: opinia biegłych – k. 684-751, opinia uzupełniająca – k.782-784 )

Pismem z dnia 19 listopada 2017 r. powódka wezwała pozwanego, na podstawie art. 415 k.c., art. 444 k.c., art. 445 k.c. i art. 446 k.c. do zapłaty kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 90.000 zł tytułem odszkodowania. Pismem z dnia 12 grudnia 2017 r. pozwany odmówił wypłaty świadczeń uznając powyższe roszczenia za całkowicie bezzasadne.

(dowód: wezwanie do zapłaty - k. 16-19, pismo pozwanego z dnia 12 grudnia 2017 r. – k. 14-15)

### **Sąd zważył, co następuje:**

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 500.000 zł i odszkodowania w kwocie 69.687 zł nie zasługują na uwzględnienie

Z uwagi na skuteczne cofnięcie pozwu o zapłatę kwoty 20.313 zł tytułem odszkodowania, Sąd na podstawie art. 203 k.p.c. i art. 355 k.p.c. umorzył postępowanie w tym zakresie (pkt I wyroku).

Sąd dokonał ustaleń w niniejszej sprawie w oparciu o jasne i spójne zeznania świadków J. R., A. S. (1), D. M., K. S., W. G. i S. P., jak też załączoną dokumentację medyczną, a także korespondujące ze sobą i tworzące logiczną całość wnioski kompleksowej opinii głównej oraz uzupełniającej opinii biegłych: z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej W. K., z zakresu kardiologii S. O., z zakresu otolaryngologii J. K., z zakresu chirurgii ogólnej P. Z. oraz z zakresu medycyny sądowej A. M.. W ocenie Sądu opinia sporządzona przez biegłych jest rzetelna, jasna, nie zawiera sprzeczności ani luk. Biegli w sposób przekonujący uzasadnili wnioski zawarte w opiniach oraz ustosunkowali się do zarzutów do opinii zgłoszonych przez powódkę.

Sąd uwzględnił zeznania świadków D. B. (1), S. B., D. B. (2), B. J., A. S. (2), M. F. oraz powódki w zakresie jakim dotyczyły relacji łączących powódkę z Z. B. oraz cierpienie powódki po jego śmierci. Sąd uwzględnił zeznania świadka J. S. na okoliczność przebiegu wydarzeń w dniu 2 maja 2017 r., tj. aktywności i samopoczucia w tym dniu zmarłego Z. B., relacji o zaistniałym zdarzeniu od momentu wypłynięcia na jezioro, poprzez zasłabnięcie i utratę przytomności przez Z. B..

Odnosząc się do zeznań powódki i ww. świadków w zakresie dotyczącym okoliczności związanych z hospitalizacją zmarłego Z. B., Sąd uwzględnił je w stopniu w jakim znajdują potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym. Ponadto Sąd dostrzegł, że powódka w sposób subiektywny, abstrahując od dolegliwości towarzyszących jej mężowi w trakcie trwania leczenia, wskazuje na błędy i uchybienia personelu medycznego pozwanego Szpitala, nie dostrzegając tym samym działań podjętych przez lekarzy oraz okoliczności w jakich przyszło im podejmować konkretne decyzje. Powódka nie wykazała aby personel medyczny celowo nie wykonał zabiegu tracheotomii, złośliwie odmawiał zgody na przeniesienie męża do innego szpitala oraz sugerował powódce, iż ze względu na stan zdrowia męża, należałoby oddać męża do hospicjum lub odłączyć pacjenta od respiratora. Powyższemu zaprzecza zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna oraz opinie biegłych, jak również zeznań świadków – pracowników Szpitala.

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym, opiera się na przepisach art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c., które znajdują zastosowanie również w niniejszej sprawie.

Stosownie do treści art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest

odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Szpital nie może się uwolnić od odpowiedzialności powołując się np. na brak winy w wyborze lekarza, winy w zakresie nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności itp. Obowiązek odszkodowawczy po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy personelowi szpitala nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawinionym działaniem personelu szpitala a wyrządzoną szkodą.

Do przyjęcia odpowiedzialności wymagane jest zatem wyrządzenie szkody przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, wina podwładnego oraz związek przyczynowy między zawinionym zachowaniem podwładnego a powstałą szkodą. Dlatego też przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wskazanych norm prawnych wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż postępowanie personelu medycznego nie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej (tj. było bezprawne) i było zawinione, w wyniku czego powstała szkoda, która pozostawała w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z takim działaniem, czy też zaniechaniem personelu medycznego.

W literaturze przedmiotu przez pojęcie "błąd w sztuce medycznej", zwany także "błędem lekarskim", rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. Marian Filar i inni, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wyd. Praw. "LexisNexis", Warszawa 2005 r., str. 29). „Błąd medyczny” to nieprawidłowe postępowanie, którego skutków można było uniknąć przy zachowaniu zwykłej staranności, bez konieczności podejmowania działań nadzwyczajnych, w sytuacji kiedy był czas do namysłu (tak Krzysztof Woźniak „Błąd medyczny”, Katedra Medycyny Sądowej UJ CM, Kraków 2014).

Dla przyjęcia, że wystąpił błąd medyczny, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym było wykazanie przez powódkę, na której spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że zastosowano niewłaściwy sposób leczenia doprowadzający w konsekwencji do śmierci męża powódki.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie wykazało, aby doszło do nieprawidłowości w pozwanym szpitalu. Biegli W. K., S. O., J. K., P. Z. oraz A. M. w opinii głównej oraz uzupełniającej opinii w sposób spójny i logiczny wypowiedzieli się na temat zasadności działań i procedur podejmowanych przez personel pozwanego szpitala wobec Z. B.. Biegli byli zgodni, że wszelkie podjęte działania zostały przeprowadzone w sposób prawidłowy i rzetelny. Biegli podkreślili, iż w sytuacji zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych, co miało miejsce w przypadku Z. B., co do zasady nie rokuje przeżycia (zaledwie 10% chorych przeżywa pozaszpitalne zatrzymanie krążenia). Natomiast chorzy, którzy przeżyli, w znacznym odsetku obciążeni są zespołem e.. Biegli wskazali również to, że rozpoczęcie resuscytacji po około 8 minutach od zatrzymania krążenia wskazywało, że postępowanie to było od początku narażone na niepowodzenie. Przyjmuje się, że jedynie podjęcie resuscytacji przed upływem 4 minut od nagłego zatrzymania krążenia i prowadzenie jej w sposób aktywny stwarza szansę na przeżycie i ograniczone uszkodzenie mózgu. Biegli zwrócili uwagę także na bardzo obciążający wywiad chorobowy pacjenta a zwłaszcza obciążenie chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, dną moczanową oraz przebyłym incydentem zaburzeń w krążeniu mózgowym. W ocenie biegłych wdrożone przez personel medyczny procedury były prawidłowe, natomiast nie zapobiegło to śmierci pacjenta, co było wynikiem, przede wszystkim tego, iż do zatrzymania krążenia doszło w warunkach pozaszpitalnych oraz ze względu na liczne obciążenia chorobowe Z. B.. Chory był poddany wielokierunkowemu i intensywnemu leczeniu farmakologicznemu, które było prawidłowe i adekwatne do stanu klinicznego.

Dokumentacja lekarska zawiera dane dotyczące wywiadu, badania przedmiotowego, obserwacji w przebiegu hospitalizacji. Postawione rozpoznania dotyczyły głównych problemów zdrowotnych pacjenta. Dokumentacja lekarska była prowadzona prawidłowo, poza omyłką dotyczącą rodzaju konsultacji z dnia 3 maja 2017 r., która nie miała wpływu na leczenie pacjenta. Omyłkowo wpisano bowiem, że była to konsultacja neurologiczna. Tymczasem odbyła się wówczas konsultacja internistyczna, co wynika z treści tej konsultacji i wydano w niej właściwe zalecenia diagnostyczne.



Biegli ocenili, iż w sposób prawidłowy zlecono badania dodatkowe i konsultacje specjalistyczne. Dodatkowo biegli wskazali, iż u chorego wystąpiły wszystkie czynniki ryzyka sprzyjające powstawaniu odleżyn. Ich liczba była skrajnie liczna i w znacznym stopniu usprawiedliwiała fakt dopuszczenia do powstania odleżyn mimo wskazanego w dokumentacji postępowania, a więc wdrożonej profilaktyki przeciwoodleżynowej (zmienianie pozycji ciała pacjenta, oklepywanie, dostarczony przez powódkę materac odleżynowy).

Ponadto, z zapisów z dokumentacji medycznej nie wynika by u chorego rozpoznawano sepsę. O posocznicy wspominał w zeznaniach koordynator Oddziału I. (...) w pozwanym Szpitalu (...) - ale w dokumentacji nie ma takiego rozpoznania. Sąd uwzględnił wnioski opinii biegłych i w tym zakresie. Podali oni, iż u Z. B. obserwowano objawy zakażenia, podwyższone parametry zapalne. Wyniki badań mikrobiologicznych dotyczące uzyskania wzrostu drobnoustrojów w materiale pobranym z dróg oddechowych, przy stanie klinicznym pacjenta i wynikach innych badań świadczyło o objawach zakażenia bakteryjnego, podwyższonych parametrach zapalnych, infekcji układu oddechowego.

Co do zarzutu powódki o nieprzeprowadzeniu w odpowiednim czasie przez personel medyczny pozwanego zabiegu tracheotomii, należy wskazać, że jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego (dokumentacji medycznej, zeznań personelu medycznego, a przede wszystkim z opinii biegłych) w związku z prowadzoną przez rurkę intubacyjną wentylacją respiratorem oraz prowadzeniem toaletę drzewa oskrzelowego, nie zachodziła potrzeba pilnej tracheotomii. W przypadku pacjenta zaintubowanego nie jest to bowiem zabieg ratujący życie i zwykle ma charakter planowy.

Poza tym Sąd dał wiarę zeznaniom personelu medycznego wskazującym, iż przetransportowanie pacjenta do innego szpitala było ryzykowne przy jego stanie zdrowia, a wręcz niemożliwe w pierwszym okresie jego leczenia, a odbyło się jedynie w wyniku usilnych nalegań czy też wręcz żądań powódki. Powyższe znajduje potwierdzenie w opinii biegłych, z której wynika, że nie było wskazań medycznych, aby pozwany podejmował działania mające na celu przeniesienie pacjenta do innej placówki medycznej.

W ocenie Sądu procedury diagnostyczne i zastosowane leczenie jakie podjęto wobec Z. B. były prawidłowe. Jak wskazali biegli, nieskuteczność podjętych działań była konsekwencją najprawdopodobniej zbyt późnego podjęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, a także bardzo obciążającej historii chorobowej pacjenta.

Reasumując, w okolicznościach niniejszej sprawy brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego Szpitala na gruncie art. 415 k.c. w zw. art. 430 k.c. Z tych przyczyn na podstawie powołanych przepisów orzeczono jak w pkt II wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. Pozwany poniósł następujące koszty procesu: wydatki na wynagrodzenie biegłego w kwocie 3.000 zł, wynagrodzenie pełnomocnika 10.800 zł, opłatę skarbową od pełnomocnictwa 17 zł.

Sąd obciążył powódkę częścią kosztów procesu, a mianowicie kwotą 8.417 zł, która obejmuje wydatki na wynagrodzenie biegłego w kwocie 3.000 zł, połowę wynagrodzenia pełnomocnika tj. kwotę 5.400 zł, opłatę skarbową od pełnomocnictwa 17 zł. W ocenie Sądu w niniejszej sprawie zachodzą szczególne okoliczności, a mianowicie trudna sytuacja życiowa powódki związana z utratą bliskiego członka rodziny, która uzasadnia obciążenie jej jedynie częścią kosztów procesu.

W pkt IV wyroku Sąd orzekł o obowiązku zwrotu kosztów sądowych w oparciu o art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c. Nieuiszczone koszty sądowe wyniosły kwotę 14.864,79 zł. Koszty te obejmują: wydatki na wynagrodzenie biegłych 10.779,68 zł i 3.109,94 zł, koszty stawienia świadków 975,17 zł. Powódka przegrała sprawę i jest zobowiązana uiścić powyższe koszty w całości.  
sędzia Ewa Oknińska