

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 6 lipca 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Iwona Godlewska

Protokolant - st. sekr. sąd. Iwona Kucemba

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 22 czerwca 2017 r. w Poznaniu

sprawy z powództwa **J. Z.**

przeciwko (...) **SA w W.**

o zapłatę

1. oddała powództwo,
2. zasądza od powódki na rzecz pozwanego kwotę 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSO Iwona Godlewska

UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym do Sądu Okręgowego w Poznaniu w dniu 10 maja 2013 r. powódka J. Z. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. kwoty 100.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz obciążenie pozwanego kosztami postępowania w całości, w tym kosztami opłaty sądowej, kosztami zastępstwa procesowego powódki w kwocie 3.600 zł oraz kosztami opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Ponadto powódka wniosła o zwolnienie od ponoszenia kosztów sądowych w całości.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że dniu 1 lipca 2010 r. na Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala Miejskiego w G., posiadającego polisę ubezpieczeniową w pozwanym zakładzie ubezpieczeń córka powódki P. B. miała mieć przeprowadzony zabieg korekty przegrody nosa. W trakcie podawania znieczulenia miejscowego córka powódki zaczęła się krztusić i poczuła się słabo. Po krótkim czasie nastąpiło zatrzymanie akcji serca. Pomimo prowadzonej 2,5 godzinnej reanimacji, o godz. 10:05 stwierdzono zgon. Powódka podkreśliła, że z opinii sądowo-lekarskiej wydanej na potrzeby postępowania przygotowawczego, wynika, iż prawdopodobną przyczyną zatrzymania akcji serca, która określona została jako przyczyna zgonu była indywidualna i nieprzewidywalna reakcja organizmu na co najmniej jeden lub synergistyczne działanie podanych środków farmakologicznych użytych do znieczulenia. W opinii wskazano, iż u zmarłej P. B. nie wykonano badania przedmiotowego, które są badaniami obowiązkowymi. Pozwany w toku postępowania likwidacyjnego nie uznał swojej odpowiedzialności. Powódka wskazała, że ból po stracie córki nadal jest ogromny. Jej życie bardzo się zmieniło od dnia niedosłej operacji, straciła radość i sens. Podniesiono, że P. B. pomagała przy niepełnosprawnej siostrze i mieszkała razem z mężem u powódki.

Postanowieniem z dnia 22 maja 2013 r. Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w całości.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Uzasadniając żądanie pozwany wskazał, że prowadził postępowanie likwidacyjne w zakresie przedmiotowej szkody osobowej i nie uznał roszczenia powódki zarówno co do zasady jak i wysokości. Pozwany odmówił wypłaty zgłoszonych przez powódkę w postępowaniu likwidacyjnym roszczeń. Dokumentacja medyczna przedstawiona przez poszkodowaną nie potwierdziła stanowiska jakoby za śmierć P. B. winę ponosiła ubezpieczona placówka medyczna. Pozwany podniósł, że badania histopatologiczne nie wskazywały na użycie w trakcie znieczulenia nieodpowiedniej dawki środka znieczulającego – stwierdzono stężenie terapeutyczne. W ocenie pozwanego powódka powinna wykazać szkodę, związek przyczynowy między działaniem personelu medycznego Szpitala a powstałą szkodą, bezprawność działania i winę szpitala za zaistniałą szkodę. Pozwany uznał, że ustalona diagnoza i wdrożone leczenie, poprzedzone badaniami i obrazem klinicznym, dokonane zostały w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej personelu medycznego. Pozwany stwierdził, że powódka nie przedstawiła dowodów, że wskutek śmierci córki doznała uszczerbku w postaci fizycznych bądź psychicznych cierpień bezpośrednio związanych ze stanem zdrowia, ale też z jego następstwami w postaci poczucia osamotnienia, nieprzydatności społecznej bądź nawet wykluczenia.

Postanowieniem z dnia 10 października 2013 r. Sąd na podstawie art. 177 § 1 pkt 5 k.p.c. zawiesił postępowanie w sprawie. Postanowieniem z dnia 19 sierpnia 2014 r. Sąd podjął postępowanie w sprawie.

W toku postępowania strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka J. Z. w 2010 r. mieszkała wspólnie z 23-letnią córką P. B. wraz z jej mężem. Powódka wspólnie z córką P. zajmowała się niepełnosprawną drugą córką. P. B. była zdrowa i nie leczyła się przewlekle. W wieku 4 lat przeszła zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego, a w wieku 8 lat usunięcia migdałów.

W dniu 26 maja 2010 r. P. B. została skierowana do Oddziału Laryngologicznego Szpitala Miejskiego w G. z rozpoznaniem skrzywienia przegrody nosowej.

W dniu (...) córka powódki została przyjęta na Oddział Otolaryngologiczny Zespołu (...) w G. z powodu dużych trudności z oddychaniem przez nos. Przy przyjęciu na Oddział postawiono wstępne rozpoznanie, tj. inne nieokreślone choroby kości. W trakcie przeprowadzonego wywiadu P. B. podała, że w przeszłości przeszła operację wycięcia migdałów i wyrostka robaczkowego, nie leczyła się przewlekle, nie była uczulona. Przy przyjęciu, w trakcie badania przedmiotowego córki powódki stwierdzono: duże skrzywienie przegrody z grzebieniem po stronie lewej, drożność upośledzoną, zęby wyleczone, przedsionek i dno jamy ustnej wolne, stan po usunięciu migdałków podniebiennych, noso-gardło wolne, prawidłową konfigurację i ruchomość krtani, uszy otoskopowo bez zmian, ciepłotę ciała 36,8°C, tętno – 76/min, ciśnienie tętnicze – 100/60 mmHg. Na oddział została przyjęta przez dr A. T.. Wykonano jej badania RTG zatok, które wykazały prawidłową powietrznąść.

W dniu 28 maja 2010 r. wykonano jej badania laboratoryjne w postaci morfologii krwi oraz koagulopatii (układu krzepnięcia). W dniu 1 lipca 2010 r. przeprowadzono próby wątrobowe, elektrolity i sprawdzono parametry nerkowe.

Przed planowanym zabiegiem, w dniu 30 czerwca 2010 r. P. B. podpisała świadome oświadczenie pacjenta co do upoważnień i przedstawicielstwa oraz świadomą zgodę pacjenta na wykonanie zabiegu lekarskiego. Ponadto wykonano próbę L., która wypadła z wynikiem ujemnym.

Dowód: dokumentacja medyczna (k. 5-19, 30-31, 84 w aktach w aktach Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie o sygn. akt 2 Ds. 42/12), opinia (...) w B. Zakładu Medycyny Sądowej z dnia 2 lutego 2012 r. (k. 214-226), zeznania świadka A. T. (k. 127-129), zeznania świadka M. P. (k. 151-152), zeznania świadka J. J. (1) (k. 165-167), zeznania powódki (k. 153).

W dniu 1 lipca 2010 r. zabieg korelacji skrzywienia przegrody nosa miał wykonać dr J. J. (1) (operator) w asyście pielęgniarki M. P.. Pielęgniarka przed zabiegiem przygotowała salę operacyjną, narzędzia operacyjne, źródło tlenu oraz podstawową aparaturę monitorującą. Przed planowanym zabiegiem córka powódki miała lekkie nudności. Po jej przebraniu, pielęgniarka oddziałowa M. P. założyła ustnik tlenowy. Przed zabiegiem dr J., na sali zabiegowej

rozmawiał z P. B., która nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Sprawdził działanie dozownika tlenu, pulsoksymetru oraz ciśnienie tętnicze krwi, które wyniosło 105/70 mmHg.

Dowód: zeznania świadka A. T. (k. 127-129), zeznania świadka M. P. (k. 151-152), zeznania świadka J. J. (1) (k. 165-167), opinia (...) w B. Zakładu Medycyny Sądowej z dnia 2 lutego 2012 r. (k. 214-226).

W dniu 1 lipca 2010 r. przed planowanym zabiegiem, córce powódki założono wkłucie do żyły łokciowej. O godzinie 6:45 podano P. B. premedykację: Dolcontral 55 mg i Atropinę 1 ampulkę. O godzinie 7:40 rozpoczęto znieczulenie i podano do lewego przewodu nosowego 1 dawkę w aerozolu Lignocainy 10% (1 dawka 4,8 mg lignocainy). Po ok. 1 minucie rozpoczęto znieczulenie podśluzówkowe przegrody nosa po stronie lewej: Lignocaina 2% - 1 ampulka oraz ¼ ampulki Adrenaliny i 0,9% NaCl około 3 ml. W trakcie znieczulenia podawano tlen, P. B. odpowiadała logicznie na zadawane pytania. W trakcie znieczulenia podśluzówkowego większość znieczulenia wypłynęła przez miejsce wkłucia. Naciągnięto następnie 1 ampulkę 2% Lignocainy, dobrano około ¼ ampulki Adrenaliny i około 3 ml 0,9% NaCl, po czym kontynuowano znieczulenie lewej strony przegrody nosa. Takie czynności zostały powtórzone trzykrotnie. W trakcie znieczulenia P. B. odrzuciła spływającą wydzielinę po tylnej ścianie gardła, przez co przerwano znieczulenie. Córce powódki zrobiło się słabo, wobec czego rozłożono fotel do poziomu, nogi ułożono wyżej na stołku operacyjnym i odstąpiono od dalszych czynności związanych ze znieczuleniem. Nastąpiła pełna utrata przytomności. Dr J. J. (1) przystąpił do oddechu wspomaganego przy pomocy worka Ambu, przy jednoczesnym podawaniu tlenu. Następnie powiadomiono ordynatora i poproszono o pilną konsultację internistyczną. Po chwili ułożono pacjentkę na podłodze sali operacyjnej i rozpoczęto podawanie 1 ampulki Naloxanu dożylnie oraz 500 ml płynu infuzyjnego V. przez wcześniej założony venflon, po czym po uprzednim osłuchaniu czynności serca (akcja serca ok. 50/min) przystąpiono do masażu pośredniego serca. Po chwili przybyła ordynator oddziału i pielęgniarka oddziałowa. W tym czasie lekarz prowadził cały czas reanimację krążeniowo-oddechową. Po chwili na salę przybyli doktorzy Ż. i M.. W trakcie akcji reanimacyjnej z udziałem dr T. i dr Ż. zaintubowano P. B.. Kontynuowano reanimację pod kierunkiem dr Ż. i dr M.. Dr J. wspomagał masaż serca. Dostarczono defibrylator z monitorem USG.

Stosowano masaż serca, wentylację i w tym czasie podawano Adrenalinę i Atropinę. Obserwowano rytm serca 60-70/min, bez odpowiedzi hemodynamicznej, a następnie częstoskurcz z szerokim zespołem QRS 160/170 min. Po przybyciu dr W. zdecydowano o wykonaniu kardiowersji elektrycznej i podano w ampulkę Cordaronu. Mimo tych zabiegów oraz dalszego stosowania leków utrzymywała się jedynie elektryczna czynność serca.

Na Oddział Laryngologiczny przybył dr J. D., który stwierdził, że córka powódki znajdowała się w stanie reanimacji krążeniowo – oddechowej, przy czym wentylowano ją tlenem. Po założeniu wkłucia do żyły podobojczykowej prawej dr D. podał 1 ampulkę Adrenaliny. Po podaniu adrenaliny na monitorze pojawił się zapis czynności serca oraz wyczuwalne tętno na tętnicach szyjnych. Po kilku minutach doszło do ponownego nagłego zatrzymania krążenia i kontynuowano masaż pośredni serca. W trakcie reanimacji wykonywano kilkakrotnie defibrylację. Po tych zabiegach na moment pojawiła się czynność serca i wyczuwalne było tętno. Wezwano na sale operacyjną kardiologa dr G., który założył dosercowo elektrodę stymulującą pod kontrolą USG.

Podczas prowadzenia czynności reanimacyjnych na sali operacyjnej znajdował się niezbędny sprzęt w postaci defibrylatora, monitora EKG oraz echa serca.

Ze względu na brak odpowiedzi na podawane leki, tj. dwuwęglany 60 ml, Hydrokortyzon 500 mg, D. 250 mg/50 ml we wlewie, a także w związku z brakiem reakcji na stosowane zabiegi ratownicze i stymulację elektryczną serca, po konsultacji z całym zespołem, o godzinie 10:05 stwierdzono zgon.

Dowód: dokumentacja medyczna (k. 5-19, 30-31, 84 w aktach w aktach Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie o sygn. akt 2 Ds. 42/12), opinia (...) w B. Zakładu Medycyny Sądowej z dnia 2 lutego 2012 r. (k. 214-226), zeznania świadka A. T. (k. 127-129), zeznania świadka M. P. (k. 151-152), zeznania świadka J. J. (1) (k. 165-167).

W trakcie wykonywania czynności reanimacyjnych dr A. T. próbowała dodzwonić się do rodziny P. B., aby ustalić, czy na coś chorowała albo była uczulona. Niestety nie mogła dodzwonić się do rodziny. Zadzwoiła również do Przychodni (...), ale tam również nie otrzymała żadnych informacji dotyczących ewentualnych schorzeń.

Po stwierdzeniu zgonu, A. T. zawiadomiła dyrektora szpitala, prokuraturę i rodzinę P. B..

Dowód: notatka urzędowa z dnia 1 lipca 2010 r. (k. 1 w aktach Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie o sygn. akt 2 Ds. 42/12), zeznania świadka A. T. (k. 127-129), zeznania powódki (k. 153).

W dniu 5 lipca 2010 r. wykonano sekcję zwłok, w której stwierdzono cechy obrzęku mózgu, przetrwała grasicę z wybroczynami krwotocznymi, przekrwienie płuc w wybroczynami krwotocznymi w opłucnej, wybroczyny krwotoczne w błonie śluzowej żołądka oraz poprzeczne złamanie mostka (stan po reanimacji).

P. B. zmarła śmiercią gwałtowną, naturalną z przyczyn chorobowych, najprawdopodobniej z powodu odruchowego zatrzymania akcji serca.

W dniu 5 lipca 2010 r. podczas sekcji zwłok P. B. zabezpieczono próbki krwi, aby wykonać badania chemiczno-toksykologiczne. Do czasu wykonania badań próbki krwi były przechowywane w lodówce w temp. $\pm 4^{\circ}\text{C}$. Analizę jakościowo-ilościową metodą GC/MS badanego ekstraktu krwi wykonano w dniu 21 lipca 2010 r.

W przeprowadzonych badaniach chemiczno-toksykologicznych próbki krwi P. B. stwierdzono obecność lidokainy w zakresie stężenia terapeutycznego w ilości 4,7 $\mu\text{g}/\text{ml}$, innych substancji pochodzenia egzogenego, w tym substancji psychoaktywnych nie stwierdzono.

Dowód: protokół oględzin zewnętrznych i sekcji zwłok z dnia 5 lipca 2010 r. (k. 51-54 w aktach Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie o sygn. akt 2 Ds. 42/12), opinia z sekcji zwłok P. B. z dnia 12 października 2010 r. (k. 98 w aktach Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie o sygn. akt 2 Ds. 42/12), sprawozdanie z badania histopatologicznego z dnia 12 października 2010 r. (k. 99 w aktach Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie o sygn. akt 2 Ds. 42/12), sprawozdanie z dnia 23 lipca 2010 r. (k. 100 w aktach Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie o sygn. akt 2 Ds. 42/12), pismo z dnia 12 sierpnia 2016 r. (...) im. K. M. (1) w P. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (k. 301).

Postanowieniem z dnia 2 lipca 2010 r. Prokurator Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie wszczął śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania zgonu w dniu 1 lipca 2010 r. P. B., tj. o czyn z art. 155 k.k.

W toku postępowania przygotowawczego przesłuchano personel medyczny uczestniczący w akcji reanimacyjnej P. B. oraz przy podawaniu znieczulenia przed planowanym zabiegiem. Sporządzono także protokół oględzin zewnętrznych i sekcji zwłok, przeprowadzono badania chemiczno-toksykologiczne.

W dniu 2 grudnia 2012 r. została wydana przez (...) Medycyny w B. Zakład Medycyny Sądowej opinia, w której nie dopatrzone się po stronie personelu medycznego żadnych nieprawidłowości.

Postanowieniem z dnia 14 lutego 2012 r. Prokurator Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie umorzył śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania zgonu P. B. w dniu 1 lipca 2010 r. na terenie Szpitala ZOZ w G. tj. o przestępstwo z art. 155 k.k. wobec stwierdzenia, że czyn ten zawiera ustawowych znamion czynu zabronionego, gdyż zgon nastąpił bez udziału osób trzecich. Na powyższe postanowienie zażalenie złożył mąż zmarłej, tj. Ł. B..

Postanowieniem z dnia 30 kwietnia 2012 r. Sąd Rejonowy w Gnieźnie Wydział II Karny w sprawie o sygn. akt II Kp 177/12 utrzymał w mocy postanowienie z dnia 14 lutego 2012 r.

Dowód: dokumenty znajdujące się w aktach postępowania Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie w sprawie o sygn. akt 2Ds. 41/12, w szczególności: postanowienie z dnia 2 lipca 2010 r. o wszczęciu śledztwa (k. 25), protokół oględzin zewnętrznych i sekcji zwłok z dnia 5 lipca 2010 r. (k. 51-54), opinia z sekcji zwłok P. B. z dnia 12 października 2010 r. (k. 98), sprawozdanie z badania histopatologicznego z dnia 12 października 2010 r. (k. 99), sprawozdanie z dnia

23 lipca 2010 r. (k. 100), postanowienie o umorzeniu śledztwa z dnia 14 lutego 2010 r. (k. 123-126), zażalenie z dnia 22 lutego 2012 r. (k. 131-133), postanowienie Sądu Rejonowego w Gnieźnie z dnia 30 kwietnia 2012 r. w sprawie II Kp 177/12 (k. 158).

Prawdopodobną przyczyną zatrzymania akcji serca była indywidualna i nieprzewidywalna reakcja organizmu na co najmniej jeden lub synergistyczne działania podanych środków farmakologicznych użytych do znieczulenia. Zarówno do premedykacji jak i znieczulenia podśluzówkowego lewej połowy przegrody nosa użyto standardowych leków i ich dawek, stosowanych obligatoryjnie przy tego typu znieczuleniach.

W badaniach chemiczno-toksykologicznych krwi stwierdzono wartość lidokainy na poziomie terapeutycznym, to jest takim, który swoim działaniem nie powinien w sposób istotny wpływać na ważne dla życia układy i narządy.

Każdy pacjent poddany znieczuleniu miejscowemu i laryngologicznej interwencji zabiegowej, oprócz badania laryngologicznego powinien przynajmniej przejść także ogólne badanie układów krążenia, oddychania oraz neurologiczne. Działanie takie w przypadku istnienia istotnych nieprawidłowości w zakresie w/w układów może stanowić podstawę do odstąpienia ze wskazań medycznych od interwencji podwyższonego ryzyka. W dokumentacji medycznej P. B. nie umieszczono opisu badania przedmiotowego, ale nawet wykonanie jednorazowego badania fizykalnego, nie zmieniłoby dramatycznego przebiegu zdarzenia i nie pozwoliłoby na uratowanie życia córki powódki.

Dowód: opinia (...) w B. Zakładu Medycyny Sądowej z dnia 2 lutego 2012 r. (k. 214-226) wraz z opinią uzupełniającą z dnia 27 sierpnia 2015 r. (k. 213) i z dnia 12 kwietnia 2016 r. (k. 257-258), zeznania biegłych z instytutu (...), I. R., J. P. (k. 372-373).

Maksymalna dawka podanej miejscowo Lidokainy nie mogła przekroczyć 60 mg (ekwiwalent wymienionych trzech ampulek specyfiku, tj. 20 mg w każdej), pomniejszonej jeszcze o niedający się określić ubytek („spływanie”) w trakcie podawania podśluzówkowego. Dawka 150-200 mg Lidokainy, podana parenteralnie w postaci iniekcji skutkuje stężeniem we krwi w zakresie 2-6 µg/ml, więc ustalony pośmiertnie we krwi P. B. poziom 4,7 µg/ml, musiał mieć wymiar poziomu terapeutycznego.

Dowód: opinia biegłego z zakresu toksykologii sądowej R. W. z dnia 3 stycznia 2017 r. (k. 316-323).

Oddział Otolaryngologiczny Szpitala Zespołu (...) w G. był prawidłowo przygotowany do przeprowadzenia operacji w zakresie otolaryngologii, w tym w zakresie zabiegu operacyjnego. Oddział posiadał wyspecjalizowany personel lekarski i pielęgniarski, a także niezbędny sprzęt potrzebny do przeprowadzenia zabiegu oraz prowadzonych w sytuacji wystąpienia nagłego pogorszenia stanu pokrzywdzonej akcji reanimacyjnej.

Obecność specjalisty z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii nie jest bezwzględnie wymagana w znieczuleniu do tego typu zabiegów operacyjnych. Operator specjalista z otolaryngologii posiada odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzania znieczulenia miejscowego i udzielania pomocy w nagłych wypadkach.

Czynności reanimacyjne podjęto niezwłocznie, tuż po wystąpieniu pierwszych objawów, już na fotelu operacyjnym. Wezwano pilnie do pomocy lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych kardiologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Przy braku poprawy stanu zdrowia podjęto czynności reanimacyjne, w tym masaż pośredni serca, oddech wspomagany i zastępczy, defibrylację, farmakoterapię oraz próbę elektrycznej stymulacji serca poprzez założenie dosercowe elektrody, były zgodne z zasadami wiedzy medycznej

Dowód: opinia (...) w B. Zakładu Medycyny Sądowej z dnia 2 lutego 2012 r. (k. 214-226) wraz z opinią uzupełniającą z dnia 27 sierpnia 2015 r. (k. 213) i z dnia 12 kwietnia 2016 r. (k. 257-258), zeznania biegłych z instytutu (...), I. R., J. P. (k. 372-373).

Powódka J. Z. ma obecnie 55 lat. Nigdzie nie pracuje. Mieszka z niepełnosprawną córką oraz z synem i jego żoną. Powódka otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł, świadczenie pielęgnacyjne dla osoby z tytułu rezygnacji

z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością opieki nad dzieckiem w wysokości 520 zł, pomoc finansową dla osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne w kwocie 100 miesięcznie. Powódka utrzymuje rodzinę.

Dowód: zaświadczenie (k. 30), zeznania powódki (k. 153).

Pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. miał zawartą z Zespołem (...) w G. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z dnia 22 lutego 2010 r. nr O (...) - (...), obejmującą okres od dnia 1 marca 2010 r. do dnia 28 lutego 2011 r.

Dowód: umowa ubezpieczenia – polisa nr (...) z dnia 22 lutego 2010 r. wraz z załącznikami (k. 62-74).

Powódka pismem z dnia 19 kwietnia 2011 r. wniosła o wypłatę zadośćuczynienia za szkodę osobową powstałą w związku z błędem medycznym w Szpitalu w G. oraz pilną wypłatę kwoty 100.000 zł. Pozwany nie udzielił odpowiedzi na pisma powódki. Następnie powódka pismami z dnia 16 maja 2011 i 17 czerwca 2011 r. ponownie zwróciła się o wypłatę zadośćuczynienia.

W toku postępowania likwidacyjnego, pozwany w piśmie z dnia 19 sierpnia 2011 r. znak: PL (...)KW uznał, iż brak było podstaw do przyjęcia odpowiedzialności cywilnej i wypłaty świadczenia.

Dowód: dokumenty znajdujące się w aktach szkody nr (...), w szczególności: pismo powódki z dnia 19 kwietnia 2011 r. (k. 220-221), pismo pozwanego z dnia 19 sierpnia 2011 r. (k. 215), pismo powódki z dnia 16 maja 2011 r. (k. 211-212), pismo powódki z dnia 17 czerwca 2011 r. (k. 205-206).

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie powołanych wyżej dokumentów, w tym dokumentacji medycznej, dokumentów znajdujących się w aktach szkody nr (...), dokumentów znajdujących się w aktach postępowania Prokuratury Rejonowej w Gnieźnie w sprawie o sygn. akt 2Ds. 41/12, zeznań świadków A. T., M. P., J. J. (1), zeznań powódki oraz opinii sporządzonej przez (...) Medyczny w B. Zakład Medycyny Sądowej z dnia 2 lutego 2012 r. wraz z opiniami uzupełniającymi z dnia 27 sierpnia 2015 r. i zeznaniami biegłych z instytutu – (...), I. R., J. P., a także opinii biegłego z zakresu toksykologii sądowej R. W. z dnia 3 stycznia 2017 r.

Zgromadzone w sprawie dokumenty urzędowe i prywatne należało uznać za w pełni wiarygodne. Zgodnie z treścią art. 244 k.p.c. dokumenty urzędowe stanowią dowód tego co zostało w nich urzędowo zaświadczone. Zgodnie natomiast z treścią art. 245 k.p.c. dokumenty prywatne stanowią dowód tego, że osoba, która je podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Wiarygodność załączonych przez strony kserokopii dokumentów nie budziła wątpliwości Sądu. Mimo, że kserokopia nie jest dokumentem, a stanowi jedynie element twierdzenia strony o istnieniu dokumentu o treści odpowiadającej kserokopii, to w niniejszej sprawie żadna ze stron nie podniosła zarzutów kwestionujących istnienie określonych dokumentów prywatnych czy urzędowych. Zgromadzone w sprawie dokumenty nie były kwestionowane przez strony, również Sąd nie znalazł podstaw, aby ich wiarygodność czy autentyczność kwestionować z urzędu.

Sąd dał wiarę i uczynił podstawą ustaleń faktycznych zeznania świadków A. T. (k. 127-129), M. P. (k. 151-152) i J. J. (1) (k. 165-167) – lekarzy i pielęgniarki, którzy byli zaangażowani w proces diagnostyczno-leczniczy córki powódki w Zespole (...) w G.. Świadczenie ci w sposób spójny i wzajemnie uzupełniający się przedstawili istotne okoliczności związane z przygotowaniem do zabiegu, podaniem znieczulenia i przebiegu czynności reanimacyjnych. Zeznania świadków znajdują potwierdzenie w sporządzonej przez nich dokumentacji medycznej, a także w aktach postępowania przygotowawczego. Sąd miał przy tym na uwadze, że moc dowodowa zeznań świadków mogła być obniżona ze względu na ich potencjalne zainteresowanie korzystnym dla szpitala rozstrzygnięciem sporu, jednakże brak było podstaw do przyjęcia, aby świadkowie zeznawali niezgodnie z ustalonym przez Sąd stanem faktycznym, próbując umniejszać swoją ewentualną odpowiedzialność za błędne leczenie. Treść ich zeznań była spójna z zeznaniami złożonymi przez świadków w postępowaniu prowadzonym przez Prokuraturę Rejonową w Gnieźnie w sprawie o sygn. akt 2Ds. 41/12.

Zeznaniom powódki J. Z. (k. 153) Sąd dał w całości wiarę, albowiem były one spójne i logiczne. Ponadto powódka zeznawała na okoliczność jej sytuacji finansowej. Powódka nie zeznawała na okoliczności związane z dochodzonym roszczeniem, tj. z przebiegiem leczenia, podaniem znieczulenia i podejmowanymi przez Szpital w G. czynnościami związanymi z reanimacją jej córki P. B..

Sąd uznał za przydatną dla rozstrzygnięcia opinię zasadniczą sporządzoną przez instytut naukowy – (...) Medyczny w B. Zakład Medycyny Sądowej z dnia 2 lutego 2012 r., sporządzoną w toku postępowania przygotowawczego w sprawie o sygn. akt 2Ds.41/12 (poprzednia sygn. akt 1Ds 1442/10) wraz z opiniami uzupełniającymi oraz zeznaniami złożonymi przez biegłych sądowych z instytutu na rozprawie w dniu 25 maja 2017 r. Zdaniem Sądu, opinia zasadnicza wraz z opinią uzupełniającą była kompletna, nie zawierała luk i błędów logicznych, wykonana została w sposób fachowy, zgodnie ze standardami obowiązującymi biegłych.

Zgodnie z art. 290 § 1 k.p.c. Sąd może zażądać opinii odpowiedniego instytutu naukowego lub naukowo-badawczego. Sąd może zażądać od instytutu dodatkowych wyjaśnień bądź pisemnych, bądź ustnych przez wyznaczoną do tego osobę, może też zarządzić złożenie dodatkowej opinii przez ten sam lub inny instytut. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 10 listopada 2015 r. III AUa 292/14 (LEX nr 1950567) podkreślono, iż dowód z opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego, będącego odmianą dowodu z opinii biegłych, pełni szczególną funkcję procesową, pozwala na wykorzystanie potencjału intelektualnego oraz możliwości technicznych i technologicznych tych instytutów, które dysponują wysokiej klasy środkami badawczymi oraz wydają opinie zespołowo, po wspólnym przeprowadzeniu badań.

Sąd postanowieniem z dnia 30 kwietnia 2015 r. przeprowadził dowód z opinii biegłych z zakresu medycyny na okoliczność ustalenia co było przyczyną zgonu P. B., przy czym w tym zakresie wykorzystał opinię z dnia 2 lutego 2012 r. sporządzoną przez ZMS UM w B. oraz dodatkowo uzupełniająco w stosunku do powyższej opinii na okoliczność ustalenia czy jeżeli przyczyną zgonu P. B. było podane znieczulenie, to czy przed podaniem znieczulenia wykonano wszystkie niezbędne badania do ustalenia prawidłowej ilości środków znieczulających (k. 178).

W orzecznictwie wskazuje się, że nie ma przeszkód procesowych do wykorzystania jako dowodu w sprawie cywilnej opinii medycznej sporządzonej w postępowaniu karnym a dotyczącej okoliczności podlegających badaniu przez sąd cywilny (wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 4 lutego 2010 r., I ACa 431/09, LEX nr 686420). Dokonanie czynności określonych w art. 286 KPC pozostawione jest uznaniu sądu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284). Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii pisemnej jedynie od biegłego wezwanego w danym postępowaniu w celu zasięgnięcia opinii (art. 278 § 1 k.p.c) (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 września 2001 r., II UKN 552/00, LEX nr 1214936).

Opinia instytutu z dnia 2 lutego 2012 r. została w pełni podtrzymana przez biegłych, a ponadto biegli uzupełniająco odnieśli się do tezy dowodowej postanowienia Sądu z dnia 30 kwietnia 2015 r. (pismo ZMS UM w B. z dnia 27 sierpnia 2015 r.) oraz zarzutów powódki. Biegli pod kserokopią opinii zasadniczej złożyli ponownie podpisy. W judykaturze podkreśla się, że prywatne ekspertyzy opracowane na zlecenie stron, czy to w toku procesu, czy przed jego wszczęciem należy traktować, jako wyjaśnienie stanowisk stron, wsparte wiadomościami specjalnymi. Oparcie rozstrzygnięcia na prywatnych ekspertyzach byłoby naruszeniem przepisów procedury cywilnej. Nie ma charakteru dowodu z opinii biegłego także pisemna opinia biegłego złożona do akt innej sprawy. Opinia taka stanowi dowód z dokumentu prywatnego, chyba że sąd dopuści dowód z opinii tego biegłego i zażąda złożenia jej do rozpoznawanej sprawy, a biegły ją potwierdzi (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 lutego 2013 r., I ACa 1121/12, LEX nr 1311975).

W świetle powyższego należy stwierdzić, że opinia instytutu sporządzona w postępowaniu przygotowawczym została w pełni wykorzystana w niniejszej sprawie i nabrała rangi dowodu z art. 290 k.p.c., a nie dowodu z dokumentu prywatnego, sporządzonego w innej sprawie, dzięki temu, że Sąd przeprowadził dowód z opinii instytutu, a nie tylko powołał się na treść sporządzonej opinii w postępowaniu przygotowawczym. Ponadto dokonał dalszych czynności z udziałem biegłych, tj. biegli z instytutu złożyli zeznania, a także wydali opinie uzasadniające.

Do opinii zasadniczej z dnia 2 lutego 2012 r., podtrzymanej w piśmie z dnia 27 sierpnia 2015 r., powódka złożyła zastrzeżenia w piśmie z dnia 12 października 2015 r. (k. 232-237). W opinii uzupełniającej z dnia 12 kwietnia 2015 r. (k. 257-258) biegli z instytutu odnieśli się do wszystkich zarzutów i twierdzeń powódki. W szczególności wskazali, że w przypadku znieczulenia istotne było jakie stężenie lek osiągnął we krwi, a nie fakt ile łącznie leku próbowano podać pokrzywdzonej, gdyż dopiero stężenie leku we krwi odpowiada za reakcję organizmu na zastosowaną substancję. Biegli nie mieli podstaw do przyjęcia, że doszło do śmiertelnego przedawkowania lidokainy. Biegli uznali, że skrajnie niekorzystna odpowiedź organizmu na zastosowane znieczulenie ma charakter indywidualny i nieprzewidywalny. Biegli uznali, że czynności ratunkowe zostały podjęte bez zbędnej zwłoki i w czasie ich trwania zastosowano wymagane procedury medyczne, w tym w momencie kiedy u pokrzywdzonej obserwowano rytm do defibrylacji. Odnosząc się do zarzutu powódki, jakoby brak defibrylatora odpowiadał za zgon w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, to należy stwierdzić, że biegli nie zgodzili się z tym stanowiskiem. Biegli uznali, że to nie brak dostępu do defibrylatora odpowiada za wysoką śmiertelność osób po nagłym zatrzymaniu krążenia, ale przede wszystkim ciężkie choroby i urazy, które często pomimo prowadzonego wielokierunkowego oraz wysokospecjalistycznego leczenia kończą się zgonem pacjentów. Biegli wyjaśnili także na czym polega badanie fizykalne, które nie zostało przeprowadzone powódce. Wskazali, że każdy pacjent powinien przejść ogólne badanie układów krążenia, oddychania i neurologiczne. W przypadku pokrzywdzonej badanie takie nie zmieniłoby dramatycznego przebiegu zdarzenia.

Do opinii uzupełniającej biegłych z instytutu z dnia 12 kwietnia 2015 r. (k. 257-258), zastrzeżenia złożyła powódka w piśmie z dnia 16 czerwca 2016 r. (k. 283-287). Na rozprawie w dniu 25 maja 2017 r. biegli M. S., I. R. i J. P. ustosunkowali się do twierdzeń i zarzutów powódki (k. 372-373). Wskazali, że wynik badania pośmiertnego nie wskazał jednoznacznie innej przyczyny zgonu niż zatrzymanie czynności pracy serca. Biegli podali, że w przypadku P. B. reakcja na podany lek była skrajnie niekorzystna, ale samo znieczulenie mieściło się w zakresie prawidłowego postępowania w tego typu przypadkach. Wskazano, że nie było innej choroby, która odpowiadałaby za zgon córki powódki. W czasie badania pośmiertnego nie ujawniono istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego. Powódka nie kwestionowała zeznań biegłych na rozprawie w dniu 25 maja 2017 r.

W związku z tym, że biegli z instytutu nie posiadali wiedzy i specjalizacji w zakresie zarzutów stawianych przez powódkę dotyczących badań chemiczno-toksykologicznych, jak i przemian leku w ustroju podczas akcji reanimacyjnej jak i ewentualnego wpływu tych przemian na zgon P. B., Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłego w tym zakresie. Postanowieniem z dnia 2 czerwca 2015 r., zmienionym postanowieniami z dnia 9 września 2016 r. i 25 października 2016 r., Sąd przeprowadził dowód z opinii biegłego toksykologa na okoliczność czy, biorąc pod uwagę wyniki badań chemiczno – toksykologicznych i godzin pobrania próbek krwi z organizmu pokrzywdzonej P. B. bachory, wskazane w sprawozdaniu z badania chemiczno – toksykologicznego z dnia 23.07.2010 r. oraz w piśmie (...) im. K. M. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej z dnia 12.08.2016 r. - poziom znieczulenia utrzymujący się w organizmie pokrzywdzonej P. B. mógł od momentu jego podania się obniżyć, a jeśli tak to o jaką wartość oraz czy jest możliwe precyzyjne określenie tempa "znikania" lidokainy z organizmu pacjenta, czy akcja reanimacyjna i podane w jej trakcie leki mogły na to tempo wpłynąć, oraz czy możliwe jest precyzyjne określenie poziomu lidokainy w momencie zatrzymania akcji serca i śmierci pacjentki (k. 265 w zw. z k. 303 w zw. z k. 310).

Biegły toksykolog prof. dr hab. n. med. R. W. sporządził opinię z dnia 3 stycznia 2017 r. (k. 316-323), na okoliczności wskazane w postanowieniu o przeprowadzeniu dowodu. Opinia była jasna, przejrzysta, klarowna i obszerna. Biegły podkreślił, że ustalony pośmiertnie we krwi pacjentki poziom 4,7 µg/ml musiał mieć wymiar poziomu terapeutycznego. Zaś wskazane stężenie lidokainy dotyczy jedynie chwili pobrania krwi, a nie czasu zdarzenia. Powyższa opinia nie była kwestionowana przez strony.

Przechodząc do oceny opinii instytutu (...) w B. wraz z opiniami uzupełniającymi i zeznaniami biegłych, a także opinii biegłego toksykologa R. W., podkreślić należy, że w postępowaniu cywilnym dowód w postaci opinii biegłego podlega ocenie na równi z innymi dowodami, a strony są uprawnione do podważania mocy dowodowej opinii biegłych za pomocą wszystkich dostępnych i przewidzianych przez prawo środków dowodowych. Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 roku (sygn. akt: I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64) opinia biegłego

podlega ocenie – przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 roku, V CKN 1354/00). Dodatkowo, w sprawach medycznych, opinie biegłych mają kluczowe znaczenie, bowiem Sąd nie posiada odpowiedniej wiedzy i doświadczenia dla oceny, czy strona pozwana dopuściła się zarzucanych jej błędów w sztuce.

Kierując się powyższymi wytycznymi Sąd uznał opinie instytutu oraz opinie biegłego toksykologa R. W. za przekonujące, mające zasadnicze znaczenie dla definitywnego rozstrzygnięcia sprawy. Wskazać należy, że wnioski zawarte w opinii poddawały się pozytywnej ocenie Sądu, gdyż pozostawały w zgodzie z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, a osoba je sporządzająca dysponowała poziomem wiedzy i doświadczeniem życiowym adekwatnym do stwierdzenia okoliczności objętych tezą dowodową. Nadto, wnioski wynikające z opinii znalazły potwierdzenie również w pozostałym zebranych w sprawie materiale dowodowym, w tym w dokumentacji medycznej. Wymaga także podkreślenia, że sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opinii wniosków, nie budził żadnych zastrzeżeń Sądu. Opinie wydane zostały w oparciu o analizę dokumentacji zgromadzonej w aktach sprawy. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, iż opinia biegłego podlega ocenie, jak każdy inny dowód, według art. 233 § 1 k.p.c. W wypadkach opinii biegłego, gdy w grę wchodzi wiedza specjalistyczna, kontrola wiarygodności opinii i wypowiedzi biegłego jest utrudniona. Dokonując zatem jej oceny Sąd kontroluje wnioski i wywody opinii, pod kątem widzenia ich zgodności z zasadami logiki, poziomu wiedzy biegłego, sposobu motywowania stanowiska, podstaw opinii (powoływania się na piśmiennictwo i inne źródła, stosowania konkretnych metod badawczych), a także ustaleniami czynionymi na podstawie innych przeprowadzonych w sprawie dowodów.

Na rozprawie w dniu 2 czerwca 2016 r. Sąd oddalił wniosek pełnomocnika powódki z dnia 12 października 2015 r. o dopuszczenie dowodu z opinii innego zespołu biegłych. W ocenie Sądu biegli z instytutu w sposób wyczerpujący, konkretny i rzetelny sporządzili opinię. Nie można zarzucić jej lakoniczności, została w pełni uzasadniona, a dodatkowo uzupełniona w opiniach z uzupełniających oraz w trakcie zeznań biegłych na rozprawie w dniu 25 maja 2017 r. Opinia nie zawiera żadnych wewnętrznych sprzeczności, a wnioski są spójne i rzeczowe. Wszystkie wątpliwości powódki biegli z instytutu wyjaśnili zarówno w opinii zasadniczej jak i opiniach uzupełniających, a także ostatecznie w trakcie zeznań na rozprawie w dniu 25 maja 2017 r., po których powódka nie wniosła dalszych zastrzeżeń. W konsekwencji, z uwagi na to, że opinie były kategoryczne i przekonujące okoliczności na które zostały one sporządzona należało uznać za wyjaśnione, a tym samym nie powstał obowiązek dopuszczania dowodu z dalszych opinii biegłych czy też z opinii innego zespołu biegłych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 r., II CR 638/74, OSP 1975/5/108).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo J. Z. okazało się bezzasadne.

Powódka J. Z. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. kwoty 100.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 446 § 4 k.c., który stanowi, iż Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Pozwany (...) S.A. kwestionował żądanie pozwu co do zasady jak i wysokości domagając się jego oddalenia.

Bezspornym w przedmiotowej sprawie było, że córka powódki P. B. w dniu

1 lipca 2010 r. miała przejść zabieg korekty przegrody nosa. Poza sporem pozostawało, że córka powódki, po podaniu znieczulenia poczuła się słabo i zaczęła się krztusić, wobec czego zaprzestano dalszego podawania znieczulenia miejscowego. Poza sporem pozostawało, że P. B. po przeprowadzonej akcji reanimacyjnej zmarła.

Spór sprowadzał się do ustalenia należytej staranności oraz braku winy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny udzielający tych świadczeń córce powódki w czasie pobytu w ZOZ Szpitala w G., ubezpieczonego od odpowiedzialności cywilnej przez pozwanego. A w związku z tym czy pozwany ponosi odpowiedzialność za ewentualną winę personelu medycznego w udzielaniu świadczeń medycznych.

W pierwszej kolejności przed przystąpieniem do merytorycznej oceny zasadności powództwa należało ocenić formalną legitymację bierną pozwanego występującego w niniejszym procesie. Nie ulega wątpliwości, że posiada ją pozwany (...) S.A., albowiem Zespół (...) w G. miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w okresie od dnia 1 marca 2010 r. do dnia 28 lutego 2011 r., a zgodnie z treścią art. 822 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony.

Ponadto zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r., poz. 1152 z późn. zm.), umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność cywilną podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym oraz wynikłe z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, o ile nie sprzeciwia się to ustawie lub właściwości (naturze) danego rodzaju stosunków. Umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej obejmuje również szkody wyrządzone umyślnie lub w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczającego lub osób, za które ponosi on odpowiedzialność.

Natomiast zgodnie z § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10) obowiązującego w dacie omawianego zdarzenia (1 lipca 2010 r.), ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dla ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela (pozwanego w niniejszej sprawie) zasadnicze znaczenie ma ustalenie odpowiedzialności ubezpieczonego Szpitala.

Z kolei granice odpowiedzialności ubezpieczonego określa art. 430 k.c. w związku z art. 445 k.c. Zgodnie z art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Dalej zauważyć należy, że przepis art. 415 k.c. stanowi, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, odpowiedzialny jest do jej naprawienia. Podkreślić należy, że stosownie do art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do naprawienia szkody ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Przepis art. 361 § 1 k.c. opiera się na założeniach teorii przyczynowości adekwatnej, zgodnie z którą związek przyczynowy zachodzi tylko wtedy, gdy w zestawie wszystkich przyczyn i skutków mamy do czynienia jedynie z takimi przyczynami, które normalnie powodują określone skutki. Nie wystarczy więc istnienie związku przyczynowego jako takiego, ale wymagane jest stwierdzenie, że chodzi o następstwa normalne. Należy więc ustalić, czy w ogóle pomiędzy kolejnymi faktami istnieją obiektywne powiązania (czy dany fakt jako przyczyna był koniecznym warunkiem wystąpienia drugiego z nich jako skutku, czyli czy bez niego skutek wystąpiłby). W razie pozytywnego stwierdzenia w tym zakresie należy rozważyć, czy powiązania można traktować jako "normalne", tzn. oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy, a więc nie będące rezultatem jakiegoś zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności. Wedle teorii przyczynowości adekwatnej w odmianie obiektywizującej, dane następstwo ma charakter „normalny” wówczas, gdy pojawienie się przyczyny badanego rodzaju każdorazowo zwiększa obiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku. Zwiększenie prawdopodobieństwa ustalić należy w oparciu o znajomość obiektywnych reguł

i zasad rządzących danym rodzajem faktów i zależności, a także na podstawie doświadczenia i wiedzy o podobnych (do badanej) zależnościach (por.: orzeczenie SN z dnia 2 czerwca 1956 r., 3 CR 515/56, OSN 1957 nr I, poz. 24; wyrok SN z dnia 24 lutego 1962 r., II CR 266/61, OSNPG 1962 nr 7-12, poz. 18; postanowienie SN z dnia 28 maja 1968 r., II CZ 128/68, OSPiKA 1969 nr 4, poz. 95; wyrok SN z dnia 9 lutego 2001 r., III CKN 578/00, OSNC 2001 nr 7-8, poz. 120; Przegląd Prawa Handlowego 2003 nr 6, s. 55 z glosą J. Jastrzębskiego; Prawo Spółek 2002 nr 10 z glosą M. Rożnowskiej; wyrok z dnia 8 września 2004 r., IV CK 672/03, LexPolonica nr 1633082).

Tym samym powódka winna wykazać szkodę, związek przyczynowy pomiędzy działaniem personelu medycznego Zespołu (...) w G. a powstałą szkodą, bezprawność działania pracowników tej jednostki oraz winę za zaistniałą szkodę. Dopiero ustalenie istnienia takiego związku może rodzić odpowiedzialność pozwanego za doznaną przez powódkę krzywdę.

Oceniając zachowanie pracowników ubezpieczonego szpitala z punktu widzenia odpowiedzialności za błąd medyczny, w którym powódka upatruje podstaw swojego żądania, wskazać należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postacie winy, tj. winę umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego swojego zachowania się i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza lub co najmniej się na wystąpienie tych skutków godzi. Natomiast przy winie nieumyślnej sprawca wprawdzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Pojęcie niedbalstwa wiąże się w prawie cywilnym z niezachowaniem należytej staranności. Dla oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. W tym zakresie podstawowe znaczenie ma art. 355 k.c. Zgodnie z tym przepisem, dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). Ta formuła ma podstawowe znaczenie jako wzorzec wymaganego zachowania dla każdego, kto znajduje się w określonej sytuacji. Ten wzorzec – kreowany na podstawie reguł współżycia społecznego, przepisów prawnych, zwyczajów, swoistych „kodeksów zawodowych”, pragmatyk ma charakter obiektywny. Zarzut niedbalstwa będzie więc uzasadniony wówczas, gdy sprawca szkody zachował się w sposób odbiegający od modelu wzorcowego, ujmowanego abstrakcyjnie. Ustalenie, że w konkretnych okolicznościach sprawca szkody mógł się zachować w sposób należyty, uzasadnia postawienie mu zarzutu nagannej decyzji. Niedbalstwo polega więc na niedołożeniu wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Dodatkowym kryterium oceny zachowania osób, za które szpital ponosi odpowiedzialność, jest przepis art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Wzorcem, do którego należy sięgać jest w odniesieniu do lekarza wzorzec „dobrego fachowca”. Przyjmuje się pewien poziom fachowości, poniżej którego postępowanie lekarza należy ocenić ujemnie. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia, często nieodwracalne (por. glosa M. Nesterowicz do wyroku Sądu Najwyższego z 1 grudnia 1998 r. III CKN 741/98, PiM 2000/6-7/163).

W tzw. „procesach medycznych” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników powstaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakieś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności

lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo (por.: wyrok SN z 17 października 2007 r. II CSK 285/07, LEX nr 490418).

Ciążar udowodnienia wszystkich wymienionych faktów spoczywa na osobie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne, tj. na powódce (zgodnie z art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c.).

W okolicznościach niniejszej sprawy powódka nie wykazała, aby personel medyczny udzielający świadczeń jej córce P. B. nie dołożył należytej staranności wymaganej w danych okolicznościach. Personel medyczny udzielający świadczeń medycznych córce powódki działał zgodnie z przepisami prawa, regułami wynikającymi z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Nie można temu personelowi zarzucić niedbalstwa lub innego rodzaju winy. Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych córce powódki dołożył należytą staranność przy wykonywaniu swoich obowiązków, tj. przy wykonywaniu znieczulenia oraz czynności reanimacyjnych córce powódki.

W pierwszej kolejności należy podkreślić, iż powódka zarzucała, że lekarze w niewłaściwej dawce podali P. B. środek znieczulający Lidokainę. Niemniej jednak nie zostały te twierdzenia wykazane, w szczególności nie potwierdziła tego opinia biegłego toksykologa. Z opinii biegłego z zakresu toksykologii sądowej wynika, że zalecane dawki Lidokainy w iniekcjach dożylnych dotyczą zakresów 50-100 mg (0,05 – 01 grama), a w przypadku podawania domięśniowego 300 mg (0,3 g). Stężenie terapeutyczne w osoczu krwi dotyczy zakresu 1,5 – 5,0 µg/ml, a stężenie toksyczne powyżej 5 µg/ml. Notowane przypadki zatruc śmiertelnych po ustalonych dawkach dożylnych 250-2000 mg dotyczyły zakresów 6 – 42 mg/L (6-42 µg/ml), średnio 24 µg/ml. Biegły w oparciu o dokumentację medyczną przyjął, że P. B. maksymalnie podano miejscowo dawkę Lidokainę nie przekraczającą 60 mg (ekwiwalent wymienionych trzech ampulek specyfiku, tj. 20 mg w każdej), pomniejszoną jeszcze o niedający się określić ubytek w postaci „spływania” w trakcie podawania podłuzówkowego. Biegły przyjął zgodnie z piśmiennictwem, że dawka 150-200 mg Lidokainy, podana perenternalnie w postaci iniekcji skutkuje stężeniem we krwi w zakresie 2-6 µg/ml. Tym samym ustalony pośmiertnie we krwi córki powódki poziom 4,7 µg/ml musiał mieć wymiar poziomu terapeutycznego. Zaś z opinii instytutu z dnia 2 lutego 2012 r. wynika, że zarówno do premedykacji jak i znieczulenia podśluzówkowego lewej połowy przegrody nosa użyto standardowych leków i ich dawek, stosowanych obligatoryjnie przy tego typu znieczuleniach. Odpowiedź pacjenta na zastosowane znieczulenie jest w zasadzie nie do przewidzenia.

Ponadto należy podkreślić, że P. B. nie zgłaszała, aby była uczulona na jakieś substancje lub leki. W przeszłości przeszła operację usunięcia migdałków oraz zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego. Najprawdopodobniej podano córce powódki analogiczne znieczulenie. W dniu 30 czerwca 2010 r. wykonano P. B. próbę uczuleniową, która wypadła ujemnie.

Odnosząc się do przyczyn śmierci córki powódki, biegli z instytutu wyjaśnili, że prawdopodobną przyczyną zatrzymania akcji serca była indywidualna i nieprzewidywalna reakcja organizmu na co najmniej jeden lub synergistyczne działania podanych środków farmakologicznych użytych do znieczulenia. Wynik badania pośmiertnego nie wskazał innej jednoznacznej przyczyny zgonu.

Przedmiotem postępowania dowodowego była również ocena badań wykonanych bądź zaniechanych przed zabiegiem, a także przebieg akcji reanimacyjnej. Sąd nie podzielił poglądu powódki, że nie dokonano kompleksowej oceny stanu zdrowia P. B. oraz, że biegli dokonali krytycznej oceny wiedzy i umiejętności lekarza wykonującego zabieg.

W celu uzyskania informacji o stanie zdrowia P. B. i jej chorobach przeprowadzono z nią wywiad, uzyskano pisemną zgodę na zabieg, przeprowadzono badanie laryngologiczne oraz wykonano niezbędne badania laboratoryjne. Wprawdzie u pokrzywdzonej nie przeprowadzono badania fizykalnego, jednakże w ocenie biegłych z instytutu, nawet przeprowadzenie tych badań nie wniosłoby istotnych informacji, gdyż w czasie badania pośmiertnego nie ujawniono istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego.

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym dokumentacji znajdującej się w aktach postępowania przygotowawczego wynika, iż w momencie, kiedy doszło w pierwszym etapie do zwolnienia czynności pracy serca, równocześnie powiadomiono innych lekarzy o potrzebie pilnej konsultacji jak i innych czynności

ratunkowych. Przystąpiono do masażu pośredniego serca, zaintubowano pokrzywdzoną. Prowadzono czynności ratunkowe, a następnie wezwano kardiologa, który założył elektrodę stymulującą serce. Czynności reanimacyjne podjęto niezwłocznie, tuż po wystąpieniu pierwszych objawów, już na fotelu operacyjnym. Przy braku poprawy stanu zdrowia podjęto czynności reanimacyjne, w tym masaż pośredni serca, oddech wspomagany i zastępczy, defibrylację, farmakoterapię oraz próbę elektrycznej stymulacji serca poprzez założenie dosercowe elektrody, były zgodne z zasadami wiedzy medycznej. Zgodzić należy się z biegłymi z instytutu, że ocena co do czasu wykonywania poszczególnych czynności jest niemożliwa, ponieważ nie ma zapisów w dokumentacji medycznej, które by dokumentowały przebieg czynności. Jeżeli się ratuje życie i zdrowie pacjenta to ratuje się pacjenta, a nie wpisuje się kto kiedy przybył.

Z opinii instytutu wynika, że Oddział Otolaryngologiczny Szpitala Zespołu (...) w G. był prawidłowo przygotowany do przeprowadzenia operacji w zakresie otolaryngologii, w tym w zakresie zabiegu operacyjnego. Oddział posiadał niezbędny sprzęt potrzebny do przeprowadzenia zabiegu oraz prowadzonych w sytuacji wystąpienia nagłego pogorszenia stanu pokrzywdzonej akcji reanimacyjnej. W czasie trwania reanimacji na sali dostępny był tlen z oprzyrządowaniem do jego podawania, aparat A. z maskami, laryngoskop z rurkami intubacyjnymi, defibrylator z możliwością wykonania echo serca oraz istniała możliwość stymulacji elektrycznej serca. Operator miał możliwość skorzystania w trybie pilnym z konsultacji specjalistów z innych dziedzin, w tym chorób wewnętrznych, kardiologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii, z której to w czasie nagłego pogorszenia stanu pokrzywdzonej bezzwłocznie skorzystał. Obecność specjalisty z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii nie jest bezwzględnie wymagana w znieczuleniu do tego typu zabiegów operacyjnych. Operator specjalista z otolaryngologii posiada odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzania znieczulenia miejscowego i udzielania pomocy w nagłych wypadkach.

Sąd pragnie podkreślić, że w sprawach błędów w sztuce medycznej Sąd nie jest w stanie samodzielnie rozstrzygnąć, czy leczenie zastosowane wobec córki powódki było zgodne z aktualnym poziomem wiedzy medycznej. Jedynym obiektywnym źródłem dowodowym jest opinia biegłego – specjalisty w danej dziedzinie. Skoro biegli wykluczyli możliwość popełnienia błędów w leczeniu P. B., Sąd nie miał żadnych podstaw, aby nie przyjąć tej opinii za podstawę orzekania.

Wyjaśnić należy jeszcze, że o ile nadrzędnym celem lekarza winno być wyleczenie pacjenta, o tyle nie zawsze ten cel jest możliwy do osiągnięcia. Istotne jest natomiast, aby w realizacji tego celu zostały zachowane wszystkie wymagane standardy, nawet jeżeli nie doprowadzą one do osiągnięcia idealnego rezultatu. Niejednokrotnie bowiem medycyna przegrywa w walce z chorobą, w szczególności, gdy lekarstwo na określone schorzenie nie zostało jeszcze wynalezione lub objawy bądź przebieg choroby jest atypowy. W przypadku P. B. przeprowadzone czynności było adekwatne do stanu jej zdrowia.

Reasumując, strona powodowa nie wykazała, aby personel medyczny ubezpieczonego Szpitala wyrządził szkodę, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych córce powódki P. B. - w czasie pobytu w ubezpieczonej placówce, a tym samym by ponosił winę za błędne leczenie. Wszelkie działania podejmowane w trakcie pobytu córki powódki były prowadzone w sposób prawidłowy i zgodny z zasadami sztuki medycznej, a także najwyższą starannością wymaganą od lekarzy. Tym samym nie można pozwanemu przypisać odpowiedzialności odszkodowawczej za krzywdę powódki.

Mając na względzie powyższe ustalenia i rozważania Sąd Okręgowy oddalił powództwo - punkt 1 wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 2 wyroku obciążając nimi powódkę w całości na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity Dz. U. 2013, poz. 490 ze zm.). Z tego tytułu Sąd zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSO Iwona Godlewska