

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 30 marca 2012r. skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) w Ł. reprezentowani przez swoich rodziców małoletni powodowie wnieśli

I o zasądzenie od pozwanego na rzecz:

1. M. M. (1):

a) 180 000zł. tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 30 marca 2012r. do dnia zapłaty;

b) po 500zł. tytułem renty na zwiększone potrzeby poczynając od 10 każdego miesiąca za okres od dnia 1 marca 2012r.;

2. P. M.

a) 100 000zł. tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 30 marca 2012r. do dnia zapłaty;

b) po 500zł. tytułem renty na zwiększone potrzeby poczynając od 10 każdego miesiąca za okres od dnia 1 marca 2012r.;

II ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za dalsze następstwa błędów pozwanego w sztuce lekarskiej popełnionych na szkodę powodów. Uzasadniając zgłoszone żądanie pełnomocnik powodów wskazał, iż w pozwanej placówce M. M. (1) nieprawidłowo podano lek, co w sposób znaczny pogorszyło stan jego zdrowia, P. M. zaś narażono na infekcję skutkującą martwicą części jego nosa, następnie zaś koniecznością usunięcia obumarłej tkanki (pozew k. 2 – 4).

Pismem z dnia 13 kwietnia 2012r. pełnomocnik powodów rozszerzył żądanie pozwu względem M. M. (1) do kwoty 1 000 000zł. z ustawowymi odsetkami od dnia rozszerzenia żądania pozwu (pismo k. 24).

W odpowiedzi na pozew z dnia 31 maja 2012r. pełnomocnik pozwanego uznał żądanie zasądzenia na rzecz M. M. (1) kwoty 180 000zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 27 kwietnia 2012r. i wniósł jednocześnie o oddalenie powództwa w pozostałej części. Uzasadniając zajęte przez siebie stanowisko pełnomocnik pozwanego przyznał fakt nieprawidłowego podania leku M. M. (1), co spowodowało u niego paraliż, podniósł jednak, iż wywołane tym zwiększone potrzeby powoda w całości zaspokajane są przez pozwanego szpital, w którym powód w dalszym ciągu przebywa, co się zaś tyczy P. M., to także przyznał wystąpienie u niego martwicy części nosa, jako przyczyny jej wystąpienia wskazał natomiast:

- wywołany białaczką szpikową oraz zaburzeniami krążenia obwodowego jak również krzepnięcia krwi ogólnie zły stan zdrowia dziecka;

- stosowaną wobec powoda terapię, zaprzeczył natomiast, aby przyczyną tego miała być jakakolwiek infekcja (odpowiedź na pozew k. 47 – 51).

Pismem z dnia 29 czerwca 2012r. pełnomocnik powodów ograniczył żądanie pozwu względem M. M. (1) w zakresie renty w ten sposób, iż wniósł o jej zasądzenie za okres do dnia jego śmierci, wniósł nadto o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze ubezpieczyciela pozwanego – (...) Spółkę Akcyjną w W. (pismo k. 851 – 853).

Postanowieniami z dnia 4 lipca 2012r.:

I zawieszono postępowanie wobec M. M. (1) i podjęto je z udziałem jego następców prawnych w osobach P. i T. M. (postanowienie k. 856);

II wezwano do udziału w sprawie po stronie pozwanej (...) SA (postanowienie k. 859).

W odpowiedzi na pozew z dnia 31 lipca 2012r. pełnomocnik (...) SA przyznał fakt udzielania ochrony ubezpieczeniowej pozwanemu szpitalowi z tytułu OC, jak również błędu, jakiego personel ubezpieczonej placówki dopuścił się wobec M. M. (1), wypłacone natomiast jego spadkobiercom zadośćuczynienie uznał za adekwatne do rozmiarów wyrządzonej krzywdy, co się zaś tyczy szkody poniesionej przez P. M., to przyłączył się do stanowiska pozwanego szpitala odnośnie przyczyn jej powstania i z tych też względów wniósł o oddalenie powództwa (odpowiedź na pozew k. 867 – 870).

Postanowieniem z dnia 1 marca 2016r. zawieszono postępowanie z przeciwko pozwanemu szpitalowi i podjęto je z udziałem jego następcy prawnego – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. (postanowienie k. 1586).

Sąd ustalił i zważył, co następuje:

Do pozwanej placówki powodowie trafili w dniu 23 lutego 2012r., w 6 tygodniu życia. Z uwagi na wrodzoną białaczką szpikową i niską masę urodzeniową ciała jak i wynikającą z wcześniactwa niedojrzałość narządów oraz zaburzenia oddychania, której leczenie zaburza odporność pacjenta, ich stan ogólny był bardzo ciężki.

M. miał powiększone narządy wewnętrzne, był wprawdzie w stanie oddychać samodzielnie, wymagało to jedna z jego strony bardzo dużego wysiłku. Z uwagi na powyższe, zastosowano wobec niego tlenoterapię bierną. W trakcie pobytu w pozwanej placówce jeden z aplikowanych M. leków – winkrystynę omyłkowo zamiast dożylnie podano w dniu 20 marca 2012r. do kanału rdzeniowego. Mimo wdrożenia niezwłocznie po odkryciu pomyłki starań mających na celu wypłukanie leku z płynu mózgowo – rdzeniowego nie uzyskano poprawy stanu neurologicznego powoda, u którego wystąpiła utrata przytomności i niedowład wiotki 4 kończyny. U powoda narosła nadto niewydolność oddechowa w stosunku do tej, z jaką przyjęto go do szpitala, karmienie zaś – wcześniej jelitowe - odbywało się pozajelitowo. O ile wcześniej powód nie wymagał wspomaganie hemodynamicznego oraz farmakologicznego wymuszania diurezy, jak również wystarczająca była wentylacja nieinwazyjna, to po podaniu winkrystyny z uwagi na narastającą niewydolność oddechową i pogorszenie stanu hemodynamicznego konieczne stało się wspomaganie farmakologiczne układu krążenia, inwazyjna wentylacja mechaniczna, a także konieczne stało się wymuszanie diurezy. Nieprawidłowe podanie leku spowodowało postępujący proces uszkodzający – degeneracyjny w mózgu powoda skutkujący śpiączką i rozwijającym się wodogłowiem. Ostatecznie M. M. (1) zmarł w dniu 18 czerwca 2012r. wśród objawów niewydolności wielonarządowej (odpis skrócony aktu zgonu k. 854). Spadek po nim nabyli po 1/2 części jego rodzice (akt poświadczenia dziedziczenia k. 888 – 889, pisemna opinia biegłego sądowego onkologa A. B. k. 941 – 942, pisemna opinia biegłego sądowego lekarza anestezjologa k. 1189, pisemna opinia biegłego sądowego lekarza anestezjologa k. 1190, pisemna uzupełniająca opinia biegłego k. 1250 – 1251, ustna uzupełniająca opinia A. B. k. 1372).

Podanie winkrystyny w taki sposób, jak uczyniono to powodowi, uruchamia proces toksyczny – degeneracyjny nieuchronnie prowadzący do wtórnych, nieodwracalnych zmian w OUN, stanowi ponadto bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta. Procesu tego nie da się odwrócić, jego naturalnym następstwem jest natomiast śmierć pacjenta. Nie istnieje przy tym dawka leku tak mała, aby mogła być tolerowana przez OUN. Czynnikiem dodatkowo uszkodzającym OUN powoda – poza błędnym podaniem winkrystyny – były także zmiany nowotworowe wywołane białaczką. Wśród dzieci nią dotkniętych śmiertelność sięga 50%. Także u powoda bezpośrednią przyczyną jego zgonu była niewydolność wielonarządowa spowodowana rozwojem choroby nowotworowej. Niewydolność ta postępowała przez cały okres pobytu powoda w szpitalu od dnia 23 lutego 2012r., dynamika jej postępu była jednak zmienna z okresem względnej stabilizacji w okresie kilku dni poprzedzających błędne podanie winkrystyny. Po jego podaniu proces narastania niewydolności ponownie zaczął narastać i to w sposób nieodwracalny. W okolicznościach niniejszej sprawy progresja odpowiedzialnej za niewydolność wielonarządową choroby nowotworowej spowodowana została faktycznym zaprzestaniem jej leczenia wymuszonym przez wcześniejsze błędne podanie winkrystyny (pisemna opinia biegłego sądowego A. B. k. 943 – 944, pisemne opinie uzupełniające biegłej k. 1018 – 1019, 1064 – 1065, ustna uzupełniająca opinia biegłej k. 1371, pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego lekarza anestezjologa k. 1251).

Z uwagi na trudności w oddychaniu, które dotknęły także P., zastosowano wobec niego wentylację mechaniczną polegającą na założeniu mu do nosa cewnika. Postępowanie powyższe, wdrożone w okresie od 23 lutego do 12

kwietnia 2012r., jako wymuszone spadkami saturacji uzasadniającymi stałą bierną podaż tlenu przez rurkę donosową, służyło ratowaniu życia pacjenta. Rurka intubacyjna wywołała jednak nadmierny ucisk na prawe skrzydełko, słupek i wierzchołek nosa. Doprowadziło to do stwierdzonej w nocy z dnia 12 na 13 marca 2012r. intensywnej martwicy tkanek nosa wokół rurki intubacyjnej, którą poddano leczeniu zachowawczemu. Mianem martwicy określa się nagłą śmierć komórek lub tkanek w żywym ustroju.

Poza naciskiem wywołanym obecnością rurki intubacyjnej czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu miejscowej martwicy powłok nosa były:

I zaburzenia krążenia obwodowego;

II miejscowe i uogólnione zaburzenia krzepnięcia krwi, których potwierdzeniem są odnotowane w dniu 12 i 13 marca 2013r. wybroczyny w miejscach innych powłok skórnych jak również krwawienie z błon śluzowych niemowlęcia;

III występująca u noworodków ranliwość skóry i śluzówek, czemu sprzyjała jeszcze konieczność wielokrotnych zmian elementów mocujących i stabilizujących rurkę intubacyjną. W sytuacji takiej pomimo technologicznego zaawansowania sprzętu i opatrunków, a także ludzkiej staranności naskórek dziecka nieuchronnie narażony był na większe lub mniejsze urazy, czemu dodatkowo jeszcze sprzyjało działanie wilgoci pochodzącej z wydzieliny przewodów nosowych oraz dystalnych części dróg oddechowych. Wilgoć ta dodatkowo sprzyjała maceracji przyległych powłok;

IV niemożliwe do osiągnięcia pełne wyłączenie aktywności dziecka wiążące się z koniecznością pozostawienia możliwości pewnej ruchomości ciała, która jednak sprzyja podrażnieniom naskórka przez obecne w ciele pacjenta elementy sztucznej drogi oddechowej.

Łączne oddziaływanie wszystkich wskazanych wyżej czynników czyniło relatywnie wysokim ryzyko wystąpienia martwicy i to nawet pomimo zachowywania standardów najwyższej staranności w opiece nad pacjentem. Ryzyko takie dotyczy w szczególności dzieci w stanie ciężkim lub krytycznym, którzy – tak jak powód – poddawani są długotrwałej intensywnej terapii, wedle bowiem wyników dostępnych badań 20 – 60% dzieci poddanych takiej terapii w grupie wiekowej, do której należał powód, doznaje powikłań w zakresie zmian skórnych spowodowanych między innymi kontaktem ze sprzętem do intensywnej terapii.

Aby ograniczyć powyższe ryzyko konieczna jest częsta, dokonywana kilka razy na dobę, repozycja sprzętu, której celem jest zmniejszenie ucisku przez rurkę. W przypadku rurek założonych do ust zalecaną repozycję wykonywać należy nie rzadziej niż co 2 godziny, na tyle bowiem określa się czas niezbędny do zapoczątkowania zmian niedokrwienych z ucisku w powłokach skórnych bądź śluzówkach. W takiej też sytuacji wystarcza ufixowanie rurki intubacyjnej w drugim kącie ust, co zazwyczaj nie wymaga rozintubowania pacjenta.

Realizacja jednak tego zalecenia nie jest możliwa w odniesieniu do rurek założonych przez nos, wtedy bowiem można jedynie dokonywać niewielkich zmian ułożenia rurki. Dalej idące działanie polegać mogłoby jedynie co najwyżej na przeintubowaniu powoda do drugiego przewodu nosowego, co jednak wymagałoby poddania go głębokiemu znieczuleniu i często zwiotczeniu. Wiązałoby się to z doprowadzeniem powoda do stanu, w którym nie byłby on ani wentylowany ani też zaintubowany, a zatem z zastosowaniem procedury wysoce inwazyjnej i – w przypadku powoda - obarczonej ryzykiem najcięższych powikłań. Działania takiego nie można więc było podjąć kierując się samymi tylko względami profilaktycznymi. W przypadku powoda związane z ewentualnym przeintubowaniem zagrożenie zwiększał fakt występowania krwawienia z dróg oddechowych, utrudniało to bowiem znalezienie wejścia do krtani w taki sposób, iż w przypadku próby jego odnalezienia dla potrzeb przeintubowania dojść mogło do przerwania ciągłości tkanek, a w rezultacie większego jeszcze krwawienia. Ryzyko takie dotyka w szczególności krytycznie chore niemowlęta, poddawane długotrwałej intubacji, z obrzękami, głębokimi zaburzeniami krzepnięcia krwi i niskimi wartościami parametrów czerwonokrwinkowych, wszystkimi zatem przypadłościami, które dotknęły powoda. W zaistniałej sytuacji, jako najbardziej prawidłową, obciążoną bowiem najmniejszym ryzykiem, ocenić należało podjętą

wobec powoda decyzję o jego ekstubacji zaraz po tym, kiedy jej dokonanie stało się możliwe po wcześniejszej stabilizacji parametrów krytycznych.

O ile jednak do rzadkości należą opisywane w literaturze medycznej przypadki dalej idących uszkodzeń w postaci martwicy całego skrzydełka, przegrody a nawet końca nosa, to powstanie niewielkiej odleżyny w obrębie skrzydełka nosa jest powikłaniem, którego nie da się zupełnie wyeliminować w resuscytacji noworodków i małych dzieci, dla powstrzymania tego procesu z reguły wystarczająca jest szybka zmiana położenia rurki i odpowiednie postępowanie z raną. Wtedy też daje się uniknąć zniekształceń bądź też ograniczyć je do niewielkiego tylko ubytku krawędzi skrzydełka nosa. W odniesieniu do powoda działania takie podjęto podczas następczej doby, po uprzednim upewnieniu się, iż parametry morfologii kwalifikują powoda do przetoczenia koncentratu płytek krwi, którego zadaniem było wygaszenie zaburzeń krzepnięcia krwi skutkujących powstawaniem zaledwie w ciągu minut wybroczyn dających początek martwicy (pisemna opinia biegłego sądowego lekarza laryngologa k. 1097 – 1098, pisemna opinia biegłego sądowego lekarza chirurga plastycznego k. 1138 – 1139, ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego lekarza laryngologa k. 1521 – odwrót, ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego lekarza anesteziologa k. 1524).

W stosunku do powoda prowadzono rutynowe obserwacje pielęgniarskie obejmujące również okolice ciała w bezpośredniej bliskości rurki intubacyjnej, codziennie bowiem odnotowywano głębokość, na jaką rurka była włożona. Głębokość tę każdorazowo odczytuje się z samej rurki na wysokości brzegu skrzydełka nosa. Tym samym też nie sposób było dokonywać odczytów tej głębokości bez jednoczesnego obejrzenia powłok nosa. Ogłędziny takie każdorazowo mają miejsce przy wymianie plastra mocującego rurkę, co w przypadku niemowląt w stanie krytycznym odbywa się 1 – 2 razy na dobę. U powoda zastosowano rurkę intubacyjną o rozmiarach właściwych dla wieku masy powoda. Materiały służące do produkcji takich rurek są dla potrzeb neonatologii zunifikowane wymaganiami normatywnymi. Mocuje się jej przy użyciu plastrów niskoalergizujących, jedwabnych, pozwalających na ich relatywnie bezurazowe stosowanie. Tym samym też brak jest podstaw do tego, by doszukiwać się związku przyczynowego pomiędzy rodzajem używanych w wentylacji rurek bądź sposobem ich mocowania, jak również obecnością cewnika w lewym nozdrzu a ewentualnym uszkodzeniem powłok nosa powoda po stronie prawej. Jedynym czynnikiem mogącym zwiększyć prawdopodobieństwo powstania takich urazów byłaby dysproporcja pomiędzy średnicą zewnętrzną użytej rurki intubacyjnej, a średnicą nozdrza zewnętrznego pacjenta, co jednak w sprawie niniejszej nie miało miejsca (pisemna opinia biegłego sądowego lekarza anesteziologa k. 1436 – 1438, 1440 – 1442, ustna uzupełniająca opinia biegłego k. 1523 - 1524).

Po rozintubowaniu powoda zastosowano w miejscu stwierdzonej martwicy preparaty, które zapobiegły dalej idącym powikłaniom w postaci np. sepsy mogącej również skutkować zgonem pacjenta (ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego lekarza anesteziologa k. 1524).

Dzięki kontynuowanemu leczeniu onkologicznemu uzyskano remisję szpikową (pisemna uzupełniająca opinia biegłego onkologa k. 1045).

W trakcie pobytu powoda w pozwanej placówce wystąpiło także u niego zakażenie gronkowcem złocistym i paciorkowcem kałowym, infekcja ta jednak ustąpiła jeszcze w trakcie trwającej hospitalizacji powoda, rokowania zaś w związku z tym uznać należy za pomyślne. Nie miała ona ponadto wpływu na wystąpienie martwicy (pisemna opinia biegłego sądowego do spraw chorób zakaźnych k. 1397 – 1398, ustna uzupełniająca opinia biegłej k. 1521). Przeprowadzone w pozwanej placówce badanie bakteriologiczne okolic skrzydełka nosa dało wynik ujemny, wobec zaś braku obecności tychże bakterii we krwi brak było możliwości ich przeniesienia do tej okolicy w sposób wtórny przez krew. Z uwagi na brak badań z (...), w którym powód także był hospitalizowany, nie jest możliwe wskazania miejsca zakażenia powoda (pisemna uzupełniająca opinia biegłego sądowego lekarza do spraw chorób zakaźnych k. 1451).

W chwili obecnej u powoda występuje ubytek chrząstki nosa po prawej stronie i płatka z częścią środkową, jak również zbliznowacenie skutkujące 8- 10 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu (pisemna opinia biegłego sądowego do spraw chorób dziecięcych k. 989, pisemna uzupełniająca opinia biegłego k. 1048). Powód nie wymaga korekty laryngologicznej w trybie pilnym, bowiem jego nozdrza są drożne, umożliwiają zatem niezakłócone

oddychanie. Wskazanie do zabiegu korekcyjnego wystąpi natomiast po zakończeniu leczenia białaczki i osiągnięciu wieku 4 – 5 lat (pisemna uzupełniająca opinia biegłego onkologa k. 1046). Bez wykonania zabiegu operacyjnego występujące u powoda uszkodzenie będzie miało charakter stały. Leczenie takie z konieczności musiałoby mieć charakter wieloetapowy, a zatem długotrwały. W pierwszym etapie polegać mogłoby ono na poszerzeniu zwężonych nozdrzy przednich w celu przywrócenia możliwości swobodnego oddychania przez nos niedzownego dla zapewnienia prawidłowego rozwoju fizycznego i intelektualnego. Możliwość przeprowadzenia pełnego plastycznego zabiegu rekonstrukcyjnego dystalnej części nosa powstanie dopiero po zakończeniu fazy szybkiej wzrostu nosa, o to jest po zakończeniu przez powoda 12 roku życia. Dla potrzeb rekonstrukcji nieodzowne będzie użycie płatów skórnych z sąsiedztwa, najprawdopodobniej z fałdu policzkowo wargowego i ewentualnie przeszczepu chrząstki lub kości celem odtworzenia rusztowania podpierającego koniec nosa. Liczyć należy się jednak z tym, że zabiegi rekonstrukcyjne nie przywrócą w pełni prawidłowej budowy i wyglądu nosa. Utrzymujący się w chwili obecnej defekt w sposób istotny ogranicza możliwości oddechowe górnych dróg oddechowych, w tym również oczyszczanie, nawilżanie i ogrzewanie powietrza oddechowego. Rezultatem powyższych zakłóceń może z kolei być zwiększona podatność na infekcje nosa i zatok jak również dolnych dróg oddechowych. Spowodowany tym długotrwały uszczerbek na zdrowiu określić należy na 15% (pisemna opinia biegłego sądowego lekarza laryngologa k. 1098 – 1099, pisemna uzupełniająca opinia biegłego k. 1152, pisemna opinia biegłego sądowego lekarza chirurga plastycznego k. 1139 – 1140, pisemna opinia uzupełniająca biegłego k. 1179).

Doręczonym pozwanemu pismem z dnia 13 kwietnia 2012r. pismem pełnomocnik powodów wezwał pozwanego do zapłaty na rzecz:

I M. M. (1):

1. 1 000 000zł. tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 30 marca 2012r. do dnia zapłaty;
2. po 5 000zł. tytułem renty na zwiększone potrzeby poczynając od 10 każdego miesiąca za okres od dnia 1 marca 2012r.;

II P. M.

1. 100 000zł. tytułem zadośćuczynienia za krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 30 marca 2012r. do dnia zapłaty;
2. po 500zł. tytułem renty na zwiększone potrzeby poczynając od 10 każdego miesiąca za okres od dnia 1 marca 2012r. (pismo k. 58).

Z dniem 1 lutego 2016r. nastąpiło połączenie pozwanego szpitala z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) w Ł. poprzez przejęcie całego mienia pozwanego szpitala na drugi ze wskazanych wyżej podmiotów (pismo k. 1555, uchwała k. 1556).

Strona powodowa delikt pozwanego szpitala dostrzega w zastosowanym sposobie mocowania rurki, potwierdzenia zaś trafności swojego wniosku doszukuje się w dokonanej później zmianie sposobu mocowania tychże rurek. Stanowisko takie trudno uznać za zasadne, wprowadzona bowiem zmiana sposobu zakładania rurek polegająca na ich sytuowaniu poniżej nosa nie oznacza, iż sposób wcześniej przyjęty był ewidentnie nieprawidłowy. Wprowadzenie takiej zmiany jako reakcja na szczególną sytuację, jaka dotknęła P. M., nie oznacza jednak potwierdzenia ani w szczególności przyznania, że wcześniej stosowany sposób zakładania rurek, jako generujący większe zagrożenie dla pacjenta, miałby być niewłaściwy. W szczególności dokonana zmiana nie musi wcale oznaczać wyeliminowania zagrożenia martwicą, bowiem niezależnie od tego, czy rurka jest na nosie, czy też pod nosem, w dalszym ciągu może ona stykać się ze skórą pacjenta w taki sposób, że potencjalnie narażać będzie ją na podrażnienia tkanek, a w dalszej konsekwencji – również na ich martwicę. O wyższym poziomie bezpieczeństwa stosowanego obecnie sposobu zakładania rurek nie świadczy w szczególności fakt, iż od czasu jego zastosowania nie wystąpiły sytuacje takie, jak dotycząca P. M., jak wynika bowiem z przeprowadzonych w sprawie dowodów, sytuacje takie – aż do

czasu tej dotyczącej P. – nie miały miejsce również wcześniej przez obserwowany przez świadka S. okres 23 lat zakładania rurki w taki sposób, jak miało to miejsce u P. M. (zeznania świadka W. S. k. 890 – odwrót – 892). Fakt, iż stosowane nieprzerwanie przez 23 lata u wszystkich innych pacjentów z dobrym skutkiem mocowanie rurki w jednym konkretnym przypadku doprowadził do powikłań takich jak u powoda, sam w sobie nie uzasadnia wniosku, iż przyjęty dotychczas sposób jej mocowania miałby być nieprawidłowy, skłania raczej do wniosku przeciwnego, iż sprawdzil się on w zdecydowanej większości mających miejsce na przestrzeni tych 23 lat sytuacji. Jego zastosowania zatem nie sposób zrównywać z rodzajem odpowiedzialność odszkodowawczą deliktem pozwanego szpitala. Tym samym też brak jest podstaw do przyjęcia, że stosowany wcześniej rutynowo od lat sposób zakładania rurki intubacyjnej był wadliwy, w szczególności zaś – że miał być gorszy od przyjętego po wypadku z P. M.. Konkluzje takie formułować będzie można dopiero porównując wyniki stosowania jednego i drugiego sposobu zakładania rurki na przestrzeni porównywalnych ze sobą okresów czasu, wtedy bowiem dopiero wysnuć będzie można miarodajne wnioski na temat jednego bądź drugiego sposobu założenia rurki. Na obecnym zaś etapie tezę o wyższości późniejszego sposobu zakładania rurki ocenić należy jako zdecydowanie przedwczesną, zwłaszcza w kontekście uwag biegłego anesteziologa, wedle których za najważniejsze i najpewniejsze dla potrzeb zapewnienia należytej wentylacji uważać należy zakładanie rurki na powłokach nosa, w taki zatem sposób, jak zastosowany względem powoda (ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego lekarza anesteziologa k. 1523 – odwrót). Oparcia zatem dla wniosku odnośnie rzekomo źle założonej rurki nie dostarcza tylko fakt wystąpienia martwicy, o ile bowiem jej wystąpienie z całą pewnością w tym akurat miejscu spowodowane było obecnością rurki intubacyjnej, o tyle o nie sposób przyjmować założenia, że już sam sposób jej założenia był nieprawidłowy. Pamiętać należy, iż czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu u powoda martwicy była spowodowana chemioterapią i sterydoterapią obniżona odporność pacjenta. Tym samym też także inne umiejscowienie rurki intubacyjnej przy występującym dodatkowo czynnikiem w postaci obniżonej odporności jako sprzyjającej martwicy, skutkować mogło wystąpieniem tejże martwicy tyle, że w innym miejscu. W kontekście powyższych ustaleń, zeznania świadka S. w części, w jakiej świadek ten wyjaśnia przyczynę wystąpienia martwicy nieuwagą pielęgniarki doglądającej powoda, traktować należy jedynie w kategoriach postawienia hipotezy nie mającej jednak waloru pewnika.

W zaistniałych okolicznościach fakt wystąpienia martwicy traktować należy zatem jako następstwo zastosowania wentylacji przez rurkę intubacyjną oraz wystąpienia szczególnie sprzyjających takiemu powikłaniu całego szeregu współwystępujących dodatkowych czynników składających się na ogólnie obniżoną odporność powoda. Postępowanie takie polegające na dokonaniu intubacji w taki sposób, jak miało to miejsce w przypadku powoda, samo w sobie nie było żadną miarą nieprawidłowe, a wręcz przeciwnie – służyć miało ratowaniu życia pacjenta, w warunkach jednak niezawinionej przez szpital obniżonej odporności powoda spowodowało podrażnienie tkanek prowadzące następnie do ich martwicy. Tym samym też za przyczynę martwicy uznać należy już sam tylko fakt koniecznego w zaistniałych okolicznościach założenia rurki, nie zaś sposób jej założenia polegający na zbyt wysokim bądź niskim usytuowaniu jej wlotu. Niezależnie bowiem od wysokości, na jakiej rurka byłaby umieszczona, już sama jej obecność w warunkach obniżonej odporności pacjenta spowodować mogła prowadzące do martwicy podrażnienie tkanek, z tą jedynie różnicą, iż na powstanie tego typu zmian narażony byłby inny fragment tkanki pacjenta. Potwierdzeniem trafności powyższego rozumowania są wnioski opinii biegłego anesteziologa, z których jednoznacznie wynika, iż sama próba manipulowania wysokością mocowania rurki prowadzi jedynie do zmiany miejsca najbardziej narażonego na wystąpienie martwicy nie eliminując bynajmniej takiego zagrożenia (ustna uzupełniająca opinia biegłego k. 1524).

Trafność powyższych wniosków znajduje potwierdzenie nie tylko w opiniach biegłych anesteziologa oraz chirurga plastycznego, ale również opinii laryngologa, który składając opinię ustną przyznał okoliczności zasadniczo zgodne z wnioskami zawartymi w opiniach dwóch wspomnianych wyżej innych biegłych, a mianowicie, że odleżyna jest powikłaniem każdej intubacji, a do jej powstania dojść może nawet pomimo zachowania przez personel placówki służby zdrowia należytej staranności. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na fakt, iż biegły ten uchylił się jednocześnie od udzielenia odpowiedzi na pytanie, na które jednoznacznie odpowiedział z kolei biegły anesteziolog, a mianowicie, czy w sytuacji, w jakiej w marcu 2012r. znajdował się powód próba jego przeintubowania nie była bardziej ryzykowna dla jego życia i zdrowia, aniżeli pozostawienie pacjenta w dotychczasowym stanie do chwili, gdy możliwe stało się wreszcie jego definitywne rozintubowanie. Biegły ten co prawda twierdził, iż decyzję powinni podejmować wspólnie

anestezjolog z laryngologiem sam jednak jednocześnie prezentując drugą ze wskazanych wyżej specjalności nie odpowiedział, czy będąc członkiem takiego konsylium opowiedziałby się zdecydowanie za rozintubowaniem pacjenta, zwłaszcza w sytuacji, kiedy możliwe do przewidzenia komplikacje w przypadku podjęcia takiego działania wiązać mogły się nawet ze zgonem pacjenta. Ostatecznie jednak biegły jako zobligowanego do podjęcia tak trudnej decyzji wskazał anestezjologa. Dokonując oceny przydatności obu opinii biegłych zwrócić należy jednocześnie uwagę na wewnętrzną sprzeczność, jaką dotknięta jest opinia ustna biegłego laryngologa, który w ramach tej samej opinii stwierdził, iż możliwe jest założenie rurki intubacyjnej w taki sposób, aby nie powodowała ona odleżyn pomimo tego, że wcześniej sam jednocześnie przyznał, iż odleżyna jest powikłaniem mogącym pojawić się po każdej intubacji, a co więcej, efekt w postaci podrażnienia dawać może nawet już samo tylko przyklejenie plastra mocującego rurkę intubacyjną. Zwrócić należy uwagę na fakt, iż z tego ostatniego stwierdzenia biegły także się później wycofał wskazując, iż właściwym do wyjaśnienia tej kwestii byłby biegły dermatolog. Mając na uwadze wskazany wyżej mankament, jakim dotknięta jest opinia laryngologa, za miarodajną dla potrzeb dokonania ustaleń faktycznych uznać należało zgodną z wnioskami chirurga plastycznego, a jednocześnie wolną od jakichkolwiek wewnętrznych sprzeczności opinię biegłego do spraw anestezjologii, który – w przeciwieństwie do laryngologa – nie próbował formułować wniosków wykraczających poza reprezentowaną przez siebie dziedzinę medycyny. Okoliczności powyższe skutkowały oddaleniem jako prowadzącego jedynie do dalszego przedłużenia postępowania wniosku strony powodowej o powołanie innego biegłego anestezjologa (ustna uzupełniająca opinia biegłego C. k. 1521 – odwrót, 1522).

Dokonując oceny możliwości odpowiednio wczesnego dostrzeżenia przez personel pozwanej placówki rozwijającej się u powoda martwicy mieć należy na względzie fakt, iż wczesne zmiany martwicze są trudno dostrzegalne nie tylko podczas oględzin makroskopowych, ale również nawet przy użyciu mikroskopu świetlnego, łatwa do dostrzeżenia jest bowiem dopiero martwica już dokonana. Ognisko zaatakowanej nią tkanki różni się od otaczających ją tkanek barwą, konsystencją i objętością, obie zaś części tkanek oddziela brzoźny pas przekrwienno – wybroczynowy oraz odczynowo – resorbacyjny. Tym samym zatem na wczesnym etapie rozpoznanie anatomiczne martwicy jest trudne bądź wręcz niemożliwe. Tkanki pokrywające wystające części kości, które przez dłuższy czas poddane są uciskowi zewnętrznemu przez różnorakie przedmioty atakuje martwica spowodowana ich niedokrwieniem i owrzodzeniem przybierająca postać odleżyn. Pierwszą fazą takiej martwicy jest zaczerwienienie skóry, które jednak błędnie lub znika pod wpływem ucisku. W tej też fazie skóra i położone głębiej tkanki pozostają jeszcze miękkie. Po niej następuje faza druga cechująca się zaczerwienieniem, obrzękiem i stwardnieniem, czasami też z tworzeniem się pęcherzy w obrębie naskórka i jego złuszczeniem się. W kolejnej fazie następują zmiany martwicze skóry z odsłonięciem tkanki tłuszczowej i sączeniem się z rany. Czas, w jakim powstać mogą te ostatnie zmiany w powłokach nosa, różni się zależnie od ich przyczyn i stanu ogólnego dziecka. W przypadku dziecka zdrowego, powstały przy wentylacji ucisk na powłoki nosa nie będzie w stanie rozwinąć martwicy w czasie krótszym niż kilka godzin. Inaczej natomiast ma to miejsce w przypadku dziecka znajdującego się w stanie zdrowia takim, jak powód, wtedy bowiem do rozwinięcia się zmian martwiczych wystarczy odstęp czasu rzędu kilku zaledwie godzin bądź też nawet krócej. W sytuacji, w której martwicę zapoczątkowały towarzyszące zaburzeniom krzepnięcia krwi wybroczyny, ich zmiana w otwarte owrzodzenia przechodzące dalej w zmiany bliznowate dokonać mogła się nawet w ciągu kilkudziesięciu minut. Przyspieszeniu tego procesu sprzyjał fakt, iż dotknął on anatomicznie końcowych naczyń na powłokach nosa. Potwierdzeniem trafności powyższego założenia, iż początkiem zmian martwiczych były właśnie wybroczyny, jest fakt, iż przed 12 marca 2013r. nie stwierdzano u powoda obecności jakichkolwiek zmian typowych dla odleżyn z ucisku wywołanego działaniem rurki intubacyjnej, odnotowano natomiast właściwie obecność wybroczyn (pisemna opinia biegłego sądowego lekarza anestezjologa k. 1439 – 1440, 1442 - 1443).

W zaistniałej sytuacji nie sposób personelowi pozwanej placówki czynić zarzutu, iż ten nie zareagował w porę na rozwijające się zmiany martwicze, oczekiwanie bowiem takiej reakcji oznaczałoby nałożenie na pozwanego obowiązku niemożliwego do spełnienia. Zarzutów takich nie sposób formułować pod adresem personelu pozwanego szpitala także w odniesieniu do braku dostatecznych działań mających na celu powstrzymanie rozwoju martwicy, jak wynika bowiem ze zgodnych w tym zakresie opinii biegłych C. i S., rozpoczętej już martwicy zatrzymać się po prostu nie da (ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego lekarza laryngologa k. 1522). W przypadku jej wystąpienia poza usunięciem samej przyczyny jej wystąpienia możliwe jest jedynie leczenie objawowe, takie zatem, jakie podjął

personel pozwanej placówki, polegające na zachowaniu troski o czystość rany, jej ukrwienia, jak również stosowaniu preparatów ograniczających niekorzystny sposób bliznowacenia i przyspieszających gojenie. Nie występuje przy tym na rynku jakikolwiek środek, który pod względem swych właściwości przewyższałby wszystkie inne (pisemna opinia biegłego sądowego lekarza anestezjologa k. 1444). Nie sposób także zarzucić pozwanemu braku stosownej reakcji na ujawnioną martwicę tylko na podstawie niestosownego żartu, jaki przedstawiciele ustawowi powoda mieli usłyszeć z ust pracownika szpitala, iż w razie niepowodzenia wdrożonej terapii P. wyglądać będzie jak M. J.. Komentarz ten, który później dopiero z perspektywy czasu nabral znamion makabrycznego dowcipu, traktować należy – w kontekście całokształtu działań podejmowanych w procesie leczenia powoda - jedynie jako wysoce niezręczną i niestosowną w danych okolicznościach próbę uspokojenia obaw rodziców aniżeli przejaw lekceważenia obowiązków opieki nad dzieckiem (zeznania przedstawiciela ustawowego powoda k. 1521 – odwrót).

Stanowisko strony powodowej odnośnie braku adekwatnej reakcji na dokonujące się zmiany stanu zdrowia P. M. uznać należało za o tyle mało przydatną dla przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej, iż dla personelu pozwanej placówki, jako najmniej ryzykowne dla powoda w sposób zasadny jawiło się rozwiązanie polegające na oczekiwaniu, aż możliwe stanie się wreszcie jego całkowite rozintubowanie. Sięgnięcie po inne środki, w postaci próby wcześniejszego przeintubowania było na tyle ryzykowne, że nie odważył się go rekomendować nawet krytyczny w swojej opinii wobec poczynań szpitala biegły laryngolog, także on bowiem nie odważył się stwierdzić, iż w sytuacji, w jakiej znalazł się powód, lepszym rozwiązaniem miałyby być chwilowe chociażby zaprzestanie intubacji. Tym samym też nie sposób personelowi czynić zarzutów, iż w dążeniu do minimalizowania zagrożenia dla powoda nie zdecydował się na wdrożenie rozwiązań, które w okolicznościach niniejszej sprawy uznane musiałyby zostać jako brawurowe wręcz narażenie na szwank życia powierzonych im pacjenta.

W kontekście powyższych wniosków opinii biegłego anestezjologa dotyczących najbardziej prawdopodobnego tempa rozwoju zmian martwiczych jako mało wiarygodne ocenić należało zeznania przedstawicieli ustawowych powoda, wedle których mieli oni zdążyć zaobserwować zaczerwienienie, przy czym miejsce zaczerwienione miejsce miało raz być zaklejone plastrem, innym zaś razem nie. Okoliczności powyższe wskazywać mogłyby na proces rozwoju zmian martwiczych rozciągnięty nie tyle okres godzin, co raczej dni. Możliwość taka jednak pozostaje w sprzeczności z wyczerpującą w tym zakresie opinią biegłego anestezjologa, z której treści wynika jednoznacznie, iż jeśli zmiany takie zaczynają się już rozwijać, to z uwagi na wchodzące w rachubę najbardziej prawdopodobne przyczyny ich rozwoju osiągnięcie przez nie dojrzałej, zaawansowanej postaci martwicy wymaga znaczenie krótszego czasu, mierzonego zaledwie minutami (zeznania przedstawicieli ustawowych powoda k. 1522 – odwrót – 1523, 1574, 1575).

Dokonując oceny wiarygodności zeznań przedstawicieli ustawowych powoda odnośnie wcześniejszego stwierdzenia obecności zaczerwienień na skórze powoda stwierdzić należy, iż możliwość taka wydaje się nader mało prawdopodobna nawet w świetle ustnej uzupełniającej opinii biegłego laryngologa. Biegły ten ostatecznie przyznał to, co wynika z opinii anestezjologa, a mianowicie, iż do wystąpienia martwicy wystarczył nacisk rurki intubacyjnej na nos powoda trwający zaledwie kilka godzin. Powyższym stwierdzeniem biegły w istocie zdyskredytował zawarte w opinii pisemnej swoje własne stwierdzenia, wedle których odkryte około 12 marca 2013r. zmiany martwicze rozwijać musiały się wcześniej na tyle długo, iż zostały po prostu zlekceważone przez personel pozwanego szpitala. Skoro bowiem do ich powstania wystarczyłoby zdaniem obu biegłych anestezjologa i laryngologa odstęp zaledwie kilku godzin, to podnoszoną jako argument na rzecz powołania innego biegłego anestezjologa sprzeczność między obiema opiniami uznać należało w istocie za pozorną. Stanowiło to dodatkową okoliczność na rzecz oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego anestezjologa. Swoje przekonanie, iż dokładając należytej staranności personel pozwanej placówki mógł zapobiec wystąpieniu martwicy biegły laryngolog oparł na tym wyłącznie, iż w klinice, którą kiedyś kierował, sytuacja taka, jak dotycząca powoda, nigdy nie zaistniała. Ostatecznie jednak biegły wycofał się nawet z tego stwierdzenia. W ocenie sądu zatem z konfrontacji obu opinii zwycięsko wyszła zdecydowanie opinia anestezjologa, nie sposób bowiem – w przeciwieństwie do opinii laryngologa - doszukać się w niej jakichkolwiek niekonsekwencji (ustna uzupełniająca opinia biegłego laryngologa k. 1522).

Jako nieprzydatne dla potrzeb rozstrzygnięcia sprawy uznać należało spostrzeżenia przedstawicielki ustawowej powoda, wedle której zastosowany przez pozwaną placówkę plaster oraz rurka miały być nieodpowiednie, co skłonić

miało jakoby pozwaną placówkę do zmiany stosowanego dotychczas do intubacji sprzętu. Spostrzeżenia te, jako nieoparte żadnymi dowodami wkraczają w zastrzeżoną biegłym dziedzinę wymagającą każdorazowo wiadomości specjalnych, których przedstawicielka ustawowa powoda siłą rzeczy nie posiada. Dokonując oceny przydatności powyższych zeznań odnośnie właściwości zastosowanego plastra, stwierdzić należało, iż nawet wydający korzystną co do zasady dla strony powodowej opinię biegły C. uznał, iż opisywane przez przedstawicielkę ustawową właściwości plastra polegające na tym, że był on mocno klejący, nie miały żadnego znaczenia dla możliwości wystąpienia martwicy. Co się tyczy podnoszonej w zeznaniach przedstawicielki ustawowej wersji odnośnie podjęcia przez pozwaną placówkę decyzji o zaprzestaniu ich dalszego stosowania, to nie znajduje ona oparcia w zeznaniach świadka S., która rozważając jako przyczynę powikłań, które dotknęły powoda, sposób mocowania rurki, sama jednocześnie nie potwierdziła, aby w późniejszym okresie czasu rurki te zastąpione miały zostać jakimikolwiek innymi (zeznania przedstawicielki ustawowej k. 1522, ustna uzupełniająca opinia biegłego C. k. 1522).

Te same uwagi odnieść należy do kwestii materiałów, z jakich wykonano użytą wobec P. M. rurkę, jak wynika bowiem z zeznań świadka S., na które powołuje się strona powodowa, zastosowana wobec niego rurka miała charakter standardowo używany względem wszystkich pacjentów, co więcej – dokładnie te same rurki stosowane są do chwili obecnej. Tym bardziej zatem nie ma uzasadnionych przyczyn do wysnucia jakichkolwiek przypuszczeń, aby przyczyną powikłania powoda miało być użycie sprzętu szpitalnego gorszej jakości, nabytego przez szpital np. w miejsce dostępnego już sprzętu o wyższych parametrach, droższego jednak, na którym to sprzęcie szpital miałby zaoszczędzić kosztem życia i zdrowia swoich pacjentów. Przypuszczenia powyższe nie znajdują żadnego oparcia w kategoriowych wnioskach opinii biegłego anestezjologa, wedle których nie występują na rynku jakiegokolwiek rodzaje rurek lepszych od innych, próba zaś takiego przedstawienia niektórych spośród nich stanowi zabieg czysto marketingowy (ustna uzupełniająca opinia biegłego k. 1524).

Przedstawione wyżej wnioski w pełni korespondują nie tylko z opinią biegłego anestezjologa, ale także z opinią biegłego chirurga plastycznego, wedle którego, martwica nosa, jaka wywiązała się u powoda, stanowi statystycznie bardzo rzadkie, niemniej jednak możliwe do wystąpienia, znane bowiem literaturze medycznej, następstwo podawania tlenu przy pomocy rurki intubacyjnej. Prawdopodobieństwo wystąpienia takich zmian staje się natomiast relatywnie wysokie w odniesieniu do noworodków będących pacjentami oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii z uwagi na ich ogólnie zły stan zdrowia (pisemna opinia biegłego sądowego lekarza anestezjologa k. 1443). Jego wystąpienie samo w sobie nie świadczy zatem ani też nie potwierdza żadnych zaniedbań w opiece nad powodem, które miałyby rodzić odpowiedzialność odszkodowawczą szpitala. Skoro zatem już sama tylko wentylacja przy pomocy rurki intubacyjnej w skrajnych przypadkach wywołać może tak opłakane następstwa, jak miało to miejsce w przypadku powoda, to w sytuacji sprzyjającej dodatkowo takim powikłaniom obniżonej odporności powoda, dla ich wyjaśnienia nie trzeba uciekać się do jakichkolwiek innych okoliczności w postaci niedostatecznej opieki nad powodem.

Z uwagi na powyższe, żądanie pozwu P. M. podlegało oddaleniu w całości.

Co się zaś tyczy powództwa popieranego przez P. i T. M. jako następców prawnych zmarłego M. M. (1), zasada odpowiedzialności pozwanego za wyrządzoną szkodę nie była kwestionowana, czego wyrazem była dobrowolna wypłata z tego tytułu zadośćuczynienia w wysokości 180 000zł. Za okoliczność wpływającą na odpowiedzialność pozwanego za spowodowaną błędnym podaniem leku utratę zdrowia przez małoletniego powoda, następnie zaś jego zgon, w sprawie niniejszej nie może uznany zostać podnoszony przez obu biegłych fakt, iż czynnikiem, który w sposób decydujący odbił się na śmiertelnym wyniku hospitalizacji, były zaburzenia powodowane białaczką powoda. Jak podnosi się bowiem w literaturze prawniczej, okoliczność, że skutek w postaci śmierci wystąpiłby również bez wypadku (w analizowanym przypadku bez błędnego podania leku) nie zwalnia od odpowiedzialności za skutki wypadku (w analizowanej sprawie błędnego podania leku), bowiem należy brać pod uwagę związek przyczynowy faktycznie istniejący, a nie tylko hipotetyczny; tak więc drugie ze zdarzeń nie niweczy obciążenia skutkami szkody wyrządzonej pierwszym zdarzeniem (A. Ohanowicz, *Zobowiązania...*, s. 92; T. Wiśniewski (w:) *Komentarz...*, s. 60 i n.). O tym, iż stanowisko powyższe spotkało się z aprobatą orzecznictwa, świadczy zapadły w sprawie V CSK 272/09 wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., w którym za niedopuszczalne uznano powołanie się przez osobę, której

bezprawne działanie lub zaniechanie doprowadziło do uszczerbku majątkowego na to, iż dana szkoda nastąpiłaby także wskutek innego zdarzenia, stanowiącego tzw. przyczynę rezerwową.

Z prezentowanym wyżej stanowiskiem w pełni koresponduje pogląd wyrażony w przywołanym w apelacji uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 marca 2011r. w sprawie I ACa 917/10, wedle którego

„Zdarza się, że szkoda jest adekwatnym skutkiem dwu lub więcej przyczyn, z których każdą należy przypisać innej osobie. Każda z nich, choćby nawet nie była bezpośrednią przyczyną szkody, uzasadnia obowiązek jej wyrównania, jeżeli szkoda była normalnym następstwem łańcucha zdarzeń, którego ogniwem jest czyn przypisany sprawcy.(...)”

W przypadku braku możliwości rozdzielenia kilku możliwych współprzyczyn szkody wystarczające jest ustalenie z dużym stopniem prawdopodobieństwa istnienia wpływu każdej z nich na powstanie szkody (wyrok SN z 23.10.2002 II CKN 1185/00, wyrok SN z 20.03.2009 LEX 610213).”

Tymczasem jak wynika z opinii biegłego, błędne podanie leku winkrystyna samo w sobie z dużym stopniem prawdopodobieństwa wywołać mogła zgon M. M. (1) i to niezależnie od powikłań wywołanych białaczką. W zaistniałej sytuacji powstały przeto przesłanki obciążenia pozwanego szpitala odpowiedzialnością przewidzianą przepisem art. 430 kc. . 430 par. 1 kc. w związku z art. 415 kc., jego ubezpieczyciela zaś – na przepisie art. 822 par. 1 i 4 kc.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustawodawca wskazał, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia powinna być odpowiednia, nie określił jednak zasad ustalania jej wysokości. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że o rozmiarze należnego zadośćuczynienia decyduje rozmiar doznanej krzywdy, zadośćuczynienie ma bowiem na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się doznaną krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Niedający się ściśle wymierzyć charakter krzywdy sprawia, że ustalenie jej rozmiaru, a tym samym i wysokości zadośćuczynienia, zależy od oceny sądu. Ocena ta powinna uwzględniać całokształt okoliczności sprawy, nie wyłączając takich czynników, jak np. wiek poszkodowanego oraz postawa sprawcy. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, odniesione jednak do indywidualnych okoliczności danego wypadku (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2010 r., II CSK 94/10, Biul. SN 2010, nr 12, poz. 15). Oceniając rozmiar doznanej krzywdy, trzeba zatem wziąć pod rozwagę całokształt okoliczności, w tym rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw wypadku (kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową oraz inne czynniki podobnej natury (zob. uchwałę pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974, nr 9, poz. 145 oraz orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 15 grudnia 1965 r., II PR 280/65, OSNCP 1966, nr 10, poz. 168, z dnia 4 czerwca 1968 r., I PR 175/68, OSNCP 1969, nr 2, poz. 37, z dnia 10 października 1967 r., I CR 224/67, OSNCP 1968, nr 6, poz. 107, z dnia 19 sierpnia 1980 r., IV CR 283/80, OSNCP 1981, nr 5, poz. 81, z dnia 10 grudnia 1997 r., III CKN 219/97, niepubl., z dnia 20 marca 1998 r., II CKN 650/97, niepubl., z dnia 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, niepubl., z dnia 12 października 2000 r., IV CKN 128/00, niepubl., z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, niepubl., z dnia 29 września 2004 r., II CK 531/03, niepubl., z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005, nr 2, poz. 40, z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, niepubl., z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, niepubl., z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 245/07, OSNC-ZD 2008 D, poz. 95, z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 536/07, OSP 2010, nr 5, poz. 47, z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, niepubl. i z dnia 28 stycznia 2010 r., I CSK 244/09, niepubl.).

W orzecznictwie i w piśmiennictwie przyjmuje się, że zadośćuczynienie pełni funkcję kompensacyjną, przyznana suma pieniężna ma bowiem stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna ona wynagrodzić doznane cierpienia fizyczne i psychiczne, aby w ten sposób przynajmniej częściowo przywrócona została równowaga zachwiana na skutek popełnienia czynu niedozwolonego. Funkcja kompensacyjna powinna mieć istotne znaczenie dla ustalenia wysokości zadośćuczynienia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2010 r., II CSK 94/10). W latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia w orzecznictwie ukształtował się jednak pogląd, że wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom

i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (zob. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 r., I PR 203/65 (OSPiKA 1966, nr 4, poz. 92). Jego konsekwencją - na co wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03 (OSNC 2005, nr 2, poz. 40) - była utrzymująca się tendencja do zasądzania skromnych sum tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W ostatnich latach Sąd Najwyższy, w dążeniu do przełamania tej tendencji, w swoich orzeczeniach wielokrotnie podkreślał, że ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. Zwracał uwagę, że nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według procentów trwałego uszczerbku na zdrowiu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości, w związku z czym zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu powinno być odpowiednio duże, oraz że nietrafne byłoby posługiwanie się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia jedynie określonymi jednostkami przeliczeniowymi w postaci najniższego czy średniego wynagrodzenia pracowniczego. Nawiązując do praktyki orzeczniczej, zapoczątkowanej orzeczeniem z dnia 24 czerwca 1965 r., I PR 203/65, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, podkreślił, że powołanie się przy ustalaniu zadośćuczynienia na potrzebę utrzymania jego wysokości w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 29 października 1997 r., II CKN 416/97, niepubl., z dnia 19 maja 1998 r., II CKN 756/97, niepubl., z dnia 18 listopada 1998 r., II CKN 353/98, niepubl., z dnia 29 października 1999 r., I CKN 173/98, niepubl., z dnia 12 października 2000 r., IV CKN 128/00, niepubl., z dnia 11 stycznia 2001 r., IV CKN 214/00, niepubl., z dnia 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00, niepubl., z dnia 11 października 2002 r., I CKN 1065/00, niepubl., z dnia 10 lutego 2004 r., IV CK 355/02, niepubl., z dnia 27 lutego 2004 r., V CK 282/03, niepubl., z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, niepubl., z dnia 10 marca 2006 r., IV CSK 80/05, OSNC 2006, nr 10, poz. 175) i z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 245/07, OSNC-ZD 2008 D, poz. 95 i z dnia 28 stycznia 2010 r., I CSK 244/09, niepubl.).

W orzecznictwie oraz w piśmiennictwie przyjmuje się, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia ma stanowić przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej. Powinna zatem wynagrodzić poszkodowanemu doznane przez niego cierpienia fizyczne i psychiczne i ułatwić przewycięzanie ujemnych przeżyć. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może zaś oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości, jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, niepubl.). Tym bardziej więc zasada ta nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie najważniejszej wartości, jaką jest życie człowieka.

Mając na uwadze wyjątkowo drastyczny charakter krzywdy powoda M. M. (1) spowodowanej podaniem leku w sposób skutkujący powstaniem nieodwracalnych uszkodzeń w obrębie mózgu i układu nerwowego, zadośćuczynienia w kwocie 1 000 000 zł. nie sposób określić mianem wygórowanego. Do wniosku takiego skłania fakt, iż na krótko przed błędnym podaniem leku istniejąca wcześniej już niewydolność wielonarządowa powoda wykazywała cechy stabilizacji, nie stwierdzano zatem tendencji do jej narastania, proces ten zaczął na nowo pogłębiać się właśnie po podaniu winkrystyny, co nie może uznane zostać za przypadek. W ocenie sądu w odniesieniu do ogromu doznanej przez powoda krzywdy trudno w ogóle mówić o istnieniu kwoty, której dałoby się określić w sposób zdecydowany mianem kwoty wygórowanej w stosunku do ogromu cierpienia, na jakie powód skazany została w wyniku nagannego postępowania personelu pozwanej placówki. Dokonując oceny wysokości należnego powódce zadośćuczynienia mieć należało stanowisko wyrażone w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2011 r. w sprawie I CSK 389/10, wedle którego roszczenie o zadośćuczynienie nie może być inne tylko dlatego, że poszkodowany zmarł w trakcie procesu, w przeciwnym bowiem wypadku o wysokości zadośćuczynienia decydowałaby okoliczność nieprzewidywalna, jaką jest chwila śmierci poszkodowanego.

W tym samym wyroku jednocześnie Sąd Najwyższy po raz kolejny odzegnał się od wywodzącej się jeszcze z lat 60-ych linii orzecznictwa wiążącej wysokość przyznawanych zadośćuczynień przede wszystkim z aktualną stopą życiową społeczeństwa, jako kryterium nadrzędnym. W przywołanym wyżej wyroku Sąd Najwyższy ze względu na drastyczne okoliczności sprawy, w której także doszło do uszkodzenia okołoporodowego powoda za adekwatne do rozmiarów

doznanej krzywdy uznał zadośćuczynienie w kwocie 1 000 000zł. Mając na uwadze wszystkie podniesione wyżej okoliczności, kwotę 1 000 000zł. tytułem zadośćuczynienia nie sposób uznać było za wygórowaną.

Mając na uwadze fakt wypłaty w toku procesy kwot 180 000zł., na rzecz następców prawnych zasądzeniu podlegała kwota dalszych 820 000zł., dalej zaś idące żądanie pozwu w zakresie zadośćuczynienia podlegało oddaleniu. Jako pozbawione usprawiedliwionych podstaw oddaleniu podlegało nadto żądanie pozwu w zakresie renty dochodzonej dla M. M. (1) za okres do chwili jego śmierci, podzielić należało bowiem w całej rozciągłości prezentowane przez stronę pozwaną stanowisko, wedle którego z uwagi na trwającą do chwili śmierci powoda hospitalizację wywołane podaniem winkrystyny zwiększone potrzeby powoda zaspokajana były przez personel pozwanej placówki służby zdrowia. Co się tyczy dochodzonego pierwotnie żądania zasądzenia dalszej renty na zwiększone potrzeby powoda, to wobec jego niepopierania przez stronę powodową w odniesieniu do okresu czasu po śmierci powoda, postępowanie we wskazanym zakresie podlegało umorzeniu na podstawie art. 355 kpc.

Co się tyczy należnych na podstawie art. 481 par. 1 kc. odsetek za opóźnienie, to odsetki te zasądzeniu podlegały w stosunku do pozwanego szpitala za okres od dnia 28 czerwca 2012r., czyli od dnia w którym pozwany szpital bezsprzecznie wiedział o dokonanych do kwoty 1 000 000zł. rozszerzeniu żądania pozwu, co się zaś tyczy opóźnienia ubezpieczyciela, to przyjąć należało, iż opóźnienie to – stosownie do art. art. 817 par. 1 kc. – miało miejsce po upływie 30 dni od dnia, w którym ubezpieczyciel w pochodzącej z dnia 30 lipca 2012r. odpowiedzi na pozew potwierdził fakt uzyskania informacji, iż roszczenie strony powodowej w zakresie zadośćuczynienia dla M. M. (1) opiewa na 1 000 000zł. Nie dopatrzono się jednocześnie okoliczności uzasadniających wcześniejsze datowanie opóźnienia jednego jak i drugiego pozwanego w zakresie rozszerzonej części powództwa, zawierający bowiem takie rozszerzenie odpis pisma procesowego strony powodowej omyłkowo pozostał wszyty do akt sprawy bez jego doręczenia któremukolwiek z pozwanych.

Zaistniały natomiast podstawy do zasądzenia odsetek za opóźnienie od dochodzonej pierwotnie kwoty 180 000zł. od pozwanego szpitala, zawierające bowiem wezwanie do zapłaty powyższej kwoty pismo doręczone zostało pozwanemu szpitalowi w dniu 14 kwietnia 2012r., to zaś oznacza, iż pomiędzy wskazaną wyżej datą a dniem 26 kwietnia 2012r., kiedy to strona pozwana zapłaciła 180 000zł., po stronie pozwanego szpitala istniał stan opóźnienia uzasadniający zasądzenie odsetek za wskazany wyżej okres. Co się tyczy ubezpieczyciela, to wobec doręczeniu mu odpisu pozwu na długo po dokonanej w dniu 26 kwietnia 2012r. zapłacie przyjąć należało, iż zapłata ta dokonana została tym samym jeszcze przed rozpoczęciem się udokumentowanego okresu opóźnienia po jego stronie.

Mając na uwadze utrzymanie się przez powodów P. i T. M. z żądaniem pozwu w 99%, stosownie do wyrażonej przepisem art. 98 par. 1 kpc. zasady odpowiedzialności za wynik postępowania w związku z art. 100 kpc. pozwanych obciążono całością kosztów należnych stronie powodowej, w tym również ustalonym na 7 217zł. na podstawie par. 6 pkt 7 obowiązującego w toku postępowania Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu wynagrodzeniem pełnomocnika strony powodowej. Stosownie do tej samej zasady na podstawie art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych jako przegrywających proces niemal w całości w stosunku do powodów P. i T. M. należało pobrać należało tytułem kosztów opinii biegłych wydanych w odniesieniu do powoda M. M. (1) kwotę 3 630,48zł.

Mając na uwadze szczególną sytuację powoda P. M. na podstawie art. 102 kpc. nie obciążono go kosztami należnymi stronie pozwanej.