

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 11 sierpnia 2014 roku, rozszerzonym w dniu 4 kwietnia 2019 roku, M. K. wystąpiła przeciwko (...) Oddział w Ł. o zapłatę kwot: 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę i 20.000 zł tytułem odszkodowania, a także o zasądzenie renty z tytułu zwiększonych potrzeb w kwotach po 3.000 zł miesięcznie począwszy od 1 stycznia 2014 roku i na przyszłość. Powódka wskazała, że dochodzone kwoty związane są z błędem medycznym, do którego doszło podczas zbyt długiego stosowania intubacji dotchawicznej w Centrum (...) w Ł. przy ul. (...) (pozew, k. 3 – 6; pismo procesowe, k. 1942 – 1943).

W odpowiedzi na pozew (...) Zakład (...) wniósł o oddalenie powództwa podnosząc, że powódka nie udowodniła, że personel Centrum (...) w Ł. dopuścił się zawinionych zachowań, które pozostawałyby w związku przyczynowym ze szkodą odniesioną przez powódkę (odpowieź na pozew, k. 581 – 583).

Pismem z dnia 25 listopada 2014 roku M. K. wniosła o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł., co też zostało uczynione postanowieniem z dnia 25 listopada 2014 roku, na podstawie art. 194 § 3 k.p.c. (pismo, k. 603 – 606; postanowienie, k. 623).

W odpowiedzi na pozew Centrum (...) w Ł. wniosło o oddalenie powództwa podnosząc, że podczas intubacji powódki w pozwanym szpitalu nie doszło do nieprawidłowości (odpowieź na pozew, k. 634 – 639).

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

M. K. została przyjęta do Oddziału Chorób Płuc i Alergologii Układu Oddechowego Centrum (...) w Ł. przy ul. (...) w dniu 1 kwietnia 2013 roku z powodu kaszlu suchego i męczącego, przebiegającego napadami, stanów podgorączkowych i znacznego osłabienia. Była leczona antybiotykiem. W chwili przyjęcia do szpitala znajdowała się w stanie ogólnym średnim, była przytomna z zachowanym kontaktem. Rozpoznano u niej podejrzenie zatorowości płucnej, chorobę niedokrwienną serca, przewlekłą niewydolność serca, lewostronne zapalenie płuc, niedoczynność tarczycy i otyłość. Leczona była kolejno kilkoma antybiotykami. W dniu 10 kwietnia w godzinach wczesnoporannych doszło u M. K. do nagłego pogorszenia stanu klinicznego. Była przytomna lecz w ograniczonym kontakcie (karta informacyjna, k. 10).

Z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia M. K. przyjęto na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie rozpoznano całkowitą niewydolność oddechową z hipotensją wymagającą podania presorów. Chora wymagała intubacji dotchawicznej i zastosowania oddechu kontrolowanego z respiratora, stosowano też celowaną antybiotykoterapię. Stopniowo stan chorej ulegał poprawie. Przeprowadzono jej badania TK głowy w dniach 10 i 12 kwietnia, tomografię klatki piersiowej w dniu 10 kwietnia, RTG klatki piersiowej w dniach 10 i 20 kwietnia oraz 1 i 5 maja, a także echokardiografię w dniu 10 kwietnia. W dniu 27 kwietnia została ekstubowana i przeprowadzono tlenoterapię bierną. Nadal okresowo gorączkowała. Znajdowała się w stanie labilnym emocjonalnie i źle znosiła rygory Oddziału Intensywnej Terapii. W dniu 7 maja ponownie trafiła na Oddział Chorób Płuc (karta informacyjna, k. 11 – 13).

Od początku pobytu na Oddziale u M. K. wdrożono rehabilitację bierną oraz leczenie farmakologiczne. Uzyskano poprawę sprawności fizycznej: chora zaczęła siadać, samodzielnie spożywać posiłki, podejmowano próby pionizacji. Konsultowana była przez laryngologa, neurologa i kardiologa. Z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych i obrzęków kończyn dolnych wykonano USG, które wykazało zakrzepicę żył głębokich. Po zintensyfikowaniu leczenia uzyskano istotną poprawę. Pojawiły się dolegliwości bólowe prawego pośladka, z którego zaczęła się wydobywać treść ropna. Rozpoznano też odleżynę na lewej pięcie. Po konsultacji chirurgicznej została zakwalifikowana do nacięcia i drenażu ropnia pośladka. W związku z tym w dniu 29 maja przeniesiono ją do Oddziału Chirurgicznego Szpitala Wojewódzkiego w Z. (karta informacyjna, k. 14 – 15).

W dniach 29 – 31 maja M. K. przebywała w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z., gdzie nacięto jej ropień poślądka. Przebieg operacji był niepowikłany, lecz doszło do nasilenia niewydolności oddechowej (karta informacyjna, k. 20).

Od 31 maja do 6 czerwca M. K. ponownie przebywała w Oddziale Chorób Płuc i Alergologii Układu Oddechowego Centrum (...) w Ł. przy ul. (...). Chora zgłaszała osłabienie i duszność. W wykonanym badaniu TK klatki piersiowej stwierdzono zwężenie tchawicy na długości 2,5 cm do 3,4 mm oraz porażenie lewej strony krtani. Zakwalifikowano chorą do dalszego leczenia na Oddziale (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł. (karta informacyjna, k. 19).

W (...) Szpitalu (...) (...) w Ł. M. K. przebywała od 6 czerwca do 30 sierpnia 2013 roku, początkowo w Klinice (...) następnie na Oddziale Geriatrii. W dniu 6 czerwca przeprowadzono u niej zabieg bronchoskopii, a w dniu 30 czerwca zabieg odcinkowej resekcji tchawicy i zespolenia tchawicy koniec do końca. Pacjentka znajdowała się w stanie ogólnym średnim. Ze względu na podejrzenie nieszczelności zespolenia tchawicy, zakwalifikowano ją do zabiegu bronchofiberoskopii, który przeprowadzono w dniu 2 lipca. W dniu 3 lipca nastąpiło nagle pogorszenie stanu zdrowia, ze spadkiem saturacji poniżej 60 %. Podjęto decyzje o ratunkowej intubacji, a następnie ze wskazań życiowych chorą w trybie pilnym zakwalifikowano do zabiegu tracheostomii, który wykonano w dniu 3 lipca. Po zabiegu powódka znajdowała się w stanie ogólnym średnim. Podczas dalszego pobytu w szpitalu chora była wielokrotnie konsultowana laryngologicznie i chirurgicznie oraz przeprowadzono rehabilitację. W stanie optymalnej poprawy wypisano pacjentkę ze szpitala z zaleceniami opieki w poradni otolaryngologicznej i chirurgicznej, codziennej toalety rurki tracheostomijnej oraz zmiany opatrunków na odleżynie kości piętowej lewej i ropni poślądków (karty informacyjne, k. 21 – 29).

Ponownie powódka była hospitalizowana w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. w okresie od 21 do 24 stycznia 2014 roku, gdzie założono jej protezę T tchawicy oraz przeprowadzono bronchoskopię, podczas której stwierdzono masywne zmiany zapalne oraz przerost ziarniny balotującej w świetle tchawicy. Po usunięciu ziarniny uzyskano pełne światło tchawicy, a pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym (karta informacyjna, k. 30 – 31).

Podstawowym leczeniem wdrożonym u M. K. w kwietniu 2013 roku było leczenie pulmonologiczne związane ze stanem zapalnym układu oddechowego. Była to przyczyna hospitalizacji w Oddziale Chorób Płuc i Alergologii Układu Oddechowego Centrum (...) w Ł., gdzie powódkę poddano wielolekowej antybiotykoterapii i gdzie w dniu 10 kwietnia doszło do nagłego pogorszenia stanu ogólnego i ostrej niewydolności oddechowej. Ten stan wymagał natychmiastowej intubacji tchawicy, wdrożenia leczenia oddechem zastępczym z respiratora i intensywnej terapii. Okazało się, że pointubacyjne zwężenie tchawicy u powódki jest znaczne, na granicy całkowitej niedrożności tchawicy. Zabieg odcinkowej resekcji tchawicy został obarczony powikłaniem w postaci nieszczelności zespolenia, wymagającej reoperacji w trybie pilnym. Ale reoperacja nie przyniosła wyleczenia. Zaistniała konieczność utrzymywania drożności tchawicy poprzez przetokę tchawicy, a następnie rurkę tracheostomijną, zaś od stycznia 2014 roku – protezę T tchawicy. Ta proteza była kilkakrotnie wymieniana, a w drodze kilkukrotnej bronchoskopii usuwano wydzielinę i ziarninę z tchawicy. Powódka jest przeszkolona w pielęgnacji i utrzymywaniu drożności protezy T tchawicy, jest też pod stałą opieką torakochirurgiczną i pulmonologiczną. Leczenie trwa. Powódka musi stale stosować leki do pielęgnacji protezy T tchawicy i do usuwania wydzieliny z dróg oddechowych.

U powódki wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek pointubacyjnego zwężenia tchawicy, leczonego nieskutecznie operacyjnie i endoskopowo, w wysokości 60 %. Wystąpił też długotrwały uszczerbek na zdrowiu wskutek przechorowania choroby zakrzepowo – zatorowej, w wysokości 5 %. Przed hospitalizacją w kwietniu 2013 roku u powódki nie występowało zwężenie tchawicy.

Zakres cierpień fizycznych i psychicznych M. K. był bardzo duży. Rokowania na przyszłość są niepomyślne (opinia biegłego torakochirurga, k. 1223 – 1229 i 1268, 00:07:18).

Stan M. K. w pełni uzasadniał wykonanie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum (...) w Ł. intubacji dotchawicznej, jako leczenia ratowniczego wobec ostrej niewydolności oddechowej. Dokumentacja medyczna nie zawiera szczegółowego opisu samej procedury intubacji, co zresztą nie jest powszechnie stosowane. Intubacja

jest jedną z najczęstszych procedur anestezyjologicznych i jest mało prawdopodobne, by popełniono w niej błędy. Dokumentacja medyczna nie wskazuje na trudności w przeprowadzeniu zabiegu. Intubacja, mimo jej powikłań, pozostaje najlepszą procedurą utrzymania drożności dróg oddechowych u pacjentów oraz umożliwia podłączenie do respiratora. Inne sposoby wentylacji u powódki nie byłyby prawidłowe ze względu na jej stan kliniczny.

U powódki intubacja trwała 17 dni. Doszło u niej do zwężenia tchawicy i jednostronnego porażenia nerwu krtaniowego, co było powikłaniem przedłużonej intubacji. Zwężenie tchawicy zalicza się do późnych powikłań intubacji, przy czym istnieje korelacja pomiędzy długością intubacji, a częstością wystąpienia powikłania: u pacjentów zaintubowanych 5 – 10 dni powikłanie występuje u 4 na 100 pacjentów, a u pacjentów zaintubowanych 10 – 24 dni – u 7 na 50. U powódki wystąpił szereg czynników sprzyjających wystąpieniu powikłania: przedłużona intubacja z wentylacją respiratorem, wiek powódki, infekcja dróg oddechowych, zaburzenia hormonalne, zaburzenia hemodynamiczne z koniecznością stosowania leków presyjnych, niedotlenienie i otyłość. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że powikłanie było następstwem skumulowania tych czynników, które nie miały związku z błędami w postępowaniu medycznym, lecz z chorobą podstawową, chorobami towarzyszącymi, cechami antropometrycznymi i ogólnym ciężkim stanem powódki. Pointubacyjne zwężenie tchawicy było następstwem procedury anestezyjologicznej zastosowanej w celu ratowania życia i zdrowia powódki, jako skutek wszystkich wyżej wymienionych czynników, niemożliwych do uniknięcia.

W trakcie leczenia, z punktu widzenia anestezyjologicznego, nie popełniono błędów.

Obecnie powódka nadal okresowo odczuwa silną duszność. Konieczne jest stosowanie leków mukolitycznych, nawilżających drogi oddechowe i preparatów broncholitycznych, których miesięczny koszt nie przekracza 150 zł. Zakres jej cierpień był znaczny, a rokowanie na przyszłość jest niekorzystne (opinia biegłego anestezyjologa, k. 1345 – 1350 i 1517 – 1519).

Wykonana u powódki ze wskazań nagłych intubacja dotchawicza była bezwzględnie konieczna i ratująca życie. Umożliwiła ona przeprowadzenie sztucznej wentylacji płuc za pomocą respiratora do czasu powrotu wydolnej czynności oddechowej. Na etapie jej wykonania priorytetowa była skuteczność wykonanej intubacji. Błędy techniczne podczas intubacji z przyczyn nagłych są możliwe i polegają najczęściej na mechanicznych uszkodzeniach wewnątrz krtani lub przedziurawieniu tchawicy, nie można ich kojarzyć z powstaniem zmian zapalno – rozrostowych odpowiedzialnych za tworzenie ziarniny wywołującej zwężenie tchawicy.

Problemu jak długo czekać na wykonanie tracheotomii u zaintubowanych pacjentów na podstawie obecnej wiedzy nie da się jednoznacznie rozstrzygnąć. Przeważają poglądy o potrzebie wykonania tracheostomii, jeżeli intubacja utrzymuje się ponad 14 dni, a według innych poglądów ponad 21 dni. W każdym razie decyzja o wykonaniu tracheotomii powinna być podjęta przez lekarza indywidualnie, mając na uwadze stan pacjenta. M. K. do 20 kwietnia znajdowała się w stanie bardzo ciężkiej niewydolności oddechowej wymagającej stosowania wysokich stężeń tlenu. Zabieg tracheostomii był dodatkowo zagrożony możliwością hipoksemii. Tracheostomię należy wykonywać, gdy stan pacjenta jest stabilny w zakresie hemodynamiki krążenia. Powódka między 10 a 17 dniem intubacji nie wymagał podaży 100 % tlenu, jednak konieczna była jego suplementacja, co w powiązaniu z trudnościami zabiegu tracheostomii spowodowanymi otyłością występującą u powódki, stanowiło zagrożenie desaturacją, które lekarze mieli prawo ocenić indywidualnie.

Nie ma podstaw do uznania, że przyczyną zwężenia tchawicy była przedłużona intubacja, zaistniał zaś splot kilku przyczyn, w tym wrażliwości osobistej tkanej na rozwój zmian zapalno – rozrostowych w tchawicy. Leczenie powódki prowadzone było zgodnie z obowiązującymi zasadami w leczeniu niewydolności oddechowej.

Obecnie obecność sztucznej drogi oddechowej jest przyczyną wielu utrudnień w życiu codziennym powódki, w tym związanych z trudnościami porozumiewania się i przelknięcia. M. K. nadal odczuwa duszności, których przyczyny szukać trzeba w patologii znajdującej się w obrębie płuc. Wizyty lekarskie jakich wymaga powódka mogą odbywać się w ramach NFZ (opinia kolejnego biegłego anestezyjologa, k. 1807 – 1812 i 1851 – 1855).

Z punktu widzenia laryngologicznego wykonanie u M. K. intubacji z oddechem zastępczym było niezbędne dla ratowania jej życia. W zakresie leczenia laryngologicznego nie popełniono błędów. Utrzymywanie intubacji przez okres 17 dni nie było błędem, a decyzja o jej ostatecznym czasie leży po stronie lekarza anestezjologa i jest uwarunkowana stanem zdrowia chorego. Poza intubacją utrzymanie drożności dróg oddechowych możliwe jest również poprzez tracheostomię, jednakże w obu tych metodach możliwe jest wystąpienie powikłań. Częstość występowania powikłań w przedłużonej intubacji (powyżej 7 dni) szacuje się na 20 %, przy czym w przeważającej części przypadków (60 – 80 %) mają one charakter łagodny, tymczasem przy tracheostomii ryzyko powikłań szacuje się na 5 – 40 %, a według innych badań na 14 – 66 %. Występowanie powikłania w postaci zwężenia krtani szacuje się przy intubacji na 1 – 8 %, a przy tracheostomii na 0,6 – 21 %. Wśród przypadków zwężeń krtani 36 % wszystkich zwężeń i ponad 50 % zwężeń jatrogennych to przypadki po tracheostomii. Powódka cały czas wymaga stałej kontroli pulmonologicznej, laryngologicznej i torakochirurgicznej. Łączny uszczerbek na zdrowiu powódki z przyczyn laryngologicznych (stan po tracheostomii, zwężenie tchawicy, przewlekłe zapalenie gardła i krtani z porażeniem lewostronnym) wynosi 80 % (opinia biegłego laryngologa, k. 1380 – 1381 i 1562 – 1563).

Powódka w dniu przyjęcia do Oddziału Chorób Płuc i Alergologii Układu Oddechowego Centrum (...) została zakwalifikowana do II kategorii opieki pielęgniarskiej, a zatem wymagała jej w ograniczonym zakresie. W związku z powyższym nie było wskazań do stosowania czynnej profilaktyki przeciwoleżynowej. Od czasu przekazania powódki do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii personel pielęgniarski stosował profilaktykę przeciwoleżynową, ponieważ ryzyko wystąpienia odleżyn oceniono u powódki na bardzo wysokie, z uwagi zwłaszcza na unieruchomienie powódki. W tym czasie pozycję ciała powódki zmieniano co 2 do 4,5 godziny. W ten sposób nie dostosowano się do zaleceń (...) Towarzystwa (...), zgodnie z którym najprostszym sposobem ograniczenia ucisku jest zmiana pozycji chorego w łóżku nie rzadziej niż co dwie godziny. W ten sposób M. K. została narażona na wystąpienie odleżyn. Co do innych działań w zakresie profilaktyki powstania odleżyn, personel pielęgniarski należycie dbał o higienę osobistą powódki, która leżała na materacu przeciwoleżynowym. Po ponownym przeniesieniu powódki do Oddziału Chorób Płuc i Alergologii Układu Oddechowego pozycja jej ciała była prawidłowo zmieniana nie rzadziej niż co dwie godziny. W Oddziale wykonywano na zlecenie lekarza domięśniowe zastrzyki – preparat żelaza i gentamycynę. W dniu 29 maja rozpoznano u powódki ropień poślądka prawego. Nie ma jednak przesłanek by stwierdzić, by w trakcie dokonywania domięśniowych wstrzyknięć u powódki doszło do naruszenia zasad aseptyki, czy antyseptyki, a zatem by doszło do jatrogennego wytworzenia ropnia poślądka. Stan ogólny powódki jednoznacznie wskazuje, że do rozwoju ropnia poślądka doszło z uwagi na obniżoną odporność immunologiczną powódki wynikającą z chorób współistniejących.

Opieka pielęgniarska w trakcie pobytu powódki w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii była niedostateczna w stosunku do stanu i potrzeb powódki, a to z uwagi na zbyt rzadką zmianę pozycji ciała powódki, co niewątpliwie miało wpływ na powstanie u niej odleżyn (opinia biegłego z zakresu pielęgniarstwa, k. 1428 – 1437).

Odleżyny u powódki nie wymagały leczenia operacyjnego. Sposób postępowania lekarskiego w tym zakresie był wystarczający.

Ropień prawego poślądka wymagał leczenia chirurgicznego, które zostało przeprowadzone w dniach 29 – 31 maja w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z., gdzie dokonano nacięcia i drenażu ropnia. Z treści ropnej wyhodowano szczepy gronkowca złocistego metycylinoodpornego (MRSA), przy czym infekcja utrzymywała się do 4 czerwca. Od 31 maja do 6 czerwca, po powrocie do Centrum (...) w Ł., nie stosowano u M. K. leczenia antybiotykowego, czego nie można uznać za prawidłowe.

Przebyte zmiany ropne ani odleżyny nie skutkują stałym ani długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu powódki, ani naruszeniem sprawności i funkcji organizmu (opinia biegłego torakochirurga, k. 1499 – 1504).

Zakażenie gronkowcowe pośladków i lewej pięty u powódki spełnia kryteria zakażenia szpitalnego. Obecnie zakażone okolice zostały wygojone (opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych, k. 1575 – 1585).

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dowodów.

Oceniając zgromadzony materiał dowodowy sąd uznał, że w zakresie błędów w leczeniu powódki w pozwanym zakładzie opieki zdrowotnej wydane przez dwóch biegłych lekarzy anestezjologów i lekarza laryngologa opinie są spójne, konsekwentne i logiczne. W łącznie wydanych dziewięciu opiniach biegli podtrzymali swoje stanowisko i żaden z nich nie dopatrywał się w leczeniu powódki zaniedbań bądź działań mogących świadczyć o popełnieniu w procesie leczenia powódki błędów, za które odpowiedzialność ponosiłaby strona pozwana. W tej sytuacji nie było konieczności zasięgnięcia kolejnej opinii – tym razem instytutu naukowego – albowiem opinie takie wydawane są zasadniczo w sytuacji rozbieżnych opinii biegłych sądowych. W rozpoznawanej sprawie rozbieżności takie w ogóle nie występowały, a zatem dopuszczanie kolejnej opinii byłoby jedynie działaniem zmierzającym do nadmiernego przewlekania postępowania sądowego.

Z drugiej strony, w zakresie prawidłowości opieki pielęgniarstwa nad powódką, sąd również oparł się na opinii biegłej do spraw pielęgniarstwa, uznając ją za wiarygodną i logiczną. W ocenie sądu, zastrzeżenia podniesione przez stronę pozwaną nie podważyły w żaden sposób sporządzonej opinii, co oznacza, że sąd oparł się na niej stwierdzając wystąpienie zaniedbań w trakcie opieki pielęgniarstwa w pozwanym szpitalu.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w niewielkiej części.

**Podstawę odpowiedzialności** zakładu opieki zdrowotnej **za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c.**, zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga zatem uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu, któremu powierzono wykonywanie czynności, wyrządził szkodę w sposób zawiniony, a między jego zachowaniem a szkodą istnieje związek przyczynowy (art. 415 k.c.).

W doktrynie i orzecznictwie dominuje szeroka wykładnia art. 430 k.c., która dla stwierdzenia przesłanki powierzenia czynności uznaje za wystarczające ogólne, organizacyjne podporządkowanie sprawcy szkody powierzającemu w ramach relacji zwierzchnik – podwładny. Lekarze, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, są w tym rozumieniu podmiotami podlegającymi kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej i mieszczą się w kategorii osób, o jakich mowa w art. 430 k.c.

W rozpoznawanej sprawie w pierwszej kolejności istota sporu sprowadzała się do zbadania wystąpienia przesłanek odpowiedzialności cywilnej, w szczególności, czy doszło do błędów medycznych, a jeżeli tak to czy pozostawały one w normalnym związku przyczynowym ze szkodą.

Przepis art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2011.277.1634 z późn. zm.) stanowi, że 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 należytą starannością. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.) przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia,

przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 tejże ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., przy czym nie dotyczy to dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta (art. 4 ust. 3 pkt 3).

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią zatem podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego, pod warunkiem jednak, że są przez nich zawinione.

W doktrynie i orzecnictwie podkreśla się, że o przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Samo przyjęcie winy, nie decyduje jednakże o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki (wyrok SA w Białymstoku z dnia 7 marca 2013 r., I ACa 879/12).

Dalsze rozważania podzielić trzeba na dwa etapy. Na początku rozważone zostanie zaistnienie ewentualnych błędów związanych z procesem leczenia powódki, a w dalszej kolejności – z innymi czynnościami w pozwanym szpitalu, zwłaszcza kwestią opieki pielęgniarskiej.

**Co do samego procesu leczenia** M. K. stwierdzić trzeba, że **nie doszło tu do zaistnienia takiego zachowania, które można by zakwalifikować jako błąd medyczny**. W trakcie pobytu powódki w Oddziale Chorób Płuc i Alergologii Układu Oddechowego Centrum (...) w Ł. przy ul. (...), gdzie przyjęta została z powodu kaszlu suchego i męczącego, przebiegającego napadami, stanów podgorączkowych i znacznego osłabienia w dniu 10 kwietnia doszło u niej do nagłego pogorszenia stanu klinicznego. Rozpoznano całkowitą niewydolność oddechową z hipotensją wymagającą podania presorów. Chora wymagała intubacji dotchawiczej i zastosowania oddechu kontrolowanego z respiratora. Trzeba podkreślić, że wykonana u powódki ze wskazań nagłych **intubacja dotchawicza była bezwzględnie konieczna i ratująca życie**. Umożliwiła ona przeprowadzenie sztucznej wentylacji płuc za pomocą respiratora do czasu powrotu wydolnej czynności oddechowej. Na etapie jej wykonania priorytetowa była skuteczność wykonanej intubacji. Brak jest przy tym jakichkolwiek dowodów i wskazań mogących świadczyć o nieprawidłowości w wykonaniu samej intubacji. Błędy techniczne podczas intubacji z przyczyn nagłych są możliwe i polegają najczęściej na mechanicznych uszkodzeniach wewnątrz krtani lub przedziurawieniu tchawicy, nie są one tożsame z powstaniem zmian zapalno – rozrostowych odpowiedzialnych za tworzenie ziarniny wywołującej zwężenie tchawicy, a zatem z powstaniem takich zmian, jakie wystąpiły u powódki. Intubacja, mimo jej powikłań, pozostaje najlepszą procedurą utrzymania drożności dróg oddechowych u pacjentów oraz umożliwia podłączenie do respiratora. Inne sposoby wentylacji u powódki nie byłyby prawidłowe ze względu na jej stan kliniczny.

Również **utrzymywanie intubacji przez okres 17 dni nie było błędem**, albowiem decyzja o jej ostatecznym czasie leży po stronie lekarza anestezjologa i jest uwarunkowana stanem zdrowia chorego. trzeba tu podkreślić, że nie ma wyraźnych i jednoznacznych wskazań, co do maksymalnego okresu czasu, przez który można utrzymywać intubację. Poza intubacją utrzymanie drożności dróg oddechowych możliwe jest również poprzez tracheostomię, jednakże w obu tych metodach możliwe jest wystąpienie powikłań. Częstość występowania powikłań w przedłużonej intubacji (powyżej 7 dni) szacuje się na 20 %, przy czym w przeważającej części przypadków (60 – 80 %) mają one charakter łagodny, tymczasem przy tracheostomii ryzyko powikłań szacuje się na 5 – 40 %, a według innych

badań na 14 – 66 %. Występowanie powikłania w postaci zwężenia krtani szacuje się przy intubacji na 1 – 8 %, a przy tracheostomii na 0,6 – 21 %. Wśród przypadków zwężeń krtani 36 % wszystkich zwężeń i ponad 50 % zwężeń jatrogennych to przypadki po tracheostomii. Jak widać z powyższego zestawienia, każda z możliwych do wykonania u powódki procedur medycznych niosła zagrożenie powikłaniami, a zagrożenie to było wręcz wyższe w przypadku tracheostomii. Co więcej, ewentualny zabieg tracheostomii był dodatkowo zagrożony możliwością hipoksemii. Tracheostomię należy wykonywać, gdy stan pacjenta jest stabilny w zakresie hemodynamiki krążenia. Powódka między 10 a 17 dniem intubacji nie wymagała podaży 100 % tlenu, jednak konieczna była jego suplementacja, co w powiązaniu z trudnościami zabiegu tracheostomii spowodowanymi otyłością występującą u powódki, stanowiło zagrożenie desaturacją, które lekarze mieli prawo ocenić indywidualnie.

Nie ma zatem dostatecznych podstaw do twierdzenia, że w procesie leczenia powódki, w szczególności w długości utrzymania intubacji, doszło do błędów medycznych. U M. K. doszło do zwężenia tchawicy i jednostronnego porażenia nerwu krtaniowego, co było późnym powikłaniem przedłużonej intubacji. U powódki wystąpił szereg czynników sprzyjających wystąpieniu powikłania: przedłużona intubacja z wentylacją respiratorem, wiek powódki, infekcja dróg oddechowych, zaburzenia hormonalne, zaburzenia hemodynamiczne z koniecznością stosowania leków presyjnych, niedotlenienie i otyłość. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że powikłanie było następstwem skumulowania tych czynników, które nie miały związku z błędami w postępowaniu medycznym, lecz z chorobą podstawową, chorobami towarzyszącymi, cechami antropometrycznymi i ogólnym ciężkim stanem powódki. Pointubacyjne zwężenie tchawicy było następstwem procedury anestetycznej zastosowanej w celu ratowania życia i zdrowia powódki, jako skutek wszystkich wyżej wymienionych czynników, niemożliwych do uniknięcia.

Przedstawiona wyżej definicja błędu medycznego, w szczególności błędu wykonawczego wskazuje, że jak w każdym przypadku braku satysfakcjonującego wyniku operacji, tak i tutaj o błędzie lekarskim i przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Niewątpliwie ocena zgodności postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wymaga wiadomości specjalnych i takie wiadomości specjalne zostały przez sąd w rozpoznawanej sprawie wykorzystane w postaci dwóch opinii lekarzy anestezjologów i opinii biegłego lekarza laryngologa. Zgodnie z tymi opiniami postępowanie lekarzy leczących powódkę i podejmujących decyzję co do zastosowania i czasu trwania intubacji nie odbiegało od standardu leczenia w tego typu przypadkach, a tym samym nie można im zarzucić popełnienia błędu lekarskiego.

Standard postępowania medycznego będący wzorcem do porównania z faktycznym zachowaniem lekarza podczas operacji zawiera w sobie nie tylko leczenie przeprowadzone w sposób całkowicie prawidłowy, dzięki któremu osiągnięto zamierzony cel leczniczy, ale również takie sytuacje, w których dochodzi do powikłań będących z jednej strony zjawiskami całkowicie losowymi i przypadkowymi (niemożliwa do przewidzenia reakcja organizmu na działania lekarza), jak i z drugiej strony takich, które są zależne od działania lekarza i nawet będące wynikiem jego działania. Każda operacja i każde leczenie niesie za sobą ryzyko takich powikłań, konieczne jest jednak staranne zbilansowanie możliwego ryzyka powikłań z ryzykiem nie podjęcia leczenia lub podjęcia go w inny sposób. W przypadku takim jak u powódki, doszło do zwężenia tchawicy i jednostronnego porażenia nerwu krtaniowego co jest spotykaną komplikacją i stanowi możliwe powikłanie intubacji. Materiał dowodowy zebrany w sprawie nie pozwala przyjąć, by przeprowadzając taką procedurę medyczną podjęto nadmierne ryzyko dla zdrowia pacjenta, a w szczególności, że podjęcie innych działań stanowiłoby mniejsze ryzyko wystąpienia powikłań. Brak dowodów na wystąpienie w trakcie leczenia błędów medycznych.

W dalszej kolejności rozważań trzeba przejść do innych czynności w pozwanym szpitalu, zwłaszcza do kwestii **opieki pielęgniarskiej**. W tym zakresie doszło do zaniedbań sprzecznych ze standardami prawidłowego postępowania medycznego. Od czasu przekazania powódki do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii personel pielęgniarski stosował profilaktykę przeciwoleżynową, ponieważ ryzyko wystąpienia odleżyn oceniono u powódki na bardzo wysokie, z uwagi zwłaszcza na unieruchomienie powódki. W tym czasie pozycję ciała powódki zmieniano jednak co 2 do 4,5 godziny. W ten sposób nie dostosowano się do zaleceń (...) Towarzystwa (...), zgodnie z którym

najprostszym sposobem ograniczenia ucisku jest zmiana pozycji chorego w łóżku nie rzadziej niż co dwie godziny. W ten sposób M. K. została narażona na wystąpienie odleżyn. **Opieka pielęgniarska w trakcie pobytu powódki w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii była niedostateczna** w stosunku do stanu i potrzeb powódki **z uwagi na zbyt rzadką zmianę pozycji ciała powódki**, co uzasadnia zakwalifikowanie tej sytuacji jako błędu medycznego.

Ponadto u powódki doszło do **zakażenia gronkowcowego** pośladków i lewej pięty spełniającego kryteria zakażenia szpitalnego. Przez okres tygodnia, kiedy zakażenie utrzymywało się nie stosowano u M. K. leczenia antybiotykowego, czego nie można uznać za prawidłowe.

Opisane wyżej uchybienia powodują, iż zasadny jest zarzut niedopełnienia należytej staranności przez personel pozwanego szpitala. W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim nakaz takiego wykonywania czynności, które eliminują możliwość negatywnych następstw spowodowanych leczeniem.

W przedmiotowym stanie faktycznym pomiędzy zachowaniem personelu pozwanego zakładu opieki zdrowotnej a powstaniem szkody (bezspornej – w postaci odleżyn i zakażenia gronkowcowego) zachodzi adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 k.c. Niedostatki opieki pielęgniarskiej w trakcie pobytu powódki w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii miały wpływ na powstanie u powódki odleżyn, zaś zakażenie gronkowcowe jest zakażeniem szpitalnym.

Mając powyższe na względzie należało uznać, że spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł., a tym samym **istnieją podstawy do uwzględnienia co do zasady powództwa, którego podstawą jest szkoda wyrządzona na skutek błędu medycznego**. Jeszcze raz podkreślić jednak trzeba, że uchybienia w działaniu pozwanego szpitala nie dotyczą zasadniczych kwestii związanych z leczeniem powódki, a jedynie czynności dodatkowych, zwłaszcza dotyczących opieki pielęgniarskiej.

W zakresie żądania zapłaty **zadośćuczynienia za szkodę spowodowaną błędem medycznym**, podnieść należy, iż zgodnie z przepisem art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Na skutek pobytu i leczenia w pozwanym szpitalu powódka doznała odleżyn oraz trwającego tydzień zakażenia gronkowcowego. Przebyte zmiany ropne ani odleżyny nie skutkują stałym ani długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu powódki, ani naruszeniem sprawności i funkcji organizmu

Pomimo fakultatywnego charakteru zadośćuczynienia, okoliczności konkretnej sprawy uzasadniają, w ocenie sądu, przyznanie go powódce. Należy tu podkreślić, iż ustalając wysokość zadośćuczynienia, sąd w żaden sposób nie jest związany procentowym uszczerbkiem na zdrowiu ustalonym przez biegłych lekarzy. Ta okoliczność ma jedynie dać pewną wskazówkę co do wielkości zadośćuczynienia, lecz w żaden sposób jej nie przesądza. Ustalając wysokość zadośćuczynienia sąd zważył na brak jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu powódki, nienaruszenie funkcji i sprawności organizmu oraz szybkie wyleczenie powódki z zakażenia gronkowcowego, które nie pozostawiło żadnych konsekwencji zdrowotnych. Z drugiej jednak strony obecność odleżyn zwiększała niewątpliwie cierpienia powódki związane z innymi dolegliwościami, a zakażenie gronkowcowe stanowiło dla organizmu powódki kolejne obciążenie. Rozważając powyższe okoliczności sąd uznał, że odpowiednim dla powódki zadośćuczynieniem będzie **kwota 15.000 zł**. Ustalenie zadośćuczynienia w tej wysokości uwzględnia jego kompensacyjny charakter, przedstawiając ekonomicznie odczuwalną wartość i nie jest nadmierne w stosunku do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa.

Żądanie zasądzenia renty (w tym renty skapitalizowanej) znajduje podstawę prawną w przepisie art. 444 § 2 k.c., według którego jeżeli zwiększyły się potrzeby poszkodowanego może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Podnieść trzeba na wstępie, iż przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb na podstawie art. 444 § 2 k.c. nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty z tego tytułu wystarcza samo istnienie zwiększonych potrzeb, jako następstwo czynu niedozwolonego (por. wyrok SN z 11. 03. 1976 r., IV CR 50/76, OSNCP 1977/1/11). W



rozpoznawanej sprawie, w związku z odleżynami oraz trwającym tydzień zakażeniem gronkowcowym, nie powstały po stronie powódki żadne dodatkowe potrzeby, ani koszty, a w każdym razie żadne nie zostały przez stronę powodową udowodnione. Zarówno odleżyny, jak i zakażenie zostały szybko wyleczone i nie pozostawiły konsekwencji zdrowotnych dla powódki.

Mając powyższe na uwadze sąd zasądził od pozwanych kwotę 15.000 zł tytułem zadośćuczynienia, z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty, w pozostałym zaś zakresie powództwo oddalił.

W zakresie żądania **zasądzenia odsetek** sąd zważył, iż stosownie do przepisu art. 481 § 1 k.c., stanowiącego – zgodnie z dyspozycją art. 359 § 1 k.c. – formalne, ustawowe źródło odsetek, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, choćby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Istotne jest więc ustalenie momentu, w którym dłużnik opóźnił się ze spełnieniem świadczenia. Zobowiązania odszkodowawcze są bezterminowe, to znaczy termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony, ani nie wynika z właściwości zobowiązania. W takiej sytuacji, zgodnie z art. 455 k.c., świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Stan opóźnienia pojawia się zatem wtedy, gdy dłużnik nie spełnia świadczenia niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela. W niniejszej sprawie pozwany (...) Zakład (...) został wezwany do zapłaty zadośćuczynienia za szkodę pismem z dnia 28 kwietnia 2014 roku (w aktach szkody), zaś pozwane Centrum (...) w Ł. w dniu 2 grudnia 2014 roku (k. 922). Powyższe uzasadnia zasądzenie na rzecz powódki odsetek za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za szkodę spowodowaną błędem lekarskim w stosunku do (...) od dnia wskazanego w pozwie, to jest od 1 czerwca 2014 roku, zaś w stosunku do Centrum (...) w Ł. od dnia 3 grudnia 2014 roku, następującego po dniu doręczenia postanowienia o wezwaniu do udziału w sprawie.

Co do wysokości odsetek, to obecnie jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie jest oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych (art. 481 § 2 k.c. w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2016 r.). Do dnia 31 grudnia 2015 roku jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należały się odsetki ustawowe. Zasądzając odsetki, sąd wskazał zatem, że należne powódce są odsetki ustawowe za opóźnienie, przy czym do dnia 31 grudnia 2015 roku stopa odsetek z tytułu opóźnienia była po prostu stopą odsetek ustawowych, zaś od 1 stycznia 2016 roku są to odsetki, których wysokość reguluje odrębnie przepis art. 481 § 2 k.c.

Z uwagi na charakter sprawy oraz niewątpliwie cierpienia jakich powódka doznała w związku z niepełnym zrealizowaniem celu podjętego leczenia i jego komplikacjami, a także fakt, iż do ostatecznej oceny zgłoszonego roszczenia wymagane było postępowanie sądowe i powołanie w nim opinii biegłych, sąd, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powódki kosztami postępowania poniesionymi przez pozwanych.