

Relacja prasowa:

<https://www.debata.olsztyn.pl/wiadomoci/olsztyn/7815-mama-zmarla-przez-bledy-lekarzy-szpitala-uniwersyteckiego-najnowsze-slajd-kafelek.html>

(Opublikowano: sobota, 22 maja 2021 12:09)

Sygn. akt I C 736/16

**Sąd Okręgowy w Olsztynie
Wyrok z dnia 30 grudnia 2020 r.**

UZASADNIENIE

W sprawie o sygn. akt I C 736/16 powodowie Lidia U. i P U. wnieśli pozew przeciwko Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Olsztynie i (...) S.A. w W. [ubezpieczycielowi], żądając zasądzenia od pozwanych *in solidum* na rzecz:

- a) P. U. kwoty 300.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę,
- b) P. U. kwoty 100.000 zł z tytułu znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej,
- c) P. U. kwoty 1.303,78 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty związane ze sporządzeniem kserokopii dokumentacji medycznej,
- d) L. U. kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę,
- e) L. U. kwoty 9.939,67 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty związane z przyjazdem powódki do Polski, spowodowanym pobytem Marii U. w szpitalu oraz kosztów związanych z organizacją pogrzebu matki.

W uzasadnieniu pozwu wskazali, że Maria U. została przyjęta na Oddział Kliniki (...) w O. celem diagnostyki objawów przemijającego niedokrwienia mózgu. W dniu 31 sierpnia 2015 r. na oddziale neurochirurgii został wykonany zabieg czteronaczyniowej arteriografii mózgowej wraz z angioplastyką balonową lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej w odcinku (...) wraz z założeniem stentu mózgowego do lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Podczas zabiegu doszło do uszkodzenia nerki prawej i amputacji rozgałęzień tętnicy nerkowej prawej. Uszkodzenie nerki, amputacja rozgałęzień tętnicy nerkowej prawej i podanie leku (...) doprowadziło do masywnego krwotoku w jamie brzusznej i wstrząsu krwotocznego/hipowolemicznego. Na skutek nierozpoznania powikłań i niewłaściwego leczenia powikłań doszło do usunięcia nerki prawej. Niewłaściwa diagnostyka doprowadziła dodatkowo do niewydolności nerki lewej, a w dalszej części do wysokiego nadciśnienia tętniczego, które było powodem masywnego udaru krwotocznego, a następnie śmierci wymienionej. W ocenie powodów, personel medyczny pozwanego szpitala (tj. lekarz neurochirurgii Mariusz S., ordynator neurochirurgii prof. Wojciech M., lekarz chirurgii M. K., ordynator chirurgii pot. M. M., dyrektor szpitala lek. L. D., pielęgniarka A. T., pielęgniarka oddziałowa M. W. w trakcie leczenia Marii U. popełnił liczne błędy, w tym nie poinformował pacjentki i jej rodziny o zaistniałych powikłaniach podczas zabiegu z dnia 31 sierpnia 2015 r. Zabieg czteronaczyniowej arteriografii mózgowej został przeprowadzony przez rezydenta Mariusza S. bez jakichkolwiek wymaganych uprawnień, bez nadzoru lekarza, posiadającego uprawnienia i certyfikaty wymagane do wykonywania tego rodzaju zabiegów, został opisany przez rezydenta bez specjalizacji i wymaganych uprawnień. Ponadto zabieg był kontynuowany mimo wiedzy i świadomości, że nerka jest albo może być uszkodzona. Ponadto podanie leku (...) pogorszyło dramatyczną sytuację powódki. Powodowie zarzucili, że zabieg z dnia 2 września 2015 r. został wykonany i opisany przez rezydenta bez specjalizacji i wymaganych uprawnień, bez uprzedniej świadomej zgody Marii U. (nie poinformowano o niewydolności nerek). Powyższy zabieg przyczynił się do rozwinięcia niewydolności nerek, mimo możliwości wykonania badania (...). Powodowie wskazali na błędy nieprawidłowego postępowania diagnostycznego w dniach 1-2 września 2015 r., m.in. na brak umiejętności zdiagnozowania wstrząsu krwotocznego/masywnego krwawienia do jamy brzusznej, na niewłaściwą interwencję terapeutyczną, brak konsultacji internistycznej, nefrologicznej, hematologicznej, niezastosowanie się do wskazówek lekarza J. L., bezzasadne kierowanie pacjentki do Szpitala (...). Zarzucili błędy w

dokumentacji szpitalnej (wpisanie dwukrotnie nazwiska lekarza Wojciecha M. jako lekarza asystującego podczas zabiegów, pomimo braku jego obecności, pominięcie w karcie wypisowej ze szpitala informacji o podejrzeniu urazu jatrogennego nerki w trakcie zabiegu oraz podejrzenia wstrząsu hipowolemicznego). Ponadto powodowie **zarzucili pozwanemu szpitalowi zezwolenie lekarzowi Mariuszowi S. na wykonanie i opisanie zabiegów, niedopilnowanie aby przy zabiegu obecny był lekarz, który posiadał uprawnienia i mógł nadzorować lekarza rezydenta, brak właściwego nadzoru nad lekarzem rezydentem po zabiegu w konsekwencji, prowadzące do niezdiagnozowania powikłań, zlecenie badania USG zamiast TK.** Powodowie wskazali także na zaniedbania personelu pielęgniarskiego.

Bezpowrotne odejście Marii U. stanowiło dla powodów ogromny ból, cierpienie i krzywdę. Powódka Lidia U. była bardzo związana z matką i pomimo dzielącej ją odległości (zamieszkiwała we Szwajcarii) utrzymywała stały kontakt telefoniczny, spędzając przy tym każde wspólne uroczystości i święta. Powódka z każdą możliwą okazją przyjeżdżała do Polski, lub też Maria U. wraz z mężem do Szwajcarii. Lidia U. z zaangażowaniem i poświęceniem wypełniała obowiązki rodzicielskie wobec córki. Obie stanowiły dla siebie wzajemną podporę. Śmierć matki stanowiła dla powódki ogromną tragedię. Od tego momentu powódka nie jest w stanie normalnie funkcjonować, jest w złym stanie psychicznym, cierpi na bezsenność i brak apetytu. Jako lekarz straciła chęć do pracy wątpiąc w przesłanie, jakie powinien nieść ze sobą ten zawód. Zostało naruszone dobro osobiste powódki za jakie uznaje się relacje i więź z drugą osobą. Natomiast relacje zmarłej z powodem P. U. opierały się na bezwarunkowej miłości oraz zaufaniu. Wymieniona była dla niego wsparciem i powiernikiem przez 60 lat ich małżeństwa. Powód traktował swoją żonę jak partnerkę, doradcę życiowego, na którego mógł w każdej sytuacji liczyć. Opiekowała się z oddaniem swoim mężem cierpiącym na trzeci stopień niewydolności nerek. Po śmierci żony, stan powoda zdrowia powoda uległ pogorszeniu. Powód musiał opuścić miejsce swojego zamieszkania, czemu ostatecznie nie mógł sprostać powracając po 9 miesiącach do swojej miejscowości rodzinnej. Co do odszkodowania z tytułu znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej, powód wskazał, iż po śmierci żony, która sprawowała nad nim całodobową opiekę, zmuszony był do wynajęcia opiekunki. Gdyby nie śmierć żony, nie musiałby ponosić kosztów sprawowania nad nim opieki. Ponadto powód poniósł koszt sporządzenia kserokopii dokumentacji medycznej.

Dochodzona przez powódkę kwota tytułem odszkodowania obejmuje koszty pogrzebu (w tym nekrologów oraz zakupu kwiatów, ubrań, usług fotograficznych), koszt przebywania powódki w hotelu podczas hospitalizowania Marii U., (k. 3-129, k. 2048-2050).

Prawomocnym zarządzeniem z dnia 5 stycznia 2017 r. zarządzono zwrot pozwu w stosunku do powoda P. U. (k. 273 i 307).

W odpowiedzi na pozew, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów sądowych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W ocenie pozwanego proces leczenia Marii U. odbywał się prawidłowo i zgodnie z zasadami sztuki medycznej. Szpital wskazał, że podczas zabiegu w dniu 31 sierpnia 2015 r. nie mogło dojść do uszkodzenia nerki, gdyż wystąpienie takiego uszkodzenia w ogóle nie jest możliwe. Zabieg bowiem jest przeprowadzany pod kontrolą rentgena, przy pomocy którego operator przez cały czas monitoruje cewnik wprowadzany do naczyń krwionośnych pacjenta. Gdyby w czasie zabiegu zaistniało podejrzenie uszkodzenia naczynia krwionośnego, np. tętnicy nerkowej, procedura wymaga natychmiastowego wycofania cewnika i podania kontrastu, żeby sprawdzić, czy rzeczywiście powstało uszkodzenie. Jeżeli podejrzenie uszkodzenia naczynia potwierdziłoby się, należy natychmiast embolizować uszkodzone naczynie. Ponadto gdyby doszło do uszkodzenia tętnicy nerkowej prawej, spowodowałoby to u pacjenta utratę bardzo dużej ilości krwi, pacjent poczułby ogromny ból, pojawiłyby się objawy wstrząsu pokrwotocznego. W związku z tym nie ma możliwości, aby operator podczas zabiegu nie zauważył, że doszło do uszkodzenia naczynia. Pozwany wskazał, że zabieg przebiegał bez trudności. Stan zmarłej po zabiegu był dobry. W godzinach porannych dnia 01 września 2015 r. pacjentka zgłaszała dolegliwości bólowe w okolicy prawego podżebrza. Zastosowano konsultację i badania kontrolne, a ostateczne z uwagi na brak poprawy zalecono badania biochemiczne i obrazowe (USG jamy brzusznej) i dalsze konsultacje, w tym chirurgiczne. Wykonanie badania aortografii pozwoliło na szybką diagnostykę naczyń jamy brzusznej. Pozwany dysponuje możliwością przeprowadzenia badania angioTK, jednak wybrano wykonanie badania aortografii, gdyż badanie to wymaga podania pacjentowi znacznie mniej ilości kontrastu. Ostatecznie skierowano

Marię U. do Szpitala (...), który mógł przeprowadzić zabiegowe leczenie nerki i krwawienia w obrębie jamy brzusznej, co było podyktowane względami posiadania przez Szpital (...) najlepszych specjalistów. Ostatecznie jednak, matka powódki została przewieziona do Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. na prośbę powódki. W tym też Szpitalu podjęto decyzję o zwiadowczej operacji brzucha, nefrektomii przy jednoczesnym leczeniu przeciwkrzepliwym, laparotomii. Ponadto przeprowadzono badanie angio TK – bardzo obciążające pracę nerek M. U., które wpłynęło na pogorszenie jej stanu zdrowia. Podobnie należy ocenić decyzję o przeprowadzeniu laparotomii u pacjentki przyjmującej leki mające za zadanie rozrzedzenie krwi.

Dodatkowo pozwany wskazał, że lekarz operujący Marię U. posiadał odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzenia zabiegu. Nadto w ocenie pozwanego Szpitala, wysokość żądanego zadośćuczynienia przez Lidię U. jest rażąco zawyżona, zaś wysokość odszkodowania nieudowodniona.

W odpowiedzi na pozew Zakład Ubezpieczeń (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i o zasądzenie od powódki na jego rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Pozwany przyznał, że w 2015 r. udzielał (...) Szpitalowi (...) w O. ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia OC. Jednocześnie zakwestionował roszczenie objęte pozwem zarówno co do zasady jak i co do wysokości. W ocenie Ubezpieczyciela, analiza dokumentacji medycznej nie pozwala stwierdzić aby podczas zabiegu wewnątrznaczyniowego tętnicy szyjnej wewnętrznej doszło do uszkodzenia tętnicy nerkowej prawej ani uszkodzenia nerki prawej. Badaniem kontrolnej arteriografii naczyń jamy brzusznej z dnia 02 września 2015 r. wykluczono wyciekanie kontrastu, podanego do światła tętniczego, poza niego, co przemawia za nieprzerwaną ciągłością naczyń. W badaniu USG opisywano torbiel korową prawej nerki, a następnie podczas operacji opisano perforacje torebki nerki w tej okolicy, co może przemawiać za pęknięciem ściany torbieli jako źródła krwawienia. Opis operacji wykonanych w kolejnej placówce – laparotomii i usunięcia nerki prawej, nie wskazuje, aby była ona przecięta przez oprzyrządowanie chirurgiczne, podobnie jak naczynia nerkowe. W ocenie pozwanego leczenie i diagnostyka Marii U. obejmowała szereg działań mających na celu identyfikację przyczyny stanu zdrowia pacjentki, a przeprowadzenie badania angiograficzne (w tym arteriografia i aortografia) pozwala na lepszą oceną źródła krwawienia – uszkodzenia naczyń tętnicznych niż badanie TK.

Dodatkowo, w ocenie pozwanego zakładu ubezpieczeń roszczenia powódki są rażąco wygórowane. (k. 357-358).

Zarządzeniem z dnia 27 czerwca 2017 r. połączono sprawę I C 127/17 ze sprawą I C 736/16 (zarządzenie o połączeniu spraw k. 1009).

W piśmie procesowym z dnia 8 sierpnia 2019 r. powódka Lidia U. wskazała, że do błędnego leczenia Marii U. przyczyniła się również doktor B. Z.. Wymieniona neurolog niezgodnie z wytycznymi leczenia zakwalifikowała matkę powódki do zabiegu angiografii z ewentualnym założeniem stentu, który ostatecznie wykonany został w dniu 31 sierpnia 2015 r., podczas, gdy Maria U. nie spełniała kryteriów do przeprowadzenia zabiegu. W ocenie powódki, zabieg został wykonany bez uzyskania od pacjentki właściwej zgody (zob. pismo z dnia 8 sierpnia 2019 r. wraz z załącznikami k. 2537-2613). Ponadto w piśmie z dnia 28 sierpnia 2019 r. Lidia U. podniosła, że lekarz radiolog H. N. nieprawidłowo zinterpretowała badanie MR z dnia 22 sierpnia 2015 r. (vide: pismo –k. 2633-2637)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Maria U., matka powódki Lidii U. i żona P. U., zajmowała się schorowanym mężem. Powódka Lidia U. mieszka i pracuje w Szwajcarii. Utrzymywała stały kontakt z matką, interesowała się jej stanem zdrowia.

W sierpniu 2015 r. Maria U. przekazała córce, że miała po lewej stronie uczucie sztywnienia i trudności z mową. W dniu 20 sierpnia 2015 r. Maria U. udała się do lekarza rodzinnego z powodu występujących objawów i podejrzenia przejściowego niedokrwienia mózgu. Powódka, L. U. wcześniej zadzwoniła do lekarza, poprosiła o skierowanie matki do neurologa i szpitala.

W dniu 21 sierpnia 2015 r. na wizycie u neurologa, doktor B. Z. stwierdziła, że Maria U. powinna udać się do szpitala celem zdiagnozowania występujących dolegliwości. Maria U. wróciła do domu, posprzątała mieszkanie, przygotowała mężowi posiłek na kilka dni i leki. Następnego dnia

pojechała taksówką do szpitala.

(dowód: zeznania powódki L. U. k. 3656 v., k. 1310, zeznania świadka B. Z. – k. 2915 – 2916)

Maria U. została przyjęta na Oddział Kliniki (...) w O. w dniu 22 sierpnia 2015 r. celem obserwacji i diagnostyki występujących od 2 tygodni incydentów nagłego osłabienia siły mięśniowej lewych kończyn, uczucia sztywnienia lewej połowy ciała, trwających do godziny. Wykonano badanie RM głowy bez i z kontrastem, tomografię komputerową, USG tętnic szyjnych. Badanie MR głowy z opcją (...) wykazało krytyczne zwężenie lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej. W opisie badania USG tętnic szyjnych Doppler nie stwierdzono obecności patologicznych, znamiennych reologicznych zwężeń światła naczyń szyjnych.

Pacjentka była konsultowana również neurochirurgicznie i ostatecznie została zakwalifikowana do zabiegu angiografii tętnic szyjnych z możliwością założenia stentu w Klinice (...) pozwanego Szpitala. **U Marii U. były wskazania do wykonania zabiegu. Pacjentka wyraziła zgodę na zabieg.** Zalecono leki P., A., N., P., R., (...). Rozpoznano zespół tętnicy szyjnej (półkulowy), niedrożność i zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej, przemijający niedowład połowiczny lewostronny, nadciśnienie tętnicze.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k.202-203, dokumentacja medyczna – k. 348, opinia biegłego R. J. – k.2937-2941v.)

Od dnia 30 sierpnia 2015 r. Maria U. przebywała w Klinice (...) pozwanego szpitala. Była osobą chodzącą, samodzielną, kontakt słowno – logiczny był z nią zachowany. Pacjencie przedstawiono możliwe opcje lecznicze oraz ewentualną możliwość wystąpienia powikłań związanych z proponowanym zabiegiem angiografii naczyń jamy brzusznej. Pacjentka wyraziła zgodę na zabieg, była zorientowana co do tego, jakiemu zabiegowi zostanie poddana. W dniu **31 sierpnia 2015 r.** wykonano zaplanowany zabieg: czteronaczyniową arterografię mózgową, angioplastykę balonową lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej w odcinku (...), implantację samorozprężalnego stentu mózgowego L.+3,5x35 firmy (...) do lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Maria U. na sali operacyjnej była od godziny ok. 18.00. Operatorem był Mariusz S.. Jako osobę asystującą wpisano prof. dr hab. n. med. Wojciecha M.. Pielęgniarką operacyjną była D. S., anestezjologiem był lekarz R. B., zaś pielęgniarką anestezjologiczną była B. S.. **Doktora Wojciecha M. nie było przez większość czasu, gdy doktor Mariusz S. wykonywał zabieg. Doktor Wojciech M. przyszedł w trakcie zabiegu i zapytał się, czy nie występują problemy.**

Marię U. znieczulono miejscowo i dożylnie, wprowadzono cewnik 6F do prawej tętnicy udowej, a następnie wykonano czteronaczyniową arterografię szyjną i kręgową. W czasie zabiegu zostały uwidocznione cechy uogólnionych zmian miażdżycowych naczyń szyjnych i mózgowych, a nadto po prawej stronie stwierdzono przepływ tętnicy szyjnej wewnętrznej na poziomie 85%, zaś po lewej stronie w obrębie dolnego ramienia syfonu tętnicy szyjnej wewnętrznej uwidoczniono krytyczne zwężenie światła naczynia do około 20% zachowanym przepływem kontrastu dystalnie. Następnie, używając balonu do angioplastyki naczyń mózgowych przeprowadzono trzykrotne poszerzenie światła naczynia w miejscu krytycznego zwężenia. W ten sposób uzyskano poszerzenie do około 50%, a dalej wprowadzono samorozprężalny sten mózgowy L.+ firmy (...) o wymiarach 3,5x35. W czasie zabiegu stan ogólny i neurologiczny Marii U. był w normie. W ocenie lekarza operującego – Mariusza S., zabieg został przeprowadzony bez powikłań.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 138, k. 160-161, k. 347, karta kwalifikacji opieki pielęgniarskiej - k. 220- obserwacje pielęgniarskie – k. 205, zeznania świadka W. M. k. 501v-503v, zeznania świadka M. S. k. 503v-505, zeznania świadka R. B. k. 506, płyty z nagraniem zabiegu – k. 1964),

O godzinie 21:30 został podany M. U. lek o nazwie (...). Około 23.30 pacjentka zgłaszała nudności, otrzymała Z.,

(dowód: karta zleceń lekarskich – k. 196, obserwacje pielęgniarskie – k. 205).

W pierwszej dobie po zabiegu, Maria U. zgłaszała ból w obrębie prawego podżebrza. W godzinach porannych powódka rozmawiała ze swoją matką, która informowała o swoich dolegliwościach. Powódka Lidia U. była w stałym kontakcie telefonicznym również z personelem medycznym.

W dniu 1 września 2020 r. wykonano u pacjentki badania (godzina przyjęcia próbek do badania 7.07) morfologii krwi: (hemoglobina 5,8, hematokryt 16,9), K. 0,97, eGFR 58,5. W związku ze zgłaszanymi dolegliwościami przez pacjentkę, w dniu 1 września 2015 r. została przeprowadzona

konsultacja chirurgiczna przez doktora M. K. W wywiadzie ustalono, że od godzin rannych pacjentka podaje bóle w prawym podżebrzu, w ciągu ostatnich kilku dni wymiotowała dwa razy treścią pokarmową, choroba wrzodowa, uchyłkowatość jelita grubego, przebyta adnexectomia i appendectomia? (brak dokumentacji). W wyniku badania stwierdzono u pacjentki tkliwość w nadbrzuszu i śródbrzuszu po stronie prawej, zaznaczony objaw Chełmońskiego.

Dodatkowo również wykonano RTG klatki piersiowej, którego wynik nie wskazywał na cechy niedrożności w układzie pokarmowym. **W opisie wyniku USG jamy brzusznej dwukrotnie pojawiła się nerka prawa. W pierwszym zdaniu opisu badania wskazano: powiększenie nerki prawej 78x136 mm o niejednorodnej echostrukturze z torbielą korową 16x47 mm, a w drugim zdaniu: określono prawidłowy stan nerki prawej.** Nadto, badanie nie wykazało krwawienia z przewodu pokarmowego. Na podstawie takich wyników badań, podjęto decyzję o leczeniu Marii U. antybiotykami wraz z żywieniem pozajelitowym i przetoczeniem 2 jednostek KKCz oraz przeprowadzeniem ponownych badań biochemicznym.

Z wyniku badana próbek przyjętych 1 września 2015 r., godz. 18.36, wynikało: hemoglobina 7,1, hematokryt 20,3, K. 1,30, eGFR 41,9.

(dowód: sprawozdanie z badania – k. 164, 166, wynik badania USG z dnia 01 września 2015 r. k. 151, protokół transfuzyjny – k. 165, konsultacja chirurgiczna – k. 311, dokumentacja medyczna – k. 347)

W godzinach porannych, powódka Lidia U. skontaktowała się z doktorem Mariuszem S., który poinformował ją o wynikach badań i braku jakichkolwiek zmian w badaniu USG. Na prośbę powódki i za jej zgodą, dr B. K. odwiedziła leżącą w szpitalu (...), która skarżyła się na ból brzucha. Ponadto zapoznała się z wynikami badań. W badaniach laboratoryjnych zauważyła niedokrwistość, podwyższoną kreatyninę i prawidłowy obraz USG jamy brzusznej. O swoich spostrzeżeniach poinformowała powódkę

(dowód: zeznania świadka B. K. - k. 506v, zeznania powódki L. U. k. 3656 v., k. 1310)

W dniu **2 września 2015 r.** wykonano u Marii U. arteriografię aorty zastępującej, brzusznej oraz naczyń kręzkowych i tętnic nerkowych. Zabieg rozpoczęto o godz. 11:15, zakończono o godz. 11.55. Lekarzem operującym był Mariusz S.. **Wymieniony lekarz wykonał zabieg samodzielnie. Wpisano jako asystę: prof. dr hab. n. med. Wojciech M., przy czym wymieniony tego dnia nie nadzorował zabiegu.** Z opisu operacji wynika, że wykonano badanie kontrolne naczyń nerkowych. Po stronie lewej prawidłowy obraz tętnicy nerkowej i wysycenia kontrastem nerki z prawidłowym filtrowaniem i odpływem kontrastu do pęcherza moczowego. Po stronie prawej widoczny prawidłowy obraz tętnicy nerkowej z podziałem na gałęzie końcowe z bardzo nieznacznym gromadzeniem kontrastu w głównym biegunie mięższu, z zaleganiem kontrastu, bez cech prawidłowego filtrowania do miedniczek. Światło naczyń zachowane, bez cech rozwarstwienia, bez cech wycieku kontrastu poza światło naczyń. W rozpoznaniu pooperacyjnym stwierdzono – udar niedokrwienno prawej nerki, ujemną diagnostykę arteriograficzną w kierunku czynnego krwawienia w obrębie jamy brzusznej z rozwarstwienia aorty brzusznej lub naczyń kręzkowych, niedokrwistość normocytarna, ból w okolicy prawego podżebrza, stan po angioplastyce balonowej i stentowaniu pni lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej.

(dowód: dokumentacja medyczna – angiografia naczyń mózgowych – k. 207, protokół pielęgniarstwa pooperacyjnej – k. 208, dokumentacja medyczna – k. 347, zeznania świadka W. M. k. 501v-503v)

Zdecydowano o ponownej konsultacji chirurgicznej. M.K. stwierdził nieznaczną (nieadekwatny) wzrost hemoglobiny po przetoczeniu 2jkkcz, żywą bolesność w prawym podżebrzu i śródbrzuszu, obj. Chełmońskiego dodatni, zaznaczony prawostronny objaw Goldflama. Zlecił wykonanie w trybie pilnym badań USG i KT jamy brzusznej w celu wykluczenia ewentualnego uszkodzenia aorty i obecności krwiaka pozoatrzewnowego.

(dowód: konsultacja chirurga – k. 155 v., dokumentacja medyczna – k. 347)

W badaniu **USG** jamy brzusznej, wykonanym w dniu 2 września 2015 r. o godz. 12.28 stwierdzono: wątroba jednorodna, pęcherzyk żółciowy bez złożeń, **w prawym nadbrzuszu w okolicy nerki ognisko o mieszanej echogeniczności wielkości 75 x 126 mm (krwiak? zaotrzewnowy).**

(dowód: wynik badania USG k. 153, k. 347)

Następnie odbyła się konsultacja chirurgiczna przeprowadzona przez doktora J. L. Doktor J.

L. na podstawie odczuwalnego bólu brzucha przez pacjentkę, ogólnego osłabienia, żywododatniego objawu Goldflama, występującej w badaniach laboratoryjnych znacznej niedokrwistości oraz badań USG jamy brzusznej **stwierdził masywne krwawienie do przestrzeni zaotrzewnowej**, prawdopodobnie z aorty. Zaproponował przetaczanie krwi i przeniesienie pacjentki do Oddziału Chirurgii Naczyniowej.

(dowód: konsultacja chirurga – k. 155, protokół transfuzyjny – k. 165 v., dokumentacja medyczna – k. 347, zeznania świadka J. L. k 506-506v.)

W dniu 2 września 2015 r. o godz. 12.55 – 13.50 przetoczono pacjentce KKCz.

W obserwacji pielęgniarzkiej z godz.15.29, wskazano, że stan chorej jest ciężki, stabilny, w godzinach porannych zgłaszała duszność, na zalecenie lekarskie podłączono chorej tlen.

(dowód: obserwacje pielęgniarzkie – k. 205)

Zostały podjęte starania o przeniesienie pacjentki do Szpitala Wojewódzkiego w O.. Tego samego dnia o godz. 16.00 Maria U. została wypisana ze szpitala i skierowana do dalszego leczenia w Szpitalu (...). Tam, w izbie przyjęć doktor R. przekazał skierowanie do Szpitala (...), gdzie następnie matka powódki została przewieziona.

W rozpoznaniu w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego w okresie od 30 sierpnia 2015 r. do 2 września 2015 r. stwierdzono: miażdżyca tętnic mózgowych, ból w okolicy prawego podżebrza, **podejrzanie niewydolności prawej nerki**, miażdżyca naczyń szyjnych i mózgowych, nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa dwunastnicy, uchyłkowatość jelita grubego, stan po wielokrotnych epizodach niedokrwienych (...), krytyczne zwężenie lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej w okolicy syfonu, niedokrwistość normocytarną. **Według opisu karty informacyjnej, zabieg przeprowadzony przez dr Mariusza S. w dniu 31 sierpnia 2015 r. był bez powikłań, po zabiegu stan pacjentki dobry, wydolna krążeniowo i oddechowo, bez deficytów neurologicznych.** W pierwszej dobie po zabiegu pacjentka zgłosiła dolegliwości bólowe w obrębie prawego podżebrza z dodatnim objawem G. po stronie prawej i tklivością powłok brzusznych w okolicy podżebrzowej prawej. **Wpisano, że bezpośrednio przed przekazaniem pacjentki do Oddziału chirurgii stan ogólny dobry.**

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 172-174, k. 347)

Po przybyciu na Oddział (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w O., matka powódki była w ciężkim stanie, miała wstrząs hipowolemiczny, miała niskie ciśnienie. Była przytomna. W dniu przyjęcia **wykonano angio-TK jamy brzusznej i miednicy.** Wynik badań wykazywał w **przestrzeni zaotrzewnowej po stronie prawej niejednorodny krwiał zaotrzewnowy 8x9x14cm, w obrębie krwiaka fragmentarycznie kontrastuje się miąższ nerki oraz widoczne są rozproszone ogniska gromadzenia środka kontrastowego - kolejne fragmenty miąższu nerki prawej?, bezpośrednie wynaczynianie kontrastu w obręb krwiaka?** Tętnica nerkowa prawa bez cech wynaczyniania kontrastu poza obręb jej światła, nieposzerzona. **Widoczny podział tej tętnicy oraz głównej rozgałęzienia tętnicy nerkowej prawej amputowane na poziomie gałęzi międzypłatowych. Obraz niejednoznaczny – nerka prawa rozfragmentowana – jatrogennie? w przebiegu zmienionej nowotworowo nerki prawej??**

Następnie pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W dniu 3 września 2015 r. doktor M. K. (2) wykonał zabieg laparotomii, nefrektomii i drenaż jamy otrzewnej. Cięciem pośrodkowym otwarto jamę otrzewnej. Przez mobilizację zagięcia wątrobowego okrężnicy i dwunastnicy odsłonięto prawą nerkę z krwiakiem okołonerkowym. Po zaopatrzeniu szypuły naczyniowej oraz moczowodu wypreparowano i usunięto prawą nerkę. Na stole zabiegowym stwierdzono pęknięcie torebki nerki w dolnym biegunie, na tylnej powierzchni na dł. ok 5 cm z krwiakiem podtorebkowym. **Jako rozpoznanie pooperacyjne wpisano: uraz nerki prawej podczas zabiegu angioplastyki tętnicy szyjnej, krwiał okołonerkowy prawostronny, brak funkcji nerki prawej.**

W wyniku pobrania materiału histopatologicznego w trakcie zabiegu stwierdzono: makroskopowo: nerka o wymiarach 9,9 cmx6,4 cmx5,7 cm podtorebkowo obecny rozległy krwiał o wymiarach 9,5 cx 6 cm x2,5 cm w części tylnej, dolnej torebka perforowana – w tym miejscu skrzep krwi. K. nerki grubości do 1 cm z licznymi, drobnymi wybroczynami, piramidy nerkowe otoczone krwistym obrębkim, miedniczka nerkowa bez widocznych ewidentnych zmian patologicznych, przy nerce fragment moczowodu długości 7 cm, mikroskopowo: (...) L. odcięta moczowodu – S.

histologica normalis,
(...) L. odcięcia naczyń – S. histologica normalis,
(...) Wnęka- H. diffusae et necrosis renis focalis,
(...)-076/15 Nerka - H. diffusae et necrosis renis focalis,

Po zabiegu Maria U. przebywała na Oddziale Intensywnej Terapii, była wentylowana respiratorem, niewydolna krążeniowo i oddechowo z rozwijającą się ostrą niewydolnością nerek. Następnie uzupełniono diagnostykę o badanie USG jamy brzusznej, które wykluczyło krwawienie po nefrektomii.

Następnie pacjentka od 7 września 2015 r. przebywała na Oddziale (...) Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej. Stan Marii U. był ogólnie stabilny, wydolna krążeniowo i oddechowo w kontakcie logicznym. W godzinach porannych **10 września 2015 r.** chora zgłaszała ból głowy, wystąpiły wymioty i utrata przytomności. **W przeprowadzonym badaniu TK głowy widoczny był masywny świeży krwiak śródmózgowy zajmując obszar prawego płata skroniowo, potylicznego i częściowo ciemieniowego.** Marię U. podłączono do respiratora i przewieziono na Oddział Intensywnej Terapii. W badaniu TK mózgowia z dnia 11 września 2015 r., **stwierdzono rozległy udar obejmujący oprócz prawej półkuli mózgu również pień mózgu z towarzyszącym masywnym obrzękiem mózgu.** W dniu 12 września 2015 r. Maria U. zmarła.

W karcie zgonu wskazano, że bezpośrednią przyczyną śmierci była niewydolność krążeniowo-oddechowa. Jako przyczynę wtórną wskazano **masywny obrzęk mózgu.** Z kolei jako przyczynę wyjściową wpisano – **rozległy udar krwotoczny prawej półkuli mózgu obejmujący również pień mózgu.**

Podjęta w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. na obu oddziałach diagnostyka i następnie leczenie operacyjne było w całości właściwe i nakierowane na ratowanie życia.

W okresie pobytu zmarłej w (...) w O., powódka była przy matce.

(dowód: dokumentacja medyczna: wynik badania TG angio - k. 156, protokół zabiegu operacyjnego – k. 157, wynik badania histopatologicznego – k. 158, zeznania świadka M. K. (2) – k. 507 – 507 v., zeznania powódki L. U. k. 3656 v., k. 1310, dokumentacja medyczna w załączniku, opinia Instytutu (...) w K. - k. 2173-2188v,)

Do uszkodzenia nerki prawej u Marii U. doszło w trakcie zabiegu w dniu 31 sierpnia 2015 r. **Podejmowanie dalszego nieplanowanego leczenia było wynikiem powikłań, które wystąpiły po w/w zabiegu, wykonanego nieprawidłowo przez Mariusza S.. Zaistniałe opóźnienie w wykonaniu badania angio – TK miało wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia Marii U. oraz na opóźnienie wdrożenia stosownego leczenia.** Mając na względzie podniesione parametry nerkowe u Marii U., wykonanie zabiegu arteriografii w dniu 2 września 2015 r. było wskazaniem życiowym. **Co do zasady zabieg został wykonany prawidłowo, jednakże mając podejrzenia jatrogennego uszkodzenia nerki należało wykonać badanie z podaniem kontrastu przez cewnik umieszczony w aorcie na wysokości tętnic nerkowych celem oceny tętnicy nerkowej i nerki jako całości, a następnie wprowadzając cewnik do tętnicy nerkowej wykonać selektywną angiografię poszczególnych odgałęzień tętnicy nerkowej.**

(dowód: opinia Instytutu (...) w K. k. 2173-2188v, opinie uzupełniające k 2388-2398, 2801- 2903 v., k. 3248 -3266, opinia ustna złożona przez dr n. med. M. K. (3) specjalistę z zakresu chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej –k. 3654v.- (...), opinia R. J. – k. 2937- 2941 v.)

Doktor Mariusz S. zatrudniony jest w pozwanym Szpitalu. W okresie 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. zatrudniony był na Oddziale Neurochirurgii w ramach leczenia szpitalnego oraz w Poradni Neurochirurgicznej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. **Mariusz S. od 2010 r. odbywał specjalizację w dziedzinie neurochirurgii.**

W 2011 r. rozpoczął szkolenie z zabiegów endowaskularnych pod nadzorem doktora A. D.. Doktor S. wspólnie z doktorem D. wykonywał zabiegi między innymi embolizacji tętniaków, naczynek. Czasami wykonywał te zabiegi samodzielnie lub pod kierunkiem wymienionego lekarza. Lekarz Mariusz S. realizował 6-letni program specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii w trybie częściowego oddelegowania w Oddziale Neurochirurgicznym (...) Szpitala (...) w S., na oddziale neurochirurgii. **W dniu 24 listopada 2016 r. Mariusz S. zdał Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w Centrum Egzaminów w Ł.**

(dowód: zeznania świadka M. S. – k. 503 v. – 505 v., zeznania świadka A. D. k. 631, pismo z NFZ k. 628, umowy k. 1029-1041, zaświadczenie k. 1042, dokumentacja odnośnie kwalifikacji M. S. k. 1085-1095, opinia o lekarzu k. 1096, karty opisu operacji z udziałem doktora S. k. 1118-1306, pismo Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 września

2017 r. k. 1379, pismo k. 1405)

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie wraz Przychodnią otrzymał zezwolenie (...) - (...) Państwowego (...) Inspektora Sanitarnego na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego w radiologii zabiegowej aparatem *Siemens Axiom Artis U*.
(dowód: decyzje k. 1956-1963)

W 2016 r. wszczęto śledztwo w sprawie zaistniałego w okresie 30 sierpnia 2015 r. – 2 września 2015 r. narażenia przez lekarzy pozwanego Szpitala, pacjentki Marii U. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, skutkujące jej zgonem. **W toku śledztwa poddano analizie dysk urządzenia służącego do przeprowadzenia zabiegu angiografii. Stwierdzono wówczas, że obraz przedstawiający czynności z dnia 31 sierpnia 2015 r. jest częściowo uszkodzony lub niepełny.**

(dowód: pismo Prokuratury Okręgowej w Olsztynie k. 2114-2116, opinia ws. urządzenia k. 2117-2219)

W okresie 2012-2017 r. (...) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w O. zawarł umowy z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Olsztynie. Do realizacji świadczeń w zakresie zabiegów endowaskularnych wskazani zostali lekarze: **dr hab. Anatol Dowżenko, dr Monika Barczewska i lek. Mariusza Sowa*1**, a możliwość realizacji świadczeń potwierdził przed NFZ Konsultant Krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej prof. dr hab. med. Jerzy Walecki*2.

(dowód: pismo z dnia 24 marca 2017 r. – k. 456- 470, pismo konsultanta krajowego – k. 471, umowy z NFZ pismo k. 1364, k. 1365)

W okresie od 6 grudnia 2017 r. do 3 stycznia 2018 r. w pozwanym szpitalu przeprowadzona została kontrola przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w O. Zakresem kontroli objęto spełnienie warunków wymaganych przez pozwanego Szpitala do wykonywania zabiegów endowaskularnych w chorobach naczyń mózgowych z zakresu neurochirurgii-hospitalizacji – Q31, (...) w latach 2012-2017 w zakresie personelu lekarskiego.

Narodowy Fundusz Zdrowia uznał, że Mariusz S. nie miał kwalifikacji i nie spełniał wymogów do samodzielnego wykonywania zabiegów endowaskularnych, zabiegów przezskórnych w tym angiografii. W okresie przeprowadzania kontroli, w dniu 11 stycznia 2018 r. Oddział NFZ **wezwał pozwanego Szpitala do zaprzestania samodzielnego wykonywania tychże zabiegów przez wymienionego lekarza – do czasu okazania dokumentów potwierdzających odpowiednie doświadczenie. Do czasu sporządzenia wystąpienia pokontrolnego tj. do dnia 5 marca 2018 r. nie wypłynęły do NFZ wymagane dokumenty.**

W wyniku złożonych zastrzeżeń do treści ustaleń i wniosków zawartych w piśmie pokontrolnym, Oddział (...) podtrzymał stanowisko zawarte w wystąpieniu pokontrolnym.

(dowód: pismo NFZ k. 2051-2060 oraz k. 2097 oraz pismo Dyrektora (...) k. 2097v-2098v, pismo NFZ k. 2099-2100v)

P. U. i Maria U. tworzyli od około 60 lat zgodne małżeństwo, z którego pochodzą dwie córki: Lidia U. i A. M.. Początkowo powód pracował zaspokajając rodzinę finansowo, zaś Maria U. zajmowała się wychowaniem wspólnych dzieci. Małżonkowie dzielili wspólne zainteresowania, wolny czas spędzali na działce, gdzie posiadali domek rekreacyjny i pielęgnowali ogród. Przez cały okres małżeństwa tworzyli zgodną parę, darząc się wzajemnym szacunkiem i oddaniem. W czasie, gdy powód podupadł na zdrowiu, pracami domowymi zajmowała się M. U., która dodatkowo opiekowała się schorowanym mężem. Powód ma orzeczoną na stałe znaczny stopień niepełnosprawności mający charakter trwały. Po śmierci Marii U., powódka zatrudniła opiekunkę celem sprawowania całodobowej opieki nad powodem. Koszt opiekunki opiewał na kwotę ok. 1.000 zł. Powód utrzymywał się z emerytury w wysokości 2.200 zł. Po śmierci Marii U., stan zdrowia powoda pogorszył się, miesiąc po pogrzebie trafił do szpitala.

(dowód: zeznania powoda P. U. k. 1308-1310, zeznania powódki L. U. k.1310-1314, zeznania świadka A. M. k. 509, decyzja Wojewody (...) z dn. 12 grudnia 2016 r. k. 227, umowa zlecenie k. 229, oświadczenie k. 230, orzeczenie

¹Personalalia zaczerpnięte z relacji prasowej (MB)

²jw.

o stopniu niepełnosprawności k. 908)

Z kolei powódkę ze zmarłą Marią U. łączyły silne i zażyłe relacje. Jako matka – Maria U. przejawiała zaangażowanie w wychowanie swoich dzieci zaszczepiając w powódce wspólne pasje do gotowania i prowadzenia zdrowego stylu życia. Pomimo dzielącej ich odległości powódka pielęgnowała więzi rodzinne codziennie telefonując po kilka razy – omawiała z mamą wszystkie bieżące sprawy życia codziennego jak i radziła się jej w trudnych sytuacjach życiowych. Przy każdej możliwej okazji przyjeżdżała do Polski na święta i uroczystości rodzinne. W kraju spędzała również urlopy nocując w domu rodzinnym bądź to hotelu. Powódka organizowała nadto wspólne wycieczki oraz zapraszała rodziców do swojego domu w Szwajcarii. Ostatni raz Maria U. odwiedziła córkę dwa lata przed śmiercią. W późniejszym okresie stan zdrowia powoda uniemożliwiał dalsze podróże. Powódka nie założyła własnej rodziny, nie ma męża ani dzieci. Okres poprzedzający śmierć Marii U., powódka spędziła będąc w szpitalu przy łóżku swojej matki. Po śmierci powódka czuła smutek, żal. Miała sny w których oboje rodzice umierają na przemian. Powódce towarzyszyły również ataki paniki, że sobie nie poradzi oraz poczucie lęku. Doraźnie przyjmowała leki uspokajające. Odczuwa pustkę jaką jest strata jedyne oparcia.

Pogrzeb zmarłej Marii U. organizowała powódka Lidia U. Powódka poniosła następujące koszty pogrzebu: koszt nekrologów – 158,67 zł, koszt kondolencji w łącznej kwocie 310,00 zł, ubranie dla zmarłej – 844 zł, wywołanie zdjęć oraz ramka do zdjęć w łącznej kwocie 88,00 zł, koszt nagrobka – 13.440,00 zł. Powódka L. U. poniosła także koszty przejazdów do Polski oraz w kraju w wysokości 936,51 zł, nadto koszt przelotu ze Szwajcarii do Polski w dniu 1 września 2015 r. – 516,16 zł (przy przyjęciu kursu (...) na dzień 1 września 2015 r.) oraz w dniu 3 września 2015 r. – 349,56 zł (przy przyjęciu kursu (...) na dzień 3 września 2015 r.), koszt zmiany daty lotu powrotnego do Szwajcarii – 200,00 zł.

Powód P. U. poniósł koszty uzyskania kserokopii dokumentacji medycznej w wysokości 1.303,78 zł.

W chwili śmierci Maria U. miała 81 lat. Nie uzyskiwała żadnych dochodów oprócz dodatku w kwocie 150,00 zł.

(dowód: zeznania świadka M. W. (2) k. 508, zeznania świadka A. M. k. 508v, zeznania P. U. k. 1309, faktury k. 234-237, k. 3013-3015, zestawienie kosztów przejazdu k. 3017, zeznania L. U. – k. 3656 v. – (...))

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwa zasługują na częściowe uwzględnienie.

Ustalając stan faktyczny w niniejszych sprawach Sąd oparł się na dokumentach załączonych do akt, których wiarygodność nie była kwestionowana w trakcie postępowania. Sąd dopuścił dowód z opinii Instytutu (...) w K.. W ustnej opinii złożonej na rozprawie w dniu 03 grudnia 2019 r. biegły z zakresu chirurgii naczyniowej M. K. w sposób przekonywający wyjaśnił wszelkie wątpliwości stron co do pisemnych opinii oraz w sposób merytoryczny odniósł się do problemów będących przedmiotem opinii.

Sąd uwzględnił opinie wydane w sprawie karnej przez biegłego z zakresu radiologii R. J. i biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej W. H..

Sąd uwzględnił również zeznania świadków M. W. (2), A. M. oraz zeznania stron w zakresie, w jakim odnosiły się do relacji łączących P. U., Lidie U. z Marią U., oraz ich cierpienie po śmierci Marii U. uznając je za w pełni wiarygodne. Odnosząc się do zeznań powódki i pozostałych przesłuchanych świadków dotyczących okoliczności związanych z hospitalizacją Marii U., Sąd uwzględnił je w zakresie, w jakim znajdują potwierdzenie w z pozostałym materiale dowodowym.

Istota sporu między stronami sprowadzała się do tego, czy Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie ponosi odpowiedzialność za śmierć Marii U. w związku z procesem jej diagnozowania i leczenia w tym szpitalu w dniach 22 sierpnia – 2 września 2015 r. oraz czy i w jakim zakresie strona pozwana - (...) S.A. z siedzibą w W. - jest odpowiedzialna za szkodę wyrządzoną powódce mającej wynikać z niepodjęcia właściwych działań leczniczych. Spór dotyczył także wysokości żadanego przez stronę powodową zadośćuczynienia i odszkodowania.

Nie ulega wątpliwości, że pozwany ubezpieczyciel zawarł ze szpitalem umowę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy. Stosownie do art. 822 § 1 k.c. przez

umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Zgodnie z treścią art. 822 § 4 kc poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Przywołane normy prawne w sposób jednoznaczny wskazują, że podstawę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń stanowi zawsze odpowiedzialność cywilna szpitala za szkodę wyrządzoną przez personel medyczny w czasie wykonywania czynności zawodowych. Odpowiedzialność ubezpieczyciela ma zatem charakter akcesoryjny, co oznacza, że w konsekwencji będzie on zobowiązany do naprawienia tylko takiej szkody, za którą odpowiedzialność ponosi ubezpieczony podmiot (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 11 grudnia 2015 r., I ACa 676/15).

Powodowie podstawę swojego roszczenia upatrywali w wykonaniu przez personel medyczny w dniu 31 sierpnia 2015 r. zabiegu czteronaczyniowej arteriografii mózgowej wraz z angioplastyką balonową lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej w odcinku (...) wraz z założeniem stentu mózgowego do lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Podnieśli, że podczas zabiegu doszło do uszkodzenia nerki prawej i amputacji rozgałęzień tętnicy nerkowej prawej. Uszkodzenie nerki, amputacja rozgałęzień tętnicy nerkowej prawej i podanie leku (...) doprowadziło do masywnego krwotoku w jamie brzusznej i wstrząsu krwotocznego/hipowolemicznego. Na skutek nierozpoznania powikłań i niewłaściwego leczenia powikłań doszło usunięcia nerki prawej. Niewłaściwa diagnostyka doprowadziła dodatkowo do niewydolności nerki lewej, a w dalszej części do wysokiego nadciśnienia tętniczego, które było powodem masywnego udaru krwotocznego, a następnie śmierci Marii U.. Dodatkowo powódka Lidia U. zarzuciła, że Maria U. nie spełniała kryteriów do przeprowadzenia zabiegu z dnia 31 grudnia 2015 r.

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym opiera się na przepisach art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c., które znajdują zastosowanie również w niniejszej sprawie. Stosownie do treści art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Szpital nie może się uwolnić od odpowiedzialności powołując się np. na brak winy w wyborze lekarza, winy w zakresie nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności itp. Obowiązek odszkodowawczy po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy personelowi medycznemu nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawinionym działaniem lekarza a wyrządzoną szkodą.

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

W literaturze przedmiotu przez pojęcie "błąd w sztuce medycznej", zwany także "błędem lekarskim", rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. Marian Filar i inni, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wyd. Praw. "LexisNexis", Warszawa 2005 r., str. 29; por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku, sygn. IV CR 39/54 OSN 1957, poz. 7 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 roku, sygn. I KR 116/72). „Błąd medyczny” to nieprawidłowe postępowanie, którego skutków można było uniknąć przy zachowaniu zwykłej staranności, bez konieczności podejmowania działań nadzwyczajnych, w sytuacji kiedy był czas do namysłu (tak Krzysztof Woźniak „Błąd medyczny”, Katedra Medycyny Sądowej UJ CM, Kraków 2014). Lekarz popełnia błąd medyczny tylko w sytuacji, kiedy nie zrobił wszystkiego, co mógł i powinien był zrobić zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką medyczną. Przez błąd medyczny (lekarski) rozumie się także naruszenie przez lekarza

(świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności (tak Ag

Dla przyjęcia, że wystąpił błąd lekarski, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym było wykazanie przez powodów, na których spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że popełniono błąd diagnostyczny, bądź - przy prawidłowym rozpoznaniu - zastosowano niewłaściwą metodę leczenia, bądź wreszcie przy prawidłowej diagnozie popełniono błąd w zakresie sposobu leczenia doprowadzający w konsekwencji do śmierci Marii U.

Jak wynika z dokumentacji medycznej w dniach 22-29 sierpnia 2015 roku u Marii U. przeprowadzono badanie USG tętnic szyjnych oraz badanie MR głowy bez oraz z kontrastem, które pozwoliły na uwidocznienie krytycznego przewężenia w syfonie lewej tętnicy szyjnej. Na skutek wykrytego schorzenia pacjentka została skierowana na badania arteriografii, tj. inwazyjnego badania radiologicznego z użyciem kontrastu wykorzystywanym w celu zobrazowania tętnic chorego. Niewątpliwie badanie te było uzasadnione, bowiem w pełną dozę dokładności pozwalało na w pełni rzetelne ujawnienie stanu układu krwionośnego pacjentki. **Zastosowana procedura była zgodna z zasadami wiedzy i praktyki medycznej na tym etapie leczenia.** U pacjentki wykryto także następujące schorzenia współistniejące: miażdżyca tętnic mózgowych, tętnica naczyń szyjnych i mózgowych, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, choroba wrzodowa dwunastnicy, uchyłkowatość jelita grubego oraz stan po wielokrotnych epizodach niedokrwiennych (...). Oznacza to, że **u pacjentki były wskazania do wykonania zabiegu angiografii i ewentualnej angioplastyki.** Powyższe znajduje potwierdzenie w opinii biegłego R. J.. Z przeprowadzonego postępowania dowodowego wynika, że przez złożeniem podpisu na formularzu tzw. zgody na zabieg, Maria U. uzyskała pełną i rzetelną informację na jego temat.

W obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2014 r. wskazano **wykaz personelu** biorącego udział w realizacji procedury: tj. lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki lub chirurgii naczyniowej z udokumentowanym doświadczeniem w radiologii zabiegowej:

- a) wykonanie co najmniej 50 zabiegów w danym obszarze, w tym co najmniej 20 samodzielnie,
- b) zaświadczenie potwierdzające 2-letni staż pracy w zakresie wykonywanych procedur poświadczone przez odpowiedniego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii diagnostyki obrazowej;

Wobec powyższego lekarz Mariusz S. **nie posiadał uprawnień do wykonywania samodzielnie zabiegów na naczyniach mózgowych ani do przeprowadzenia angiografii**, bowiem uprawnienia te posiadają lekarze radiolodzy lub lekarze ze specjalizacją. Jak wynika z opinii ustnej, złożonej na rozprawie w dniu 3 grudnia 2020 r. lekarz Mariusz S., który nie posiadał specjalizacji wykonując zabieg w dniu 31 sierpnia 2015 r. **winien mieć asystę lekarza specjalisty.** Niewątpliwie jest to skomplikowany zabieg, który polega na sprawnym operowaniu różnymi zestawami cewników, przewodników, które są sztywne i ostre. Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało, że **takiej asysty nie było.** Jak wynika z zeznań świadka Wojciecha M. zabieg wykonywany był jednoosobowo, a on jedynie nadzorował ten zabieg. **Doktor Wojciech M. przyszedł w trakcie zabiegu i zapytał się, czy nie występują problemy.**

Mając na uwadze całokształt zgromadzonego materiału dowodowego – w tym opinie biegłych – należy wskazać, że **w toku zabiegu z dnia z dnia 31 sierpnia 2015 r. doszło do mechanicznego uszkodzenia nerki.** Wskazuje na to przede wszystkim fakt braku innej możliwości rozczłonkowania nerki, w szczególności na skutek zastosowania farmakoterapii. Ponadto wykonane w dniu 2 września 2015 r. badania USG, angio – TK, badania histopatologiczne z datą pobrania 3.09.2015 r., wskazywały na możliwość uszkodzenia nerki. Ponadto w trakcie zabiegu laparotomii stwierdzono prawą nerkę z krwiakiem okołonerkowym. **Brak zapisu nagrania także nie pozwala przyjąć, że przechodzenie przez naczynia krwionośne było bezkolizyjne. Sam zaś fakt braku bradykardii, utrzymywania kontaktu słownego z chorą nie jest jednoznacznym dowodem na uznanie, że do takiego uszkodzenia nie doszło.** Jak wynika

z opinii biegłego, jednoznacznie należy stwierdzić, że do uszkodzenia nerki doszło w trakcie zabiegu endowaskularnego. **Doświadczony operator powinien zauważyć, że przewodnik zboczył (gdy ma się monitor i obserwuje przejście przewodnika, jest widoczne, że przewodnik zboczył).** Przechodząc z przewodnikiem przez naczynia i dochodząc do naczyń mózgowych, przechodzi się obok różnych struktur, do których przewodnik może zbłądzić. Jednym z takich miejsc jest odgałęzienie aorty w postaci tętnicy nerkowej. **Jest to duże odgałęzienie, przewodnik może dość łatwo zboczyć w tamtym kierunku. Mając jednak podgląd przechodzenia przewodnika można natychmiast drogę zweryfikować.** Ponadto jest widoczne dla operatora, czy doszło do uszkodzenia tych rozgałęzień. **Dlatego istotna jest kontrola przewodnika.** Należy również wskazać, że możliwe jest wykonanie zabiegu bez monitora (co jest bardziej ryzykowne). Jednakże w trakcie wykonania zabiegu u Marii U. musiała nastąpić blokada przewodnika, bo przewodnik zatrzymał się na nerce, uszkadzając nerkę i nie można go było dalej przesuwac. **Zatem lekarz miał moment zatrzymania przewodnika. Brak nagrania z drogi dojścia nie pozwolił również szybko zareagować po zabiegu.** Opierając się na przekonaniu lekarza Mariusza S. o dobrze wykonanym zabiegu endowaskularnym, ukierunkowano dalszą diagnostykę na krwawienie do światła przewodu pokarmowego.

Jak wynika z opinii (sporządzonej w niniejszych sprawach), badanie krwi z dnia 1 września 2015 r. z godz. 18.28 wskazywało na znacznego stopnia anemię nieadekwatną do objętości przetoczonego koncentratu krwinek czerwonych, pogłębiły się wartości kreatyniny oraz wskaźnika eGRF. **W trakcie konsultacji w dniu 1 września 2015 roku lek. M. K. nie mógł podejrzewać krwawienia z nerki (mając na uwadze dostępne badania, w tym opis wykonanego zabiegu angiografii oraz stanu pacjentki).** Dolegliwości pacjentki były charakterystyczne dla patologii układu pokarmowego (tym bardziej, że u pacjentki wykryto wcześniej chorobę wrzodową). Badania USG oraz *per rectum* nie wykazały patologii ze strony układu pokarmowego. Wskazać należy, że **badanie USG z dnia 1 września 2015 r. (które opisywało dwie nerki prawe) należało powtórzyć, bo opis był nieprzydatny albo skonsultować z lekarzem opisującym.** Następnego dnia lekarz M. K. stwierdził nieadekwatny wzrost hemoglobiny po przetoczeniu 2 jednostek KKCz, co skutkowało zleceniem w trybie pilnym USG jamy brzusznej lub TK jamy brzusznej w celu wykluczenia uszkodzenia aorty i obecności krwiaka pozaotrzewnego.

Jednakże jak wskazał biegły M.K., **o prawidłowym wykonaniu procedury zabiegu endowaskularnego decyduje doświadczenie lekarza. W sytuacji, gdy nie mamy nagrania, to przekonanie operatora jest jedynie subiektywnym odczuciem.**

W ocenie Sądu nieprawidłowość wykonanego zabiegu w dniu 31 sierpnia 2015 r. polega na błędnej interpretacji kolizji przewodnika z naczyniami nerkowymi. W trakcie wykonania zabiegu musiała być bowiem blokada przewodnika, bo przewodnik zatrzymał się na nerce, uszkadzając nerkę i nie można go było dalej przesuwac. Doświadczony operator zauważyłby, że przewodnik zboczył. Mając jednak podgląd przechodzenia przewodnika można było natychmiast drogę zweryfikować (świadek Mariusz S. zeznał, że przy pomocy rentgena śledzony jest przebieg cewnika). Ponadto jest widoczne dla operatora, czy doszło do uszkodzenia rozgałęzień i jest możliwość zaopatrzenia uszkodzenia. **Niewątpliwie powikłania w postaci uszkodzenia nerki są wkalkulowane w ryzyko zabiegu. Jednakże fachowość lekarza polega na tym, aby powikłanie najszybciej zlokalizować i jak najszybciej zaopatrzyć. W realiach niniejszej sprawy powikłanie nie zostało rozpoznane w trakcie zabiegu. Powyższe spowodowało opóźnienia w leczeniu powikłania.** Wskazać bowiem należy, że w przypadku niekontrolowanego wprowadzenia przewodnika do tętnicy nerkowej i uszkodzenia nerki, zabieg powinien zostać natychmiast przerwany i powinno dojść do weryfikacji zastanej sytuacji, w celu ustalenia dalszego postępowania (*vide*: opinia R. J.). **Przy zachowaniu należytej staranności i przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych w danych warunkach, okolicznościach metod i środków można było błędu uniknąć. W ocenie Sądu operator nie zachował wymaganej staranności, powinien był bowiem zauważyć, że doszło do zboczenia przewodnika. Ponadto przy zabiegu zabrakło asysty doświadczonego specjalisty, który w trakcie zabiegu mógłby zweryfikować na bieżąco działania operatora.**

Na odmienną ocenę procedur medycznych lekarzy pozwanego szpitala i ich skutków nie pozwala przy tym treść opinii biegłego W. H., sporządzona w postępowaniu karnym. Biegły w opinii

wskazał, że lekarz Mariusz S. w dniach 31 sierpnia i 1 września 2015 r. **mógł nie rozpoznać krwawienia pozaotrzewnowego, zwłaszcza, że był przekonany, że zabieg przebiegł bez żadnych powikłań** (k.2984).

Jednakże wskazać należy, że **w przypadku braku nagrania, powyższe przekonanie jest tylko subiektywnym odczuciem operatora i nie zwalnia pozwanego od odpowiedzialności.**

Pozwani kwestionowali zasadność ustalenia odpowiedzialności wskazując na brak związku przyczynowego między nieprawidłowym leczeniem Marii U. w pozwanym szpitalu a jej śmiercią. W ocenie Sądu powyższe argumenty nie zasługują na uwzględnienie. Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Co do zasady normalne następstwa zdarzenia, z którego wynika szkoda, to takie, które to zdarzenie ogólnie jest w stanie wywołać w normalnym biegu rzeczy. **Będą wykraczać poza tę normalność jedynie takie zdarzenia, które są wynikiem okoliczności nadzwyczajnych, niezwykle, nie mieszczących się w ramach doświadczenia życiowego, a więc takie, których normalnie nie bierze się pod uwagę.** Adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, w myśl art. 6 kc podlega udowodnieniu przez poszkodowanego. Granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. W konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. Podkreślenia wymaga, że w tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego między postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakiś inne przyczyny mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkodę, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności.

W sytuacji, gdy nie jest możliwe przyjęcie w sposób pewny związku przyczynowego między śmiercią osoby poddanej leczeniu w placówce medycznej, a zachowaniem personelu medycznego, sąd dokonuje oceny, czy w świetle ustalonych w sprawie faktów zachodzi odpowiednio wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku.

W sprawach niniejszych należy stwierdzić, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem pozwanego szpitala a śmiercią Marii U. **Jak wynika z opinii sporządzonych w niniejszym postępowaniu, uszkodzenie nerki powoduje krwawienie do przestrzeni zaotrzewnowej, a utrata krwi bez jej uzupełnienia powoduje szybkie pogorszenie stanu zdrowia. Pacjent z masywnym uszkodzeniem nerki, jak Maria U., ma szanse przeżycia, jeżeli usunie się nerkę. Im wcześniej dokona się naprawy uszkodzenia, pacjent ma większe szanse na przeżycie.** Ponadto biegły R. J. wskazał, że powikłanie, które nastąpiło u Marii U., przyczyniło się do pogorszenia jej stanu zdrowia i w konsekwencji doprowadziło do jej zgonu.

Podsumowując, biorąc pod uwagę zgromadzony w sprawie materiał dowodowy uznać należy, że **w sprawie wypełnione zostały wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala.**

Wskazać dodatkowo należy na **rozbieżności istniejące w dokumentacji medycznej.** W obserwacji pielęgniarskiej z godz.15.29 z dnia 2 września 2015 r. wskazano, że stan chorej jest ciężki. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego że bezpośrednio przed przekazaniem pacjentki do Oddziału chirurgii - stan ogólny dobry. Ponadto wpisano lekarza W. M. jako lekarza asystującego podczas zabiegów, pomimo braku jego asysty. (...)

Podstawę prawną dla żądania zadośćuczynienia stanowi przepis art. 446 § 4 k.c., zgodnie z którego dyspozycją sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Uprawnienie przysługujące z tytułu zadośćuczynienia uregulowanego w art. 446 § 4 k.c. wynika z bezpośredniej krzywdy, która powstała wskutek śmierci osoby najbliższej. W związku z

tym, legitymowany do wystąpienia z roszczeniem jest osoba poszkodowana, pomimo braku bezpośredniego działania sprawcy przeciwko temu poszkodowanemu. Kompensacie podlega doznana krzywda, a więc w szczególności cierpienie, ból i poczucie osamotnienia po śmierci najbliższego członka rodziny. W tym miejscu zaznaczyć trzeba, iż Maria U. niewątpliwie była bliskim członkiem rodziny powódki jako jej matka oraz P. U. – jako jego żona. Owa bliskość wynikała nie tylko z łączących ich więzów pokrewieństwa ale nadto, z wzajemnych troskliwych relacji rodzinnych. Zawnioskowani przez stronę powodową świadkowie, potwierdzili, że zmarła Maria U. stanowiła dla obojga z powodów oparcie życiowe.

Zaznaczyć należy, iż w kontekście ustalenia wysokości przysługującego zadośćuczynienia, brak jest sztywnych mierników, pozwalających na rozstrzygnięcie o wysokości zadośćuczynienia w przypadku śmierci osoby bliskiej. Zadośćuczynienie to zaś ma zrekompensować krzywdę wynikającą z naruszenia dobra osobistego i bólu spowodowanego utratą osoby najbliższej, który winien być określony na podstawie całokształtu stanu faktycznego ustalonego w danej sprawie. Orzecznictwo z kolei wypracowało szereg pewnych kryteriów, które powinny być brane pod uwagę przy ustalaniu skali krzywdy strony powodowej.

Odnosząc się do żądania zadośćuczynienia, wskazać należy, że zgodnie z prezentowanym w orzecznictwie stanowiskiem na rozmiar krzywdy, o której mowa w art. 446 § 4 k.c., mają wpływ przede wszystkim: **wstrząs psychiczny i cierpienia moralne wywołane śmiercią osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki po jej śmierci, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, rola w rodzinie pełniona przez osobę zmarłą, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci osoby bliskiej, wiek pokrzywdzonego i jego zdolność do zaakceptowania nowej rzeczywistości oraz umiejętność odnalezienia się w niej** (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10, niepubl., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 2014 r., sygn. akt: IV CSK 374/13).

Z kolei zaznaczyć należy, że zadośćuczynienie to jest odzwierciedleniem w formie pieniężnej krzywdy, która nie jest zależna od statusu materialnego pokrzywdzonego. Jedynie zatem rozmiar zadośćuczynienia może być odnoszony do stopy życiowej społeczeństwa, która pośrednio może rzutować na jego umiarkowany wymiar. Ocena taka nie ma jednak charakteru dowolnego, musi bowiem uwzględniać rozmiar doznanej przez powoda krzywdy, zaś przyznana kwota tytułem zadośćuczynienia nie prowadziła do wzbogacenia osoby uprawnionej. Jednakowoż nie może pozbawiać zadośćuczynienia jego zasadniczej funkcji kompensacyjnej i eliminować innych czynników kształtujących jego rozmiar (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2002 r., IV CKN 1266/00, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10). Reguła umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może 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 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, LEX nr 351187).

Kierując się zatem zasadami ustalania wysokości zadośćuczynienia, każdy przypadek powinno się traktować indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy oraz stopnia odczuwanych negatywnych przeżyć, jak i ich wpływu na funkcjonowanie osoby uprawnionej do zadośćuczynienia. Jednakże ocena ta winna obejmować swoim zakresem kryteria obiektywne, a nie wyłącznie subiektywne odczucia poszkodowanego, tak by uwzględniała rozmiar doznanej przez powoda krzywdy, a także ocenę warunków społecznych i majątkowych.

W świetle zeznań strony powodowej jak i świadków, Sąd uznał, że więzi rodzinne powodów P. U. i Lidii U. ze zmarłą Marią U. kształtowały się w sposób w pełni prawidłowy. Łączyła ich relacja bliskości oparta na wzajemnej pomocy, zaś relacje rodzinne między powodem a zmarłą żoną były silnie i trwałe.

Co do powoda, w świetle poczynionych wcześniej ustaleń, niewątpliwie śmierć żony, stanowiącej dla niego jedyne wsparcie w czynnościach życia codziennego, skutkowałą doznaniem przez niego znaczącej krzywdy, wynikającej z naruszenia więzi rodzinnej i pomimo wieku prawa do życia w związku małżeńskim. Ta okoliczność z przyczyn oczywistych szerszego uzasadnienia nie

wymaga. Z zeznań strony powodowej oraz świadków w osobie A. M. i M. W., których to strona pozwana nie kwestionowała, wynika w sposób bezsprzeczny, że rodzina zmarłej była rodziną zgodną o pozytywne i serdeczne relacjach. Brak było też jakichkolwiek podstaw dla uznania, iż relacje miałyby przybierać inny, w szczególności negatywny, czy obojętny charakter. W ocenie Sądu, zeznania strony powodowej są w tym zakresie w pełni wiarygodne i spójne, stanowiąc miarodajną podstawę dla poczynienia ustaleń w tej mierze.

W tym miejscu powtórzyć należy, że niewątpliwie zmarła odgrywała w życiu powoda znaczącą rolę, co w sposób oczywisty musiało przełożyć się na skalę pokrzywdzenia związanego z utratą osoby bliskiej, utratą więzi, poczuciem swoistej pustki po utracie bliskiego.

Niewątpliwie powód po śmierci zony odczuwał dotkliwą pustkę jak i obawę przed dalszą przyszłością, co uzasadnione jest tym, że pozostał sam bez wsparcia jedynej osoby która roztaczała nad nim opiekę przez całą dobę. Proces żałoby powoda ostatecznie nie wykraczał poza przeciętną miarę.

Jeżeli zaś chodzi o powódkę, z zeznań przesłuchanych na rozprawie świadków oraz strony powodowej, należy przyjąć, że powódkę łączyła z Marią U. relacja bliskości, jaka zazwyczaj łączy osoby pozostające w tak bliskiej relacji jak matka i córka. Wprawdzie powódka zawsze mogła liczyć na pomoc mamy, która była dla niej wsparciem w sprawach dotyczących życia codziennego, to należy mieć na uwadze, że w dacie śmierci mamy miała 57 lat. Przed śmiercią wymienionej zamieszkiwała w Szwajcarii, jednakże utrzymywała relację z mamą, odwiedzała ją przy każdej możliwej okazji, wspólnie spędzała z nią wolny czas. Powódka także nie założyła własnej rodziny. To w znacznym stopniu przyczyniło się do zbudowania zażytych wzajemnych relacji. Z kolei zauważyć należy że, Maria U. miała 81 lat. Utrata bliskiej osoby zawsze w psychice człowieka pozostawia bolesny ślad, co już samo w sobie przesądza o odczuwaniu krzywdy w wyniku nagłej, nieoczekiwanej śmierci kochanej osoby.

W świetle tak ustalonego stanu faktycznego nie ulega wątpliwości, że śmierć mamy skutkowałą dotkliwą dla powódki krzywdą. Skala negatywnych doznań i cierpień była największa bezpośrednio po zdarzeniu. Choć powódka doświadczyła negatywnych stanów emocjonalnych, to jednak jak wynika z materiału dowodowego, żałoba przebiegała typowo. Powódka odczuwała negatywne emocje takie jak przygnębienie, miała obniżony nastrój. Początkowo, zgłaszane problemy emocjonalne zakłócały funkcjonowanie, doraźnie wymagały wsparcia farmakologicznego. Aktualnie jednak powódka funkcjonuje bez zakłóceń, odczuwa stratę i tęsknotę jako naturalną reakcję na utratę osoby bliskiej.

Mając na względzie wszystkie podniesione wcześniej okoliczności, Sąd uznał, że zadośćuczynienie za śmierć Marii U. w stosunku do P. U. winno się kształtować na poziomie 40.000,00 zł oraz w wysokości 40.000,00 zł w stosunku do powódki Lidii U.. Tak ustalona wysokość zadośćuczynienia stanowi adekwatną do warunków, w jakich znaleźli się zarówno powód, jak i powódka musząc samodzielnie zmierzyć się z koniecznością zaakceptowania nowej rzeczywistości. Jednocześnie jest to kwota odpowiednia, biorąc pod uwagę rozmiar doznanej krzywdy, ich wiek oraz sytuację rodzinną, wiek Marii U. oraz rolę jako pełniła Maria U. jako matka i żona.

Wskazać należy, że Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 12 grudnia 2013 r., w sprawie III CZP 74/13 wskazał, że w sprawie o zadośćuczynienie pieniężne za krzywdę doznaną wskutek śmierci najbliższego członka rodziny (art. 446 § 4 k.c.) zastosowanie ma art. 445 § 3 k.c. i przechodzi na spadkobierców uprawnionego. Wobec zatem śmierci powoda P. U. w toku niniejszego postępowania, kwota zadośćuczynienia podlegała zasądzeniu na rzecz następców prawnych P. U. tj. Lidii U. oraz A. M. po połowie .

Odpowiedzialność obu pozwanych ma charakter odpowiedzialności *in solidum*, albowiem każdy z nich odpowiada za tę samą szkodę, o tym samym zakresie i wysokości, ale z innych podstaw prawnych.

**Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku
z dnia 28 października 2022 r.**

U Z A S A D N I E N I E

Wyrokiem z dnia 30 grudnia 2020 roku, uzupełnionym w wyroku z dnia 29 stycznia 2021 roku, Sąd Okręgowy w Olsztynie, w sprawie o sygn. akt I C 736/16: zasądził od pozwanych na rzecz powódki L. U. kwotę 56.842,90 zł, zaznaczając, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia w zakresie spełnionego świadczenia drugiego pozwanego (pkt I), oddalił jej powództwo wniesione w tej sprawie w pozostałym zakresie (pkt II) oraz zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu w wymienionej sprawie (pkt III), a w sprawie I C 127/17: zasądził od pozwanych na rzecz powódki L. U. kwotę 20.651,89 zł, wskazując, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia w zakresie spełnionego świadczenia drugiego pozwanego (pkt IV), zasądził od pozwanych na rzecz powódki A. U. kwotę 20.651,89 zł, wskazując, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia w zakresie spełnionego świadczenia drugiego pozwanego (pkt V), oddalił w pozostałym zakresie powództwo wniesione w tej sprawie (pkt Va) i nie obciążył powódek kosztami procesu (pkt VI).

Orzeczenie to oparto na następujących ustaleniach faktycznych i ocenie prawnej.

[Streszczenie wyroku sądu I instancji]

M. U., matka powódki L. U. i żona P. U. była dla tego ostatniego oparciem w życiu i chorobie. Z kolei powódka L. U. mieszka i pracuje w Szwajcarii. Utrzymywała jednak stały kontakt z matką, interesowała się jej stanem zdrowia.

W sierpniu 2015 r. M. U. przekazała córce, że odczuwa po lewej stronie ciała jego sztywnienie, a ponadto boryka się z trudnościami z mówieniem. W dniu 20 sierpnia 2015 roku M. U. udała się do lekarza rodzinnego z powodu występujących objawów i podejrzenia przejściowego niedokrwienia mózgu. Powódka L. U. wcześniej zadzwoniła do lekarza oraz poprosiła o skierowanie matki do neurologa i szpitala.

W dniu 21 sierpnia 2015 roku, na wizycie u neurologa, dr B. Z. stwierdziła, że M. U. powinna udać się do szpitala celem zdiagnozowania występujących dolegliwości. M. U. wróciła do domu, posprzątała mieszkanie, przygotowała mężowi posiłek na kilka dni i leki. Następnego dnia pojechała taksówką do szpitala.

M. U. została przyjęta na Oddział Kliniki Neurologicznej (...) Szpitala (...) w O. w dniu 22 sierpnia 2015 roku celem obserwacji i diagnostyki, występujących od 2 tygodni incydentów nagłego osłabienia siły mięśniowej lewych kończyn, uczucia sztywnienia lewej połowy ciała, trwających do godziny. Wykonano badanie RM głowy bez i z kontrastem, tomografię komputerową, USG tętnic szyjnych. Badanie MR głowy z opcją ANGIO wykazało krytyczne zwężenie lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej. W opisie badania USG tętnic szyjnych Doppler nie stwierdzono obecności patologicznych, znamienych reologicznych zwężeń światła naczyń szyjnych.

Pacjentka była konsultowana również neurochirurgicznie i ostatecznie została zakwalifikowana do zabiegu angiografii tętnic szyjnych z możliwością założenia stentu w Klinice Neurochirurgii pozwanego Szpitala. Pacjentka wyraziła zgodę na zabieg. Zalecono jej leki: (...),(...),(...),(...) i (...). Rozpoznano u M.U. zespół tętnicy szyjnej (półkulowy), niedrożność i zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej, przemijający niedowład połowiczny lewostronny oraz nadciśnienie tętnicze.

Od dnia 30 sierpnia 2015 roku M. U. przebywała w Klinice Neurochirurgii pozwanego szpitala. Była osobą chodzącą, samodzielną, kontakt słowno-logiczny był z nią zachowany. Pacjentce przedstawiono możliwe opcje lecznicze oraz ewentualną możliwość wystąpienia powikłań, związanych z proponowanym zabiegiem angiografii naczyń jamy brzusznej. Pacjentka wyraziła zgodę na zabieg, była zorientowana co do tego, jakiemu zabiegowi zostanie poddana. W dniu 31 sierpnia 2015 roku wykonano zaplanowany zabieg: czteronaczyniową arteriografię mózgową, angioplastykę balonową lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej w odcinku C3-C5, implantację samorozprężalnego stentu mózgowego LEO+3,5x35 firmy (...) do lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej. M. U. na sali operacyjnej była od godziny ok. 18.00. Operatorem był M. S. Jako osobę asystującą wpisano prof. dr hab. n. med. W. M. Pielęgniarką operacyjną była D. K., anestezjologiem- lekarz R. B., zaś pielęgniarką anestezjologiczną- B. S. Dr. W. M. nie było przez większość czasu, gdy dr M. S. wykonywał zabieg. Dr W. M. przyszedł w trakcie zabiegu i zapytał, czy nie występują problemy.

M. U. znieczulono miejscowo i dożylnie, wprowadzono cewnik 6F do prawej tętnicy udowej, a następnie wykonano czteronaczyniową arteriografię szyjną i kręgową. W czasie zabiegu zostały uwidocznione cechy uogólnionych zmian miażdżycowych naczyń szyjnych i mózgowych, a nadto po prawej stronie

stwierdzono przepływ tętnicy szyjnej wewnętrznej na poziomie 85 %, zaś po lewej stronie, w obrębie dolnego ramienia syfonu tętnicy szyjnej wewnętrznej, uwidoczniło krytyczne zwężenie światła naczynia do około 20 % zachowanym przepływem kontrastu dystalnie. Następnie, używając balonu do angioplastyki naczyń mózgowych przeprowadzono trzykrotne poszerzenie światła naczynia w miejscu krytycznego zwężenia. W ten sposób uzyskano poszerzenie do około 50 %, a dalej wprowadzono samorozprężalny stent mózgowy LEO+ firmy (...) o wymiarach 3,5x35. W czasie zabiegu stan ogólny i neurologiczny M.U. był w normie. W ocenie lekarza operującego – M.S., zabieg został przeprowadzony bez powikłań.

O godzinie 21:30 M. U. podano lek o nazwie (...). Około 23.30 pacjentka zgłaszała nudności, otrzymała (...),

W pierwszej dobie po zabiegu M. U. zgłaszała ból w obrębie prawego podżebrza. W godzinach porannych powódka rozmawiała ze swoją matką, która informowała ją o swoich dolegliwościach. Powódka L. U. była w stałym kontakcie telefonicznym również z personelem medycznym.

W dniu 1 września 2020 roku wykonano u pacjentki badania (godzina przyjęcia próbek do badania 7:07) morfologii krwi: (hemoglobina 5,8, hematokryt 16,9), Kreatynina 0,97, eGFR 58,5.

W związku ze zgłaszanymi dolegliwościami, w dniu 1 września 2015 roku dr M. K. przeprowadził u pacjentki konsultację chirurgiczną. W wywiadzie ustalono, że od godzin rannych pacjentka podaje bóle w prawym podżebrzu, w ciągu ostatnich kilku dni wymiotowała dwukrotnie treścią pokarmową, ponadto stwierdzono u pacjentki: chorobę wrzodową, uchyłkowatość jelita grubego, przebytą adnexectomię i appendectomię. W wyniku badania stwierdzono także u chorej tkliwość w nadbrzuszu i śródbrzuszu po stronie prawej, zaznaczony objaw Chełmońskiego. Dodatkowo wykonano RTG klatki piersiowej, którego wynik nie wskazywał na cechy niedrożności w układzie pokarmowym. W opisie wyniku USG jamy brzusznej dwukrotnie pojawiła się nerka prawa. W pierwszym zdaniu opisu badania wskazano: powiększenie nerki prawej 78x136 mm o niejednorodnej echostrukturze z torbielą korową 16x47 mm, a w drugim zdaniu: określono prawidłowy stan nerki prawej. Nadto, badanie nie wykazało krwawienia z przewodu pokarmowego.

Na podstawie takich wyników badań podjęto decyzję o leczeniu M.U. antybiotykami wraz z żywieniem pozajelitowym i przetoczeniem dwóch jednostek KKCz oraz przeprowadzeniem ponownych badań biochemicznych.

Z wyniku badania próbek przyjętych 1 września 2015 r., godz. 18:36, wynikało: hemoglobina 7,1, hematokryt 20,3, Kreatynina 1,30, eGFR 41,9.

W godzinach porannych powódka L. U. skontaktowała się z dr. M.S., który poinformował ją o wynikach badań i braku jakichkolwiek zmian w badaniu USG. Na prośbę powódki i za jej zgodą dr B. K. odwiedziła leżącą w szpitalu M.U., która skarżyła się na ból brzucha. Ponadto zapoznała się z wynikami badań. W badaniach laboratoryjnych zauważyła niedokrwistość, podwyższoną kreatyninę i prawidłowy obraz USG jamy brzusznej. O swoich spostrzeżeniach poinformowała powódkę.

W dniu 2 września 2015 roku u M.U. wykonano arteriografię aorty zastępującej, brzusznej oraz naczyń kręzkowych i tętnic nerkowych. Zabieg rozpoczęto o godz. 11:15 i zakończono o godz. 11.55. Lekarzem operującym był M. S. Wymieniony wykonał zabieg samodzielnie. Wpisano jako asystującego prof. dr hab. n. med. W. M., przy czym tego dnia nie nadzorował on zabiegu. Z opisu operacji wynika, że wykonano badanie kontrolne naczyń nerkowych. Po stronie lewej prawidłowy obraz tętnicy nerkowej i wysycenia kontrastem nerki z prawidłowym filtrowaniem i odpływem kontrastu do pęcherza moczowego. Po stronie prawej widoczny prawidłowy obraz tętnicy nerkowej z podziałem na gałęzie końcowe z bardzo nieznacznym gromadzeniem kontrastu w głównym biegunie mięszu, z zaleganiem kontrastu, bez cech prawidłowego filtrowania do miedniczek. Światło naczyń zachowane, bez cech rozwarstwienia, bez cech wycieku kontrastu poza światło naczyń. W rozpoznaniu pooperacyjnym stwierdzono – udar niedokrwienno prawej nerki, ujemną diagnostykę arteriograficzną w kierunku czynnego krwawienia w obrębie jamy brzusznej z rozwarstwienia aorty brzusznej lub naczyń kręzkowych, niedokrwistość normocytarna, ból w okolicy prawego podżebrza, stan po angioplastyce balonowej i stentowaniu pni lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Zdecydowano o ponownej konsultacji chirurgicznej. M. K. stwierdził nieznaczny (nieadekwatny) wzrost hemoglobiny po przetoczeniu 2jkkcz, żywą bolesność w prawym podżebrzu i śródbrzuszu, obj. Chełmońskiego dodatni, zaznaczony prawostronny objaw Goldflama. Zlecił wykonanie w trybie pilnym badań USG i KT jamy brzusznej w celu wykluczenia ewentualnego uszkodzenia aorty i obecności krwiaka pozoatrzewnowego.

W badaniu USG jamy brzusznej, wykonanym w dniu 2 września 2015 roku o godz. 12.28 stwierdzono: wątroba jednorodna, pęcherzyk żółciowy bez złożeń, w prawym nadbrzuszu w okolicy nerki ognisko o mieszanej echogeniczności wielkości 75 x 126 mm (krwiak zaotrzewnowy). Następnie odbyła się konsultacja chirurgiczna przeprowadzona przez dr J. L., który na podstawie odczuwalnego bólu brzucha przez pacjentkę, ogólnego osłabienia, żywododatniego objawu Goldflama, występującej w badaniach laboratoryjnych znacznej niedokrwistości oraz badań USG jamy brzusznej, stwierdził masywne krwawienie do przestrzeni

zaotrzewnowej, prawdopodobnie z aorty. Zaproponował przetaczanie krwi i przeniesienie pacjentki do Oddziału Chirurgii Naczyniowej.

W dniu 2 września 2015 roku o godz. 12.55 -13.50 przetoczono pacjentce KKCz. W obserwacji pielęgniarskiej z godz. 15:29 wskazano, że stan chorej jest ciężki, stabilny, w godzinach porannych zgłaszała duszność, na zalecenie lekarskie podłączono chorej tlen. Podjęto starania o przeniesienie pacjentki do Szpitala (...) w O. Tego samego dnia o godz. 16:00 M. U. została wypisana ze szpitala i skierowana do dalszego leczenia w Szpitalu (...). Tam, w izbie przyjęć, dr R. przekazał skierowanie do Szpitala (...), gdzie następnie matka powódki została przewieziona.

W rozpoznaniu w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, w okresie od 30 sierpnia 2015 r. do 2 września 2015 r., stwierdzono: miażdżycę tętnic mózgowych, ból w okolicy prawego podżebrza, podejrzenie niewydolności prawej nerki, miażdżycę naczyń szyjnych i mózgowych, nadciśnienie tętnicze, chorobę wrzodową dwunastnicy, uchyłkowatość jelita grubego, stan po wielokrotnych epizodach niedokrwienych OUN, krytyczne zwężenie lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej w okolicy syfonu, niedokrwistość normocytarną. Według opisu karty informacyjnej, zabieg przeprowadzony przez dr M. S. w dniu 31 sierpnia 2015 r. był bez powikłań, po zabiegu stan pacjentki dobry, wydolna krążeniowo i oddechowo, bez deficytów neurologicznych. W pierwszej dobie po zabiegu pacjentka zgłosiła dolegliwości bólowe w obrębie prawego podżebrza z dodatnim objawem Goldflama po stronie prawej i tkliwością powłok brzusznych w okolicy podżebrzowej prawej. Wpisano, że bezpośrednio przed przekazaniem pacjentki do Oddziału chirurgii stan ogólny dobry.

Po przybyciu na Oddział Chirurgii (...) Szpitala (...) w O., matka powódki była w ciężkim stanie, miała wstrząs hipowolemiczny, miała niskie ciśnienie. Była przytomna. W dniu przyjęcia wykonano angio-TK jamy brzusznej i miednicy. Wynik badań wykazywał w przestrzeni zaotrzewnowej po stronie prawej krwiak niejednorodny krwiak zaotrzewnowy 8x9x14cm, w obrębie krwiaka fragmentarycznie kontrastuje się miąższ nerki oraz widoczne są rozproszone ogniska gromadzenia środka kontrastowego- kolejne fragmenty miąższu nerki prawej, bezpośrednie wynaczynianie kontrastu w obręb krwiaka. Tętnica nerkowa prawa bez cech wynaczyniania kontrast poza obręb jej światła, nieposzerzona. Widoczny podział tej tętnicy oraz głównej rozgałęzienia tętnicy nerkowej prawej amputowane na poziomie gałęzi międzypłatowych. Obraz niejednoznaczny – nerka prawa rozfragmentowana – jatrogennie w przebiegu zmienionej nowotworowo nerki prawej.

Następnie pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W dniu 3 września 2015 r. dr M.K. wykonał zabieg laparotomii, nefrektomii i drenaż jamy otrzewnej. Cięciem pośrodkowym otwarto jamę otrzewnej. Przez mobilizację zagięcia wątrobowego okrężnicy i dwunastnicy odsłonięto prawą nerkę z krwiakiem okołonerkowym. Po zaopatrzeniu szypuły naczyniowej oraz moczowodu wypreparowano i usunięto prawą nerkę. Na stole zabiegowym stwierdzono pęknięcie torebki nerki w dolnym biegunie, na tylnej powierzchni na dł. ok 5 cm z krwiakiem podtorebkowym. Jako rozpoznanie pooperacyjne wpisano: uraz nerki prawej podczas zabiegu angioplastyki tętnicy szyjnej, krwiak okołonerkowy prawostronny, brak funkcji nerki prawej. W wyniku pobrania materiału histopatologicznego w trakcie zabiegu stwierdzono: makroskopowo: nerka o wymiarach 9,9 cm x 6,4 cm x 5,7 cm podtorebkowo obecny rozległy krwiak o wymiarach 9,5 x 6 cm x 2,5 cm w części tylnej, dolnej torebka perforowana – w tym miejscu skrzep krwi. Kora nerki grubości do 1 cm z licznymi, drobnymi wybroczynami, piramidy nerkowe otoczone krwistym obrębkim, miedniczka nerkowa bez widocznych ewidentnych zmian patologicznych, przy nerce fragment moczowodu długości 7 cm, mikroskopowo: 31069/15 Linia odcięta moczowodu – Structura histologica normalis, 31070/15 Linia odcięcia naczyń – Structura histologica normalis, 31071/15 Wnęka- Heamorrhagiae diffusae et necrosis renis focalis, 31073-076/15 Nerka - Heamorrhagiae diffusae et necrosis renis focalis. Po zabiegu M.U. przebywała na Oddziale Intensywnej Terapii, była wentylowana respiratorem, niewydolna krążeniowo i oddechowo z rozwijającą się ostrą niewydolnością nerek. Następnie, uzupełniono diagnostykę o badanie USG jamy brzusznej, które wykluczyło krwawienie po nefrektomii.

Kolejno, od 7 września 2015 roku, pacjentka przebywała na Oddziale Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej. Stan M. U. był ogólnie stabilny, była wydolna krążeniowo i oddechowo w kontakcie logicznym. W godzinach porannych 10 września 2015 roku chora zgłaszała ból głowy, wystąpiły wymioty i utrata przytomności. W przeprowadzonym badaniu TK głowy widoczny był masywny świeży krwiak śródmózgowy, zajmujący obszar prawego płata skroniowo-potylicznego i częściowo ciemieniowego. M. U. podłączono do respiratora i przewieziono na Oddział Intensywnej Terapii. W badaniu TK mózgowia z 11 września 2015 r. stwierdzono rozległy udar, obejmujący oprócz prawej półkuli mózgu, również pień mózgu z towarzyszącym masywnym obrzękiem mózgu.

W dniu 12 września 2015 roku M. U. zmarła. W karcie zgonu wskazano, że bezpośrednią przyczyną śmierci była niewydolność krążeniowo-oddechowa. Jako przyczynę wtórną wskazano masywny obrzęk mózgu. Z kolei jako przyczynę wyjściową wpisano rozległy udar krwotoczny prawej półkuli mózgu,

obejmujący również pień mózgu.

Podjęta w (...) Szpitalu (...) w O. na obu oddziałach diagnostyka i następnie leczenie operacyjne było w całości właściwe i nakierowane na ratowanie życia M.U.

W okresie pobytu zmarłej w (...)S(...) w O. powódka była przy matce.

Do uszkodzenia nerki prawej u M.U. doszło w trakcie zabiegu w dniu 31 sierpnia 2015 roku. Podejmowanie dalszego nieplanowanego leczenia było wynikiem powikłań, które wystąpiły po ww. zabiegu, wykonanego nieprawidłowo przez Mariusza Sowę. Zaistniałe opóźnienie w wykonaniu badania angio – TK miało wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia M.U. oraz na opóźnienie wdrożenia stosowanego leczenia. Mając na względzie podniesione parametry nerkowe u M. U., wykonanie zabiegu arteriografii w dniu 2 września 2015 r. było wskazaniem życiowym. Co do zasady zabieg został wykonany prawidłowo, jednakże mając podejrzenia jatrogennego uszkodzenia nerki należało wykonać badanie z podaniem kontrastu przez cewnik umieszczony w aorcie na wysokości tętnic nerkowych celem oceny tętnicy nerkowej i nerki jako całości, a następnie wprowadzając cewnik do tętnicy nerkowej wykonać selektywną angiografię poszczególnych odgałęzień tętnicy nerkowej.

Dr M. S. zatrudniony jest w pozwanym Szpitalu. W okresie od 1 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku zatrudniony był na Oddziale Neurochirurgii w ramach leczenia szpitalnego oraz w Poradni Neurochirurgicznej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. M. S. od 2010 r. odbywał specjalizację w dziedzinie neurochirurgii. W 2011 r. rozpoczął szkolenie z zabiegów endowaskularnych pod nadzorem dr. A. D. Dr S. wspólnie z dr. D. wykonywał zabiegi między innymi embolizacji tętniaków, naczynek. Czasami wykonywał te zabiegi samodzielnie lub pod kierunkiem wymienionego lekarza. M.S. realizował sześcioletni program specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii w trybie częściowego oddelegowania w Oddziale Neurochirurgicznym (...) Szpitala (...) im. (...) w S., na oddziale neurochirurgii. W dniu 24 listopada 2016 r. zdał Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w Centrum Egzaminów w Ł.

(...) Szpital w O. wraz Przychodnią otrzymał zezwolenie (...) Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego w radiologii zabiegowej aparatem Siemens Axiom Artis U.

W 2016 r. wszczęto śledztwo w sprawie zaistniałego w okresie od 30 sierpnia 2015 roku do 2 września 2015 roku narażenia przez lekarzy pozwanego Szpitala, pacjentki M. U. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, skutkujące jej zgonem. W toku śledztwa poddano analizie dysk urządzenia, służącego do przeprowadzenia zabiegu angiografii. Stwierdzono wówczas, że obraz przedstawiający czynności z dnia 31 sierpnia 2015 roku jest częściowo uszkodzony lub niepełny.

W okresie 2012-2017 r. (...)Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie zawarł umowy z (...)Szpitalem (...) w O. Do realizacji świadczeń w zakresie zabiegów endowaskularnych wskazani zostali lekarze: A. D., M. B., M. S., a możliwość realizacji świadczeń potwierdził przed NFZ Konsultant Krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej prof. dr hab. med. J. W.

W okresie od 6 grudnia 2017 roku do 3 stycznia 2018 roku w pozwanym szpitalu przeprowadzona została kontrola przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w O. Zakresem kontroli objęto spełnienie warunków wymaganych przez pozwanego Szpitala do wykonywania zabiegów endowaskularnych w chorobach naczyń mózgowych z zakresu neurochirurgii-hospitalizacji – Q31, Q32Q33 w latach 2012-2017 w zakresie personelu lekarskiego.

Narodowy Fundusz Zdrowia uznał, że M. S. nie miał kwalifikacji i nie spełniał wymogów do samodzielnego wykonywania zabiegów endowaskularnych, zabiegów przezskórnych w tym angiografii. W okresie przeprowadzania kontroli, w dniu 11 stycznia 2018 r. Oddział NFZ wezwał pozwanego Szpitala do zaprzestania samodzielnego wykonywania tychże zabiegów przez wymienionego lekarza – do czasu okazania dokumentów, potwierdzających odpowiednie doświadczenie. Do czasu sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, tj. do 5 marca 2018 r. nie wypłynęły do NFZ wymagane dokumenty.

W wyniku złożonych zastrzeżeń do treści ustaleń i wniosków zawartych w piśmie pokontrolnym, Oddział NFZ podtrzymał stanowisko zawarte w wystąpieniu pokontrolnym.

P.U. i M. U. tworzyli od około 60 lat zgodne małżeństwo, z którego pochodzą dwie córki: L. U. i A. U. Początkowo powód pracował, zaspokajając rodzinę finansowo, zaś M. U. zajmowała się wychowaniem dzieci. Małżonkowie dzielili wspólne zainteresowania, wolny czas spędzali na działce, gdzie posiadali domek rekreacyjny i pielęgowali ogród. Przez cały okres małżeństwa tworzyli zgodną parę, darząc się wzajemnym szacunkiem i oddaniem. W czasie gdy powód podupadł na zdrowiu, pracami domowymi zajmowała się M. U., która dodatkowo opiekowała się schorowanym mężem. Powód miał orzeczony na stałe znaczny stopień niepełnosprawności, mający charakter trwały. Po śmierci M. U., powódka zatrudniła opiekunkę, celem sprawowania całodobowej opieki nad powodem. Koszt opiekunki opiewał na kwotę ok. 1.000 zł. Powód utrzymywał się z emerytury w wysokości 2.200 zł. Po śmierci M.U., stan zdrowia powoda pogorszył się,

miesiąc po pogrzebie trafił do szpitala.

Z kolei powódkę ze zmarłą M.U. łączyły silne i zażyłe relacje. Jako matka M. U. przejawiała zaangażowanie w wychowanie swoich dzieci, zaszczepiając w powódce wspólne pasje do gotowania i prowadzenia zdrowego stylu życia. Pomimo dzielącej ich odległości, powódka pielęgnowała więzi rodzinne codziennie telefonując po kilka razy – omawiała z matką wszystkie bieżące sprawy życia codziennego i radziła się jej w trudnych sytuacjach życiowych. Przy każdej możliwej okazji przyjeżdżała do Polski na święta i uroczystości rodzinne. W kraju spędzała również urlopy, nocując w domu rodzinnym bądź w hotelu. Powódka organizowała nadto wspólne wycieczki oraz zapraszała rodziców do swojego domu w S. Ostatni raz M, U, odwiedziła córkę dwa lata przed śmiercią. W późniejszym okresie stan zdrowia powoda uniemożliwiał dalsze podróże. Powódka nie założyła własnej rodziny, nie ma męża ani dzieci. Okres poprzedzający śmierć M.U., powódka spędziła będąc w szpitalu przy łóżku swojej matki. Po śmierci powódka czuła smutek, żal. Miała sny, w których oboje rodzice umierają na przemian. Powódce towarzyszyły również ataki paniki, że sobie nie poradzi oraz poczucie lęku. Doraźnie przyjmowała leki uspokajające. Odczuwa pustkę jaką jest strata jedyne go oparcia.

Pogrzeb zmarłej M. U. organizowała powódka L. U. Powódka poniosła następujące koszty pogrzebu: koszt nekrologów – 158,67 zł, koszt kondolencji w łącznej kwocie 310 zł, ubranie dla zmarłej – 844 zł, wywołanie zdjęć oraz ramka do zdjęć w łącznej kwocie 88 zł, koszt nagrobka – 13.440 zł. Powódka L. U. poniosła także koszty przejazdów do P. oraz w kraju w wysokości 936,51 zł, nadto koszt przelotu ze S.do P.w dniu 1 września 2015 r. – 516,16 zł (przy przyjęciu kursu CHF na dzień 1 września 2015 r.) oraz w dniu 3 września 2015 r. – 349,56 zł (przy przyjęciu kursu CHF na dzień 3 września 2015 r.), koszt zmiany daty lotu powrotnego do S. – 200 zł.

Powód P. U. poniósł koszty uzyskania kserokopii dokumentacji medycznej w wysokości 1.303,78 zł.

W chwili śmierci M. U. miała 82 lata. Nie uzyskiwała żadnych dochodów oprócz dodatku w kwocie 150 zł.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że powództwa zasługują na częściowe uwzględnienie. (...)

Sąd Okręgowy uznał, że powodowie zdołali wykazać, że w realiach niniejszej sprawy popełniono błąd medyczny. Zauważył, że ze sporządzonej przez biegłego sądowego R. J. opinii wynika, iż u M. U. były wskazania do wykonania zabiegu angiografii i ewentualnej angioplastyki, przy czym **lekarz wykonujący ten zabieg, tj. M. S. nie posiadał uprawnień do wykonywania samodzielnie zabiegów na naczyniach mózgowych ani do przeprowadzenia angiografii. M. S., który nie posiadał specjalizacji, wykonując zabieg w dniu 31 sierpnia 2015 r., winien był mieć asystę lekarza specjalisty. Przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało zaś, że takiej asysty nie było. Powyższe potwierdziły zeznania świadka W.M., który podał, że zabieg wykonywany był jednoosobowo, a on jedynie go nadzorował.**

Sąd Okręgowy, opierając się na opiniach biegłych, podkreślił także, że w toku zabiegu z dnia 31 sierpnia 2015 roku doszło do mechanicznego uszkodzenia nerki, na co wskazuje przede wszystkim fakt braku innej możliwości rozczłonkowania nerki, w szczególności na skutek zastosowania farmakoterapii. Ponadto, wykonane w dniu 2 września 2015 r. badania USG, angio – TK, badania histopatologiczne z datą pobrania 3 września 2015 r., wskazywały na możliwość uszkodzenia nerki, a w trakcie zabiegu laparotomii stwierdzono prawą nerkę z krwiakiem okołonerkowym. Zdaniem Sądu Okręgowego również brak zapisu nagrania nie pozwala przyjąć, że przechodzenie przez naczynia krwionośne było bezkolizyjne. Sam natomiast fakt braku bradykardii, utrzymywania kontaktu słownego z chorą nie jest jednoznacznym dowodem na uznanie, że do takiego uszkodzenia nie doszło, skoro z opinii biegłego jednoznacznie wynika, że do uszkodzenia nerki doszło w trakcie zabiegu endowaskularnego.

Analiza zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego doprowadziła Sąd Okręgowy do konkluzji, że **nieprawidłowość wykonanego w dniu 31 sierpnia 2015 r. zabiegu polega na błędnej interpretacji kolizji przewodnika z naczyniami nerkowymi.** W trakcie wykonania zabiegu musiała bowiem nastąpić blokada przewodnika, skoro przewodnik zatrzymał się na nerce, uszkadzając ją i w efekcie można go było dalej przesuwac. Doświadczony operator zauważyłby, że przewodnik zboczył. Mając podgląd przechodzenia przewodnika przez naczynia można bowiem natychmiast drogę tę zweryfikować. Ponadto jest widoczne dla operatora, czy doszło do uszkodzenia rozgałęzień i jest możliwość zaopatrzenia uszkodzenia.

Sąd Okręgowy podkreślił jednocześnie, że powikłania w postaci uszkodzenia nerki są w kalkulowane w ryzyko zabiegu, jednakże fachowość lekarza polega na tym, aby powikłanie jak najszybciej zlokalizować i zaopatrzyć. W realiach niniejszej sprawy powikłanie nie zostało rozpoznane w trakcie zabiegu, co spowodowało opóźnienia w jego leczeniu. Przy zachowaniu należytej staranności i przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych w danych okolicznościach metod i środków można było tego błędu uniknąć. W ocenie Sądu operator nie zachował wymaganej staranności, powinien był bowiem zauważyć, że doszło do zboczenia przewodnika. Ponadto przy zabiegu zabrakło asysty doświadczonego specjalisty, który w trakcie zabiegu mógłby weryfikować na bieżąco działania operatora.

Powyższej oceny, zdaniem Sądu Okręgowego nie zmienia treść sporządzonej w postępowaniu karnym, opinii biegłego W.H. Uwadze Sądu nie uszło, że biegły ten wskazał co prawda, że M. S. w dniach 31 sierpnia i 1 września 2015 roku mógł nie rozpoznać krwawienia pozaotrzewnowego, zwłaszcza że był przekonany, że zabieg przebiegł bez żadnych powikłań, wskazał jednak, że w sytuacji braku nagrania powyższe przekonanie stanowi jedynie subiektywne odczucie operatora i nie zwalnia pozwanego od odpowiedzialności.

Sąd Okręgowy uznał także, że strona powodowa wykazała zaistnienie adekwatnego związku przyczynowego między nieprawidłowym leczeniem M.U. w pozwanym szpitalu a jej śmiercią (art. 361 § 1 k.c.). Podkreślił, że ze sporządzonych w niniejszym postępowaniu opinii wynika, że uszkodzenie nerki powoduje krwawienie do przestrzeni zaotrzewnowej, a utrata krwi bez jej uzupełnienia powoduje szybkie pogorszenie stanu zdrowia. Pacjent z masywnym uszkodzeniem nerki (jak M.U.) ma szanse przeżycia, jeżeli usunie się nerkę. Im wcześniej dokona się naprawy uszkodzenia, tym pacjent ma większe szanse na przeżycie. Ponadto biegły R.J. wskazał, że powikłanie, które nastąpiło u M.U., przyczyniło się do pogorszenia jej stanu zdrowia i w konsekwencji doprowadziło do jej zgonu. (...)

Apelację od tego wyroku wywiedli obaj pozwani oraz powódka L. U.

Pozwany (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. (...) zarzucił Sądowi I instancji:

1) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na:

- pominięciu, że nie wykazano czy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu nierozpoznanie natychmiastowe jatrogenne uszkodzenie nerki spowodowało skutek w postaci śmierci M.U.;
- pominięciu, że opóźnione rozpoznanie jatrogenne uszkodzenie nerki spowodowane było m.in. brakiem wycieku kontrastu podczas badania;
- **przyjęciu za biegłym z postępowania karnego, że operujący lekarz musiał wyczuć uszkodzenie organu; taki wniosek nie wynika z opinii Instytutu;**

2) naruszenie prawa procesowego, tj.:

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. przez dowolne przyjęcie, że operator dr Mariusz Sowa, wykonując badania powinien zorientować się już w trakcie badania, że doszło do uszkodzenia nerki mimo, iż z opinii zarówno głównej, jak i uzupełniającej pisemnej ani ustnej nie można takiego wniosku wyprowadzić;
- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. przez pominięcie, że z opinii biegłych sądowych nie wynika, aby opóźnienie w rozpoznaniu jatrogenne uszkodzenie nerki pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym ze śmiercią M. U.;
- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. przez błędne przyjęcie za opinią biegłego z postępowania karnego, a wbrew opinii Instytutu, że błąd medyczny polegał na nierozpoznanie w trakcie zabiegu uszkodzenia narządu, co skutkowało nieprawidłowym przyjęciem odpowiedzialności szpitala za śmierć M.U.;

3) naruszenie prawa materialnego, tj.:

- art. 361 § 1 k.c. przez błędną wykładnię, przejawiającą się przyjęciem istnienia związku przyczynowego o charakterze adekwatnym pomiędzy opóźnieniem w rozpoznaniu uszkodzenia nerki przez personel szpitala a śmiercią pacjenta; (...)

W oparciu o tak sformułowane zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódek na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za I i II instancję.

Pozwany Szpital zaskarżył powyższy wyrok (...) i zarzucił:

1) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- ustalenie, że w sprawie doszło do błędu medycznego, w sytuacji gdy możliwość uszkodzenia naczyń krwionośnych, w tym tętnicy nerkowej, jest zwykłym powikłaniem zabiegowym, wpisanym w ryzyko przeprowadzonego w dniu 31 sierpnia 2015 r. zabiegu, a nie zawinionym działaniem operatora,
- ustalenie, że do śmieci M.U. doszło na skutek nieprawidłowości przeprowadzonego zabiegu endowaskularnego co spowodowało wystąpienie powikłania po zabiegu, podczas gdy z opinii biegłego sądowego M. K., zarówno pisemnej, jak i ustnej uzupełniającej, przeprowadzonej w dniu 3 grudnia 2020 r., wynika wprost, że powikłania, które pojawiły się po zabiegu są zwykłym powikłaniem, wpisanym w ryzyko zabiegu, o którym M. U. była poinformowana i na który się godziła,
- ustalenie, że śmierć M. U. nastąpiła na skutek popełnienia błędu medycznego przez lek. M. S., podczas gdy jej zgon nastąpił z przyczyn niezwiązanych z zabiegiem z przeprowadzonym w dniu 31 sierpnia 2015 r., gdyż przyczyną zgonu był udar krwotoczny prawej półkuli mózgu, zaś zabieg endowaskularny przeprowadzony był w naczyniach krwionośnych w lewej półkuli mózgu, a fazą leczenia zawału nerki była nefrektomia prawej nerki, a więc narządami niezwiązanymi z przyczyną zgonu,
- pominięcie stwierdzeń biegłego sądowego dr. n. med. M. K., zawartych w opinii z dnia 3 października 2018 r., w której wskazywał bezpośrednio i kategorycznie na brak związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zabiegiem endowaskularnym z dnia 31 sierpnia 201 r. a zgonem M.U. w dniu 12 września 2015 r., a Sąd odniósł się bezkrytycznie do opinii ww. biegłego sądowego w pozostałym zakresie, którą uznał za rzetelną, logiczną i spójną,
- sprzeczność istotnych ustaleń faktycznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez uznanie, na podstawie opinii radiologa prof. R. J., iż wystąpienie powikłań po zabiegu angioplastyki doprowadziło do zgonu M., podczas gdy opinia ww. lekarza wskazuje również, że biegły nie był w stanie określić bezpośredniej przyczyny zgonu, gdyż w swojej opinii posługuje się określeniem „najprawdopodobniej”; ponadto również opinia ta nie zawiera uzasadnienia. na jakiej podstawie i na których dowodach takie wnioski biegły wysunął,
- pominięcie, że stan M.U., po operacji usunięcia nerki, zaczął się poprawiać – co wynika wprost z opinii biegłego M.K. i co pozwala na stwierdzenie, że zgon który nastąpił w dniu 12 września 2015 r., nastąpił z przyczyn niemających związku z zabiegiem endowaskularnym z dnia 31 sierpnia 2015 r., - mimo ustalenia przez Sąd faktów, dotyczących stanu zdrowia M. U., tj. że już przed zabiegiem cierpiała ona z powodu szeregu schorzeń (miażdżycy tętnic mózgowych, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, choroby wrzodowej dwunastnicy, uchyłkowatości jelita grubego) oraz była w stanie po wielokrotnych epizodach niedokrwienych OUN, a także pominięcie stosowania leków przeciwplatekcyjnych, które to stosowanie samo w sobie niesie ryzyko powikłań krwotocznych i uznaniu ich za niemające żadnego wpływu na wystąpienie zgonu wymienionej,
- ustalenie, że doszło do opóźnienia w diagnostyce i leczeniu powikłania – krwawienia z prawej nerki, które mogło spowodować pogorszenie stanu zdrowia M. U., w sytuacji gdy z opinii biegłego M. K. wynika, że postępowanie lekarzy było prawidłowe, zaś uzyskiwane przez nich wyniki badań m.in. brak wycieku kontrastu w czasie badania angiograficznego, mogły być mylące, a i tak jedynym prawidłowym postępowaniem była nefrektomia nerki, na którą pozwany szpital skierował wymienioną i która została przeprowadzona, a stan M. U. uległ poprawie,
- **pominięcie, że opóźnienia w diagnostyce i leczeniu spowodowane były również przewiezieniem M. U. ze Szpitala (...) do (...) Szpitala (...) na wyraźne żądanie córki (powódki), która kwestionowała decyzje lekarzy prowadzących,**

2) naruszenie art. 278 k.p.c. w zw. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- wybiórcze potraktowanie dowodu z opinii biegłego sądowego M.K., polegające na pominięciu przez Sąd w ustaleniach faktycznych stwierdzenia biegłego, który w opinii z dnia 3 października 2018 r. kategorycznie wykluczył związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zabiegiem z dnia 31 sierpnia 2015 roku a zgonem M. U. mimo, że pozostałe ustalenia faktyczne oparte są na tej opinii,
- oparcie ustaleń faktycznych częściowo na opinii prof. R. J., wydanej w postępowaniu karnym w sytuacji, gdy opinie wydane w postępowaniu karnym nie posiadają waloru opinii biegłego w rozumieniu przepisów k.p.c., albowiem opinia wydana w sprawie karnej ma jedynie charakter prywatnej ekspertyzy i nie może zastępować opinii biegłego sądowego, wydanej zgodnie z art. 278 § 1 k.p.c.,

3) naruszenie art. 231 k.p.c. poprzez ustalenie stanu faktycznego na podstawie innych dowodów, świadczących o wystąpieniu związku przyczynowo-skutkowego, z „wysokim prawdopodobieństwem” w sytuacji, gdy z materiału dowodowego wynika, że zgon M. U. nie wystąpił na skutek zabiegu z dnia 31 sierpnia 2015 r., jej stan uległ znacznej poprawie po operacji, zaś inne choroby na które wymieniona cierpiała już przed zabiegiem, mogły z dużym prawdopodobieństwem same w sobie spowodować zgon,

4) naruszenie art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 446 § 1 i 4 k.c. poprzez przyjęcie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za zgon M. U., podczas gdy w sprawie nie istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem bądź zaniechaniem pozwanego a śmiercią wymienionej, (...)

Na tej podstawie pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa co do roszczeń zgłoszonych w sprawie sygn. akt I C 736/16 oraz sygn. akt I C 127/17. Domagał się także zasądzenia na jego rzecz od powodów kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, za obie instancje.

Powódka L.U., w apelacji datowanej na 5 marca 2021 r., zaskarżyła ww. wyrok Sądu Okręgowego w części, tj. w pkt II w zakresie w jakim oddalono powództwo o zadośćuczynienie co do kwoty 30.000 zł oraz w pkt III i zarzuciła naruszenie:

1) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nieustalenie, że pozwany szpital w sposób zawiniony zaniechał ratowania zdrowia i życia M. U. wówczas, kiedy - w myśl opinii biegłych, w szczególności opinii dr M. K. - było to możliwe i konieczne, nie wykonując w dniu 1 września 2015 r. operacji usunięcia prawej nerki,

2) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie wniosków wynikających z dokumentu pokontrolnego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie odpowiedzialności prof. W. M. za dopuszczenie lek. M. S. do przeprowadzania wewnątrzczaszkowych zabiegów endowaskularnych, mimo iż Sąd uznał ten dokument za wiarygodny, co skutkowało niepełnym ustaleniem stanu faktycznego oraz zakresu winy personelu medycznego pozwanego szpitala,

3) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie opinii prof. R. J. w zakresie wskazanych przez biegłego nieprawidłowości, których dopuścił się personel medyczny podczas zabiegu endowaskularnego, wykonanego w dniu 31 sierpnia 2015 r. oraz zabiegu diagnostycznego, wykonanego dnia 2 września 2015 r., mimo że opinia ta została uznana przez Sąd za wiarygodną – co skutkowało niepełnym ustaleniem stanu faktycznego oraz zakresu winy personelu medycznego pozwanego szpitala;

4) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie wniosków opinii biegłych, które jednoznacznie wskazywały, że w przypadku M.U. nie występowały wskazania do zastosowania leku ReoPro, jak również wniosków tych opinii wskazujących, iż podanie leku mogło i najprawdopodobniej doprowadziło do krwawienia wewnątrzczaszkowego występującego u M.U. – co skutkowało nieprawidłowym ustaleniem stanu faktycznego oraz zakresu winy personelu medycznego pozwanego szpitala;

5) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie wniosków opinii biegłych w zakresie wskazanym przez biegłych nieprawidłowości, których dopuścił się personel medyczny pozwanego szpitala, w tym lek. M. K. podczas diagnostyki pozabiegowej w dniu 1 września 2015 r., polegającej na braku zlecenia wykonania badania angioTK, co stanowiło opóźnienie w diagnostyce, przyczyniło się do pogorszenia się stanu zdrowia pacjentki, a w konsekwencji spóźnionego wprowadzenia leczenia przyczynowego i ostatecznie śmierci pacjentki pomimo, że Sąd uznał opinie biegłych za wiarygodne – co skutkowało niepełnym ustaleniem stanu faktycznego oraz zakresu winy personelu medycznego pozwanego szpitala;

6) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez ustalenie, że lek. M. K., w trakcie konsultacji w dniu 1 września 2015 r., nie mógł podejrzewać krwawienia z nerki, podczas gdy z opinii biegłych uznanych przez Sąd za wiarygodne - w szczególności biegłego dr. M. K. - wynika, że lek. M. K. mógł i powinien był zlecić wykonanie badań diagnostycznych – co skutkowało błędnym ustaleniem stanu faktycznego oraz zakresu winy personelu medycznego pozwanego szpitala; (...)

Ponadto wniosła o przeprowadzenie dowodu:

- z opinii mgr. C. M. z zakresu kryminalistycznych badań dokumentów z dnia 22 stycznia 2021 r. sporządzonej na potrzeby postępowania karnego, a dotyczącej pisma Konsultanta (...) w dziedzinie Radiologii Obrazowej prof. J.W. - **na dowód ustalenia przez biegłego prawdopodobieństwa następczego wypełnienia wcześniej podpisanej karty *in blanco*, która została wykorzystana później do potwierdzania dopuszczalności realizacji świadczeń w zakresie zabiegów endowaskularnych w pozwanym szpitalu przez Narodowy Fundusz Zdrowia;**

- z protokołu przesłuchania (...) Konsultanta w zakresie Radiologii Obrazowej prof. J. W. z dnia 16 grudnia 2020 r., **na dowód zeznania przez prof. J. W., iż świadek nigdy nie udzielił zezwolenia lek. M. S. na wykonywanie endowaskularnych zabiegów wewnątrzczaszkowych;**

- z protokołu przesłuchania lek. J. O. z dnia 21 stycznia 2021 r. na dowód nieprawidłowego zdiagnozowania zmian w nerce prawej i wadliwego opisanie badania USG z dnia 1 września 2015 r.

Z kolei w apelacji, datowanej na 14 kwietnia 2021 r., powódka L. U. zaskarżyła przedmiotowy wyrok: w pkt. Va w zakresie, w jakim w stosunku do niej oddalono powództwo o zadośćuczynienie co do kwoty 30.000 zł oraz o odszkodowanie za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej co do kwoty 25.000

zł, a także w pkt VI wyroku w zakresie, w jakim nie zasądzone od strony pozwanej na rzecz powódki kosztów procesu w zakresie zasądzonych na jej rzecz roszczenia. Powódka powtórzyła zarzuty, wyartykułowane we wskazanej wyżej apelacji i dodatkowo zarzuciła Sądowi Okręgowemu:

- 1) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez uznanie za wiarygodny dowód pisma, na którym widnieje podpis konsultanta krajowego prof. J. W., dotyczącego możliwości wykonywania zabiegów endowaskularnych przez personel medyczny strony pozwanej, **podczas gdy prof. J. W. w piśmie skierowanym do właściwej prokuratury z dnia 4 kwietnia 2017 r., jak również w ramach swoich zeznań złożonych w toku postępowania karnego w dniu 16 grudnia 2020 r. zaprzeczył, by udzielił zezwolenia personelowi medycznemu strony pozwanej na wykonywanie endowaskularnych zabiegów wewnątrzczaszkowych**, co skutkowało nieprawidłowym ustaleniem stanu faktycznego oraz zakresu winy pozwanego szpitala;
- 2) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie wniosków opinii dr M. K., który stanowczo stwierdził, że po wystąpieniu u pacjentki objawów niestabilności hemodynamicznej oraz bólu po upływie dwóch godzin od przeprowadzenia zabiegu z dnia 31 sierpnia 2015 r. **jedynym zgodnym ze sztuką medyczną sposobem postępowania była nefrektomia rozkawałkowanej nerki, przeprowadzona w trybie ostrodyżurowym ze wskazań życiowych, a każde inne postępowanie, w tym leczenie zachowawcze z zastosowaniem preparatów odwracających działanie leków przeciwplatek, doprowadziłoby do utrzymywania się krwotoku i śmierci chorej** – co skutkowało nieprawidłowym ustaleniem stanu faktycznego oraz zakresu winy personelu medycznego pozwanego szpitala;
- 3) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez ustalenie, że M. U. uzyskała pełną i rzetelną informację na temat planowanego w dniu 31 sierpnia 2015 r. zabiegu, podczas gdy ze znajdującego się w aktach formularza zgody na zabieg nie wynika, by M. U. została poinformowana o ryzyku wystąpienia rozfragmentowania mięszu nerki, uszkodzenia torebki nerkowej, uszkodzenia powięzi Geroty, wystąpienia wstrząsu krwotocznego, krwawienia zaotrzewnowego, konieczności zastosowania dializ nerkowych i konieczności usunięcia nerki; (...)

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki zasługiwała na częściowe uwzględnienie, w przeciwieństwie do apelacji wywiedzionych przez obu pozwanych, które okazały się w całości niezasadnione.

Sąd Okręgowy zasadniczo poczynił trafne ustalenia faktyczne, znajdujące oparcie w zebranych w niniejszej sprawie, niezwykle obszernym, materiale dowodowym. Dlatego też **ustalenia te Sąd Apelacyjny podzielił i przyjął również za podstawę własnego rozstrzygnięcia.** (...)

W pierwszym rzędzie ustosunkować się trzeba do zarzutów apelacji obu pozwanych, kwestionujących ich odpowiedzialność za wyrządzoną powodowi szkodę, spowodowaną śmiercią wyżej wymienionej. Przy tym podkreślić trzeba, że całokształt zarzutów stawianych przez pozwanych zmierza w istocie do zakwestionowania związku przyczynowego pomiędzy działaniami (czy też zaniechaniami) personelu medycznego pozwanego szpitala a zdarzeniem, z którego powodowie wywodzili skutek szkodzący (tj. uszkodzenia prawej nerki M. U., które stanowiło powikłanie zabiegu endowaskularnego, przeprowadzonego u tej ostatniej 31 sierpnia 2015 roku). Motywując stanowisko w tym przedmiocie pozwani podali, że Sąd I instancji, przyjmując istnienie rzeczzonego związku, wadliwie oparł się przede wszystkim na konkluzjach opinii prof. Dr. hab. R. J., sporządzonej na potrzeby postępowania karnego, prowadzonego pod sygn. akt PO IV Ds. 7.2016. Opinii, z której w sposób niebudzący wątpliwości wynika, że powstałe u M. U. powikłanie w postaci jatrogennego uszkodzenia naczyń nerki prawej, przyczyniło się do pogorszenia jej stanu zdrowia i w konsekwencji doprowadziło do jej zgonu (k. 1376). W opinii tej biegły wskazał także, że „najprawdopodobniej przyczyną śmierci pacjentki M. U. było krwawienie ośrodkowego układu nerwowego” (k. 1377).

Także kolejne edycje przeprowadzonych w niniejszej sprawie opinii dr. n. med. Mariusza Kózki (dostarczających wiadomości specjalnych, niezbędnych dla stwierdzenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy – art. 278 § 1 k.p.c.), z których treści pozwani również wyprowadzali przekonanie o nieistnieniu związku przyczynowego, nie potwierdzają tez obu apelujących w tym zakresie. Jakkolwiek bowiem z opinii tych wynika, że powikłanie, które pojawiło się u M. U. po wykonanym w dniu 31 sierpnia 2015 roku zabiegu czteronaczyniowej arteriografii mózgowej, angioplastyki balonowej lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej w odcinku C3-C5 oraz implantacji samorozprężalnego stentu mózgowego LEO+3,5x35 do lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej, stanowi zdarzenie niepożądane przy tego rodzaju zabiegu (por. ustną opinię,

przeprowadzoną na rozprawie z dnia 3 grudnia 2020 r.), a wykonany u M. U. 2 września 2015 roku naprawczy zabieg aerografii aorty zstępującej brzusznej oraz naczyń kręgowych i tętnic nerkowych zasadniczo został wykonany prawidłowo, to **opiniujący wskazał jednocześnie, że mając podejrzenia jatrogennego uszkodzenia nerki, personel medyczny pozwanego szpitala winien był wykonać badanie z podaniem kontrastu przez cewnik umieszczony w aorcie na wysokości tętnic nerkowych, celem oceny tej tętnicy oraz nerki jako całości, a następnie wprowadzając cewnik do tętnicy nerkowej, wykonać selektywną angiografię poszczególnych odgałęzień tętnicy nerkowej, co – zdaniem biegłego – mogłoby skutkować rozpoznaniem uszkodzonej gałęzi tętnicy nerkowej i zaopatrzeniem krwawienia przez wprowadzenie odpowiedniego stentu** (por. pisemną opinię zasadniczą opinii dr n. med. M. K. z dnia 3 października 2018 r., k. 2181v). Opiniujący zwrócił nadto uwagę na braki w dokumentacji medycznej M.U., które utrudniały leczącym ją lekarzom, zatrudnionym w pozwanej placówce medycznej, postawienie prawidłowej diagnozy. Wskazał bowiem, że zalegająca w aktach sprawy **karta informacyjna z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie w części, gdzie wpisano rozpoznanie, nie zawiera pełnych informacji dotyczących przeprowadzonego leczenia w oddziale. W szczególności próżno szukać w niej informacji o podejrzeniu jatrogennego uszkodzenia nerki prawej w trakcie wykonywania zabiegu endowaskularnego, co stanowiło podstawę przeniesienia wyżej wymienionej do oddziału chirurgicznego** (k. 2182). Biegły wyjaśnił także, że **choć u M. U. zlecano i wykonywano prawidłowe badania, personel medyczny pozwanego szpitala błędnie interpretował otrzymany na bieżąco wyniki badań. Zabrakło nadto korelacji owych wyników ze stanem klinicznym pacjentki. Tak powstały łańcuch błędnych decyzji, niewłaściwych interpretacji wyników badań oraz konsultacji, doprowadził w konsekwencji u M.U. do powikłań zagrażających jej życiu** (k. 2182v i 2183).

Z opinii tej jasno wynika zatem, że **to przede wszystkim komplikacje procesu diagnostycznego anonimowego zespołu leczącego M. U. w pozwanym szpitalu (nie zaś wyłącznie zaniedbania lekarza M, S., wykonującego objęty niniejszym sporem zabieg), będące następstwem ujawnienia u matki powódki krwawienia do przestrzeni zaotrzewnowej, skutkowałe nierozpoznanie w właściwym czasie źródła tegoż krwawienia, które finalnie doprowadziło do jej zgonu.**

W konstatacji takiej utwierdza również i to, że powyższe stanowisko biegły podtrzymał w pisemnej opinii uzupełniającej, gdzie wyjaśnił dodatkowo, że **zaistnienie opisanego wyżej stanu rzeczy łączyć należało z innym jeszcze zaniedbaniem pozwanej placówki medycznej, a mianowicie – z niezarejestrowaniem kluczowej, wstępnej części spornego zabiegu, obejmującej zapis „dochodzenia” do naczyń mózgowych pacjentki** (k. 2393-2397), a więc momentu, w którym najpewniej doszło do mechanicznego uszkodzenia jej nerki. Wysoce prawdopodobnym jest zaś, że w przypadku rejestracji pełnego zabiegu (a więc obejmującego również ów fragment), wykonanego u M.U. 31 sierpnia 2015 roku, zespół medyczny zatrudniony w pozwanym szpitalu, posiłkując się rzezonym nagraniem, zdołałby już przy pierwszej konsultacji chorej zdiagnozować przyczynę występującego u niej krwawienia i w efekcie – niezwłocznie wdrożyć właściwe leczenie naprawcze, co z kolei mogłoby zapobiec jej śmierci.

Ujawniony w sprawie materiał dowodowy nie pozostawia zatem jakichkolwiek wątpliwości, że między wadliwymi działaniami rzezonego zespołu, a zaistniałą po stronie powodów szkodą, istnieje adekwatny związek przyczynowy (art. 361 § 1 k.c.). Wbrew więc zarzutom apelujących, treść złożonych do akt sprawy opinii pozwalała na przyjęcie odpowiedzialności pozwanego szpitala za zaniedbania w procesie diagnozowania i terapii przypadku M.U., co też trafnie ocenił Sąd Okręgowy. (...)

Komentarz uzupełniający - tzw. "wina organizacyjna", "anonimowa" albo "bezimienna"

W zwykłych warunkach poszkodowany musiałby we własnym zakresie wytropić konkretnego sprawcę, który dopuścił się zarzucanego zachowania i następnie udowodnić mu winę, ale to nie zawsze wystarczy: w komentowanej sprawie sąd ostatecznie uznał, że zawinił nie tylko Mariusz S.

Zwłaszcza w takich miejscach jak urząd, szpital, więzienie czy komisariat policji

poszkodowanemu może być trudno wskazać, kto konkretnie mu zaszkodził: były wydawane polecenia z góry na dół, ten kto wyrządził szkodę twierdzi, że musiał, bo otrzymał takie polecenie z góry, a na górze wszystkiemu zaprzeczają. Poszkodowany leżał w szpitalu, był pod narkozą i nie wie, kto dokładnie zaordynował mu i podłączył nie tę kroplówkę. Ktoś nadał przesyłkę na pocztę. Przesyłka nie dotarła do adresata, ale nie wiadomo, na którym etapie zaginęła i kto personalnie za to odpowiada - bo po prostu nie ma i już. W strzelaninie ulicznej między policjantami a bandytami trafiony został przechodzień i wiadomo tylko, że z broni policyjnej, a wszyscy policjanci mieli takie same spluwy i wszyscy z nich strzelali. Lekcja wuefu w przepelnionej szkole była źle zorganizowana, bo dzieci musiały ćwiczyć na korytarzu zamiast na sali gimnastycznej, jedno z nich skoczyło przez konia i wyrzuciło głową prosto w oszkloną gablotę ze sztandarem szkoły i portretem patrona.

Żeby poszkodowanemu ułatwić życie, w którymś momencie sądy zaczęły więc przyjmować jako przesłankę odpowiedzialności zamiast winy indywidualnej - **tzw. winę anonimową**, która w praktyce wymaga tylko stwierdzenia wad organizacyjnych w urzędzie, szpitalu, szkole czy jednostce wojskowej, żeby przyjąć, iż na pewno ktoś zaniedbał, więc należy się odszkodowanie, mimo że tak naprawdę to nie wiadomo, kto zawinił i czy zawinił.

Wiadomo tylko tyle, że szkoda została wyrządzona, a z przesłanek zawinienia da się stwierdzić tylko obiektywną nieprawidłowość (np. że pacjent w szpitalu został zakażony WSW typu B). Gdyby nie konstrukcja „winy anonimowej” poszkodowany nic by nie wskórał.

Pojęcie winy anonimowej (lub winy bezmiennej) jest tworem sztucznym, odrębnym od właściwej winy, skoro wina może zostać przypisana tylko personalnie. **W rzeczywistości „wina anonimowa” jest tylko pewną figurą myślenia prawniczego i opiera się na domniemaniach faktycznych.** Zostało to wprowadzone tylko i wyłącznie w celu ułatwienia poszkodowanym przeprowadzenia dowodu co do zawinienia, żeby mogli dzięki temu uzyskać odszkodowanie. Stosowane jest tylko na potrzeby przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej **osobie prawnej - czyli w tym przypadku szpitalowi, a nie wobec konkretnych osób jak ordynator, kierownik dyżuru czy lekarz prowadzący.**

„Wina anonimowa” oparta jest na następującym sposobie rozumowania: doszło do wyrządzenia szkody; szkoda jest rezultatem działania większej ilości osób. Da się stwierdzić obiektywną nieprawidłowość ich działania, w szczególności wadliwe funkcjonowanie całej placówki: poczty, szkoły, szpitala, komisariatu policji, zakładu karnego, jednostki wojskowej. Ta nieprawidłowość najpewniej wynika z czyjegós zamiedbania, ale nie wiadomo czyjego i poszkodowany nie jest w stanie tego wykazać. Wiadomy jest tylko „krąg podejrzanych”: personel danej placówki. Wobec tego, ażeby poszkodowany mógł udowodnić swoje racje, wystarczy **uproszczony sposób dowodzenia:** że poniesiona przez niego szkoda była normalnym następstwem wadliwego funkcjonowania placówki publicznej (państwowej lub samorządowej).

Sądy uznają istnienie medycznej „winy bezmiennej” (*vel* organizacyjnej) w razie np.:

- zaniedbań w organizacji (np. zajęć szkolnych, leczenia szpitalnego),
- wadliwych regulaminów organizacji pracy,
- braków ilościowych i jakościowych personelu,
- nieodpowiednich instrukcji władz nadrzędnych,
- wadliwego przepływu informacji o pacjencie między zmieniającym się personelem,
- wyrządzenia szkody wskutek niedbalstwa nie ustalonego członka zespołu wykonującego powiązane ze sobą czynności (np. któregoś z członków zespołu operacyjnego w szpitalu),

Przepisy prawa

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 4. 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.

Kodeks cywilny

Art. 415. Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Art. 430. Kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną **z winy tej osoby** przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Art. 446. § 1. Jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła **śmierć poszkodowanego**, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł.

§ 2. Osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego.

§ 3. Sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej.

§ 4. Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.