

Sygn. akt I C 48/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 maja 2017 r.

Sąd Okręgowy w Sieradzu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Przemysław Majkowski

Protokolant : sekr. Joanna Wołczyńska – Kalus

po rozpoznaniu w dniu 11 maja 2017 r. w Sieradzu

na rozprawie

sprawy z powództwa G. M. (1)

przeciwko Szpitalowi Wojewódzkiemu im. (...) S. W. w S.

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

1. zasądza od pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. na rzecz powódki G. M. (1) tytułem zadośćuczynienia kwotę 20.000,00 (dwadzieścia tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 6 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty,
2. w pozostałym zakresie powództwo oddala,
3. nakazuje pobrać od pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Sieradzu kwotę 870,00 (osiemset siedemdziesiąt 00/100) zł tytułem części opłaty sądowej od uiszczenia, której powódka była zwolniona oraz kwotę 2.586,44 (dwa tysiące pięćset osiemdziesiąt sześć 44/100) zł tytułem zwrotu części wydatków w sprawie poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa,
4. koszty procesu pomiędzy stronami wzajemnie znosi.

Sygn. akt I C 48/14

UZASADNIENIE

W dniu 12 lutego 2014 r. (data wpływu) pełnomocnik powódki G. M. (1) złożył w Sądzie Okręgowym w Sieradzu pozew, w którym wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała S. W. w S. na rzecz G. M. (1) kwoty 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia w związku ze śmiercią ojca z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 29 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty, kwoty 25.000 złotych tytułem odszkodowania w związku ze znacznym pogorszeniem sytuacji życiowej po śmierci ojca z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 29 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kwoty 2.000 złotych tytułem zwrotu kosztów związanych z pogrzebem ojca z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 29 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty, (pozew k. 2-14).

W odpowiedzi na pozew pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała S. W. w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o orzeczenie o kosztach sądowych według norm przepisanych, (odpowiedź na pozew k. 203-206).

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

W dniu 14 marca 2009 roku na Oddział Wewnętrzny SP ZOZ w S. przyjęty został pacjent S. M.. W chwili przyjęcia pacjent zgłaszał duszności kaszel, nudności, krwiotłucie, ogólne osłabienie oraz brak apetytu. Przed przyjęciem do szpitala (...) odczuwał dolegliwości w postaci bólów brzucha, wymiotów, ogólnego złego samopoczucia, utraty masy ciała oraz trudności w przyjmowaniu pokarmów. Od dnia 19 marca 2009 roku obowiązki Ordynatora Oddziału (...) Ogólnej SP (...) S. pełnił lek. med. P. P.. Tego dnia, o godzinie 16.00, z uwagi na pogarszający się stan zdrowia pacjenta S. M., w postaci m.in. krwawienia z przewodu pokarmowego, po stosownych konsultacjach został on przeniesiony na Oddział (...) Ogólnej. W tym czasie pozostawał on w kontakcie słowno - logicznym, często powtarzał, że źle się czuje, jednakże po sali i korytarzu szpitalnym poruszał się o własnych siłach. Miał stabilne parametry, nie gorączkował, a jego ogólny stan zdrowia nie uzasadniał prowadzenia ciągłej obserwacji pielęgniarstwa. Zgodnie z zaleceniami lekarza, pacjent położony został na sali ogólnej, gdzie przeprowadzano u niego dalsze badania, a także podawano mu kroplówki oraz dwa razy dziennie leki przeciwkrwotoczne. W dniu 20 marca 2009 roku stan zdrowia pacjenta S. M. był zbliżony do stanu z chwili przyjęcia go na Oddział (...) Ogólnej. Około godziny 22.15 lek. med. P. P., który tego dnia pełnił również obowiązki lekarza dyżurnego na Oddziale (...), dokonywał sprawdzenia wyników badania krwi pacjenta S. M., stwierdzając nieprawidłowości w postaci podwyższonej liczby białych krwinek, obniżonej liczby krwinek czerwonych, a także obniżonych wartości stężenia hemoglobiny oraz hemokrytu. Z uwagi na powyższe lek. med. P. P. zdecydował o konieczności przetoczenia S. M. jednostki koncentratu krwinek czerwonych i w tym celu polecił personelowi pielęgniarstwu sprawdzenie czy w szpitalnym Banku (...) znajduje się krew skrzyżowana dla tego pacjenta. Jego polecenie wykonała pielęgniarka H. A., która skontaktowała się telefonicznie z pełniącą dyżur w Szpitalnym Banku (...), w wyniku czego uzyskała informację, iż krew jest przygotowana dla pacjenta o nazwisku M. A. J. udzielając powyższej informacji sprawdziła jedynie nazwisko pacjenta, jednakże nie sprawdziła czy w Banku (...) znajduje się zapotrzebowanie na krew dla S. M.. W rzeczywistości w tym czasie w Banku (...) przygotowana była krew grupy A (...) + dla pacjenta o nazwisku J. M., który przebywał na Oddziale Ortopedii, a zapotrzebowanie na krew dla niego wypisała w dniu 19 marca 2009 roku dr A. F.. W wyniku opisanego powyżej rozmowy, H. A. poinformowała lek. med. P. P. o tym, iż w Banku znajduje się krew dla S. M.. Po dokonaniu dalszych niezbędnych czynności w tym zakresie, po krew dla S. M. do Szpitalnego Banku (...) udała się pielęgniarka Z. L.. Dyżurującej w Banku (...) przekazała, iż przysłała po krew dla pana M. z Oddziału (...). A. J., nie czytając przekazanych jej przez Z. L. dokumentów zapotrzebowania na krew oraz nie sprawdzając dokładnych danych pacjenta S. M., wydała Z. L. jedną jednostkę koncentratu krwinek czerwonych grupy A (...) +, która w istocie była skrzyżowana i przeznaczona dla pacjenta J. M.. W tym czasie na Oddziale (...) lek. med. P. P. dokonał identyfikacji danych z krwi i próby zgodności z danymi widniejącymi na pojemniku z krwią, nie sprawdzając jednak żadnych danych z danymi pacjenta z historii choroby. Nie stwierdzając żadnych nieprawidłowości, podpisał zgodę na przetoczenie o czym poinformował Z. L., która odebrała tę informację jako polecenie wykonania przetoczenia. Udała się więc do sali chorych, w której leżał pacjent S. M. i po przeprowadzeniu standardowych badań, podłączyła zestaw do przetaczania krwi, po czym rozpoczęła przetaczanie. Około godziny pierwszej w nocy H. A. stwierdziła, iż cały pojemnik krwi poj. 200 ml jest już pusty, wobec czego odpięła zestaw do przetaczania krwi. Pusty pojemnik zabrała ze sobą do dyżurki, gdzie znajdowała się otwarta książka transfuzyjna. Po porównaniu danych z pojemnika, książki transfuzyjnej oraz historii choroby pacjenta S. M., a także po krótkiej rozmowie z pielęgniarką Z. L., pielęgniarka H. A. stwierdziła, iż doszło do pomyłki, albowiem pacjentowi S. M. przetoczono krew obcą grupowo, która poznaczona była dla pacjenta J. M.. Wezwana do pacjenta S. M. dr M. N. zbadała niezwłocznie chorego, u którego stwierdziła niewielką duszność. Ciśnienie krwi oraz tętno były wówczas w normie. Poleciała podanie choremu leków zleconych przez dyrektor Regionalne Centrum (...) w Ł.. Pacjent przeniesiony został na salę obserwacyjną. Do godziny 7.00 rano S. M. był wydolny oddechowo i krążeniowo, jednakże wymiotował zhemolizowaną krwią. Około godziny 6.00 rano u chorego wystąpił bezmocz, a jego stan, pomimo leczenia, pogarszał się - nasilała się duszność, spadało ciśnienie krwi. Około godziny 10.00 rano, wobec dalszego pogarszania się stanu zdrowia pacjenta S. M., wezwano do niego lek. med. D. Ś. z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, która stwierdziła u S. M. zatrzymanie oddechu w przebiegu wstrząsu poprzetoczeniowego. Pacjenta zaintubowano oraz przeniesiono natychmiast na Oddział Intensywnej Terapii. Przez cały czas pacjent był nieprzytomny i utrzymywała się u niego niewydolność wielonarządowa. W dniu 24 marca 2009 roku o godzinie 5.50

rano, pomimo podjęcia czynności reanimacyjnych, pacjent S. M. zmarł, (dowód: dokumentacja medyczna dot. S. M. k. 50-181, 207-293, kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu k. 182, 184 kserokopia odpisu skróconego aktu urodzenia k. 183, 185, 186, zeznania powódki G. M. (1)- protokół rozprawy z dnia 11 maja 2017 r. 00:07:28-00:34:16 w zw. z k. 445v-446).

Wyrokiem z dnia 24 maja 2013 roku Sąd Rejonowy w Sieradzu II Wydział Karny w sprawie o sygn. akt: II K 1026/11 skazał wyżej wymienione osoby, przy czym: oskarżonego P. P. uznał za winnego tego, że w dniu 20 marca 2009 roku jako lekarz Oddziału (...), pełniąc w tym dniu dyżur nocny i będąc z tego tytułu zobowiązanym do opieki nad pacjentem przebywającym na oddziale, nie dokonał w sposób należyty identyfikacji krwi przyniesionej dla pacjenta S. M. i nie upewnił się czy pobrana ze Szpitalnego Banku (...) krew dla tegoż pacjenta jest tożsama grupowo z grupą krwi pacjenta S. M., po czym podjął decyzję o jej przetaczaniu, zlecając wykonanie tej czynności pielęgniarce, a następnie wbrew ciężącemu na nim obowiązkowi nie był obecny przy rozpoczęciu przetoczenia krwi pacjentowi S. M., w wyniku czego została temu pacjentowi przetoczona jedna jednostka krwi obcej grupowo. Oskarżoną Z. L. Sąd w tym wyroku uznał winną tego, że w dniu 20 marca, pełniąc w tym dniu dyżur nocny i będąc z tego tytułu zobowiązaną do opieki nad pacjentem przebywającym na oddziale, nie dokonała w sposób należyty identyfikacji krwi, która miała być przeznaczona dla S. M. podczas pobierania krwi z Banku (...), a następnie po uzyskaniu zgody dyżurującego lekarza P. P. na przetoczenie krwi pacjentowi S. M. nie dopełniła przewidzianego prawem obowiązku upewnienia się, czy pobrana przez nią krew z Banku (...) jest tożsama grupowo z grupą krwi pacjenta S. M., po czym dokonała bez udziału lekarza przetoczenia temu pacjentowi jednej jednostki krwi obcej grupowo. Z kolei oskarżoną A. J. Sąd uznał za winną tego, że w dniu 20 marca 2009 roku jako pracownik szpitalnego Banku (...) nie dopełniła ciężącego na niej obowiązku upewnienia się, czy wydawana przez nią jednostka koncentratu krwinek czerwonych dla pacjenta S. M., co do którego wykonywała wcześniej badania laboratoryjne krwi, jest tożsama z grupą krwi tego pacjenta, w ten sposób, że nie sprawdziła wydawanego pojemnika krwi z zapotrzebowaniem na krew dla tegoż pacjenta, po czym wydała Z. L. jedną jednostkę krwi przeznaczonej dla pacjenta J. M., przebywającego na Oddziale Ortopedii, a nie dla S. M., przebywającego na Oddziale (...) Ogólnej, przez co S. M. przetoczono jedną jednostkę krwi obcej grupowo, (dowód: kserokopia wyroku Sądu Rejonowego w Sieradzu z dnia 24 maja 2013 r. w sprawie II K 1026/11 k. 19-49,

Powódka G. M. (1) była córką zmarłego S. M.. Powódka posiada jeszcze trójkę rodzeństwa, pochodzącego od wspólnych rodziców. Powódka mieszkała w Ł. w odległości 90 km od miejsca zamieszkania ojca. Była samotna wychowywała dwoje dzieci z różnych związków. Pracowała jako pracownik ochrony. Zmarły odwiedzał ją i pomagał w opiece nad dziećmi. Przebywał u niej wtedy po kilka dni. Zaprzestał tej opieki na 6 miesięcy przed swoją śmiercią. Okazjonalnie przekazywał powódce kwoty po około 300 zł. Zmarły był wdowcem, nie posiadał majątku, mieszkał na wsi razem z córką M. M. (2), z którą prowadził wspólne gospodarstwo domowe. Dom w którym mieszkali był stary, nie posiadał instalacji centralnego ogrzewania, był wyposażony w łazienkę. W sprawie I C 49/14 z powództwa M. M. (2) przeciwko temu samemu pozwanemu i o takie same roszczenia wynika, że łazienkę zmarłemu na swój koszt wyremontował syn A. M., który również pomagał zmarłemu finansowo i rzeczowo. Zmarły nie posiadał gospodarstwa rolnego. Utrzymywał się z renty po zmarłej żonie oraz prac dorywczych. Zmarła odwiedzała ojca rzadko, nie miała wiedzy o jego stanie zdrowia. (dowód: zeznania powódki G. M. (1)- protokół rozprawy z dnia 11 maja 2017 r. 00:07:28-00:34:16 w zw. z k. 445v-446).

W toku postępowania sąd przeprowadził dowód z opinii biegłych celem zbadania stanu zdrowia zmarłego i określenia związku nieprawidłowej transfuzji z jego śmiercią. Biegli z Interdyscyplinarnego Centrum Medycznych (...) w K. stwierdzili, że na podstawie obserwacji opisanych w dokumentacji medycznej zmarłego należy ocenić, iż stan kliniczny pacjenta S. M. w momencie przyjęcia go na Oddział Wewnętrzny dnia 14 marca 2009r., a następnie na Oddział Chirurgiczny szpitala w S. był bardzo ciężki. Pacjent był przyjęty z powodu duszności, kaszlu, krwiotoczenia, ogólnego osłabienia, braku apetytu. Pacjent był wyniszczony. W trakcie hospitalizacji występowało krwiotoczenie oraz wymioty treścią fusowatą. Na podstawie powyższych objawów można orzec, iż pacjent był w stanie skrajnie terminalnego wyniszczenia nowotworowego. Znając ex post rozpoznanie u pacjenta (rozsiały proces nowotworowy) można orzec, iż pacjent przy przyjęciu do szpitala był w stanie skrajnego wyniszczenia nowotworowego w fazie terminalnej. U pacjenta, dodatkowo do istniejącego procesu nowotworowego, dołączyło się aktywne krwawienie

z masy nowotworów. Dodatkowo, u pacjenta z chorobą nowotworową i niedokrwistością, przetoczenie krwi nie tylko poprawia obiektywne parametry morfologiczne (Hb, Ht), ale także subiektywne samopoczucie. Rokowanie co do dalszego życia pacjenta, na podstawie jego stanu ogólnego, wyników parametrów laboratoryjnych oraz na podstawie wyników sekcji zwłok ex post, należy zdaniem biegłych ocenić jako negatywne, zaś czas potencjalnego przeżycia mógł być liczony nawet w kilku -kilkunastu dniach. W opinii biegłych należy uznać, że ze względu na przebiegający czynnie proces krwawienia z obniżeniem wartości hemoglobiny i hematokrytu u 69 letniego pacjenta (z podejrzeniem choroby nowotworowej), a także dodatkowych czynników: duszności i osłabienia, u pacjenta istniały wskazania do przetoczenia krwi, traktowanej w powyższym przypadku jako leczenie uzupełniające dla czynnie utrzymującego się krwawienia z przewodu pokarmowego, lecz także jako wyrównanie parametrów morfologicznych pacjenta przed potencjalną operacją chirurgiczną. Powikłania poprzetoczeniowe mogą wystąpić w trakcie transfuzji krwi, jej składników lub w krótkim czasie po jej zakończeniu - są to tzw. powikłania wczesne. Opóźnione powikłania poprzetoczeniowe występują zwykle po 24 godzinach po zakończeniu transfuzji. Objawy towarzyszące ostrym reakcjom poprzetoczeniowym (wczesnym) obejmują: gorączkę, dreszcze, zmiany ciśnienia tętniczego - jego spadek lub wzrost, zaburzenia oddychania z dusznością, przyspieszenie oddechu, świsty nad polami płucnymi, hipoksemię, zmiany skórne w postaci pokrzywki, bóle brzucha, nudności, wymioty, ciemny kolor moczu, krwawienie i objawy skazy krwotocznej. W ostrym odczynie hemolitycznym powstałym w następstwie przetoczenia krwi niezgodnej w układzie ABO (biorca - grupa „o”, dawca - grupa A (jak w powyższym przypadku), w objawach powikłania poprzetoczeniowego dominują dreszcze, gorączka, niepokój, bóle brzucha, bóle pleców, nudności, duszność, wahania ciśnienia tętniczego (początkowo wzrost, a później spadek), hemoglobinuria, niewydolność nerek, zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego. U pacjenta potwierdzono wystąpienie ostrego odczynu hemolitycznego (ostrej hemolizy) w następstwie przetoczenia krwi niezgodnej w układzie ABO. U pacjenta S. M. objawy reakcji poprzetoczeniowej (ostrego odczynu hemolitycznego) pojawiły się około 8 godzin od rozpoczęcia przetaczania krwi, a 6 godzin od zakończenia transfuzji niezgodnej krwi, jednakże biegli wskazali, że nie należy zapominać, iż odczyn ten nałożył się na istniejącą śmiertelną chorobę nowotworową w fazie terminalnej. Na podstawie znanym biegłym wyników sekcji zwłok, biegli uważają, iż wystąpiła w zakresie ciężkości stanu klinicznego pacjenta koincydencja pomiędzy wystąpieniem objawów powikłania poprzetoczeniowego z objawami skrajnie rozwiniętego, rozsianego procesu nowotworowego w fazie terminalnej. Wystąpienie objawów wstrząsu poprzetoczeniowego na pewno pogorszyło istniejący w momencie działania się tego procesu stan ogólny - kliniczny pacjenta, jednakże nałożyło się na istniejącą wcześniej skrajnie rozwiniętą chorobę nowotworową. Przetoczenie krwi niezgodnej w układzie ABO jest ciężkim powikłaniem poprzetoczeniowym, jednak nie zawsze prowadzi bezpośrednio do śmierci pacjenta. Ważnym czynnikiem jest tutaj stężenie (miano) naturalnych przeciwciał anty-A i anty-B z układu (...). W niektórych schorzeniach jak np. niewydolność układu immunologicznego (odpornościowego) pacjenta, także m.in. w procesie nowotworowym, miano przeciwciał może być niższe niż zwykle, co powoduje, że możliwa ostra reakcja poprzetoczeniowa jest mniej nasiloną lub nie wystąpi w ogóle. Zdaniem biegłych przyczyną wyjściową zgonu pacjenta nie był istniejący sam w sobie ostry odczyn poprzetoczeniowy, ale choroba podstawowa na którą cierpiał pacjent. W ocenie biegłych wyjściową przyczyną zgonu pacjenta był rozsiany proces nowotworowy. Tym samym biegli zdaniem biegłych, ze znacznym prawdopodobieństwem, przyczyną zgonu pacjenta była wyjściowo choroba nowotworowa w fazie skrajnie terminalnej, na którą nałożyła się ostra reakcja poprzetoczeniowa w następstwie przetoczenia niezgodnej grupowo krwi. Jednakże ewidentnie występujący ostry odczyn poprzetoczeniowy po transfuzji niezgodnej grupowo krwi w układzie ABO-nie stanowił wyjściowej przyczyny zgonu pacjenta, a jedynie stanowił współprzyczynę pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Pacjentowi w trakcie pobytu na oddziale Intensywnej Terapii dodatkowo jeszcze przetaczano krew, parametry hematologiczne u pacjenta były prawidłowe, a pojawiająca się niewydolność wielonarządowa była również spowodowana rozwiniętym w fazie zejściowej procesem nowotworowym. Tym samym biegli nie byli w stanie stwierdzić ewidentnie bezpośredniego związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy przetoczeniem niezgodnej grupowo krwi z objawami ostrego odczynu poprzetoczeniowego, a zgonem pacjenta S. M.. (dowód: opinia biura biegłych sądowych (...) (...) k. 331-346).

W toku kolejnych czynności Sąd dopuścił dowód z opinii innych biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. C. M.. W treści opinii biegli wskazali, że S. M., 69-letni mężczyzna, chorował na zaawansowany, rozległy nowotwór żołądka, naciekający całą grubość ściany żołądka i przechodzący na otrzewną. Choroba nowotworowa znajdowała się w fazie rozsiewu - występowały przerzuty do otrzewnej, węzłów chłonnych jamy brzusznej i do trzustki.

Owrzodzenie, znajdujące się w obrębie zmienionej nowotworowo ściany żołądka obficie krwawiło, co prowadziło do wystąpienia u pacjenta niedokrwistości pokrwotocznej, wymagającej wielokrotnego przetaczania preparatów krwi. Choroba przebiegała z zaburzeniami łaknienia (anoreksją), wymiotami i globalnym wyniszczeniem organizmu. W momencie przyjęcia do szpitala oraz w trakcie hospitalizacji przed przetoczeniem krwi niezgodnej grupowo w dn. 20.03.2009r., ogólny stan pacjenta S. M. wskazywał na podejrzenie źle rokującej choroby nowotworowej o prawdopodobnej lokalizacji w żołądku, z reakcją ogólnoustrojową - wysokie markery stanu zapalnego ((...) [neutrofilia], (...), prokalcytonina) oraz podwyższone parametry nerkowe - kreatynina, mocznik, eGFR (kwalifikujące chorego do 3 stadium przewlekłej choroby nerek). Chory wymiotował fusowatą treścią, oddawał smoliste stolce (wykładniki krwawienia do światła przewodu pokarmowego). Z uwagi na brak zgody na gastrofiberoskopię (odmowa wykonania badania), brak współpracy z personelem medycznym, tendencje do permanentnego pogarszania się parametrów czerwonokrwinkowych (podkrwawianie do światła przewodu pokarmowego, którego nie można było zahamować z uwagi na brak zgody na gastrofiberoskopię) chory wymagał przetaczania krwi (koncentratu krwinek czerwonych) ze wskazań życiowych. Ostatecznie zweryfikowana przyczyna krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego (nowotwór żołądka w IV - najbardziej zaawansowanym stadium klinicznym, z krwawieniem do światła przewodu pokarmowego); 3 stadium przewlekłej choroby nerek, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przesądzały, iż S. M. nie rokował szans na wyleczenie. Zakładając hipotetycznie, że pacjent wyraziłby zgodę na leczenie chirurgiczne w dniu, kiedy go odmówił, również nie istniałyby szanse na jego wyleczenie, natomiast mogłoby to przedłużyć jego życie w czasie mierzonym w kilku miesiącach. Brak zgody na leczenie chirurgiczne i endoskopowe mające na celu zahamowanie krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego stanowiło o realnym ryzyku zgonu S. M. w trakcie hospitalizacji od 15.03.2009 roku z powodu wieloprzyczynowych zakażeń w przebiegu utraty odporności, do której prowadzą liczne przetoczenia w związku z utrzymującym się przewlekłym intensywnym krwawieniem. Z uwagi na brak zgody S. M. na leczenie chirurgiczne przetaczanie krwi było jedynie postępowaniem paliatywnym. W treści opinii biegli wskazali, że do objawów związanych z przetoczeniem krwi obcogrupowej należą: wzrost temperatury, nudności, wymioty, bóle pleców, klatki piersiowej, bóle głowy, duszność, niepokój, hemoglobinuria (obecność hemoglobiny w moczu - ciemne zabarwienie moczu), hemoglobinemia, niewydolność nerek (objawiająca się m.in. skąpomoczem), zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego ((...)), spadek ciśnienia tętniczego i wstrząs. Jak wynika z dokumentacji medycznej u pacjenta S. M., podczas i bezpośrednio po transfuzji obcogrupowej krwi obserwowano: niepokój, bóle brzucha, nudności i wymioty, niewielką duszność spoczynkową. Jednak tego typu dolegliwości pacjent zgłaszał już wcześniej, przed transfuzją, i wynikały one z jego chorób podstawowych (czyli nowotworu żołądka, zmian zapalnych w płucach, POChP, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc). Z dokumentacji medycznej załączonej do akt sprawy nie wynika, aby podczas transfuzji niezgodnej grupowo krwi wystąpiły u S. M. ostre objawy poprzetoczeniowe. Wartości ciśnienia tętniczego, tętna i temperatury ciała nie uległy zmianie bezpośrednio po przetoczeniu krwi. Chory nie uskarżał się na dolegliwości bólowe pleców. Dopiero po kilku godzinach od przetoczenia około godziny 10:00 dn. 21.03.2009r. zaobserwowano objawy, które mogły wynikać z podania choremu niezgodnej grupowo krwi - utratę przytomności, niewydolność oddechową, spadek ciśnienia do nieoznaczalnego, skąpomocz, a później bezmocz. Przez kolejne dni obserwowano: powolne wzrastanie wskaźników niewydolności nerek a następnie cechy rozwijającego się zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego ((...)). Powyższe objawy są charakterystyczne dla przetoczenia niezgodnej grupowo krwi, ale nie są specyficzne dla tego schorzenia. W opiniowanym przypadku mogły być one związane zarówno z przetoczeniem niezgodnej grupowo krwi, jak i wynikać z rozwoju schorzeń podstawowych rozpoznanych u chorego, tj. zaawansowanej choroby nowotworowej żołądka. Chorobom nowotworowym często towarzyszy niewydolność nerek. Jak wynika z dokumentacji medycznej załączonej do akt sprawy u pacjenta S. M., w dniach poprzedzających transfuzję niezgodnej grupowo krwi - obserwowano 3 stadium przewlekłej niewydolności nerek (m.in. podwyższony poziom mocznika, kreatyniny, obniżony poziom filtracji kłębuszkowej - (...)). W tym przypadku na pogłębianie się niewydolności nerek oraz na zatrzymanie diurezy mógł mieć wpływ zbieg przyczyn, tj. z jednej strony postępująca choroba nowotworowa, z drugiej przetoczenie niezgodnej grupowo krwi. Niewydolność nerek mogła pogłębić się również w wyniku niewydolności krążenia w przebiegu chorób podstawowych S. M.. Przemawia za tym obraz histopatologiczny nerek - dla uszkodzenia nerek w przebiegu przetoczenia obcogrupowej krwi charakterystyczna jest martwica kanalików krętych (tzw. zespół dolnego nefronu). W badaniu nerek S. M. nie stwierdzono zmian, stwierdzono natomiast niecharakterystyczne śródmiąższowe zapalenie nerki. Zdaniem biegłych po analizie całokształtu wyników badań i objawów, należy zauważyć, że u S. M. wystąpił zespół wykrzepiania

wewnątrznaczyniowego (...)). Jest on jednak równie niecharakterystycznym objawem. W opiniowanym przypadku zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego mógł powstać zarówno w przebiegu choroby nowotworowej, jak i w wyniku przetoczenia niezgodnej grupowo krwi. Innymi występującymi w przebiegu przetoczenia niezgodnej grupowo krwi są objawy wstrząsu. Wystąpienie u S. M. objawów wstrząsu w dn. 21 marca 2009r. (spadek ciśnienia do nieoznaczalnego, utrata przytomności, niewydolność oddechowa, skąpomocz, a później bezmocz) miało złożoną, mieszaną, wieloczynnikową etiologię. Jedną z tych przyczyn mogło być przetoczenie choremu krwi obcej grupowo w pozwanym SP ZOZ w S. w dniu 20 marca 2009 r. Biegli podnieśli, że z uwagi na występujące u S. M. poważne choroby podstawowe (zaawansowane, terminalne stadium choroby nowotworowej, 3 przewlekłe stadium niewydolności nerek, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, krwawienie z przewodu pokarmowego, zapalenie płuc) brak jest możliwości postawienia sztywnej cezurę ustalającej, jak dalece nieprawidłowe przetoczenie pogorszyło stan zdrowia S. M.. Niewątpliwie pogorszyło wydolność nerek i wydolność oddechową. Na wstępie należy zaznaczyć, iż w momencie rozpoznania choroba nowotworowa (nowotwór żołądka) u S. M. była nieuleczalna - występowały nacieki otrzewnej, przerzuty odległe nowotworu (trzustka), obfite krwawienie do przewodu pokarmowego. Nie sposób wykazać, aby stwierdzony brak należytej staranności w wykonywaniu czynności związanych z przetoczeniem prowadzącym do przetoczenia niezgodnej grupowo krwi w układzie ABO był warunkiem wyłącznie decydującym o losie chorego. Można przyjąć że nieprawidłowe przetoczenie krwi niezgodnej grupowo w układzie ABO przyczyniło się do śmierci Pana S. M.. Natomiast nauki lekarskie nie dysponują narzędziem pozwalającym na precyzyjne wskazanie w jakim odsetku. Do zgonu pacjenta, wśród takich objawów jak w opiniowanym przypadku mogło dojść niezależnie od przetoczenia krwi niezgodnej grupowo, np. na skutek niewydolności wielonarządowej spowodowanej zbiegiem przyczyn (zaawansowane stadium choroby nowotworowej, masywne, ropne zapalenie płuc, POChP, przewlekła choroba nerek, przewlekłe istotne krwawienie z przewodu pokarmowego). We wnioskach końcowych biegli stwierdzili, że mając na uwadze powyższe, istotne stany kliniczne, mogące samoistnie doprowadzić do śmierci S. M. w każdej chwili, a było ich łącznie z omawianym błędem - 5, można przyjąć, iż nieprawidłowe przetoczenie przyczyniło się do śmierci Pana S. M. w 20% (dwudziestu procentach). Reasumując, w opiniowanym przypadku, popełniony błąd nie może być traktowany jako przesądający wyłącznie o związku przyczynowo-skutkowym ze śmiercią S. M., (dowód: opinia specjalistów z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...)) J. C. M. k. 388-398).

Powódka zgłosiła szkodę w dobrach osobistych pozwanemu SPZOZ w S. pismem z dnia 18 listopada 2013 r., doręczonego pozwanemu w dniu 28 listopada 2013 roku, wzywając go do likwidacji szkody w terminie 30 dni od dnia doręczenia zgłoszenia. Pismem z dnia 07 stycznia 2014 r., przesłanym przez pozwanego pełnomocnikowi powódki do wiadomości, pozwany przesłał zgłoszenie roszczeń do (...) S.A. wraz z wnioskiem o objęcie ochroną ubezpieczeniową zdarzenia związanego z leczeniem pacjenta S. M., (dowód: pismo pełnomocnika powodów k. 188-196, zgłoszenie szkody przez pozwanego k. 197).

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach, w szczególności: dowodach z dokumentów - nie budzących wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i nie kwestionowanych przez którąkolwiek ze stron, zeznaniach powódki G. M. (2) i dowodach z opinii biegłych lekarzy różnych specjalności.

Cały przebieg leczenia S. M. w SP ZOZ w S. Sąd ustalił w oparciu o dokumenty, zeznania powódki i oraz opinie biegłych. Odnośnie oceny prawidłowości podjętych wobec S. M. czynności medycznych oraz ustalenia przyczyn jego zgonu Sąd musiał zasięgnąć wiadomości specjalnych i w tym celu dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy różnych specjalności. W tym celu w pierwszej kolejności dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z interdyscyplinarnego centrum medycznego opinii sądowych (...) (...), a następnie z specjalistów z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. C. M.. Po wnikliwej i szczegółowej analizie wskazanych opinii sporządzonych przez biegłych, Sąd uznał, że są one jednoznaczne rzetelne, spójne ze sobą i w pełni odpowiadają na pytania Sądu oraz stron postępowania. Z opinii tych jasno wynika, że zachodzi związek przyczynowy między niewłaściwym zachowaniem personelu medycznego SP ZOZ w S. polegającym na omyłkowym podaniu pacjentowi S. M. krwi obcej grupowo, która poznaczona była dla pacjenta J. M., a jego zgonem, że u S. M. zdiagnozowano cztery jednostki chorobowe (zaawansowane stadium choroby nowotworowej, masywne, ropne zapalenie płuc, POChP, przewlekła choroba nerek, przewlekłe istotne krwawienie z przewodu pokarmowego), które mogły doprowadzić do zgonu pacjenta niezależnie od przetoczenia krwi

niezgodnej grupowo, np. na skutek niewydolności wielonarządowej spowodowanej zbiegiem przyczyn, oraz że z uwagi na występujące u S. M. poważne choroby podstawowe brak jest możliwości postawienia sztywnej cezur ustalającej, jak dalece nieprawidłowe przetoczenie pogorszyło stan zdrowia S. M., ale niewątpliwie pogorszyło wydolność nerek i wydolność oddechową oraz, że można przyjąć, iż nieprawidłowe przetoczenie przyczyniło się do śmierci S. M. w 20% (dwudziestu procentach).

Kompetencje biegłych zarówno z interdyscyplinarnego centrum medycznego opinii sądowych (...) (...), jak i z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. C. M. nie budzą przy tym wątpliwości z uwagi na wysoki poziom wiedzy prezentowany w pisemnych wypowiedziach. Do tego opinie są logiczne, wyczerpujące, a wnioski są kategoryczne i umotywowane w sposób dający możliwość prześledzenia ostatecznych konkluzji. Biegli przeprowadzili szczegółową analizę przebiegu leczenia S. M. w oparciu o załączoną do sprawy dokumentację medyczną, co umożliwiło im ustalenie, czy w sprawie wystąpił błąd ze strony personelu medycznego SP ZOZ w S. oraz jego zidentyfikowanie. Biegli w oparciu o zgromadzoną dokumentację medyczną władni również byli ustalić czy popełniony przez personel medyczny pozwanego SP ZOZ w S. był jedyną i wyłączną przyczyną zgonu pacjenta S. M.. Sporządzona przez biegłych opinie są zupełne, komunikatywne oraz obszernie uzasadnione. Do tego biegli odnieśli się do wszystkich zarzutów podniesionych przez strony w sposób przekonujący toteż brak jest podstaw do szczegółowego omawiania każdej z dwóch złożonych przez biegłych opinii.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo okazało się częściowo zasadne.

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.). Należy nadmienić, iż personel medyczny, w tym także lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie np. grafików operacji, dyżurów.

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściśle biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Odnośnie deliktowej odpowiedzialności lekarza i miary należytej staranności, jaka na nim spoczywa wskazać należy na wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r. (V CSK 287/09, LEX nr 786561), który stwierdził, że w takich przypadkach chodzi o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Odnośnie pojęcia bezprawności Sąd Najwyższy uznał, że należy je rozumieć szeroko, jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współzycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od

profesjonalistów w zakresie medycyny”. Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności.

Dopiero ustalwszy, że pozwana jednostka odpowiada za powstałe u zmarłego S. M. szkody na podstawie art. 430 k.c., należy rozważyć zaistnienie przesłanek dodatkowej ochrony udzielanej przez prawo pokrzywdzonemu, który doznał szkody na osobie, którymi obok odszkodowania są zadośćuczynienie i renta, opisane w treści przepisów art. 444 i 445 k.c.

W ocenie Sądu, biorąc pod uwagę opinię biegłych uzasadnione jest twierdzenie strony powodowej, że personel medyczny pozwanego szpitala nie wykonał z należytą starannością wszystkich swoich obowiązków. Przede wszystkim związek przyczynowy zgonu S. M. z przebiegiem leczenia polegał na: nieprawidłowym przetoczeniu krwi niezgodnej grupowo w układzie ABO. Biegli stwierdzili również co istotne, iż nauki lekarskie nie dysponują narzędziem pozwalającym na precyzyjne wskazanie w jakim odsetku opisane zachowanie personelu medycznego SP ZOZ przyczyniło się do zgonu pacjenta, że popełniony błąd nie może być traktowany jako przesądający wyłącznie o związku przyczynowo skutkowym ze śmiercią S. M., że istniało pięć bezpośrednich przyczyn, które doprowadziły do jego śmierci (nieprawidłowe przetoczenie krwi niezgodnej grupowo, zaawansowane stadium choroby nowotworowej, masywne, ropne zapalenie płuc, POChP, przewlekła choroba nerek, przewlekłe istotne krwawienie z przewodu pokarmowego) oraz, że nieprawidłowe przetoczenie przyczyniło się do śmierci S. M. w 20% (dwudziestu procentach). Opisane działanie w postaci nieprawidłowe przetoczenie krwi niezgodnej grupowo niewątpliwie stanowiło błąd medyczny ze strony prowadzącego czynności personelu medycznego, które pozwoliły uznać roszczenia powodów oparte o art. 430 k.c. za usprawiedliwione co do zasady.

Bezprawność w prawie cywilnym oznacza sprzeczność zachowania się sprawcy z przepisami prawa zawartymi w różnych jego gałęziach oraz z zasadami współżycia społecznego, czy też dobrymi obyczajami (por. np. W. Czachórski, w: System Prawa Cywilnego, t. III, cz. 1, Ossolineum 1981, s. 533-534, Z. Radwański, Zobowiązania – część ogólna, Warszawa 2001, s. 170 i nast.; G. Bieniek, w: Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I, Warszawa 2009, s. 294; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357; wyrok SN z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95; wyr. SN z 20.1.2009, II CSK 423/08, Legalis). Dominujące w polskiej nauce i praktyce szerokie ujęcie bezprawności związane jest z tradycyjnym zaliczaniem do kryteriów bezprawności nie tylko przepisów ustawy, ale i wyznaczających reguły ostrożności zasad współżycia społecznego, zasad wykonywania zawodu, czy też zdrowego rozsądku (por. R. Longchamps de Brier, Zobowiązania, s. 231 i nast.; M. Sośniak, Bezprawność zachowania, s. 102 i nast.; W. Czachórski, w: System, t. III, cz. 1, s. 533 i nast.; W. Czachórski Zobowiązania. Zarys wykładu. Warszawa 2004, s. 202; G. Bieniek, w: Komentarz 2009, I, s. 296-297; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357). W innym ujęciu za bezprawne należy uznać każde zachowanie naruszające dobra podmiotu prawa cywilnego, z którego wynika szkoda, tak długo, jak długo nie zachodzi dodatkowa okoliczność, z którą przepis prawa lub powszechnie uznane zasady wiążą wyłączenie bezprawności (por. B. Lanckoroński, w: K. Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz. Warszawa 2013, Legalis, komentarz do art. 415, Nb 43 i powołana tam literatura). Przyjęcie winy jako przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej oznacza, że podstawą zasądzenia odszkodowania będzie każdy najmniejszy nawet stopień zawinienia, a więc do granic culpa levissima. Według dominującej obecnie w nauce prawa cywilnego teorii normatywnej wina sprowadza się najogólniej do możliwości postawienia sprawcy zarzutu niewłaściwego zachowania się. Przy takim założeniu niedbalstwo ocenia się według zobiektywizowanego kryterium staranności (stosowanie miernika in abstracto). Nie uwzględnia się zatem rzeczywistych cech osobowych sprawcy, a jedynie zachowanie się sprawcy w ściśle określonych warunkach zewnętrznych. Zobiektywizowanie kryteriów niedbalstwa wynika nie tylko z treści obowiązujących przepisów (art. 355 k.c.), ale także z potrzeb natury dowodowej, ułatwia bowiem przeprowadzenie dowodu winy. Nie oznacza to jednak, iż model starannego postępowania musi być w każdym przypadku jednakowy. Wynika to wprost z treści art. 355 § 1 odwołującego się do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju. Wyznaczenie modelu staranności właściwego dla stosunku danego rodzaju pozwala na dokonanie oceny uwzględniającej zachowanie się sprawcy w ściśle określonych warunkach zewnętrznych

(por. Z. Banaszczyk (w:) Kodeks cywilny. Komentarz do art. 1 – 449 10 pod red. Krzysztofa Pietrzykowskiego, Wydawnictwo C.H.Beck 2013, Legalis, komentarz art. 415, Nb 19 -20 i powołana tam literatura). W odniesieniu do szkody wyrządzonej przez lekarza Sąd Najwyższy wskazał, iż w takich przypadkach wzorzec staranności wyznaczany jest przez wiele indywidualnych czynników, takich jak: "kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia" (por. wyr. Sądu Najwyższego z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95).

W ocenie Sądu pracownicy pozwanego szpitala, mimo ciężącego na nich prawnego obowiązku podejmowania działań służących ochronie zdrowia pacjenta, zamiast podjęcia rekomendowanych dodatkowych czynności sprawdzających zgodność podawanej S. M. krwi z jego własną grupą krwi, podjęli działania błędne, obarczone ogromnym ryzykiem, co doprowadziło do gwałtanego oraz nieodwracalnego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta i w ostateczności do jego zgonu, co w konsekwencji skutkuje uznaniem ich działań za bezprawne.

W świetle przytoczonych rozważań, a w szczególności opinii biegłych, w rozpoznawanej sprawie, działania podjęte przez personel medyczny były sprzeczne z obiektywnym wzorcem należytej staranności lekarza oraz pielęgniarki. W konsekwencji powyższego zachodzą podstawy do postawienia pracownikom pozwanego Szpitala zarzutu bezprawnego zachowania i zaniechania. Wina personelu pozwanego szpitala jest ewidentna, gdyż była to wina lekarza P. P. i pielęgniarki Z. L., którzy nie dokonali w sposób należyty identyfikacji krwi przyniesionej dla pacjenta S. M. oraz wina pielęgniarki A. J., która nie dopełniła ciężącego na niej obowiązku upewnienia się, czy wydawana przez nią jednostka koncentratu krwinek czerwonych dla pacjenta S. M., co do którego wykonywała wcześniej badania laboratoryjne krwi, jest tożsama z grupą krwi tego pacjenta. Powyższe zostało potwierdzone w wyroku Sądu Rejonowego w Sieradzu z dnia 24 maja 2013 r. w sprawie II K 1026/11, w którym Sąd ten uznał wymienionych członków personelu medycznego SP ZOZ w S. za winnych dokonania zarzucanych im czynów. Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 11 k.p.c. ustalenia wydane w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. Istota związania sądu cywilnego skazującym wyrokiem karnym na podstawie art. 11 k.p.c. wyraża się tym, że w skład podstawy faktycznej rozstrzygnięcia sądu cywilnego wchodzi czyn opisany w sentencji karnego wyroku skazującego, a sąd ten jest pozbawiony możliwości dokonywania ustaleń w tym zakresie, w tym w szczególności w zakresie ustaleń odmiennych niż przeniesione na podstawie tego wyroku z procesu karnego. Oznacza to zaś, że w sprawie cywilnej jedynie te okoliczności nie mogą być przedmiotem postępowania dowodowego, ani oceny sądu. Kolejną przesłanką wymaganą przy odpowiedzialności odszkodowawczej jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym działaniem personelu medycznego, a powstałą szkodą u pacjenta.

Zaznaczyć także należy, że w przypadku szkód związanych z leczeniem, poszkodowany z reguły nie jest w stanie w sposób ścisły udowodnić oddziaływania czynnika szkodzącego. W celu ułatwienia poszkodowanym dochodzenia odszkodowania w orzecznictwie przyjmowana jest konstrukcja tzw. dowodu *prima facie*, który polega na wykazaniu prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. W wyroku z 17.6.1969 r. (II CR 165/69, L.) Sąd Najwyższy stwierdził, że "Istnienie takiego związku, gdy chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, to też do przyjęcia go wystarcza, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa". W wyroku z 4.10.1974 r. (II CR 415/74, L.) Sąd Najwyższy uznał, że dla ustalenia odpowiedzialności za zakażenie w trakcie pobytu w szpitalu wystarczające jest udowodnienie złego stanu sanitarnego placówki, który stwarzał prawdopodobieństwo takiego zakażenia, nierealne jest stawianie przed poszkodowanym wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu. Podobnie w wyroku z 4.11.2005 r. (V CK 182/05) Sąd Najwyższy przyjął, że dla przyjęcia istnienia związku przyczynowego między pobytym pacjenta w szpitalu a doznany zakażeniem wystarczające jest ustalenie istnienia "prawdopodobieństwa wysokiego stopnia".

W realiach niniejszej sprawy należało uznać, że przyczyną szkody poniesionej przez S. M. było działanie zarówno lekarza jak i pielęgniarek, którzy dokonali nieprawidłowego przetoczenia krwi niezgodnej grupowo w układzie ABO co przyczyniło się do śmierci pacjenta. Z opinii biegłych wynika, że istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy błędną decyzją o podaniu S. M. krwi niezgodnej grupowo a wystąpieniem skutku w postaci zgonu. Biegli z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. C. M. stwierdzili bowiem jednoznacznie, że można przyjąć, iż

nieprawidłowe przetoczenie przyczyniło się do śmierci S. M. w 20% (dwudziestu procentach). Uszczerbek doznany przez pacjenta został spowodowany niewłaściwym, niezgodnym z procedurami postępowaniem w trakcie czynności medycznej przetaczania krwi. Strona powodowa wykazała zatem, że istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy skutkiem w postaci śmierci pacjenta, a zachowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala. Tym samym uznać należy, że powstanie szkody u S. M. wiązało się z postępowaniem lekarza P. P. oraz pielęgniarek Z. L. i A. J.. Szkada ta została spowodowana przez lekceważenie obowiązków i przeciętnej staranności przy świadczeniu usług medycznych związanych z opieką nad pacjentem. Mając powyższe na względzie, a także przyczyny doznanej krzywdy Sąd uznał za słuszne przyznanie zadośćuczynienia powodowi powódce G. M. (1), będącej dzieckiem zmarłego. Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia na rzecz powódki stanowił przepis art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić pokrzywdzonemu przezwyciężenie ujemnych przeżyć. Powinno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy, w tym w szczególności rozmiaru doznanych cierpień, ich intensywności, długotrwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku.

Nagła śmierć ojca była dla powódki wydarzeniem trudnym i bolesnym. Wywołała właściwy okres żałoby, który przebiegał prawidłowo i został zakończony. Obecnie G. M. (1) funkcjonuje prawidłowo w relacjach rodzinnych oraz rolach społecznych. Sąd miał także na uwadze, iż od dnia zdarzenia upłynęło ponad 8 lat a także iż w chwili obecnej powódka wiezie normalne życie rodzinne. Poczucie straty bliskiej osoby zawsze będzie odczuwane jako smutne, przykre, ale siła tego uczucia wraz z upływem czasu maleje, co pozwala na niezaburzone funkcjonowanie psychologiczne powódki w codziennym życiu, w życiu osobistym oraz zawodowym. Dlatego też Sąd nie dał wiary twierdzeniom powódki, że stopień jej cierpień był i jest nadal tak duży by uwzględnić powództwo w zakresie zadośćuczynienia w całości. Niewątpliwie G. M. (1) wskutek śmierci ojca oraz przerwania istniejącej z nim więzi rodzinnych doznała krzywdy, niemniej jednak, w ocenie Sądu, jej roszczenie z tytułu zadośćuczynienia jest zdecydowanie zbyt wygórowane. Rozważając nad wysokością należnego powodce zadośćuczynienia Sąd miał również na uwadze stan zdrowia S. M., który w czasie pobytu w marcu 2009 r. w SP ZOZ Szpitalu im. (...) S. W. w S., jak wynika z opinii biegłych, cierpiał na przynajmniej cztery jednostki chorobowe, które w niedługim czasie z bardzo dużym prawdopodobieństwem granicznym z pewnością i tak doprowadziłyby do zerwania więzi rodzinnej łączącej G. M. (1) z ojcem. Zważywszy na powyższe okoliczności rozpatrywanej sprawy Sąd uznał za zasadne żądanie zasądzenia na rzecz powódki G. M. (1) od pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. zadośćuczynienia w kwocie 20.000 złotych. Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia, Sąd miał na względzie, że zmarły był ojcem wymienionej, z którym powódkę łączyła szczególnie bliska więź wynikająca z bliskiego pokrewieństwa.

Przechodząc do żądania powódki G. M. (1) odnośnie zwrotu kosztów pogrzebu wskazać należy, iż zgodnie z art. 446 § 1 k.c. 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. W orzecznictwie wskazuje się, że koszty pogrzebu obejmują zwrot kosztów bezpośrednio z pogrzebem związanych (jak przewóz zwłok, nabycie trumny, zakup miejsca na cmentarzu i in.), jak również zwrot wydatków, odpowiadających zwyczajom danego środowiska. Do tych wydatków zalicza się koszt postawienia nagrobka (w granicach kosztów przeciętnych, jeżeli nawet koszty rzeczywiste były znaczne, np. z uwagi na materiał lub wystrój nagrobku, wyższe), wydatki na wieńce i kwiaty, koszty zakupu odzieży żałobnej i in. Do tych wydatków należy zaliczyć także wydatki na poczęstunek biorących udział w pogrzebie osób, przy uwzględnieniu okoliczności konkretnego przypadku, skoro jest to zwyczaj w zasadzie powszechnie przyjęty, zwłaszcza jeżeli jest w danym środowisku stosowany, i dotyczy przede wszystkim krewnych zmarłego (bliższych i dalszych członków rodziny), jak również innych osób bliżej z denatem związanych, np. najbliższych współpracowników itp. Koszt takiego poczęstunku, utrzymany w rozsądnych, stosownie do okoliczności, granicach podlega zwrotowi na równi z innymi kosztami pogrzebu zgodnie z art. 446 § 1 k.c. (por. wyrok SN z 6.01.1982 r., II CR 556/81 oraz wyrok SN z 22.1.1981 r., II CR 600/80). Niemniej jednak warunkiem uwzględnienia roszczenia o zwrot określonych kosztów jest fakt ich realnego poniesienia przed wytoczeniem powództwa.

Pełnomocnik powódki w pozwie żądał wypłaty przez pozwanego kwoty 2.000 zł tytułem zwrotu kosztów pogrzebu, na która składały się koszty dojazdu, koszty zakupu ubrań żałobnych dla powódki i jej córek oraz koszty zakupu kwiatów. Sąd nie uwzględnił jednak roszczenia strony powodowej w tym zakresie albowiem stwierdził, że w żaden sposób nie udowodniła ona, iż istotnie poniosła żądane koszty. W szczególności G. M. (1) nie przedłożyła żadnych faktur, bądź rachunków, które potwierdziłyby uiszczenie dochodzonych kwot. Poza twierdzeniami strony powodowej brak bowiem było jakichkolwiek innych dowodów potwierdzających, iż G. M. (1) pokryła jakiegokolwiek koszty z tytułu pogrzebu S. M.. Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Skoro zatem powódka domagała się zasądzenia na jej rzecz zwrotu kosztów pogrzebu, które rzekomo poniosła, bezspornie winna była udowodnić, iż koszty takowe poniosła oraz ich wysokość, czemu w niniejszej sprawie nie sprostała. W oparciu o powyższe Sąd oddalił roszczenie G. M. (1) w przedmiocie zwrotu kosztów pogrzebu.

Sąd oddalił również roszczenie powódki G. M. (2) o zasądzenie na jej rzecz kwoty 25.000 złotych tytułem odszkodowania w związku ze znacznym pogorszeniem sytuacji życiowej po śmierci ojca z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 29 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty. Odnośnie roszczenia o zasądzenie odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w pierwszej kolejności wypada wskazać, iż jego podstawę prawną stanowi art. 446 § 3 k.c., zgodnie z którym sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Odszkodowanie to obejmuje szkody majątkowe, których nie uwzględnia się przy zasądzeniu renty (art. 446 § 2 k.c.). Szkody te wyrażają się w ogólnym, znacznym pogorszeniu warunków życiowych, w jakich znaleźli się najbliżsi członkowie rodziny zmarłego. Powoduje ono nie tylko uszczerbek w aktualnej sytuacji materialnej, ale również w możliwości polepszenia warunków życiowych w przyszłości i w ograniczeniu planów życiowych. Nie chodzi przy tym o przyznanie zadośćuczynienia za same cierpienia związane ze śmiercią osoby najbliższej. Natomiast ocena „znacznego pogorszenia” zależna jest od rozmiarów ujemnych następstw natury majątkowej wywołanych przez śmierć osoby najbliższej (por. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 26 października 1970 r., III PZP 22/70, OSNCP 1971/7-8/120, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 listopada 1977 r. IV CR 419/77 opubl. Lex nr 8025).

W świetle powołanych poglądów, przesłanką zasądzenia odszkodowania jest wystąpienie znacznego pogorszenia sytuacji życiowej najbliższych członków rodziny zmarłego. Ocena czy żądanie jest uzasadnione wymaga ustalenia, jaka była sytuacja życiowa rodziny zmarłego przed wypadkiem oraz czy i o ile uległa ona pogorszeniu na skutek jego śmierci. Pogorszenia sytuacji życiowej, o którym mowa w art. 446 § 3 k.c. nie można sprowadzać do prostego zmniejszenia dochodów lub zwiększenia wydatków najbliższych członków rodziny zmarłego. Szkody majątkowe prowadzące do znacznego pogorszenia bieżącej lub przyszłej sytuacji życiowej osoby najbliższej zmarłemu są często nieuchwytnie lub trudne do obliczenia. Często wynikają z obniżenia aktywności życiowej i ujemnego wpływu śmierci osoby bliskiej na psychikę i stan somatyczny, co niekiedy przejawia się w konkretnej chorobie (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 lutego 2004 roku sygn. V CK 269/03, opubl. LEX nr 238971). Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej uprawnionego w rozumieniu art. 446 § 3 k.c. zależne jest zatem od rozmiarów ujemnych następstw o charakterze majątkowym, a także zmian w sferze dóbr niematerialnych uprawnionego wywołanych przez śmierć osoby bliskiej, już istniejących oraz dających się przewidzieć w przyszłości na podstawie zasad doświadczenia życiowego. Jego ocena powinna być oparta na szczegółowej analizie sytuacji osoby uprawnionej z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mają wpływ na jej warunki i trudności życiowe, stan zdrowia (w tym jego ewentualne pogorszenie wywołane śmiercią osoby najbliższej) wiek, stosunki rodzinne i majątkowe, a w odniesieniu do małoletnich dzieci dodatkowo wpływają na warunki wychowawcze i na jej porównaniu z sytuacją, w jakiej znalazłby się uprawniony, gdyby nie śmierć osoby bliskiej. Prawidłowa wykładnia pojęcia "stosowne odszkodowanie" powinna uwzględniać nie tylko okoliczności konkretnej sprawy, ale także realną wartość ekonomiczną. Musi ono wyrażać się sumą wymierną, stanowiącą adekwatne przysporzenie dla uprawnionego, a zarazem uwzględniającą ocenę większości rozsądnie myślących ludzi. Odszkodowanie należne na podstawie art. 446 § 3 k.c. nie jest odszkodowaniem pełnym w rozumieniu art. 361 § 2 k.c., lecz z woli ustawodawcy "stosownym", tj. takim, które ułatwi przystosowanie się uprawnionemu do zmienionej sytuacji życiowej. Dyspozycja tego przepisu nie obejmuje zatem obowiązku wyrównania wszystkich szkód ustalonych detalicznie, pozostających w związku przyczynowym ze śmiercią członka bliskiej rodziny, gdyż ze swej natury jest to

kompensacja o charakterze ryczałtowym (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 października 2008 roku w sprawie II CSK 143/08, z dnia 16 kwietnia 2008 r. w sprawie V CSK 544/07, z dnia 24 października 2007 r. w sprawie IV CSK 194/07).

Przenosząc powyższe rozważania na kanwę niniejszej sprawy stwierdzić należy, że ogół zebranych w sprawie dowodów nie dostarczył informacji, iż wskutek śmierci S. M. znacznie pogorszyła się sytuacja życiowa powódki G. M. (2). Z zeznań samej powódki wynika bowiem, że zmarły ojciec był osobą starszą, ubogą, która miała problemy z własnym utrzymaniem i w zasadzie sama stale wymagała pomocy finansowej. Podkreślić w tym miejscu należy, że zmarły sam utrzymywał się jedynie z renty w wysokości kilkuset złotych miesięcznie oraz z wynagrodzenia za pracę dorywczą, które również było niskiej wysokości. Powyższe jednoznacznie wskazuje, że S. M. nie było stać na to, aby udzielać pomocy finansowej swoim dzieciom. Podkreślić również w tym miejscu należy, że G. M. (1) w żaden sposób nie wykazała, że istotnie S. ojciec przekazywał jej regularnie wskazane kwoty na utrzymanie siebie oraz dzieci. Nadto, w ocenie Sądu, nawet gdyby przyjąć za powódką, że faktycznie zmarły przekazywał jej nieregularnie kwotę 300 zł to utratę tego dochodu nie można uznać za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej. Zważyć także należy, że już pół roku przed śmiercią ojciec przestał pomagać powódce w opiece nad dziećmi ponieważ powódka młodszego dziecko oddała do żłobka, a bieżącą opiekę w domu sprawował partner powódki. Ogół zaprezentowanych powyżej okoliczności jasno dowodzi, że wskutek śmierci ojca S. M. sytuacja materialna powódki nie uległa znacznemu pogorszeniu.

O odsetkach od zasądzonych zadośćuczynienia oraz odszkodowania rozstrzygnięto po myśli art. 481 § 1 k.c. w myśl którego, odsetki należą się, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Roszczenia z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowania nie są roszczeniami pieniężnymi sensu stricto (patrz art. 363 § 1 k.c.), a stają się takimi dopiero po skonkretyzowaniu jako żądań zapłaty określonej sumy pieniężnej. Opóźnienie w zapłacie po takim wezwaniu rodzi zatem roszczenie o zasądzenie odsetek ustawowych, zgodnie z art. 481 § 1 k.c. Ponieważ pozwany został wezwany do zapłaty w dniu 05 grudnia 2013 r. i termin dobrowolnego spełnienia przez niego świadczenia upłynął w dniu 05 stycznia 2014 r., dlatego też zasadnym było zasądzenie odsetek od dnia następnego.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. i uwzględniając wynik postępowania (pozwany przegrał proces w 20 %) nakazano pobrać od pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Okręgowego w Sieradzu kwotę 870 zł (20 % x 4.350 zł= 870 zł) tytułem części opłaty sądowej od uiszczenia której powódka była zwolniona oraz kwotę 2.586,44 złotych (20 % x 12.932,22 zł= 2.586,44 zł) tytułem zwrotu części wydatków w sprawie poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa. Z uwagi na fakt, że obie strony były reprezentowane przez profesjonalnych pełnomocników, należało na podstawie art. 100 k.p.c. znieść koszty procesu pomiędzy stronami.