

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 12 grudnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Katarzyna Szmytke

Protokolant: Kacper Łuczak

po rozpoznaniu w dniu: 26.09.2017 r. w P.

sprawy z powództwa: **J. K.**

przeciwko: (...) **Szpitalowi Miejskiemu im (...) z Zakładem (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w P.**

o: zapłatę, rentę i ustalenie

1. Powództwo w całości oddala.
2. Nie obciąża powoda kosztami niniejszego procesu.

/-/K. Szmytke

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym do tut. Sądu w dniu 28 grudnia 2012 r. (k. 1-18), powód J. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego SPZOZ (...) Szpitala Miejskiego im. (...) z zakładem opiekuńczo leczniczym z siedzibą w P. na swoją rzecz kwoty 968.300,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty, na którą to sumę składają się: 318.300,00 zł tytułem odszkodowania za szkody (wydatki) spowodowane uszkodzeniem przez pozwanego ciała powoda, 600.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za cierpienia i krzywdy przezeń doznane oraz 50.000,00 zł tytułem zadośćuczynienia za naruszenie jego praw jako pacjenta. Ponadto inicjator procesu wniósł o: - zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz renty w wysokości 5.000,00 zł miesięcznie, począwszy od dnia 01 sierpnia 2012 r. płatnej, z góry do dnia dziesiątego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek z jej kwot, - ustalenie, że pozwany będzie ponosił odpowiedzialność za dalsze, mogące wystąpić w przyszłości skutki zaniedbań w jego leczeniu oraz o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów jego zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Powód wnioskował także o zwolnienie go od kosztów sądowych, wskazując na niemożność ich poniesienia bez uszczerbku dla utrzymania siebie i rodziny.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że był hospitalizowany w pozwanym Szpitalu od dnia 18 września 2010 r. do 23 listopada 2010 r. - po tym gdy doszło do pęknięcia tętniaka w jego mózgu, powstania krwaka śródmózgowego prawej okolicy czołowej z obrzękiem mózgu a w konsekwencji powyższego do wypadku komunikacyjnego. W dacie przyjęcia do szpitala przeszedł zabieg usunięcia krwaka śródmózgowego, w okresie od 18.10.2010 r. do 03.11.2010 r. przebywał na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM), a następnie został przewieziony na Oddział Leczenia Udarów Mózgu. 23 listopada 2010 r. wypisano go do domu. Do miejsca zamieszkania wrócił z rozległymi i niezaleczonymi odleżynami powstałymi w trakcie hospitalizacji: na kości krzyżowej, talerzu biodrowym po stronie lewej, łopatkach, kręgosłupie, obu kościach piętowych i na prawym uchu. Ponadto u powoda zostało ujawnione zakażenie bakterią gronkowca, które skutkowało masywną infekcją dróg moczowych.

W ocenie powoda, personel szpitalny nie dopełnił swoich obowiązków pielęgnacyjnych wobec niego i pogwałcił jego prawa jako pacjenta oraz zasady wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki, poprzez zaniedbanie czynności, które zapobiegłyby powstaniu u niego głębokich i rozległych odleżyn a w ich następstwie zaawansowanej martwicy tkanek sięgającej mięśni czy kości, w szczególności nie zastosował skutecznych środków zaradczych w sytuacji, gdy na jego ciele pojawiły się pierwsze objawy odleżyn: obrzęk, zasinienia, złuszczenia się skóry a także nie przeprowadził skutecznego leczenia już powstałych odleżyn, w celu ich likwidacji. Pozwany nie wyraził także zgody na samodzielne podejmowanie przez małżonkę powoda środków zaradczych, takich jak zorganizowanie i opłacenie dodatkowej opieki pielęgniarskiej ze wzmoczoną pielęgnacją jego skóry czy zakup materaca przeciwoleżynowego.

Po wypisaniu do domu, powód, zgodnie z zaleceniami lekarzy wynajętych przez swą małżonkę, został poddany długotrwałej antybiotykoterapii, przeszedł na specjalną dietę oraz podjęto u niego prawidłowe leczenie i pielęgnację owrzodzeń troficznych i ran, łącznie z nacinaniem martwej skóry i usuwaniem zgniłej tkanki i fragmentów kości. Znaczne dolegliwości bólowe wywołane zmianami martwiczymi i zabiegami nasilały się powodując u powoda nawracające ataki duszności i nerwicy. Konieczne było również leczenie zarażenia gronkowcem, a także ujawnionego wówczas zapalenia oskrzeli. Powód w zw. z odleżynami na jego ciele miał trudności z podstawowymi czynnościami fizjologicznymi (wypróżnieniami), które powodowały ogromny ból i zmuszały go do przyjmowania leków przeciwbólowych. Wymagał też będąc w tym stanie - całodobowej opieki.

W ocenie powoda zatem zachowanie personelu medycznego pozwanego, a przede wszystkim brak wdrożenia stosownych zabiegów leczniczych zapobiegających i likwidujących wskazane schorzenia naruszył jego prawa jako pacjenta oraz uniemożliwił jego prawidłową rehabilitację poudarową (np. wg logopedy w trakcie jego pracy z powodem powinien on przejmować pozycję siedzącą, jednak nie było to możliwe z uwagi na odleżynę na kości krzyżowej; odleżyny nie pozwalały także długo na wykonywanie mu ćwiczeń mających na celu odzyskanie równowagi, zmysłu dotyku czy świadomości przestrzennej) a także wywołały ogromne cierpienia psychiczne i fizyczne.

W pozwie wskazano, że na kwotę 318.300 zł składają się wydatki poniesione w okresie od września 2010r. do końca listopada 2012r. na: - zakupy łóżka szpitalnego, z materacem przeciwoleżynowym, lekarstw, środków pielęgnacyjnych, odżywczych (dla potrzeb diety wysokobiałkowej), sanitarnych (środki dezynfekujące, pieluch) itp. za 144.604 zł (przy czym tylko część tych wydatków na kwotę 35.455 zł jest wykazana rachunkami i fakturami; - wynagrodzenia dla osób wykonujących różne usługi medyczne i czynności leczniczo – opiekuńcze wobec powoda za 173.700 zł. (w tym: 2.400 zł na zabiegi leczenia ran odleżynowych, 79.000 zł za prowadzenie specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych związanych z ranami, 17.900 zł za zabiegi neurologopedyczne niezbędne dla uzdatniania przełykania pokarmów przy bólach odleżynowych, 48.000 zł za codzienną opiekę bieżącą - mycie karmienie, potrzeby fizjologiczne, 8.400 zł za masaże rehabilitacyjne, 18.000 zł za opiekę pielęgniarską – opatrunki i przemywanie ran). Uzasadniając roszczenie o rentę powód wskazał, że leczenie ran odleżynowych nadal trwa – jest to bowiem proces długotrwały wymagający nieustannego ponoszenia w/w wydatków. Przedzielenie kwoty 318.304 zł przez 24 miesiące ujawnia zwiększone potrzeby powoda na poziomie 13.262 zł miesięcznie. Przy założeniu, że dalsze leczenie potrwa (wg pozyskanej opinii lekarskiej) jeszcze przez rok od momentu złożenia pozwu, a wydatki, w skutek postępów w leczeniu zmniejszą się o połowę to renta winna zostać określona na poziomie 6.100 zł, jednak powód domaga się jej jedynie w kwocie 5.000 zł. Powód wskazał, że odpowiedzialność pozwanego jest odpowiedzialnością za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym (art. 430 i 445 k.c.).

Uzasadniając towarzyszący pozwowi wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych inicjator procesu podniósł, że jest osobą, wobec której została orzeczona od 18.09.2010r. całkowita niezdolność do pracy. Legitymuje się też orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Nie ma stałego źródła dochodów. Utrzymuje się ze skromnego zasiłku, który nie pozwala mu na pokrycie bieżących wydatków życia codziennego ani tym bardziej związanych z koniecznym leczeniem.

Postanowieniem z dnia 06 lutego 2013 r. Sąd Okręgowy zwolnił powoda od kosztów sądowych w całości. (k. 164).

W odpowiedzi na pozew z dnia 11 marca 2013 r. (k. 177-204) pozwany wniósł o zawiadomienie jego ubezpieczyciela tj. (...) S.A. Oddział w P., o toczącym się procesie i wezwania go do wzięcia udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej oraz o oddalenie powództwa inicjatora procesu w całości a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 28.800,00 zł wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictw w wysokości 34 zł.

Pozwany zaprzeczył wszelkim twierdzeniom, faktom i dowodom powołanym przez przeciwnika procesowego na ich poparcie, których wyrażnie w toku procesu nie przyzna i zakwestionował zgłoszone przez powoda roszczenie zarówno co do zasady, jak i wysokości. Wskazał, że na miejscu wypadku komunikacyjnego, który spowodował powód był nieprzytomny, jego stan w skali GSC oceniono na 4-5 punktów, jego źrenice były średnioszerokie, sztywne, z anizokorią, był niewydolny oddechowo, zaintubowany w analgosedacji, z widocznymi urazami twarzoczaszki. Po przewiezieniu na SOR pozwanego był nadal nieprzytomny, jego stan w skali GSC oceniono na 4 punkty, oddychał za pomocą respiratora. Przy przyjęciu kontynuowano wentylację kontrolowaną, założono mu kontakt centralny do żyły podobojczykowej prawej i kaniulę dotętniczną oraz cewnik Foleya do pęcherza moczowego. W trakcie pobytu powoda na OIOM-ie stan powoda był ciężki, bez kontaktu logicznego. Był zaintubowany a w dniu 06.10.2010r. wykonano u niego tracheotomię. Wielokrotnie w trakcie pobytu na OIOM-ie powód był podłączany do respiratora. Stwierdzono u niego czterokończynowy głęboki niedowład. Z racji ciężkości stanu odnerwienia zarówno kończyn prawych, lewych i tułowia – tendencja do odleżyn była u niego bardzo wysoka. Jednak nieprawdą są twierdzenia strony powodowej, że na OIOM-ie nie podjęto w przypadku powoda działań przeciwoodleżynowych. Podczas pobytu w pozwanym szpitalu powód zaopatrzony był w materac przeciwoodleżynowy, był codziennie myty, ze szczególnym zwróceniem uwagi na okolice krocza i odbytu, unikano wilgotnej czy mokrej pościeli, codziennie ścielono mu łóżko i zmieniano pościel. Przy obracaniu pacjenta jego ciało unoszono a nie przesuwano, ponadto regularnie co dwie godziny zmieniano pozycję jego ciała. Stosowano preparaty do pielęgnacji skóry powoda, w tym oliwki w formie masażu. Podczas pobytu na OIOM stosowano profilaktykę przeciwoodleżynową, z tym że w pierwszych dniach po operacji bez obracania chorego. W momencie przyjmowania powoda na ten oddział ryzyko powstania odleżyn wg skali D. Nortona oceniono na 5/6 punktów, 17.10.2010r. na 7 punktów a później na 8 i 9 punktów. 03.11.2010r. stan ogólny powoda oceniono jako wyrównany i przekazano go na oddział neurologiczny. W rozpoznaniu ostatecznym jako chorobę zasadniczą powoda wskazano tętniaka tętnicy łączącej przedniej mózgu (stan po embolizacji) oraz krwíak śródmózgowy okolicy czołowej prawej (stan po ewakuacji krwíaka), a jako choroby współistniejące, wtórne i powikłania: obrzęk mózgu, niewydolność oddechową (stan po tracheotomii) oraz udar niedokrwienny w prawej półkuli mózgu. Przy przekazywaniu na oddział neurologii powód był przytomny. Na jego ciele w tym momencie występowały odleżyny m.in. na kości krzyżowej. Od początku hospitalizacji powód był rehabilitowany i wysadzany na wózek inwalidzki, na którym siedział stabilnie. Na oddziale neurologicznym także wobec powoda prowadzona była codzienna profilaktyka i leczenie przeciwoodleżynowe. Również na tym oddziale był on zaopatrzony w materac przeciwoodleżynowy i obserwowany jako chory zagrożony wystąpieniem odleżyn i to w wysokim stopniu, a stopień już występujących odleżyn oceniano u niego na bieżąco w dokumentacji medycznej. Z dokumentacji tej wynika, że stosowano wobec powoda zmiany pozycji ciała początkowo co 4 godziny, a później co 2 godziny i właściwą pielęgnację skóry. Przez cały okres pobytu powoda u pozwanego inicjator procesu był osobą leżącą, początkowo w stanie ciężkim. Odleżyny u powoda powstał ok. 15 dnia jego hospitalizacji. Cały czas prowadzono wobec powoda kartę indywidualnej pielęgnacji, a po ujawnieniu wystąpienia odleżyn - kartę obserwacji chorego z odleżynami. Z dokumentacji tej wynika, że u powoda nie stwierdzono żadnej infekcji czy krwawienia z rany. W dokumentacji znajdują się codzienne wpisy pielęgniarek dotyczące leczenia odleżyn i podejmowanych działań pielęgnacyjnych a także określające stopnie powstałych już i odnotowanych w niej odleżyn. Pozwany podkreślił, że jeszcze w trakcie hospitalizacji powoda zaproponowano jego żonie dalsze leczenie męża w Ośrodku Opiekuńczo – Leczniczym, jednak ona odmówiła oświadczając, że zapewni mu dalsze leczenie w domu. W dacie wypisu ze szpitala powód był stabilny oddechowo (bez cech zapalnych w układzie oddechowym). Nastąpiła znaczna poprawa badań laboratoryjnych wykładników zapalenia- zanotowano m.in. spadek CRP z trzycyfrowego do normy 7,4. Po leczeniu - zgodnie z posiewem nastąpiła znaczna poprawa badania moczu – z tym, że powód miał cały czas założony cewnik. Przy wypisie nie stwierdzono zapalenia oskrzeli u powoda.

Pozwany podkreślił, że powód nie udowodnił zaistnienia przesłanek umożliwiających przypisanie mu odpowiedzialności za zaistniałą u powoda szkodę, jak też nie wskazał, jakich konkretnie procedur medycznych o charakterze przeciwdrożynowym pozwany miałby – jak twierdzi - zaniechać. Pojawienie się odleżyn na ciele powoda w trakcie hospitalizacji nie może być związane z jakimikolwiek zaniedbaniami pozwanego (takie twierdzenia powoda są błędne i obarczone licznymi uproszczeniami; powód nigdzie nie podaje na czym miałyby te ewentualne uchybienia pozwanego polegać; nie wskazuje żadnych działań nie podjętych przez pozwanego, które mogły by skutecznie zapobiec powstaniu odleżyn na jego ciele), a jest wynikiem wyłącznie stanu jego zdrowia (uszkodzenia mózgu, a w jego następstwie głębokiego niedowładu czterokończynowego). Pozwany podjął wszelkie możliwe i niezbędne działania by przeciwdziałać powstaniu i rozwojowi odleżyn u powoda i bark jest podstaw faktycznych aby przyjmować, iż w jakimkolwiek stopniu uchybił on swoim obowiązkom w zakresie przeciwdziałania w powstawaniu odleżynom.

Pozwany nie zaprzeczył temu, że podczas hospitalizacji powoda u niego odleżyny na ciele inicjatora procesu pojawiły się, ale nie w związku z rzekomymi zaniedbaniami z jego strony. Pozwany podjął bowiem wszelkie możliwe i niezbędne działania by przeciwdziałać powstaniu i rozwojowi odleżyn.

Pozwany zaprzeczył także temu, aby odleżyny powoda były zaliczane do kategorii V. Podkreślił, że z dokumentacji medycznej dołączonej do odpowiedzi na pozew precyzyjnie wynika stopień każdej z odleżyn powoda. Dokumentacja ta nie potwierdza również tego by jego kość krzyżowa gniła i by znajdowały się w niej ubytki.

Pozwany zaznaczył również, iż powód nie wykazał, aby jego upośledzenie ruchowe miało wynikać z faktu występowania odleżyn, a nie było następstwem doznanego przezeń ciężkiego – masywnego - urazu mózgu. Istnienie odleżyn jest bowiem sytuacja wtórną, następstwem podstawowej choroby powoda. Pozwany zakwestionował kompetencje lekarzy prowadzących powoda (J. S. – diabetologa i internisty i G. S. - pediatry) do stawiania diagnoz i doboru metod leczenia odleżyn, jak i sposób leczenia powoda po opuszczeniu szpitala. Podniósł, iż nie wiadomo z jakiej daty pochodzą zdjęcia odleżyn powoda dołączone do pozwu. Z dokumentacji medycznej inicjatora procesu wynika, że w dacie jego wypisu ze szpitala powód był wysadzany na wózek inwalidzki i siedział na nim stabilnie. Skoro później pojawił się trudności powoda w tym zakresie, to pozwany nie może za to ponosić odpowiedzialności.

Pozwany zakwestionował także wysokość roszczeń (prawidłowość wyliczeń ich kwot) przedstawionych przez powoda.

Ubezpieczyciel pozwanego zawiadomiony o procesie (k. 269, 275, 278) nie przystąpił do procesu w charakterze interwenienta ubocznego.

W piśmie z dnia 15 grudnia 2016 r. (k. 678-680) pełn. powoda ograniczył: kwotowo żądanie rentowe swego mandanta z 5.000 zł miesięcznie do 1.000 zł miesięcznie, płatnej z góry do 10-go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek z kwot oraz w zakresie terminu początkowego, od którego je zgłasza wskazując, że ostatecznie powód domaga się tej renty od uprawomocnienia się wyroku – i cofając dalej idące żądanie pozwu w tym zakresie.

Na rozprawie w dniu 26 września 2017 r. (k. 773-776) pełn. powoda ponownie w wystąpieniu końcowym zmienił jednak po raz kolejny stanowisko w zakresie żądań rentowych inicjatora procesu rozszerzając je tym razem z kwoty 1.000 zł do kwoty 5.000 zł. miesięcznie. Wskazując, że renta w tej wysokości winna być płaćta od 26 września 2017r. Jednocześnie wniósł o to, że gdyby Sąd nie uwzględnił w jakimkolwiek zakresie żądań strony powodowej, to by nie obciążał go kosztami niniejszego procesu.

Pełnomocnik strony pozwanej konsekwentnie domagał się oddalenia roszczeń powoda, w tym jego roszczeń rentowych, niezależnie od ich wysokości.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Pozwany (...) Szpital Miejski im. (...) z Zakładem (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w P. zajmuje się wykonywaniem zadań polegających na udzielaniu świadczeń służących zachowaniu, ratowaniu,

przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania, w tym umów o współpracę w badaniach klinicznych.

Pozwany zawarł z (...) S.A. umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej.

Dowód: informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu KRS (k. 207-211), umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (k. 212-216)

Dnia 18 września 2010 r. powód uległ wypadkowi komunikacyjnemu, w wyniku czego doznał ciężkiego urazu czaszkowo-mózgowego. Powód został przewieziony śmigłowcem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego do pozwanego szpitala. Badaniem fizykalnym i obrazowym u powoda wstępnie zdiagnozowano ciężki uraz czaszkowo-mózgowy, krwiak śródmózgowy prawej okolicy czołowej, obrzęk mózgu. Wykonanie badania CT głowy wykazało obecność dużego krwiaka śródmózgowego z zaciśnięciem układu komorowego, co legło u podstaw podjęcia decyzji o natychmiastowej interwencji neurochirurgicznej z trepanacją czaszki. Powodowi założono kontakt centralny do żyły podobojczykowej prawej i kaniule dotętniczą, założono również cewnik Foleya do pęcherza moczowego. W trakcie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym wykonano kraniotomię czołową prawostronną i ewakuację krwiaka. Po operacji powód został przewieziony na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej. Po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego i uzupełnieniu diagnostyki stwierdzono u niego obecność tętniaka w miejscu połączenia tętnicy lewej przedniej mózgu z tętnicą łączącą przednią. Powoda zakwalifikowano do leczenia wewnątrznaczyniowego. W pracowni angiografii dokonano embolizacji tętniaka mózgu.

Na miejscu wypadku komunikacyjnego powód był nieprzytomny, jego stan w skali GSC (Glaskov) oceniono na 4-5 punktów, miał średnioszerokie, sztywne źrenice, anizokorię, był niewydolny oddechowo, konieczna była natychmiastowa intubacja w analgosedacji. Po przewiezieniu na SOR pozwanego szpitala nadal był nieprzytomny, jego stan w skali GSC oceniono na 4 punkty, oddychał za pomocą respiratora, przy przyjęciu kontynuowano wentylację kontrolowaną.

W trakcie pobytu powoda na OIOM-ie stan powoda był ciężki, do 26.09.2010r. był nieprzytomny. W dniu 06.10.2010r. wykonano u niego tracheotomię. Wielokrotnie podłączano go do respiratora. U powoda stwierdzono czterołożynowy głęboki niedowład. 26.10.2010r. usunięto mu rurkę tracheotomijną, stwierdzając oddech własny, wydolny.

Dnia 04 października 2010 r. wdrożono leczenie powoda z zastosowaniem antybiotyków takich jak Gentamycyna, później Unasyn.

Przez cały czas hospitalizacji (w szczególności do 03.11.2010r.) powód był pielęgnowany i obserwowany pod kątem ryzyka powstania odleżyn co oceniano i dokumentowano w jego historii choroby w tzw. skali D. Norton.

Dnia 03 listopada 2010 r. powód został z OIOM-u przeniesiony na Oddział Neurologii (w pododdziale Leczenia Udarów Mózgu) z rozpoznaniem ostatecznym: - choroba zasadnicza: tętniak tętnicy łączącej przedniej mózgu – stan po embolizacji; - krwiak śródmózgowy okolicy czołowej prawej – stan po ewakuacji krwiaka; - choroby współistniejące, wtórne, powikłania: - obrzęk mózgu; niewydolność oddechowa – stan po tracheotomii, udar niedokrwienny w prawej połowie mózgu. Był przytomny, ale bez kontaktu logicznego. Na oddział Neurologii został przyjęty z odleżynami opisanymi jako: odleżyna na kości ogonowej o wymiarach 5,0 x 5,0 cm, na lewym biodrze o wymiarach 2,0 x 2,0 cm oraz na prawej pięcie o wymiarach 4,0 x 4,0 cm. Wszystkie te odleżyny oceniono w skali Torrance'a jako IV^(o), a zatem obejmujące również tkankę podskórną. 07.11.2010r. pojawiły się trzy nowe odleżyny – I^(o), w dniu 08.11.2010r. stwierdzono, że są 4 dodatkowe odleżyny – jedna drugiego stopnia, a pozostałe I^(o), 11.10.2010r. stwierdzono obecność 3 dodatkowych odleżyn (dwie – II^(o) i jedna I^(o)), 15.11.2010r. stwierdzono obecność 3 odleżyn IV^(o) – na kości krzyżowej, biodrowej, prawej pięcie oraz dodatkowych 3 (dwie II^(o) i jedna I^(o)). 18.11.2010r. stwierdzono obecność 3

odleżyn IV^(o) oraz cztery odleżyny III^(o). Cały czas prowadzono przy tym, także na oddziale neurologii wobec powoda leczenie p-odleżynowe i profilaktykę p-odleżynową.

W dacie wypisu powoda z e szpitala na jego ciele były trzy odleżyny IV^o na kości krzyżowej, biodrowej i prawej pięcie oraz trzy dalsze w tym dwie drugiego stopnia i jednak pierwszego stopnia.

Dowód: karta przyjęcia do oddziału IOM (k.27-29), karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 30), historia choroby (k. 223)

Powód przebywał na Oddziale Leczenia Udarów Mózgu do dnia 23 listopada 2010 r. z rozpoznaniem stanu po krwotoku śródmózgowym w przebiegu pęknięcia tętniaka tętnicy łączącej przedniej z niedowładem czterokończynowym i afazją ruchową. Przy przyjęciu stwierdzono u powoda odleżyny w/w. Ponadto powód wykazywał objawy masywnej infekcji z dróg moczowych.

W posiewie z krwi stwierdzono obecność gronkowca MRCNS (Staphylococcus) i Proteus mirabilis, w posiewie z moczu Proteus mirabilis, zaś w wymazie z odleżyny Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae i Enterococcus faecalis. Wyniki badania EEG dały nieprawidłowy zapis czynności mózgu ze zmianami obupółkulowymi z przewagą po stronie prawej pod postacią nieregularnej, zwolnionej czynności podstawowej. Badanie TK głowy wykazało widoczną ewolucję zmiany niedokrwiennej w płacie czołowym prawym w kierunku jamy opustoszeniowej, powiększenie obszaru niedokrwiennego, poszerzenie komór bocznych, niewielką zmianę niedokrwinną w przystrzałkowych partiach płata czołowego lewego i drobnej jamki poudarowej w jądrach podkorowych po stronie prawej.

W okresie hospitalizacji powoda na OIOM-ie i Oddziale Neurologii w tym Leczenia Udaru Mózgu do elementów profilaktyki przeciwoodleżynowej należało: stosowanie materacy przeciwoodleżynowych, wałków pod plecy i kolana, ochraniaczy i krążków na stopy oraz krążków na łokcie, odciążanie miejsc narażonych na ucisk - zmiany pozycji ciała co dwie - trzy godziny, za wyjątkiem pierwszego okresu czasu - pooperacyjnego, kiedy tego typu działania nie były możliwe, dbałość o czystość, suchość, gładkość pościeli i bielizny osobistej – ich częste, codzienne zmiany, zabiegi higieniczne (kąpiel i toaleta ciała jeden - dwa raz na dobę lub w zależności od potrzeby pacjenta; toaleta częściowa po zanieczyszczeniu, zmiana pieluchomajtek, ochrona skóry, nawilżanie, natłuszczanie, kontrola miejsc narażonych na odleżyny – oklepywanie, masaże), kontrola rany (stosowanie kremów ochronnych, pobieranie wymazów z rany), oczyszczanie rany (odkażanie, płukanie, ochrona brzegów rany), kontrola bólu, nawodnienie przez częste dopajanie, bilans płynów.

W przypadku powoda, czynności pielęgniarские obejmowały także poza profilaktyką przeciwoodleżynową ciągłą obserwację pacjenta (kontrolę parametrów życiowych, obserwację źrenic, sprawdzanie reakcji źrenic na światło, ocenę poziomu świadomości według skali Glasgow, obserwacja powłok skórnych), toaletę drzewa oskrzelowego i jamy ustnej (odsysanie, stosowanie środków do jamy ustnej, odpowiednie mocowanie rurki intubacyjnej i zabezpieczenie przed odleżynami, stosowanie wazeliny i maści z witaminą A na usta), zabezpieczenie i pielęgnację oczu, toaletę całego ciała w łóżku (w tym obserwację ciała podczas toalety, szczególnie w miejscach narażonych na występowanie odleżyn, dokładne mycie, delikatne osuszanie, natłuszczanie balsamem, w miarę możliwości oklepywanie, zabezpieczanie odleżyn opatrunkami, zabezpieczanie pieluchomajtkami), obserwacja wszystkich cewników i wkłuc (kontakt centralny, kaniula dotętnicza, cewnik Foleya w pęcherzu moczowym (plus moczu: kolor, zapach, klarowność, ilość), higiena okolic ujścia cewki moczowej, sonda w żołądku), tracheotomia – pielęgnacja (odsysanie, pielęgnacja wokół rurki tracheotomijnej, wymiana tasiemki, opaski mocującej rurkę tracheotomijną, sprawdzenie mankiету uszczelniającego rurkę tracheotomijną, wykonywanie zaleceń lekarskich wg karty chorego, pobieranie krwi do badań, pobieranie wymazów, asysta przy intubacji i zakładaniu kontaktu centralnego, zakładanie sondy do żołądka, zakładanie cewnika do pęcherza moczowego).

Powodowi zalecono przy wypisie go ze szpitala pozostawanie pod opieką lekarza rodzinnego, kontrole w Poradni Neurologicznej, systematyczną opiekę pielęgnacyjną, dalsze leczenie odleżyn u chorego i stosowanie profilaktyki przeciwoodleżynowej, rehabilitację ambulatoryjną, okresową wymianę cewnika co ok. trzy tygodnie.

Personel pozwanego Szpitala zaproponował małżonce powoda przekazanie powoda po hospitalizacji do Zakładu (...). D. K. odmówiła jednak zgody na takie rozwiązanie.

W trakcie hospitalizacji powoda u pozwanego - inicjator procesu był regularnie odwiedzany przez małżonkę - D. K., syna M. i dalszą rodzinę. Wymienione osoby dostarczały do szpitala nutridrinki (preparaty, które w małej objętości zawierały dużą dawkę energii i składników odżywczych takich jak białko, tłuszcze, węglowodany a także komplet witamin i minerałów) oraz wskazywane przez personel medyczny preparaty pielęgnacyjne. Małżonka powoda opłaciła dodatkową rehabilitację poudarową męża, gdy ten przebywał jeszcze na OIOM-ie. Wobec czego (za zgodą ordynatora oddziału) rehabilitant szpitala (...), który zajmował się chorym od końca pierwszego tygodnia jego hospitalizacji, przez cały czas jego pobytu na w/w oddziale wykonując z nim wówczas tzw. ćwiczenia bierne (a to mając na uwadze stan powoda) a zmierzające do uruchomienia ciała pacjenta, poświęcał powodowi - po godzinach swojej pracy - dodatkowy czas (godzinę) każdego dnia (odwracając ciało pacjenta, a po odłączeniu go od respiratora – opuszczając jego nogi z łóżka aż do siadu). Choć głównym celem tych działań było poudarowe uruchomienie pacjenta to działania te miały także wymiar w profilaktyce przeciwodleżynowej.

Dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 31), pismo z dnia 12 marca 2013 r. (k. 217-218), zestawienie czynności pielęgniarских (k. 219-220), oświadczenie (k. 221), oświadczenie (k. 221), karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 224), karta zleceń lekarskich (k. 225-226), karta intensywnego nadzoru kardiologicznego (k. 226v -227v i 244-245), karta indywidualnej pielęgnacji (k. 228), karta obserwacji chorego z odleżynami (k. 229-231), karta obserwacji pacjenta z kaniulą centralną (k. 232), karta obserwacji chorego zagrożonego wystąpieniem odleżyn (k. 233), karta obserwacji wkłuc obwodowych (k. 234), klasyfikacja ryzyka odleżyn wg. D. Norton (k. 235), karta indywidualnej pielęgnacji (k. 236), karta zleceń pooperacyjnych (k. 237), karta zleceń Sali Wzmoczonego Nadzoru (k. 243), bilans płynów (k. 246-247), karta zabiegów fizjoterapeutycznych (k. 248-248v), karta badania neurologicznego (k. 249-250), kartoteka medyczna (k. 251-253), przebieg choroby (k. 254), historia choroby (k. 255), karta przyjęcia na oddział neurochirurgii (k. 256-257), wynik badania angiograficznego (k. 258), wynik badania TK (k. 259-261), karta informacyjna leczenia szpitalnego (k. 262-263), zeznania: św. D. K. (k. 279-284, 316-322, 629-630, 773-775), św. A. W. (k. 393-396), św. S. K. (k. 413-414), św. A. B. (k.437), św. M. K. (1) (k. 435-436), św. A. J. (k. 436-437), św. M. M. (k. 460- 461), św. E. S. (k. 461-462), św. A. D. (k. 462-463), św. B. B. (1) (k. 463- 465), św. J. B. (k. 465-466), św. I. D. (k. 466-467), św. A. S. (k.486-487), św. A. A. (k.487-488), św. J. R. (k. 488-489)

W pozwanym Szpitalu od dnia 01 stycznia 2011 r. wprowadzono nowe zasady profilaktyki przeciwodleżynowej, z tym, że już od września 2010 r. rozpoczął tam działania specjalny komitet przeciwodleżynowy, który dążył do ujednoczenia i sformalizowania (także w zakresie dokumentowania) wszystkich elementów profilaktyki przeciwodleżynowej dotąd w tej jednostce stosowanej. Wprowadzona została szersza dokumentacja podejmowanych działań z zakresu obserwacji i profilaktyki antyodleżynowej. W kolejnych latach wprowadzono także stosowanie coraz nowszych, coraz bardziej skutecznych środków przeciwodleżynowych – zgodnie z postępem medycyny w tym zakresie.

Jednak nadal, mimo wszystkich podejmowanych działań wyeliminowanie odleżyn u hospitalizowanych u pozwanego pacjentów nie jest możliwe, przy czym nie jest to tylko problem pozwanego szpitala, ale problem ogólnoswiatowy, dotyczący także najbardziej renomowanych ośrodków leczniczych i to pomimo stosowania rozległego i coraz skuteczniejszego postępowania p-odleżynowego. W przypadku pacjentów z problemami neurologicznymi, z porażeniem czterokończynowy dotyczy 80-90% takich pacjentów.

Dowód: zeznania świadka M. M. (k. 460- 461), opinia biegłego specjalisty z zakresu chirurgii i chirurgii naczyniowej – dr J. P. (k. 526-545,572-575, 600-602)

Po wypisaniu z pozwanego Szpitala powód przebywał w miejscu zamieszkania pod opieką lek. med. G. S. z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) sp. z o.o. z siedzibą w P.. W czasie wizyty poszpitalnej tego lekarza - w/ w stwierdziła u powoda niedowład statyczny czterokończynowy, liczne rozległe odleżyny o różnym stopniu nasilenia, w tym V stopnia – ropiejące, z dużą ilością tkanki martwiczej, umiejscowione na łopatkach, kręgosłupie – odcinek Th, na lewym talerzu biodrowym, odcinku kręgosłupa L-S oraz na piętach. Odleżyna odcinka L-S określona przez nią

została jako bardzo rozległa i głęboka, stwarzająca ogromne dolegliwości bólowe, utrudniająca załatwianie potrzeb fizjologicznych. Ponadto u powoda rozpoznała zmiany okresowe w oskrzelach (rzężenia grubo i średniobańkowe, świsty, furczenia i okresowo spazm oskrzelowy), które zdiagnozowała jako zapalenie oskrzeli oraz wyciek ropny z cewki moczowej i trudności w oddawaniu moczu, które zdiagnozowała jako infekcję dróg moczowych.

Dowód: zaświadczenie lekarskie (k. 32-33), opis leczenia rany odleżynowej (k. 34), zeznania świadka G. S. (k. 374-377)

W okresie leczenia w domu powód miał zapewnioną całodobową opiekę opiekunki zaangażowanej przez D. K., a także lekarzy specjalistów – neurologa, urologa, specjalisty chorób wewnętrznych, logopedy oraz masażysty, rehabilitanta, psychologa i pielęgniarki. Prowadzone leczenie powoda pozwoliło na wyeliminowanie zakażenia gronkowcem oraz doprowadziła do całkowitego wyleczenia odleżyn na obu kościach piętowych, talerzu biodrowym, łopatkach oraz w znacznej części ma kręgosłupie, które zamknęły się i zabiłiły. Odleżyna w okolicach kości krzyżowej sukcesywnie zmniejszana została ostatecznie zamknięta w 2015r., jednakże jej zaistnienie na ciele powoda nadal negatywnie wpływa na jego funkcjonowanie utrudniając mu załatwianie potrzeb fizjologicznych czy przyjmowanie pozycji siedzącej. Dolegliwości bólowe wywołane odleżynami, czy bliznami po nich utrudniały rehabilitację neurologiczną, w tym przeprowadzanie zajęć rehabilitacyjnych i usprawniających w pozycji siedzącej, co skutkowało chociażby niemożnością doskonalenia zmysłu równowagi i zmysłu dotyku, poprawę świadomości przestrzennej oraz orientacji w przestrzeni.

Dowód: zaświadczenie lekarskie (k. 32-33), opis leczenia rany odleżynowej (k. 34), opinia logopedyczna (k. 35), zeznania świadka A. W., zeznania świadka A. K.

Zgodnie z orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 12 października 2011 r. powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy w okresie od dnia 18 września 2010 r. do dnia 31 października 2015 r. Orzeczeniem z dnia 19 sierpnia 2011 r. powód został zaliczony do znacznego stopnia niepełnosprawności od dnia 18 września 2010 r. do dnia 30 sierpnia 2013 r. Jednocześnie wskazano, że powód wymaga korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki, jak też wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Powód otrzymuje rentę z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w miesięcznej wysokości 1.800 zł.

Dowód: decyzja o waloryzacji renty (k.26), orzeczenie lekarza orzecznika ZUS (k. 36), orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z dnia 19 sierpnia 2011 r. (k. 37, zeznania św. D. K. k.279- 284,629-630, 773-776

W okresie od grudnia 2010 r. do listopada 2012 r. powód miał przeznaczyć na swoje dalsze leczenie wg zestawień przygotowanych przez jego małżonkę (tylko w części udokumentowanych fakturami i rachunkami) ogółem 144.604 zł, z czego 48.836 zł miało być wydatkowane na leki, leczenie, opatrunki i pieluchy, 62.142 zł na artykuły spożywcze wysokobiałkowe, 4.776 zł na sprzęt rehabilitacyjny oraz 7.050 zł na operację – repozycję stawu ramiennego w (...) Sp. z o.o. w P. (po tym gdy powód wytknął sobie bark chwytając się poręczy łóżka), 7.300 zł na środki higieny osobistej oraz 14.500 zł na środki czystości istotne przy leczeniu odleżyn. **Dowód:** zestawienia z rachunkami i fakturami na k. 57-69

Od dnia opuszczenia pozwanego Szpitala, powód korzysta w ramach NFZ z refundowanych pieluchomajtek, otrzymał również sprzęt rehabilitacyjny (materac przeciwoleżynowy, wózek inwalidzki ręczny, aparat na goleń i udo, wózek inwalidzki stabilizujący głowę i plecy oraz indywidualne urządzenie pionizujące). Powód nie otrzymywał żadnych świadczeń rehabilitacyjnych i logopedycznych, które byłyby finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ogółem wartość refundacji środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych wyniosła na dzień 23 maja 2013 r. 8.860,00 zł, zaś poziom refundacji leków i wyrobów medycznych do dnia 23 maja 2013 r. wyniósł 9.891,44 zł, natomiast konieczna dopłata ze strony powoda - 5.994,94 zł.

Częściowej refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia podlegały jedynie przyjmowane przez powoda w okresie szpitalnym leki i to takie jak np. Exelon, Augmentin, Bactrim syrop, Metocard 50 mg, Zinnat 0,5, Nimesil gran. 0,1 oraz pieluchomajtki. Pozostałe środki higieniczne i żywieniowe, które stosował - nie podlegały refundacji NFZ. Nie były nią objęte także wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Powód nie korzystał z refundowanych przez NFZ (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2009 nr 140, poz. 1145), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2010 r., nr 115, poz. 774) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej) form rehabilitacji. Refundacja zakupu sprzętu rehabilitacyjnego przez NFZ dotyczy tylko sprzętów wskazanych w: rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz.U. 2009, nr 139, poz. 1141) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 06 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2013 r., poz. 1565). Stół do pionizacji nie należy do sprzętów refundowanych, są natomiast takimi sprzętami pionizator i urządzenie multifunkcyjne.

Dowód: pismo z dnia 23 maja 2013 r. (k. 285 – 305), pismo z dnia 29 listopada 2013 r. (k. 366), pismo z dnia 31 stycznia 2017 r. (k. 694-710), pismo z dnia 2 marca 2017 r. (k. 744-746), pismo z dnia 29 maja 2017 r. (k. 762763)

Pismem przedsądowym z dnia 21 maja 2012 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty w terminie 14 dni kwoty 100.000 zł tytułem odszkodowania za spowodowanie uszkodzenia jego ciała - odleżyny, w tym kwoty 50.000 zł z tytułu zwrotu kosztów leczenia, kosztów badań, leków, środków czystości i higieny osobistej, specjalistycznych sprzętów wspomagających gojenie odleżyn, specjalistycznej diety oraz kwoty 50.000 zł z tytułu kosztów stałej, całodobowej opieki w okresie od grudnia 2010 r. do marca 2012 r., a nadto kwoty 100.000 zł na potrzeby dalszego leczenia i opieki w ciągu najbliższego roku, kwoty 1.000.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za cierpienia i krzywdy doznane przez powoda oraz kwoty 50.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta.

W odpowiedzi na to pismo - w piśmie z dnia 02 lipca 2012 r. - pozwany zaprzeczył, by ze strony Szpitala w okresie leczenia powoda i to na jakimkolwiek jego etapie nastąpiły jakiegokolwiek uchybienia, zaś personel medyczny dołożył wszelkich starań dla ratowania zdrowia powoda postępując zgodnie z zasadami sztuki medycznej i najwyższej staranności.

Dowód: przedsądowe wezwanie do zapłaty (k. 38-44), pismo z dnia 02 lipca 2012 r. (k. 45-47)

Stan powoda po hospitalizacji u pozwanego w 2010r., przy kontynuowaniu dalszego leczenia w warunkach domowych ulegał stopniowej poprawie, na dzień wytoczenia powództwa wszystkie rany odleżynowe, wyjąwszy ranę w okolicach kości krzyżowej, uległy wygojeniu, zaś w toku procesu - wygojeniu uległa również rana odleżynowa w okolicach kości krzyżowej. Powód jest jednak nadal – po przebytych udarze - osobą leżącą i choć jest z nim już kontakt słowny (po spotkaniach z neurologopedą), to jednak trudny, albowiem jego mowa jest znacznie zaburzona. Badany przez psychologa w toku procesu (latem 2016r.) na większość zadawanych mu pytań nie odpowiadał lub odpowiadał mało wyraźnie. Napinał się przy dotyku, przejawiał stany niepokoju i napięcia psychofizycznego. Jego orientacja auto i allopsychiczna była niepełna. Jego pamięć bezpośrednia, uwaga były znacznie obniżone. Myślenie u powoda jest na poziomie konkretno – funkcjonalnym z elementarną zdolnością do abstrahowania w zakresie prostych pojęć. Jego sprawność umysłowa jest (wtórnie) obniżona i wg skali MMSE odpowiada otępieniu średniego stopnia. Jego sfera emocjonalna jest zaburzona na podłożu dysfunkcji CUN oraz w przebiegu przewlekłej choroby z nasilonymi dolegliwościami somatycznymi – w tym bólowymi.

Powód pozostaje nadal pod opieką psychiatry, neurologa oraz lekarza rodzinnego, korzysta z pomocy fizjoterapeuty. Stale odczuwa dolegliwości bólowe. W dalszym ciągu ma trudności z przyjmowaniem pozycji siedzącej i załatwianiem potrzeb fizjologicznych.

Dowód: zeznania D. K. (k. 279-284, 316-322, 629-630, 773-775), opinia biegłego psycholog R. L. (k.651-653 poparta dodatkowymi wyjaśnieniami biegłej na rozprawie k. 671-672).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych powyższej dowodów z dokumentów, zdjęć, zeznań powołanych świadków, opinii biegłego sądowego z dziedziny chirurgii dr J. P. oraz biegłej psycholog R. L..

Powołane powyżej dokumenty (zarówno urzędowe, jak i prywatne) zostały uznane przez Sąd za wiarygodne albowiem nie budziły one wątpliwości co do ich autentyczności, a także ich prawdziwości żadna ze stron nie kwestionowała. Trzeba jednocześnie podkreślić, że strony nie kwestionowały, iż przedłożone do akt sprawy kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami, wskutek czego Sąd uznał te kserokopie za wiarygodne dowody, na istnienie i treść dokumentów jakie odwzorowywały.

Dokumenty prywatne – zgodnie z treścią art. 245 k.p.c.- zostały uznane za dowód tego, że osoby, które je podpisały złożyły zawarte w nich oświadczenia. Z kolei zgodnie z art. 244 § 1 k.p.c. dokumenty urzędowe, sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone. Znajdująca się w aktach sprawy dokumentacja medyczna powoda nie stanowi dokumentu urzędowego. Zgodnie z art. 244 k.p.c. dokumentem urzędowym jest dokument sporządzony w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organizacje państwowe w zakresie ich działalności, jak również organizacje zawodowe, samorządowe, spółdzielcze i inne organizacje pozarządowe w zakresie zleconych im przez ustawę spraw z dziedziny administracji publicznej. O formie załączonej do pozwu dokumentacji medycznej stanowią przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 roku, poz. 159 ze zm.). Jednakże nie sposób przyjąć, iż pozwany Szpital należy do wymienionych w art. 244 k.p.c. podmiotów prawa publicznego a brak jest przepisu szczególnego, który nakazywałby traktować przedmiotową dokumentację medyczną w postaci historii choroby, jako dokumentu urzędowego. Stąd też dokumentacja medyczna została potraktowana jako dokument prywatny, stanowiący dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie (art. 245 k.p.c.)

Przechodząc do oceny osobowych środków dowodowych zgromadzonych w sprawie, wskazać trzeba, że Sąd dokonał ich podziału na trzy grupy. W pierwszej z nich umieszczając personel medyczny tj. lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, rehabilitantów pracujących w pozwanym szpitalu a mających kontakt z powodem w czasie jego hospitalizacji, do drugiej grupy zaliczył lekarzy i rehabilitantów leczących powoda po opuszczeniu przez niego pozwanego szpitala, a do trzeciej zaś członków rodziny powoda, jego znajomych organizujących jego leczenie poszpitalne, opiekujących się nim. Jedynie część świadków z pierwszej grupy pamiętała po upływie ponad trzech lat od zakończenia hospitalizacji powoda jako pacjenta pozwanego. Nie może budzić to zdziwienia biorąc pod uwagę liczbę pacjentów przewijających się przez placówkę medyczną prowadzoną przez pozwanego oraz dystans czasowy szczególnie w sytuacji gdy konkretny lekarz czy inny pracownik szpitala jedynie incydentalnie miał kontakt z pacjentem. Wszyscy jednak ci świadkowie starali się przed swoim przybyciem do sądu odświeżyć swoją pamięć poprzez wgląd do dokumentacji medycznej powoda. Św. S. K. należał jednak do tych osób zajmujących się powodem w szpitalu, któremu przypadek powoda utkwiał w pamięci. Ten ordynator oddziału anestezjologii zapamiętał J. K. jako jedynego pacjenta w jego praktyce lekarskiej, w którym skumulowały się tak poważne choroby. Pamiętał, że pacjent był po wypadku komunikacyjnym, do którego doszło w następstwie pęknięcia u niego tętniaka mózgu, po którym utworzył się wielki krwiak w jego płacie czołowym po prawej stronie, że w trybie pilnym poddawany był operacji neurochirurgicznej usunięcia tego krwiaka śródmózgowego, że po zabiegu przebywał na OIOM-ie gdzie kontynuowano wobec niego oddech kontrolowany respiratorem, że po kilku dobach wykonano u niego angiografię mózgową, która wykazała obecność tętniaka mózgu, że pacjenta poddano embolizacji tego tętniaka, aby nie doszło do kolejnego krwawienia. Przez kilka tygodni koniecznym było stosowanie u powoda oddechu kontrolowanego. Świadek opisywał jakie na OIOM-ie podejmowano w ówczesnym czasie wobec pacjentów, w tym, w szczególności wobec powoda, działania zapobiegające wystąpieniu u nich odleżyn (odwracanie leżących pacjentów co dwie godziny, umieszczanie ich na materacach przeciwoleżynowych, utrzymywanie ich higieny – kąpanie ich ciał w łóżku dwa

razy na dobę, a przy tym ich oklepywanie, nacieranie w szczególności w miejscach, które są najbardziej podatne na odleżyny). Świadek wskazywał, że w czasie swej hospitalizacji powód z uwagi na swój wyjątkowo ciężki stan był najważniejszym pacjentem na oddziale. Wskazał, że pomimo takiego traktowania pacjenta i stosowanych procedur antyodleżynowych nie udało u powoda wyeliminować powstania i pogłębiania się odleżyn (i to pomimo podjęcia ich leczenia). Świadek podkreślił, że leczący powoda pracownicy szpitala mieli świadomość tego, że z uwagi na swój stan zdrowia, sposób leczenia miał on dużą skłonność do wystąpienia na jego ciele odleżyn, dlatego czynili wszystko, co ówczasnie było możliwe, aby odleżyn uniknąć, a pomimo tego one powstały na ciele pacjenta. Zeznania tego świadka Sąd uznał za wiarygodne i korespondujące z zeznaniami innych osób, które w czasie hospitalizacji powoda zajmowały się nim. W szczególności to wszystko co dotyczyło profilaktyki przeciwodleżynowej na OIOM-ie zostało potwierdzone zeznaniami św. A. J. pielęgniarki oddziałowej. Wymieniona podkreśliła, że personel szpitala stosował profilaktykę p-odleżynową w trakcie hospitalizacji powoda, choć standardy opieki pielęgniarskiej z pełnym monitoringiem i pełną dokumentacją medyczną obowiązują u pozwanego od początku 2011r. Św. M. M. – pracująca jako pielęgniarka na OIOM-ie od 2003r. w pełni potwierdziła przekazane przez oddziałową i ordynatora informacje, dodając, iż od września 2010r. u pozwanego działał komitet przeciwodleżynowy dążący do tego, by wszystkie dotąd faktycznie podejmowane działania profilaktyki przeciwodleżynowej, przyjęły postać uregulowań i procedur postępowania – i były jednolite w całym szpitalu. Zaznaczyła, że choć następowały na przestrzeni kolejnych lat zmiany w tej profilaktyce, jak i zwalczaniu odleżyn, a także w jej dokumentowaniu, to zawsze od kiedy pracuje u pozwanego, działania takie wobec pacjentów były prowadzone a istotna różnica polega obecnie na tym, że szczegółowo się wszystko dokumentuje. Zwróciła uwagę na to, że w szczególności pacjenci wentylowani mechanicznie są bardziej narażeni na powstanie odleżyn, że dla wystąpienia odleżyn znaczenie ma także dieta – w tym ilość przyjmowanego przez pacjenta białka, że na te i inne kwestie dotyczące powstawania odleżyn u pacjentów zwracają uwagę. Nadmieniła, że pomimo tych wszystkich działań nie zawsze są w stanie zapobiec pojawieniu się odleżyn. Podobnie przedstawiali to św. M. K. (2) czy A. B. lekarze OIOM, którzy choć nie zapamiętali powoda jako pacjenta szpitala i swojego z nim kontaktu, to przedstawiali w swoich wypowiedziach procesowych zgodnie jaka była ówczasnie na tym oddziale stosowana profilaktyka antyodleżynowa, ze szczególnym uwzgl. pacjentów neurologicznych z masywnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, a dodatkowo jeszcze, u których występowało wzmożone napięcie mięśniowe – jako tych najbardziej narażonych na występowanie u nich odleżyn. Zeznania w/w świadków koresponduwały też z zeznaniami św. A. S. anestezjologa na OIOM-ie, który znieczulał powoda do zabiegu po jego znalezieniu się w szpitalu. Świadek ten choć nie miał wiedzy o konkretnych działaniach przeciwodleżynowych, które były podejmowane u powoda, przedstawił standardy postępowania na tym oddziale szpitalnym, w tym zakresie w szczególności wobec pacjentów z uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym. Św. E. S. neurolog – zastępca ordynatora na oddziale leczenia udarów mózgu, zapamiętała powoda jako pacjenta szpitala bardzo uszkodzonego neurologicznie, z masywnym uszkodzeniem mózgu, z porażeniem czterokończynowy, ze stanem minimalnej świadomości, którego konsultowała już w trakcie jego pobytu na OIOM-ie i z którym jeszcze trzykrotnie miała kontakt lekarski po zakończeniu jego hospitalizacji (w 2010 i 2011r.). Świadek zeznawała o odleżynach, które już były na ciele pacjenta gdy trafił on na oddział, na którym pracowała, o ich leczeniu, zaopatrywaniu, stosowanych tam procedurach w tym zakresie i o tym, że mimo ich wystąpienia prowadzona tam była rehabilitacja neurologiczna pacjenta. Świadek wyraził pogląd, że odleżyny u powoda były następstwem jego stanu neurologicznego, zaś ich leczenie – jest zawsze procesem długotrwałym. Św. A. D. - ordynator oddziałów neurologii i udarowego, choć nie zapamiętał powoda, to po analizie jego dokumentacji medycznej potwierdził, że na oddział udarów trafił on już z odleżynami w tej dokumentacji opisanymi, że na tym oddziale prowadzone były działania profilaktyczne – lecznicze aby odleżyny te nie rozwijały się, tylko zaczęły się goić, by nie powstał nowe. Przyznał, że odleżyny u powoda na prowadzonym przez niego oddziale nie zostały wyleczone (pomimo wszystkich podejmowanych w tej sprawie działań przezeń wyliczanych), że powód opuścił szpital z odleżynami, które określił jako powikłanie przebytego przez powoda udaru mózgu, uszkodzenia CUN. Wskazał, że odleżyny występują u pewnej grupy pacjentów pomimo podejmowanych działań. Św. B. B. (2) – która była lekarzem prowadzącym powoda, gdy ten znajdował się na oddziale neurologii i udarów mózgu także potwierdziła, że na ten oddział powód trafił z odleżynami, które były tam leczone, że stosowano wobec niego także dalej profilaktykę p – odleżynową (że w szczególności dbano o zmianę pozycji jego ciała). U powoda przy przybyciu na oddział wskaźnik zapalny (CRP) przedstawiał się liczbą trzycyfrową, a przy wypisie spadł do poziomu normy. Świadek wystawiła dla powoda kartę wypisową, w której szczegółowo opisywała istniejące na jego ciele w tej dacie odleżyny. Ich leczenie oceniała jako długotrwałe. Niewątpliwym było

dla świadka, że największą odleżyną u powoda była ta na kości krzyżowej, zaś przyczyn jej wystąpienia upatrywała ona w tym, że powód był pacjentem leżącym (na OIOM-ie długo zaintubowanym) z porażeniem kończyn, który sam się nie przemieszczał nie poruszał. Św. J. B. - pielęgniarka na oddziale udarowym, zeznała, że była obecna przy przekazywaniu powoda na jej oddział z OIOM-u, że pacjent miał wówczas odleżyny, że był zaopatrzony w plastry granuflex, że był osobą wymagającą dużego nakładu pielęgniarstwa, w szczególności w ciągu 12 godzinnego dyżuru pielęgniarstwa miał 6-7 razy zmienianą pozycję ciała i to niezależnie od równoległe prowadzonej rehabilitacji neurologicznej. Stosowano u niego odpowiednią toaletę, oklepywania dla poprawy ukrwienia, na rany nakładano specjalistyczne plastry tzw. aquazele, granuflex-y, na miejsca, w których mogły się pojawić kolejne odleżyny nanoszono maści z wit. A. Powód miał na tym oddziale materac przeciwoodleżynowy. W jej ocenie w dacie wypisu powoda ze szpitala stan odleżyny krzyżowej był lepszy niż w momencie zmiany przez pacjenta oddziału (bez względu na jej głębokość), bo rozpoczął się proces ziarnowacenia. Św. I. D. – pielęgniarka oddziałowa pracująca na oddziale leczenia udarów mózgu, wcześniej na oddziale neurologii z pododdziałem udarowym, choć z uwagi na obowiązki ciężące na pielęgniarce oddziałowej nie zawsze była przy pacjencie, to przypominała sobie przypadek powoda, jego stan w jakim trafił na oddział, problem odleżyn z którymi przybył, informowała, że nadzorowała u niego zmiany opatrunków na ranach odleżynowych, w tym na tej najgorszej na kości ogonowej. Przyznała, że w trakcie hospitalizacji na oddziale udarowym pojawiły się u powoda – pacjenta długo leżącego – kolejne odleżyny pomimo podejmowanych przez personel tego oddziału działań profilaktyki antyodleżynowej, by do tego nie dopuścić. Podkreśliła, że nigdy, pomimo wszystkich wdrażanych z dużą dbałością działań, a w przypadku powoda szczególnej, pełnej współpracy lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów, szpital nie jest w stanie zabezpieczyć pacjenta w 100% przed wystąpieniem odleżyn. I ta świadek twierdziła, że w momencie wypisywania powoda ze szpitala stan jego odleżyn był lepszy niż wówczas gdy przybył na oddział. Wreszcie św. A. A. i J. R. – fizjoterapeuci na oddziale udarowym potwierdzali w swoich wypowiedziach procesowych zeznania innych świadków będących pracownikami szpitala, na temat stosowania profilaktyki przeciwoodleżynowej u pacjentów, o uwzględnianiu ewentualnie pojawiających się odleżyn w działaniach rehabilitacyjnych, o ich leczeniu.

W ocenie Sądu zeznania tych świadków były co do istoty spójne, wiarygodne i korelujące z materiałem dokumentarnym, za wyjątkiem pewnych rozbieżności w nich występujących (u św. J. B., I. (...)) co do oceny stanu odleżyn powoda w dacie wypisu ze szpitala – i w tym zakresie Sąd oparł się na treści zgromadzonych w sprawie dokumentach. Co także istotne zeznania te zostały także potwierdzone zeznaniami św. A. W. rehabilitanta pozwanego szpitala, który miał kontakt z powodem już w trakcie jego pobytu na OIOM-ie, a następnie po jego wypisaniu ze szpitala, kiedy podjął się jego dalszej rehabilitacji w warunkach domowych i uczestniczył w niej nadal. Także ten świadek informował o profilaktyce p-odleżynowej stosowanej przez pozwanego szpitala i o tym, że pomimo wszystkich podejmowanych działań i to nawet wzbogaconych o dodatkowo opłacane przez małżonkę powoda, a przez niego wykonywane, godziny rehabilitacji, które z uwagi na fakt, że rehabilitacja ta ówczas polegała głównie na zmianie pozycji ciała chorego i wpisywała się zatem w profilaktykę przeciwoodleżynową – nie udało się uchronić powoda przed wystąpieniem i rozwojem odleżyn. Ani w zeznaniach św. D. K., ani w zeznaniach św. M. K. (3) nie znalazły się żadne konkretne zarzuty postawione pracownikom pozwanego szpitala. Co prawda św. D. K. wspominała, że zaniepokoiło ją to, że posiłki kiedy mąż nie był już karmiony pozajelitowo, nie były mu prawidłowo podawane, że nie przełykał on treści pokarmowych wkładanych do jego ust, to jednak aby nie wpływało to na stan zdrowia powoda włączyła się wraz z innymi członkami rodziny w podawanie mu posiłków oraz przynosiła do szpitala dla męża nutridrinki – odżywcze preparaty, zawierające w małej objętości dużą dawkę energii i składników odżywczych oraz witamin, jednak również te działania nie przelożyły się na wyeliminowanie nowych odleżyn u powoda. Z kolei zeznania świadków i tych wyżej wymienionych i lekarzy zaangażowanych w leczenie inicjatora procesu po opuszczeniu przez szpitala pokazały jak długotrwały był proces leczenia odleżyn. Zeznania św. G. S. w zakresie zakwalifikowania przez nią odleżyn na ciele powoda - po ich obejrzeniu następnego dnia wieczorem kiedy po godzinach pracy została poproszona przez D. K. o konsultację stanu jej męża i wskazania jak ma się nim opiekować, jak go pielęgnować - po jego powrocie do domu ze szpitala - do poszczególnych kategorii w skali Waterlow różniły się istotnie od tego, co znalazło się w zaświadczeniu lekarskim jej autorstwa wystawionym z datą 23.04.2012r. a dołączonym do pozwu. O ile w zaświadczeniu mowa jest o licznych rozległych, ropiejących odleżynach $V^{(0)}$ z dużą ilością tkanki martwiczej umiejscowionych na łopatkach, kręgosłupie – odcinku Th, na lewym talerzu biodrowym, na odcinku L-S kręgosłupa, na piętach, to już w trakcie zeznań

na rozprawie świadek stwierdziła, że odleżyny były na potylicy, na małżowinach usznych obu uszów, kręgosłupie zwłaszcza na odcinku piersiowym, krzyżowym, na talerzu biodrowym i na piętach, ale były to odleżyny o różnym stopniu nasilenia i że tylko odleżyna na kości krzyżowej była tą najwyższego stopnia, zaś poza jeszcze istotną odleżyną na talerzu biodrowym, pozostałe były pierwszego i drugiego stopnia. Św. J. S. widząc powoda dzień później niż jego matka, zeznając w procesie twierdził, że na ciele powoda stwierdził dużą i głęboką odleżynę w okolicy krzyżowej oraz drugą ranę odleżynową na talerzu biodrowym, zaś innych odleżyn nie stwierdził. Dodał także, że obie rany wymagały minimalnego oczyszczenia chirurgicznego i stosowania specjalistycznych opatrunków. Wskazał też, iż charakter tych ran zmieniał się na przestrzeni czasu. Mimo, że dwaj ostatnio wymienieni świadkowie są lekarzami to jednak św. G. S. jest pediatrą a J. S. specjalistą chorób wewnętrznych i choć skupia się w swojej praktyce lekarskiej jak oświadczył na leczeniu zespołu stopy cukrzycowej, to ostatecznie żaden z nich nie jest specjalistą chirurgiem, predestynowanym do stawiania diagnoz w związku z odleżynami. Natomiast zeznania tych świadków pozwoliły Sądowi na odtworzenie jak był leczony i pielęgnowany powód po opuszczeniu szpitala. Zeznania św. M. W., K. Ł., A. K. choć wiarygodne, tylko w niewielkim stopniu zostały wykorzystane przez Sąd do poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie - istotnych z uwagi na jej przedmiot. Św. W. – miał kontakt z powodem tylko na etapie wykonywanej przez niego u inicjatora procesu operacji neurochirurgicznej usunięcia krwiaka śródmózgowego, św. K. Ł. zeznawał o przeprowadzonym przez niego rozpytaniu przed opuszczeniem przez powoda szpitala, w różnych ośrodkach, placówkach medycznych, co do tego, czy były by tam szanse na umieszczenie powoda na dalsze leczenie i rehabilitację po hospitalizacji u pozwanego. Jednak niezależnie od tego gdzie i jakie informacje pozyskał, to i tak małżonka powoda podjęła już wówczas decyzję o tym, że dalsze leczenie jej męża będzie odbywało się w warunkach domowych i informowała o tym lekarzy pozwanego przed wystawieniem przez nich wypisu inicjatora procesu.

Materiał zdjęciowy dołączony przy pozwie do akt niniejszego procesu nie został w dacie pozyskania go opatrzony datami, stąd nie można jednoznacznie stwierdzić kiedy powstał i stan powoda z jakiego momentu prezentuje. Nie może takiej jego oceny zmienić nawet zeznanie św. J. S., twierdzącego, że zdjęcia pochodzą z początkowego okresu leczenia powoda w domu.

Opinię pisemną biegłego sądowego dr J. P. z 06.05.2015 r., rozwiniętą w opinii uzupełniającej z 06.07.2015r. oraz popartą wyjaśnieniami ustnymi na rozprawie w dniu 24.11.2015r. Sąd uznał za przydatną dla rozstrzygnięcia sprawy. Opinia ta nie budzi żadnych wątpliwości pod względem merytorycznym i w całości stanowiła podstawę dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych. Należy wskazać, iż biegły posiadał niezbędną wiedzę i doświadczenie zawodowe, pozwalające wydać opinię na okoliczności, o których mowa w postanowieniu dowodowym. Wnioski wyciągnięte przez biegłego są logiczne i przekonujące, a sama opinia obszerna i szczegółowa. Biegły wskazał na czym oparł się wydając opinię. W sposób zrozumiały przedstawił wnioski opinii oraz rzeczowo i przekonująco odniósł się w opinii uzupełniającej z dnia 28 marca 2017 r. oraz w trakcie przesłuchania na rozprawie do pytań i zarzutów zgłoszonych przez stronę powodową (pозwany opinii nie kwestionował), wyjaśniając dlaczego tych ostatnich nie można uznać za zasadne.

Wymaga podkreślenia, że strona powodowa nie przedstawiła dowodów, zdolnych podważyć konkluzje opinii biegłego J. P., a polemika strony powodowej z opinią pozostaje gołosłowna. Biegły w sposób stanowczy stwierdził, że brak jest dostatecznych podstaw, w okolicznościach sprawy - do przyjęcia, że powstałe u powoda w trakcie hospitalizacji odleżyny są następstwem nieokreślonych zaniedbań w zakresie jego pielęgnacji. W szczególności nie mogą świadczyć o takich zaniedbaniach pielęgnacyjnych szpitala pewne dostrzeżone przez biegłego niedostatki w dokumentacji medycznej prowadzonej przez personel pielęgniarstwa na OIOM-ie. Przyczyn powstania odleżyn (których etiologia jest niezwykle złożona) u powoda w postaci miejscowego niedokrwienia skóry jak i tkanek głębiej położonych biegły upatrywał przede wszystkim w ogólnym - bardzo ciężkim stanie pacjenta po wypadku komunikacyjnym, po którym utworzył się u niego wielki krwiatek w jego płacie czołowym, koniecznym było jego usunięcie w toku operacji neurochirurgicznej, a następnie po ustaleniu, że przyczyną krwawienia było pęknięcie narastającego tętniaka, wykonanie kolejnego zabiegu jego embolizacji, przez kilka tygodni powód pozostawał pod respiratorem (stosowano wobec niego oddech kontrolowany), koniecznością było wykonanie u niego tracheotomii i otwarcie dróg oddechowych, długo był nieprzytomny, w pierwszym okresie hospitalizacji z narastającym obrzękiem mózgu,

dalej z masywnym uszkodzeniem mózgu, z porażeniem czterokończynowy, ze stanem minimalnej świadomości po odzyskaniu przytomności, z brakiem czucia bólu i barkiem możliwości samodzielnego poruszania się, jego stan wymagał zakładania cewników, drenów. Nie uchroniły powoda od pojawienia się odleżyn na jego ciele ani stosowanie materacy przeciwoleżynowych na obu oddziałach, na których był hospitalizowany, ani udogodnień (wałków, kółek, podpórek) ani zmiany pozycji jego ciała w łóżku co 2-3 godz. (oczywiście od momentu gdy było to możliwe, w szczególności po przebytych przez niego zabiegach na mózgu, po podłączeniach do aparatury medycznej), ani zmiany bielizny pościelowej 2 x dziennie, ani pieluchomajtki, ani toaleta całego ciała 2x dziennie, natłuszczenie go balsamem lub stosowanie środków odleżynowych (maści, płyny), oklepywanie, odpowiednie żywienie. Biegły stwierdził, że personel medyczny (szpital) podejmował prawidłowe działania w celu zapobieżeniu odleżynom, niestety pełna skuteczność tych działań nie jest zależna tylko od personelu medycznego i podejmowanych przez niego czynności. Patofizjologia odleżyn determinuje, że to bardzo trudne do leczenia, często trudne do profilaktyki - ale łatwe do powstania powikłanie dotyczy przede wszystkim chorych z uszkodzeniem mózgu w szczególności na oddziałach reanimacyjnych czy neurologicznych. Okolica krzyżowa jest tym obszarem ciała, który z uwagi na swą anatomię (skąpa podściółka tkanki tłuszczowej, wysoka ruchomość skóry w stosunku do podłoża) jest, przy ogólnym stanie pacjenta – w szczególności takim jak u powoda, obszarem szczególnie narażonym na występowanie odleżyn. Powiększanie odleżyny, w szczególności tej umiejscowionej na kości krzyżowej, wiąże się z kolei z zakażeniem bakteryjnym (choć każda odleżyna bez względu na jej umiejscowienie jest ubytkiem skóry i/lub głębiej położonych tkanek podskórnych a zatem w zakresie mikrobiologii czy chirurgii – jest zakażona), które w określonych warunkach anatomicznych (tu: bliskość odbytu) i napotkanych warunkach miejscowych – ma dobre warunki do kolonizacji. Złożona etiologia wystąpienia odleżyn (wynikających i z przyczyn wewnętrznych i zewnętrznych) uniemożliwia obiektywną i jednoznaczną ocenę przyczyn tego pogorszenia.

Biegły wskazał, że obserwacja chorego pod kontem ryzyka wystawienia odleżyn możliwa jest wg kilku powszechnie używanych na świecie skal w szczególności: Doreen Norton, Waterlow, Bradena Douglasa, Dutch Consensus Prevention of Bedsores (CBO). Jest to wynikiem tego, że żadna z tych skal nie jest doskonała, a to wiąże się ze złożonym charakterem zmian odleżynowych, ze złożoną etiologią tych zmian. To że pozwany w istotnym dla sprawy okresie stosował skalę D. Norton (a nie inną z w/w), w żadnym razie nie może być mu poczytane za postępowanie nieprawidłowe, jest to bowiem skala stosowana powszechnie przy hospitalizacji pacjentów na świecie od początku lat sześćdziesiątych XX wieku do chwili obecnej. Z żadnych regulacji prawnych nie wynika wg jakiej skali należy oceniać u pacjenta ryzyko powstania odleżyn. Zresztą, co biegły podkreślił, nie ma żadnych uniwersalnych środków, których zastosowanie byłoby wystarczające dla zapobieżenia i rozwojowi, i powstawaniu nowych odleżyn – i dotyczy to nie tylko powoda ale każdego z pacjentów. Odleżyny są problemem medycyny światowej i do dziś mimo jej stałego rozwoju nie ma pewnych i skutecznych metod zapobiegania ich powstawaniu i rozwojowi.

Mając na uwadze powyższe, jak i cały zgromadzony w sprawie materiał dowodowy - Sąd ustalając istotne okoliczności sprawy oparł się na opinii biegłego dr J. P., przyjmując, że poddawała się ona pozytywnej ocenie, gdyż pozostawała w zgodzie z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, osoba ją sporządzająca dysponowała wysokim poziomem wiedzy i doświadczenia zawodowego, a sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków nie budził zastrzeżeń Sądu.

Co istotne ostatecznie strona powodowa nie podtrzymała zgłoszonego przez siebie pierwotnie, po zapoznaniu się z pisemną opinią główną tego biegłego, wniosku o zasięgnięcie opinii innego biegłego, z tej samej specjalności i na te same co w postanowieniu dowodowym okoliczności, wnosząc o przyjęcie opinii dr P. na potwierdzenie swojego stanowiska procesowego.

Równie przydatna – choć nie decydująca o ostatecznym rozstrzygnięciu sprawy- okazała się opinia biegłej sądowej z zakresu psychologii klinicznej R. L., uzupełniona jej wyjaśnieniami na rozprawie. Biegła wyjaśniła zagadnienie stanu psychicznego powoda, po tym wszystkim, co nastąpiło od 18.09.2010r. w jego życiu, wyjaśniła zagadnienie odczuwania przez niego bólu, jego stopnia, charakteru, jak też jego manifestowania. Treść tej opinii znajdowała potwierdzenie w zeznaniach świadków w szczególności D. K., A. W., G. S., A. K..

Sąd w toku procesu przeprowadził postępowanie dowodowe w oparciu o wszystkie zgłoszone przez strony i podtrzymane przez nie w toku postępowania (albowiem z części pierwotnie zgłoszonych wniosków strony się wycofały) wnioski dowodowe.

W tym miejscu zaznaczyć także należy, że z uwagi na przyjęte przez Sąd stanowisko (o czym w dalszej części uzasadnienia), iż strona powodowa nie wykazała w procesie błędu w leczeniu i pielęgnacji powoda w trakcie jego hospitalizacji u pozwanego, winy personelu medycznego pozwanego w wystąpieniu u powoda zmian odleżynowych, a zatem samej zasady odpowiedzialności pozwanego – Sąd odstąpił od szczegółowej analizy zasadności i wysokości zgłoszonych przez niego roszczeń z tytułu odszkodowania, zadośćuczynienia czy renty.

Mając powyższe na uwadze Sąd zważył, co następuje :

Powództwo okazało się niezasadne i jako takie podlegało oddaleniu.

Odpowiedzialność pozwanego Szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej należało rozważyć na gruncie 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 czynności.

Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116).

Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który 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 organizacji pracy, pielęgniarstwa, rehabilitanta. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r. I A Ca 852/12, LEX nr 1313338).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest więc specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga spełnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego (art. 415 k.c.), to jest szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Lekarzowi czy innemu członkowi zespołu medycznego szpitala np. pielęgniarce można przypisać winę w przypadku wystąpienia jednocześnie obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości ich postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z wiedzy medycznej i doświadczenia, a w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski/pielęgniarski (medyczny), przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza/pielęgniarsza reguł postępowania, co oceniane jest w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny odnosi się natomiast do zachowania przez lekarza/pielęgniarsza staranności, ocenianej pod kątem odpowiedniego standardu postępowania przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu staranności działań medycznych. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne (wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK/12 niepubl.).

W niniejszej sprawie ocenie pod kątem omówionych wyżej przesłanek podlegało postępowanie personelu medycznego pozwanego Szpitala wobec powoda w trakcie jego hospitalizacji w okresie od 18.09.2010r. do 23.11.2010r. Podlegającą rozważeniu była przy tym kwestia czy doszło wówczas do zawinonego zaniedbania profilaktyki antyodleżynowej a następnie leczenia powstałych odleżyn oraz czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy takimi zaniedbaniami a stanem zdrowia powoda po istotnej dla sprawy hospitalizacji.

Po przeanalizowaniu całokształtu materiału dowodowego sprawy w szczególności dokumentacji medycznej istotnej hospitalizacji, zeznań świadków oraz opinii biegłego sądowego dr J. P. Sąd nie znalazł podstaw do przyjęcia, iż w trakcie pobytu powoda w pozwanym szpitalu doszło do błędów w jego leczeniu czy pielęgnacji, które przełożyłyby się na wystąpienie u powoda odleżyn i ich stanu z daty wypisu. Niewątpliwie z uwagi na stan pacjenta po wypadku komunikacyjnym, nieprzytomnego, pod respiratorem, z wielkim krwiakiem w płacie czołowym po prawej stronie, po poddaniu go, w trybie pilnym operacji neurochirurgicznej usunięcia tego krwiaka śródmózgowego, a dalej po ustaleniu angiografią mózgową obecności narastającego tętniaka w mózgu inicjatora procesu, którego szybka embolizacja miała uniemożliwić kolejne krwawienie - J. K. stał się pacjentem OIOM pozwanego szpitala zakwalifikowanym do kategorii pacjentów wymagających stałego nadzoru. Świadczą o tym chociażby zeznania św.: S. K. – ordynatora oddziału, A. J., M. M. – pielęgniarek OIOM, A. W. – rehabilitanta zatrudnionego na OIOM-ie czy E. S. – z-cy ordynatora oddziału leczenia udarów czy wreszcie J. B., I. D. – pielęgniarek tego oddziału. Lekarze wskazywali na wyjątkowo ciężki stan pacjenta, na konieczność podejmowania i podejmowanie u niego w trybie pilnym rozmaitych działań ratujących życie, a pielęgniarki o tym, że był to pacjent wymagający bardzo dużego nakładu pracy pielęgniarstwa i prowadzonych wobec niego czynności pielęgnacyjnych. Św. W. swoimi zeznaniami potwierdzał wypowiedzi obu grup w/w świadków.

Zestawiając zatem materiał dokumentarny z zeznaniami świadków i opinią biegłego dr P. przy braku wskazania przez stronę powodową zaniedbań, których miałby się dopuścić personel medyczny pozwanego szpitala Sąd przyjął, że powstanie odleżyn u powoda nastąpiło z uwagi na wyjątkowo ciężki stan powoda po jego znalezieniu się w szpitalu, z uwagi na zbieg wielu czynników wewnętrznych ryzyka ich wystąpienia jak chociażby: unieruchomienie (stan nieprzytomności, stany pooperacyjne, porażenia neurologiczne), brak samodzielnej możliwości poruszania się, cewnikowanie, nieotrzymanie stolca, zaburzenie odczuwania bólu, wiek, stan skóry, brak przez parę tygodni samoistnego oddechu, stosowane leki, temperatury zewnętrzne, gorączkowanie pacjenta, jak i czynników zewnętrznych i to niezależnych od czynności pracowników szpitala zmierzających do niedopuszczenia do zaistnienia odleżyn, czy po ich pojawieniu się – do ich leczenia - jak chociażby: ucisk grawitacyjny (który jak wyjaśnił biegły w krótkim okresie czasu 2-3 godzin może doprowadzić już do uszkodzenia włókien mięśniowych bez widocznego jeszcze uszkodzenia skóry), siły ścinające działające przy ześlizgiwaniu się chorego po pościeli na skutek wzajemnego przemieszczania się skóry i tkanki podskórnej, intubacja płuca, zastosowana u niego tracheotomia, cewniki, sonda odżywcza. Biegły podkreślił w wydanej przez siebie opinii, iż proces powstawania odleży jest bardzo szybki - wystarczający do ich zaistnienia jest czas liczony w godzinach. Tymczasem oczywistym jest, że bezpośrednio po zabiegach na mózgu ciała powoda nie można było odwracać, że także w trakcie jego hospitalizacji na OIOM-ie kiedy znajdował się pod aparaturą medyczną, było to niezwykle utrudnione i w żadnym przypadku nie wynikało z jakichkolwiek zaniedbań personelu szpitala a wyłącznie ze stanu powoda i wymogów zastosowanego wobec niego leczenia ratującego jego życie. Wszyscy świadkowie zgodnie twierdzili, a przystaje to do zapisów w dokumentacji medycznej inicjatora procesu, że profilaktyka przeciwodleżynowa czy leczenie odleżyn po ich wystąpieniu było w pozwanym szpitalu wobec powoda wdrożone i prowadzone, i to z dużą uwagą i zaangażowaniem. Zaś na to, że szpital zwracał, w istotnym dla sprawy okresie, dużą uwagę na problem walki z odleżynami wskazuje chociażby powołanie w nim we wrześniu 2010r. wewnątrzszpitalnego komitetu przeciwodleżynowego dążącego do tego, by wszystkie dotąd faktycznie podejmowane działania profilaktyki przeciwodleżynowej, przyjęły postać uregulowań i procedur postępowania oraz zostały ujednoczone w całym szpitalu. Wynikiem tych działań było sformułowanie standardów opieki przeciwodleżynowej - w tym pielęgniarstwa z pełnym monitoringiem i wymogów dokumentacji medycznej w powyższym zakresie, które zaczęły obowiązywać u pozwanego w 2011r.

Należy jeszcze zauważyć, że także dodatkowo podjęte przez małżonkę powoda działania polegające na wprowadzeniu dodatkowych (prywatnie przez nią opłacanych) godzin rehabilitacji biernej powoda na OIOM-ie z udziałem

rehabilitanta szpitalnego, czy dożywiania męża nutridrinkami, gdy tylko stało się to możliwe – choć niewątpliwie z punktu widzenia profilaktyki przeciwoleżynowej bardzo prawidłowe - nie uchroniły J. K. od wystąpienia odleżyn na jego ciele.

Proces leczenia odleżyn jak wskazał biegły to proces żmudny i długotrwały. Został zapoczątkowany w szpitalu. Niewątpliwie był kontynuowany w dalszym leczeniu, rehabilitowaniu powoda, po opuszczeniu przez niego placówki pozwanego, choć nie wiadomo czy od pierwszego momentu, skoro konsultacje medyczne rodziny powoda z lekarzami prowadzącymi to dalsze leczenie nastąpiły dopiero w drugiej i trzeciej dobie pobytu pozwanego w domu – w sposób prawidłowy (na dalszym etapie w sposób właściwy i pełny), to jak wynika z materiału dowodowego był to okres długi, a w przypadku odleżyny na kości krzyżowej paroletni.

Sąd zgodził się z biegłymi analizując cały materiał dowodowy, że dostrzeżone przez niego uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej powoda przez personel pielęgniarski w zakresie profilaktyki przeciwoleżynowej nie uzasadniają przyjęcia istnienia zaniedbań w pielęgnacyjnych powoda ze strony personelu medycznego szpitala.

W tym stanie rzeczy Sąd nie przyjął, aby zmiany odleżynowe na ciele powoda były wynikiem błędów, zaniedbań w leczeniu czy pielęgnacji inicjatora procesu, czy że wynikały z zawinionych działań personelu medycznego szpitala. W ocenie Sądu -tożsamej z opinią biegłego - stanowiły one natomiast niezawinione i zaistniałe pomimo wszystkich podjętych działań by im zapobiec - powikłanie złożonego leczenia J. K.. Jednocześnie trudno zgodzić się Sądowi z poglądem strony powodowej, w okolicznościach konkretnej sprawy, że zabiegi ratujące życie nie powinny konkurować z profilaktyką przeciwoleżynową. Są sytuacje, w których ratowanie życia musi stanąć ponad możliwością wystąpienia powikłania w postaci odleżyn. Nie tylko z opinii biegłego, ale także z zeznań świadków wynika, że stan zdrowia powoda tuż po operacjach na mózgu, a także wobec konieczność prowadzenia u niego sztucznego wspomaganie oddechu, uniemożliwiał podejmowanie pewnych czynności z profilaktyki przeciwoleżynowej, jak na przykład przewracanie powoda na brzuch, co było szczególnie istotne w przypadku niedopuszczenia do powstania rany odleżynowej w okolicy kości krzyżowej.

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł jak w punkcie 1 wyroku.

W pkt 2 wyroku Sąd mając na uwadze sytuację życiową, zdrowotną, materialną powoda, jak i fakt że w początkowej fazie procesu uzyskał on zwolnienie od kosztów sądowych w całości - odstąpił na podstawie art. 102 k.p.c. - od obciążania go kosztami niniejszego procesu a więc także kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej.

/-/ K. Szymtke