

**Sygn. akt VI P 374/14**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 marca 2016 roku.

Sąd Rejonowy Gdańsk-Południe w Gdańsku VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodniczący : SSR Paula Markiewicz

Ławnicy: Janina Dąbrowska, Hanna Zajączkowska

Protokolant : st. sekr. sąd. Barbara Marszewska

po rozpoznaniu w dniu 23 marca 2016 roku w Gdańsku

sprawy z powództwa E. Ż. (PESEL (...))

przeciwko (...) Szpitalowi (...)w G. (KRS (...))

o przywrócenie do pracy

**I.** oddała powództwo,

**II.** zasądza od powódki E. Ż. rzecz pozwanego(...) Szpitala (...) w G. kwotę 60 złotych (sześćdziesiąt złotych i 00/100) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

**Sygn. akt VI P 374/14**

## UZASADNIENIE

Powódka E. Ż. pozwem z dnia 20 maja 2014r. wniosła przeciwko pozwanemu (...) Szpitalowi (...)o przywrócenie do pracy w związku z rozwiązaniem umowy o pracę w dniu 15 maja 2014r.

W uzasadnieniu pozwu powódka podała, iż pracodawca w sposób nieuprawniony rozwiązał nią umowę o pracę. Wskazana w treści rozwiązania umowy o pracę przyczyna powyższego została tendencyjnie opisana przez Komendanta szpitala. Pacjent, który zmarł, znajdował się w takim stanie zdrowia, że jego śmierć nastąpiłaby niezależnie od czynności ratunkowych (resuscytacyjnych) podejmowanych na oddział OIT (dawniej OIOM). Pacjent ten został przyjęty do szpitala w stanie agonalnym, na co jednoznacznie wskazuje rozpoznanie medyczne postawione w oparciu o wywiad, jak również badanie fizykalne i badania dodatkowe. Powódka podała, iż w danym dniu około godziny 15.00 została wezwana do Izby Przyjęć przez lekarza rezydenta K. W.. Po zbadaniu pacjenta i ustaleniu jego bardzo ciężkiego stanu zaproponowała dalsze badania i leki, zaleciła i włączyła D.. Jest to czynność o charakterze resuscytacji farmakologicznej. Pacjent ten miał również zastosowaną tlenoterapię bierną oraz wdrożono leki rozkurczające oskrzela z uwagi na niewydolność oddechową. Powódka wskazała, iż po skonsultowaniu tego pacjenta powróciła na Oddział Intensywnej Terapii i skontaktowała się ze starszym lekarzem dyżuru dr K. S. (1), informując go o przypadku przyjęcia do Izby Przyjęć pacjenta w stanie agonalnym. Po wykonaniu niezbędnych czynności na swoim oddziale powróciła następnie do Izby Przyjęć. W międzyczasie na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii nadzorowała bowiem młodego stażem lekarza, niedawnego rezydenta K. B., który w tym czasie znieczulał pacjenta na bloku operacyjnym, a zabieg trwał do godziny 18.15, co zostało opisane zresztą w książce raportów oddziału OIT. Powódka podkreśliła, iż w jej ocenie pacjent był poddany właściwym czynnościom resuscytacyjnym w danym momencie. Jego ogólny stan zdrowia niestety nie dawał mu szans przeżycia. Podobne stanowisko zawiera również opinia lekarska w piśmie (...) przy(...) Szpitalu (...) z dnia 25 kwietnia 2014r. Przewodniczący związku zawodowego lekarz specjalista chirurg M. T. jednoznacznie stwierdził i potwierdził w niej prawidłowość czynności podejmowanych przez powódkę,

rozpoznanie, jak również agonalny stan zdrowia pacjenta. W konkluzji powódka wskazała, że pacjenta nie można było uratować. Powódka wskazała również, iż pozwany w rozwiązaniu umowy o pracę z dnia 29 kwietnia 2014r. określa przyczyny zgonu pacjenta i słusznie nie odnosi się ich do jakichkolwiek zaniedbań szpitala, a w tym powódki. Pozwany ogólnie tylko stwierdził, że powódka nie podjęła czynności resuscytacyjnych, co jak wykazała wyżej nie jest prawdą. Oprócz czynności podjętych przez nią wcześniej także zaintubowała chorego. Niestety jego niewydolność wielonarządowa nie dawała mu szans na przeżycie. Powódka podkreśliła raz jeszcze, że prawidłowo dokumentowała przebieg zdarzeń w dokumentacji chorego i książce raportów. Książka raportów znajduje się w Oddziale powódki, a historia choroby pacjenta powinna znajdować się w archiwum szpitala. W postępowaniu swoim powódka nie znajduje zatem, ani błędów ani zaniedbań, które zarzuca jej pozwany. Stwierdzenia i oceny kierowane przez pozwanego w piśmie o rozwiązaniu umowy o pracę są nieuczciwe, wymyślone i mają na celu jedynie zdyskredytowanie powódki przez Komendanta szpitala. Każdy przypadek zgonu pacjenta jest bardzo trudny dla lekarzy i Szpitala. Tym razem jednak pacjent znajdował się w stanie agonalnym, bez szans na przeżycie. Wręczonemu rozwiązaniu umowy o pracę powódka zarzuciła zatem naruszenie prawa pracy przez błędne zakwalifikowanie opisanego wyżej zdarzenia i związanych z tym czynności, jako ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych. W przekonaniu powódki nie można postawić jej zarzutu o zaniedbaniu, czy też zaniechaniu określonych czynności.

W ocenie powódki pozwany rozwiązując umowę o pracę naruszył również treść artykułu 52 §2 kodeksu pracy, który wyznacza termin jednego miesiąca do złożenia przez pracodawcę oświadczenia o rozwiązaniu umowy o pracę licząc od dnia dowiedzenia się o zdarzeniu objętym treścią oświadczenia. Od daty zaś śmierci pacjenta tj. 27 lutego 2014r. do daty doręczenia jej wyżej wymienionego oświadczenia – co miało miejsce w dniu 15 maja 2014r. minęło dwa i pół miesiąca. Nadto powódka podała, iż wskutek śmierci pacjenta zastępca Komendanta Szpitala- specjalista chorób wewnętrznych lek. med. W. K. zwołał odprawę lekarzy szpitala, która odbyła się w terminie około czterech dni po śmierci pacjenta. Na odprawie omawiano organizację pracy Izby Przyjęć w kontekście przypadku zgonu tego pacjenta. Nie ma zatem żadnego uzasadnienia dla wyjaśnienia tej zwłoki, skoro sprawa zgonu pacjenta rozstrzygała się w dochodzeniu prowadzonym przez Komendanturę Szpitala. (k. 2-3)

Pozwany (...)Szpital (...) w G. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz od powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że przyczyną rozwiązania z powódką umowy w trybie art. 52 § 1 pkt 1 kp było to, iż wbrew swoim obowiązkom wynikającym z zakresu obowiązków, a nadto wynikającym z przepisów prawa (m.in. art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) sprzecznie ze stanem klinicznym pacjenta, powódka nie podjęła czynności resuscytacyjnych w dniu 27 lutego 2014r., a nadto nie zakwalifikowała pacjenta (znajdującego się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia) do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Ponadto powódka nie dokonała wpisu w dokumentacji medycznej o braku czynności resuscytacyjnych oraz nie dokonała wpisu o stwierdzeniu zgonu pacjenta. W ocenie pozwanego postępowanie powódki stanowiło rażące naruszenie zarówno obowiązków wynikających wprost z umowy o pracę, jak również obowiązków lekarza wynikających z treści powołanej regulacji, jak i zasad etyki zawodowej. Pozwany podkreślił, iż w myśl art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry - lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. W przedmiotowym przypadku zasadne i konieczne było zaś podjęcie czynności ratujących życie pacjenta, w szczególności podjęcie czynności resuscytacyjnych oraz przyjęcie pacjenta na Oddział AOiT. Zgodnie zaś z art.8 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas. W dniu zaś 27 lutego 2014r. pacjent w stanie istotnego pogorszenia stanu zdrowia, w bezpośrednim stanie zagrożenia życia, prawidłowo został skierowany do Izby Przyjęć w celu udzielenia pomocy. Pacjent przywieziony był przez karetkę Pogotowia (...). Powodem skierowania w/ w była nasilająca się duszność spoczynkowa. Pacjent był obciążony przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, napadowym migotaniem przedsionków. Dyżur internistyczny pełniła w dniu zdarzenia lekarz rezydent Oddziału Wewnętrzno-K. W., która zabezpieczała Izbę Przyjęć. Lekarzem konsultującym pacjenta była zaś powódka - specjalista (...), pełniąca tego dnia dyżur w Oddziale AiT. Gdy stan pacjenta uległ pogorszeniu rezydent K. W. prawidłowo, około godziny

17.15, poprosiła powódkę (lekarza anestezjologa) o konsultację i zakwalifikowanie pacjenta do leczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Powódka jednak wbrew swoim obowiązkom wynikającym z zakresu obowiązków i sprzecznie ze stanem pacjenta nie podjęła czynności resuscytacyjnych, a nadto nie zakwalifikowała pacjenta do leczenia w Oddziale AiT. O godzinie 17.50 pacjent zaś zmarł. Pozwany zarzucił, iż na podstawie wyników badań laboratoryjnych można było jednoznacznie potwierdzić bezpośredni stan zagrożenia życia. Wskazywały na to cechy kwasicy oddechowej, wysoka leukocytoza, cechy niewydolności serca, cechy uszkodzenia wątroby oraz niewydolności nerek.

Podkreślił także, iż błędna i nie mająca podstaw była również ocena kliniczna pacjenta dokonana przez powódkę (według wpisu do karty pacjenta: Jest to pewnie końcowe stadium choroby nowotworowej niezdiagnozowanej, infekcja płucna?). Podkreślić należy, iż żadnej choroby nowotworowej u pacjenta nie było, w szczególności obraz radiologiczny płuc nie wskazywał na guza płuca, mogącego sugerować rozsianą chorobę nowotworową. Bezpośrednią przyczyną zgonu pacjenta była ostra niewydolność oddechowa w przebiegu masywnego ropnego, płatowego zapalenia płuc z nadkażeniem grzybiczym i powstaniem ropnia grzybiczego w szczycie płuca prawego. Brak choroby nowotworowej potwierdził wynik badania autopsyjnego. Odstąpienie od wykonywania czynności resuscytacyjnych przez powódkę było zatem bezpodstawne. Powyższe stanowiło rażące naruszenie zarówno obowiązków wynikających wprost z umowy o pracę, jak również obowiązków lekarza wynikających z treści regulacji prawnej dotyczącej zawodu lekarza, jak i zasad etyki zawodowej. Takim samym rażącym naruszeniem obowiązków było niezakwalifikowanie pacjenta przez powódkę do leczenia w Oddziale AiT. Pozwany podkreślił, iż pacjent spełniał wszelkie kryteria przyjęcia do tenże Oddział. Nadto naganne było również to, że powódka zbagatelizowała stan pacjenta, nie podjęła czynności resuscytacyjnych i nie zakwalifikowała pacjenta do leczenia w Oddziale AiT - pomimo słusznych uwag młodszego stażem i doświadczeniem rezydenta K. W.. Słusznie rezydent K. W. w polemice z powódką podkreślała brak potwierdzenia choroby nowotworowej w dokumentacji medycznej pacjenta, młody wiek pacjenta oraz brak istotnych obciążeń. Bezzasadne, w ocenie pozwanego, są również twierdzenia powódki, iż była ona zobowiązana w dniu 27 lutego 2014r. nadzorować lek. K. B.. Pozwany podkreślił, iż lek. med. K. B. w dniu 27 lutego 2014r. miał już zakończony staż rezydencki i był uprawniony do samodzielnego pełnienia dyżurów i wykonywania czynności medycznych. (k. 50-56)

Powódka E. Ż. na rozprawie w dniu 3 grudnia 2014r. sprecyzowała, iż w niniejszym postępowaniu domaga się przywrócenie do pracy. (k. 81)

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

Powódka E. Ż. została zatrudniona u pozwanego(...)Szpitalu (...) w G. na stanowisku starszego asystenta Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w pełnym wymiarze czasu pracy na czas określony od dnia 1 stycznia 2003r. do dnia 31 lipca 2003 r., następnie od dnia 1 sierpnia 2003r. do dnia 31 grudnia 2004r.

Z dniem 1 stycznia 2005r. powódka została zatrudniona na czas nieokreślony na dotychczasowym stanowisku pracy.

Powódka jest specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

( **Dowód** : umowa o pracę – k.2, k.10, k.15 część B akt osobowych powódki, zeznania powódki E. Ż.- k. 81-84 w zw. z k. 234v-235 (nagranie z rozprawy z dnia 20 listopada 2015 roku 00:02:29-00:24:27)

Do zakresu obowiązków powódki zatrudnionej na stanowisku starszego asystenta Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii należało : pomoc Ordynatorowi Oddziału w zapewnieniu opieki medycznej chorym w Oddziale Intensywnej Terapii, pełnienie dyżurów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wg oddzielnego grafiku, codzienne uczestnictwo w obchodach Ordynatora Oddziału, konsultacje chorych przed zabiegami operacyjnymi, wydawanie poleceń personelowi pomocniczemu w zakresie podawania leków, wykonywania zabiegów leczniczych i badań dodatkowych oraz podpisywanie karty zleceń, kontrola pielęgnacji chorych i wykonywanie zleceń pielęgniarских, prowadzenie na bieżąco dokumentacji chorych oddziału, wykonywanie wszystkich znieczuleń na terenie Szpitala (...)zleconych przez Ordynatora Oddziału, uczestnictwo w razie potrzeby w zabiegach resuscytacyjnych na terenie szpitala, zgłaszanie Ordynatorowi o wypadkach śmierci oraz wszelkich innych ważnych

wydarzeniach zarówno chorych jak i podległego personelu, udział w codziennych porannych odprawach lekarzy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w szkoleniu wewnątrz oddziałowych oraz w posiedzeniach koła naukowego szpitala, szkolenie średniego personelu Oddziału, podnoszenie kwalifikacji zarówno teoretycznych jak i praktycznych, przestrzeganie ściśle dyscypliny i czasu pracy, wykonywanie innych dodatkowych poleceń i obowiązków nałożonych przez Ordynatora Oddziału, udział w szkoleniu ogólnowojskowym i gotowości bojowej oraz szkoleniu mobilizacyjnym w zakresie przygotowującym do objęcia stanowiska na czas „W”.

**(Dowód** : zakres obowiązków – k. 28 część B akt osobowych powódki)

W dniu 27 lutego 2014r. pacjent R. M. został przywieziony był przez Karetkę Pogotowia (...). Pacjent znajdował się w stanie istotnego pogorszenia stanu zdrowia, w bezpośrednim stanie zagrożenia życia. Pacjent został skierowany do Izby Przyjęć w celu udzielenia pomocy. Powodem skierowania była nasilająca się u niego duszność spoczynkowa. Chory obciążony był przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, napadowym migotaniem przedsionków. Jego stan początkowo określano jako średnio ciężki, następnie uległ on pogorszeniu w trakcie pobytu w Izbie Przyjęć. Po 4 godzinach obserwacji, diagnostyki i leczenia w Izbie Przyjęć pacjent zmarł.

Bezpośrednią przyczyną zgonu pacjenta była ostra niewydolność oddechowa w przebiegu masywnego ropnego płatowego zapalenia płuc z nadkażeniem grzybiczym i powstaniem ropnia grzybiczego w szczycie płuca prawego.

Dyżur internistyczny w dniu zdarzenia pełniła lek. med- rezydent Oddziału Wewnętrznego K. S. (2), która zabezpieczała Izbę Przyjęć. Lekarzem konsultującym chorego była powódka lek. med. E. Ż.- specjalista anestezjologii i intensywnej terapii – pełniąca tego dnia dyżur w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Starszym lekarzem dyżuru w dniu zdarzenia był lek. med. K. S. (1).

Pacjent został przywieziony na Izbę Przyjęć około godziny 13.50.

Mając na uwadze stan kliniczny chorego rezydent K. W. poprosiła o konsultację, jak również opiekę nad pacjentem lekarza anestezjologa lek. med. E. Ż., albowiem musiała udać się celem opieki nad innym pacjentem znajdującym się na Oddziale Chorób Wewnętrznych, w stanie zagrożenia życia. Powyższe miało miejsce około godziny 14.30. Około tejże godziny pacjent był przytomny, krążeniowo wydolny. Powódka zleciła również dodatkowe badania pacjenta.

Objęcie opieki nad pacjentem zostało również zlecone powódce przez lekarza dyżurnego szpitala - K. S. (1).

Następnie K. S. (2) udała się na Oddział Chorób Wewnętrznych.

Około godziny 17.00-ej w/w powróciła do Izby Przyjęć. Pacjent był już nieprzytomny, w stanie ciężkim. Wobec powyższego poprosiła o skontaktowanie się z powódką celem ponownej konsultacji.

Około godziny 17.10 miała miejsce ponowna ocena stanu zdrowia pacjenta przez powódkę.

W tym momencie pacjent pozostawał już bez jakiegokolwiek kontaktu słownego.

K. S. (2) uważała, iż uzasadnione jest przyjęcie pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Powódka uważała zaś, iż powyższe jest nieuzasadnione mając na uwadze stan terminalny pacjenta.

Około godziny 17.20 stan pacjenta nadal pogarszał się. Powódka dokonując oceny stanu jego zdrowia wskazała w dokumentacji medycznej, iż powyższe, mając na uwadze wyniki z dotychczasowych badań jest zapewne skutkiem końcowego stadium choroby nowotworowej niezdiagnozowanej, wpisała również w treści dokumentacji „infekcja płucna?, uszkodzenie wątroby, niewydolność nerek”.

Powódka wpisała również, iż pacjent nie kwalifikuje się do leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii.

O godzinie 17.40 stan pacjenta pogorszył się, nastąpiła utrata jego przytomności, krążeniowo niewydolny. Pacjent został zaintubowany. W treści dokumentacji powódka wpisała wyraźnie, iż nie podejmowano czynności resuscytacyjnych.

O godzinie 17.50 stwierdzono zgon pacjenta.

Pomiędzy godziną około 14:30, kiedy to powódka przejęła opiekę nad pacjentem do godziny 17:10 stan zdrowia pacjenta nie był w żaden sposób monitorowany, mimo konieczności ciągłego monitoringu jego parametrów życiowych tj. ciśnienia tętniczego, tętna i saturacji.

W trakcie całego pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć nie dokonano udokumentowanego pomiaru bardzo ważnego parametru stanu ogólnego pacjenta, jakim jest temperatura.

Mając na uwadze stan pacjenta uzasadnione było podjęcie decyzji o przyjęciu R. M. na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie na bieżąco monitorowane byłyby wszystkie funkcje życiowe, do momentu pełnej diagnostyki.

W tym przypadku pacjent powinien być zostać przyjęty na tenże Oddział, następnie powinno zostać wdrożone postępowanie diagnostyczno- lecznicze celem postawienia diagnozy ostatecznej.

Decyzję o przyjęciu pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii mogła podjąć powódka, która objęła opiekę nad pacjentem.

Powódka E. Ż. nie zakwalifikowała pacjenta do leczenia Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Powódka nie podjęła również czynności resuscytacyjnych.

W tym zakresie powódka przyjęła istnienie u chorego końcowego stadium niezdiagnozowanej choroby nowotworowej. Powyższe było wynikiem dokonanej przez nią oceny niejednoznacznego badania RTG klatki piersiowej. Brak choroby nowotworowej potwierdził również wynik badania autopsyjnego.

W ocenie powódki stan pacjenta nie rokował poprawy.

Oddział Intensywnej Terapii jest oddziałem diagnostycznym. W trakcie leczenia na tymże Oddziale pacjenci są niejednokrotnie diagnozowani przez zespół interdyscyplinarny.

Są przyjęte określone wskazania- warunki uzasadniające przyjęcie pacjenta na Oddział Intensywnej Terapii.

W tym przypadku takowe zaistniały. Powyższe uzasadnia niewydolność przynajmniej jednego z układów (oddechowego, krążeniowego) oraz potencjalna odwracalność tego stanu. W przypadku wątpliwości diagnostycznych należy je interpretować na korzyść pacjenta.

W dniu zdarzenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii hospitalizowanych było trzech pacjentów, na pięć miejsc na Oddziale.

Powódka E. Ż. nie dokonała na bieżąco wpisu w dokumentacji medycznej o braku czynności resuscytacyjnych oraz nie dokonała wpisu o stwierdzeniu zgonu pacjenta.

Wobec zgonu pacjenta pracodawca przeprowadził postępowanie wyjaśniające, uzyskując w dniu 23 kwietnia 2014r. jego ostateczne wyniki.

W tym zakresie czynności wyjaśniające zostały podjęte przez lek. med. W. K..

W trakcie postępowania wyjaśniającego przeanalizowano dokumentację medyczną pacjenta, skonsultowano powyższą także z innymi lekarzami pozwanego.

W wyniku podjętych czynności ustalono, iż powódka nie dopełniała w stosunku do pacjenta obowiązków pracowniczych. Powódka nie podjęła bowiem czynności resuscytacyjnych, jak również nie zakwalifikowała go do leczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Nadto nie dokonała bieżącego wpisu w dokumentacji medycznej o braku czynności resuscytacyjnych oraz o stwierdzeniu zgonu pacjenta.

( **Dowód:** pismo powódki z dnia 3 marca 2014r. – k. 61-62, pismo z dnia 18 kwietnia 2014r. –k. 63, opinia medyczna- k. 64, dokumentacja medyczna – k. 67, 151, informacja – k. 97, opinia sądowo – lekarska – k. 101-111, opinia sądowo – lekarska uzupełniająca – k. 254-258, oświadczenie D. J. – k. 212, oświadczenie A. R. – k. 213, zeznania świadka M. L. – k. 175-177 (nagranie z rozprawy z dn. 10 czerwca 2015r. 00:02:43-00:34:23), zeznania świadka Z. H. – k. 178-179 (nagranie z rozprawy z dn. 10 czerwca 2015r. 00:37:51-00:51:03), zeznania świadka K. S. (2) – k. 179-181 (nagranie z rozprawy z dn. 10 czerwca 2015r. 00:53:53-01:23:50), zeznania świadka W. K.- k. 182-185(nagranie z rozprawy z dn. 10 czerwca 2015r. 01:25:28-02:25:52), zeznania świadka O. K. (1) – k. 217-218 (nagranie z rozprawy z dn. 24 sierpnia 2015r. 00:05:45- 00:28:06), zeznania świadka K. S. (1)- k. 218-219 (nagranie z rozprawy z dn. 24 sierpnia 2015 roku 00:28:12- 00:44:44), zeznania świadka M. T.- k. 219-221 (nagranie z rozprawy z dn. 24 sierpnia 2015 roku 00:44:49- 01:17:34), zeznania powódki E. Ż.- k. 81-84 w zw. z k. 234v-235 (nagranie z rozprawy z dnia 20 listopada 2015 roku 00:02:29-00:24:27), zeznania za pozwanego D. J. – k. 235-237 (nagranie z rozprawy z dn. 20 listopada 2015r. 00:24:38-01:35:33),

Następnie pracodawca zwrócił się do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego (...) przy (...)Szpitalu (...) o wyrażenie opinii dotyczącej rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z powódką z winy pracownika, z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych. W treści powyższego wskazano, iż powódka wbrew swoim obowiązkom wynikającym z zakresu obowiązków i sprzecznie ze stanem klinicznym pacjenta nie podjęła czynności resuscytacyjnych i nie zakwalifikowała go mimo stanu bezpośredniego zagrożenia życia do leczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Nadto powódka nie dokonała wpisu w dokumentacji medycznej o braku czynności resuscytacyjnych oraz nie dokonała wpisu o stwierdzeniu zgonu pacjenta.

Pracodawca szczegółowo opisał przebieg zdarzeń z dnia 27 lutego 2014r., jak również zawarł własną ocenę zachowania pracownicy.

Ogólnopolski Związek Zawodowy(...) w odpowiedzi na powyższy wniosek w dniu 25 kwietnia 2014r. wskazał, iż nie widzi podstaw do rozwiązania z powódką umowy o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia w trybie art. 52 § 1 pkt kp.

(**Dowód:** pismo do związków zawodowych – k. 56-57 część B akt osobowych powódki, odpowiedź – k. 5-5v, k. 58-59 część B akt osobowych powódki)

W dniu 15 maja 2014r. pozwany rozwiązał z powódką E. Ż. umowę o pracę bez zachowania okresu wypowiedzenia z winy pracownika w trybie art. 52 § 1 pkt 1 kp, z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych.

Jako przyczynę powyższego pracodawca wskazał działanie powódki wbrew obowiązkom wynikającym z zakresu obowiązków, a wynikającym z przepisów prawa (m.in. art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Pozwany podał, iż powódka sprzecznie ze stanem klinicznym pacjenta R. M. (znajdującym się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia) nie podjęła czynności resuscytacyjnych w dniu 27 lutego 2014r, a nadto nie zakwalifikowała go, mimo stanu bezpośredniego zagrożenia życia do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Ponadto powódka nie dokonała wpisu w dokumentacji medycznej o braku czynności resuscytacyjnych oraz nie dokonała wpisu o stwierdzeniu zgonu pacjenta. W myśl zaś art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry - lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. W przedmiotowym przypadku zasadne i konieczne było zaś podjęcie czynności ratujących życie pacjenta, w szczególności podjęcie czynności resuscytacyjnych. Nadto pacjent spełniał wszelkie kryteria do przyjęcia go na Oddział AIOM. Pozwany podał, iż w dniu 27 lutego 2014r. pacjent R. M. w stanie istotnego

pogorszenia stanu zdrowia, w bezpośrednim stanie zagrożenia życia został prawidłowo skierowany do Izby Przyjęć w celu udzielenia mu pomocy. Powodem skierowania była nasilająca się duszność spoczynkowa. Chory był obciążony przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, napadowym migotaniem przedsionków. Gdy stan pacjenta uległ pogorszeniu rezydent K. W. prawidłowo około godziny 17.15 poprosiła powódkę (lekarza anestezjologa) o konsultację i zakwalifikowanie pacjenta do leczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Jednak wbrew swoim obowiązkom wynikającym z zakresu obowiązków i sprzecznie ze stanem pacjenta R. M. powódka nie podjęła czynności resuscytacyjnych. Nadto nie zakwalifikowała pacjenta R. M. do leczenia w Oddziale AIOM. O godzinie 17.50 pacjent zaś zmarł.

Pozwany podał, iż bezpośrednią przyczyną zgonu pacjenta była ostra niewydolność oddechowa w przebiegu masywnego ropnego, płatowego zapalenia płuc z nadkażeniem grzybiczym i powstaniem ropnia grzybiczego w szczycie płuca prawego.

Pracodawca zaznaczył, że rażące niedopełnienie (naruszenie) podstawowych obowiązków w stosunku do pacjenta w stanie zagrożenia życia może mieć poważne konsekwencje finansowe w przypadku skierowania roszczeń przeciwko Szpitalowi przez rodzinę pacjenta. Niezależnie jednak od kwestii finansowych opisane, rażące zaniedbanie, jest zaprzeczeniem podstawowej zasady służenia przez lekarza życiu i zdrowiu ludzkiemu według najlepszej wiedzy i przeciwdziałania cierpieniu, chorobom i śmierci.

Naganne było również to, że pomimo słusznych uwag młodszego stażem i doświadczeniem rezydenta K. W. – powódka zbagatelizowała stan pacjenta i wbrew sugestiom rezydenta K. W. nie podjęła czynności resuscytacyjnych i nie zakwalifikowała znajdującego się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta R. M. do leczenia w Oddziale AIOM. Pacjent spełniał zaś wszelkie kryteria przyjęcia na Oddział AIOM.

Jednocześnie pracodawca poinformował, że w sprawie zachowany został termin z art. 52 § 2 kp, albowiem dopiero po zakończeniu przez Zastępcę Komendanta postępowania wyjaśniającego w tej sprawie 18 kwietnia 2014r. i przekazaniu w dniu 23 kwietnia 2014r. pisma dotyczącego wyników postępowania wyjaśniającego w tej sprawie – pozwany uzyskał informacje o nagannym postępowaniu powódki.

**(Dowód** : rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia – k. 4-4v, k. 1-2 część C akt osobowych powódki)

### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Powództwo E. Ż. nie zasługiwało na uwzględnienie.

Podstawę ustaleń faktycznych w sprawie stanowiły zeznania świadków w osobach M. L., Z. H., K. S. (2), W. K., O. K. (1), K. S. (1), M. T., jak również powódki oraz przesłuchanego za stronę pozwaną D. J..

W ocenie Sądu zeznania wskazanych świadków zasługiwały na uwzględnienie w takim zakresie w jakim powyższe stanowiły podstawę ustaleń faktycznych w sprawie. Powyższe uznać należało uznać za spójne, logiczne i wzajemnie ze sobą korespondujące, jak również tworzące całość z pozostałym materiałem dowodowym sprawy, w szczególności z opinią biegłego sądowego L. Z., jak również dowodami z dokumentów, złożonymi do akt sprawy.

Oceniając zeznania przesłuchanych w sprawie świadków Sąd miał na uwadze, iż świadkowie są nadal pracownikami pozwanego (z wyjątkiem świadka M. T.), jednakże mając na uwadze zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, nie znalazł podstaw do podważenia ich wiarygodności. W ocenie Sądu świadkowie w sposób rzetelny, jak również zgodnie z posiadaną przez nich wiedzą oraz doświadczeniem zawodowym wskazali na okoliczności objęte ustaleniami Sądu.

Dokonując ustaleń faktycznych w sprawie Sąd oparł się również na opiniach biegłego sądowego L. Z.. Sąd dał powyższym wiarę w całości i jako takie uczynił podstawą ustaleń faktycznych w sprawie.

Zdaniem Sądu powyższe opinie zostały sporządzone w sposób rzetelny, prawidłowy oraz wszechstronny. Biegły w swych ustaleniach oparł się na całokształcie materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy, w szczególności

w zakresie dotyczącym stanu zdrowia pacjenta R. M., wdrożonego u niego leczenia, jak również działań medycznych podejmowanych w tym zakresie przez powódkę. Podstawę ustaleń biegłego stanowiła również dokumentacja medyczna dotycząca stanu zdrowia pacjenta, jak również przebiegu jego leczenia. Wnioski wyprowadzone przez biegłego uwzględniają zatem całościowo dowody znajdujące się w aktach sprawy, jak również posiadają uzasadnienie teoretyczne i praktyczne. Potwierdzają również bezwzględnie znajomość problematyki będącej przedmiotem obu opinii.

Zdaniem Sądu brak jest jakichkolwiek podstaw odmawiających niniejszym opiniom trafności i prawidłowości. Biegły posiada bowiem wymaganą w tym zakresie wiedzę specjalistyczną, zarówno teoretyczną jak i praktyczną.

Odnosząc się do zeznań świadka M. T. w ocenie Sądu powyższe zasługiwały na uwzględnienie jedynie w części, a mianowicie w zakresie posiadającym oparcie w pozostałym materiale dowodowym sprawy, w szczególności zeznaniach pozostałych świadków, jak również treści opinii sądowych złożonych do akt. Wskazać należy, iż świadek zasłaniając się niepamięcią, tudzież brakiem kompetencji w określonej dziedzinie starał się unikać jednoznacznych wypowiedzi mogących w jakimkolwiek stopniu przemawiać na niekorzyść powódki.

Podkreślić jednak należy, iż zeznania w/w świadka co do kwestii istotnych z punktu widzenia przedmiotu sprawy stoją w oczywistej sprzeczności z zeznaniami wskazanymi wyżej świadków. Oceniając powyższe uznać należało, iż w istocie ocena działań powódki dokonana w tym zakresie przez świadka jest całkowicie odosobniona i jako taka nie znajduje potwierdzenia w jakimkolwiek dowodzie sprawy.

W ocenie Sądu z zeznań świadków M. L., Z. H., K. S. (2), W. K., O. K. (1) oraz K. S. (1), jak również słuchanego za pozwanego D. J. wynika jednoznacznie, iż działania powódki podejmowane w stosunku do pacjenta R. M. w dniu 27 lutego 2014r. nie były prawidłowe. Z treści powyższych wynika, iż powódka nie roztoczyła wymaganej na pacjentem opieki, nie podjęła również koniecznej w tym przypadku decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Sąd dokonując ustaleń faktycznych w uznał w części zeznania złożone przez powódkę za niewiarygodne i ukierunkowane li tylko wyłącznie na obronę własnych interesów i osiągnięcie korzystnego dla siebie rozstrzygnięcia. Nie sposób bowiem nie zauważyć, iż oświadczenia procesowe powódki wraz z kolejnymi etapami postępowania jurysdykcyjnego ulegały modyfikacji, by wreszcie na ostatniej rozprawie, przed zamknięciem przewodu sądowego ewaluować w tak znacznym zakresie, gdzie powódka wskazała, że w rzeczywistości w trakcie pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć podjęła jednak decyzję o zasadności przyjęcia pacjenta na Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii. Sąd nie dał jednak wiary twierdzeniom powódki w tym zakresie, albowiem powyższe twierdzenia nie znalazły potwierdzenia w żadnym z dowodów zgromadzonych w sprawie. Nie sposób w tym miejscu pominąć, iż powódka konsekwentnie wskazywała, że stan pacjenta był agonalny i nie rokował żadnych szans, podczas gdy z zapisu dokumentacji medycznej jak i zeznań świadków wynika, że pacjent został przywieziony na Izbę Przyjęć w stanie średnio ciężkim, przytomny z kontaktem słownym, a dopiero nagle pogorszenie się stanu zdrowia po upływie kilku godzin spowodowało, że powódka podjęła czynności dotyczące zaintubowania chorego. Nie polegają również na prawdzie twierdzenia powódki o podjęciu przez nią czynności resuscytacyjnych, albowiem powyższym całkowicie zaprzecza treść złożonej do akt dokumentacji medycznej tj. w zakresie sporządzonym przez samą powódkę, w której powódka sama zawarła zapis o braku podjęcia przez nią takowych czynności. W sytuacji podejmowanych czynności lekarze na bieżąco wypełniają dokumentację na okoliczność podejmowanych czynności i aplikowanych środków farmaceutycznych. A skoro powódka nie podejmowała w tym zakresie żadnych czynności – brak było również takowych zapisów. Zupełnie niewiarygodne są twierdzenia powódki, iż stwierdzenie zgonu w karcie pacjenta chciała uzupełnić w późniejszym czasie. Zgon pacjenta, który pociąga za sobą szereg koniecznych działań podejmowanych w szpitalach, w tym także wystawienie karty zgonu, ustalenie i wyjaśnienie przyczyny śmierci prowadzi do wniosku, że powódka uchybiła podstawowym obowiązkom nałożonym na nią jako lekarza medycyny, a zeznania w tym zakresie są niewiarygodne.

Wskazać należy, iż materiał dowodowy sprawy, w szczególności dowody powołane wyżej, jak również przedłożona do akt sprawy dokumentacja lekarska potwierdziły następujący przebieg zdarzeń z dnia 27 lutego 2014r.



Pacjent został przywieziony na Izbę Przyjęć około godziny 13.50. Około godziny 14.30 miała miejsce pierwsza konsultacja medyczna powódki. Około tejże godziny pacjent był jeszcze przytomny, krążeniowo wydolny. Powódka zleciła dodatkowe badania pacjenta. Z uwagi na konieczność podjęcia przez K. S. (2) dodatkowych zadań na Oddziale Chorób Wewnętrznych, objęcie opieki nad pacjentem zostało zlecone powódce. Takowe polecenie zostało wydane powódce przez lekarza dyżurnego- K. S. (1). Następnie K. S. (2) udała się na Oddział Chorób Wewnętrznych.

Około godziny 17.00-ej w/w powróciła do Izby Przyjęć, wówczas stwierdziła ona, iż pacjent był nieprzytomny, w stanie ciężkim. Wobec powyższego poprosiła o skontaktowanie się z powódką celem ponownej konsultacji. Około godziny 17.10 miała miejsce ponowna ocena stanu zdrowia pacjenta przez powódkę. W tym momencie pacjent pozostawał już bez jakiegokolwiek kontaktu słownego. Około godziny 17.20 stan pacjenta nadal pogarszał się. Powódka dokonując oceny stanu jego zdrowia wskazała w dokumentacji medycznej, iż powyższe, mając na uwadze wyniki z dotychczasowych badań jest zapewne skutkiem końcowego stadium choroby nowotworowej niezdiagnozowanej, wpisała również w treści dokumentacji „infekcja płucna?, uszkodzenie wątroby, niewydolność nerek”. Powódka wpisała również, iż pacjent nie kwalifikuje się do leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii. O godzinie 17.40 stan pacjenta pogorszył się na tyle, iż nastąpiła utrata jego przytomności, był już wówczas krążeniowo niewydolny. Pacjent został następnie zaintubowany. W treści dokumentacji powódka wpisała również wyraźnie, iż nie podejmowano czynności resuscytacyjnych. O godzinie 17.50 stwierdzono zgon pacjenta.

Podkreślić należy, iż z dokumentacji medycznej pacjenta wynika bezsprzecznie, iż pomiędzy godziną około 14:30, kiedy to powódka przejęła opiekę nad pacjentem, a godziną 17:10, kiedy stan zdrowia pacjenta uległ pogorszeniu, nie był on w żaden sposób monitorowany w zakresie podstawowych parametrów życiowych tj. ciśnienia tętniczego, tętna i saturacji. Brak jest bowiem w tym zakresie jakichkolwiek zapisów o wdrożonym leczeniu, jak również danych dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Powyższe potwierdza zatem twierdzenie, iż w tymże okresie powódka nie sprawowała jakiegokolwiek opieki nad pacjentem. Dopiero powrót do Izby Przyjęć K. S. (2) spowodował, iż powódka zajęła się pacjentem, dokonując ponownej konsultacji stanu jego zdrowia.

Co istotne materiał dowodowy potwierdził, iż to powódka była osobą decyzyjną co do przyjęcia pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki. W tym zakresie powstała również różnica zdań pomiędzy powódką, a K. S. (2).

Z zeznań świadków w osobach W. K., O. K. (1), K. S. (2), K. S. (1), jak również słuchanego za pozwanego D. J. oraz z treści opinii biegłego sądowego L. Z. wynika, iż takowa decyzja, mając na uwadze stan pacjenta winna była być przez powódkę podjęta. Z materiału dowodowego powołanego wyżej wynika, iż niniejszą decyzję winna była uzasadniać niewydolność przynajmniej jednego z układów (oddechowego, krążeniowego) oraz potencjalna odwracalność tego stanu. W przypadku zaś wątpliwości diagnostycznych należało je interpretować na korzyść pacjenta, czego powódka zaniechała. W tym zakresie powódka opierając się jedynie na niepotwierdzonych wynikach pacjenta, uznała iż jest on w ostatnim stadium choroby nowotworowej i nie rokuje szans na przeżycie. Postawiona zaś przez powódkę diagnoza na powyższy moment nie została w jakikolwiek sposób potwierdzona wynikami pacjenta, a zatem powyższa została postawiona całkowicie pochopnie i w sposób nieuprawniony. Brak choroby nowotworowej u pacjenta potwierdził również wynik badania autopsyjnego

Podkreślić również należy, iż w trakcie całego pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć nie dokonano także udokumentowanego pomiaru bardzo ważnego parametru stanu ogólnego pacjenta, jakim jest temperatura.

Wskazać należy, iż zeznań świadków powołanych wyżej jednoznacznie wynika, iż Oddział Intensywnej Terapii jest oddziałem diagnostycznym. W trakcie leczenia na tymże Oddziale pacjenci są niejednokrotnie diagnozowani przez zespół interdyscyplinarny. Na powyższym jest również możliwość lepszej opieki nad pacjentem, zwłaszcza w ciężkim stanie. Powyższe wynika chociażby z zeznań świadków O. K. (2) i W. K.. Na uwagę w zakresie prowadzonych rozważań zasługuje również fakt, iż powyższy Oddział sąsiaduje z Izbą Przyjęć, w tymże dniu były również wolne łóżka na powyższym.

Z materiału dowodowego sprawy wynika również, iż powódka E. Ż. nie dokonała wpisu w dokumentacji medycznej o braku czynności resuscytacyjnych oraz nie dokonała wpisu o stwierdzeniu zgonu pacjenta. Powyższe zapisy uzupełniła dopiero kolejnego dnia na polecenie przełożonego.

Zgodnie z treścią art. 30 § 4 kp w oświadczeniu pracodawcy o wypowiedzeniu umowy o pracę zawartej na czas nie określony lub o rozwiązaniu umowy o pracę bez wypowiedzenia powinna być wskazana przyczyna uzasadniająca wypowiedzenie lub rozwiązanie umowy.

W świetle powyższego, zgodnie z ugruntowanym w tej mierze orzecznictwem przyczyna podana przez pracodawcę powinna być rzeczywista (prawdziwa) i konkretna.

Zgodnie z powyższą regulacją postępowanie sądowe winno koncentrować się wokół przyczyny wskazanej przez pracodawcę w oświadczeniu o rozwiązaniu umowy o pracę i konieczności ustalenia wymaganego przez nią przymiotu prawdziwości i konkretności.

Konsekwencją powyższego była konieczność oceny przez Sąd przyczyn wskazanych przez pracodawcę w oświadczeniu o rozwiązaniu z powódką umowy o pracę.

Wskazać należy, iż stosownie do treści art. 52 § 1 pkt 1 kp pracodawca może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika w razie ciężkiego naruszenia przez niego podstawowych obowiązków pracowniczych. Wynika stąd wprost - co znajduje potwierdzenie w ustalonym orzecznictwie sądowym - że w tym przepisie są dwie przesłanki dopuszczalności rozwiązania umowy o pracę: naruszenie podstawowego obowiązku i powaga tego naruszenia, rozumiana jako znaczny stopień winy pracownika (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 1997 roku, sygnatura akt I PKN 193/97, OSNP z 1998 roku, nr 9, poz. 269).

Rozwiązanie umowy o pracę w trybie art. 52 k.p, jako nadzwyczajny sposób rozwiązania stosunku pracy powinno być stosowane przez pracodawcę wyjątkowo i z ostrożnością. Musi być uzasadnione szczególnymi okolicznościami, które w zakresie winy pracownika polegają na jego złej woli bądź też na rażącym niedbalstwie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 lipca 1999 roku, sygnatura akt I PKN 169/99, OSNP z 2000 roku, Nr 20, poz. 746).

Nadto konkretność wskazania przyczyny uzasadniającej rozwiązanie umowy o pracę należy oceniać z uwzględnieniem innych, znanych pracownikowi okoliczności uściślających tę przyczynę (wyrok z dnia 2 września 1998 roku, I PKN 271/98).

W tym zakresie przy ocenie przyczyn rozwiązania umowy o pracę, należy mieć na uwadze nie tylko słowny sposób ujęcia przyczyny w oświadczeniu pracodawcy, ale także okoliczności, do których się ono odnosi.

W określonych okolicznościach faktycznych nawet ogólne ujęcie przyczyny może nie doprowadzić do jakichkolwiek wątpliwości co do tego, do jakiego konkretnie zachowania pracownika przyczyna jest odnoszona. Jeżeli zatem w danych okolicznościach faktycznych ogólne ujęcie przyczyny rozwiązania umowy o pracę nie budzi wątpliwości, w szczególności, gdy nie mogło budzić żadnych wątpliwości u zwalnianego pracownika, co do tego, z jakim zachowaniem, czy też zachowaniami, które miały miejsce w określonym czasie, łączy się ta przyczyna, to należy uznać, że spełnione jest wymaganie z art. 30 § 4 kp.

Wielokrotnie również Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach wskazywał na sens prawny art. 30 § 4 kp. Miedzy innymi w wyroku z dnia 10 października 2000 roku (I PKN 641/99, OSNAPiUS z 2001 roku, Nr 20, poz. 618), stwierdził iż naruszenie art. 30 § 4 kp ma miejsce wówczas, gdy pracodawca nie wskazuje w ogóle przyczyny rozwiązania umowy o pracę, bądź gdy wskazana przez niego przyczyna jest niedostatecznie konkretna, a przez to niezrozumiała dla pracownika.

Z kolei w wyroku z dnia 5 maja 2003 roku (I PK 446/02, Wokanda z 2004 roku, Nr 7-8, s.42) Sąd Najwyższy podkreślił, że celem regulacji zawartej w art. 30 § 4 kp, jest umożliwienie pracownikowi obrony przed zwolnieniem z pracy. Ujęcie

przyczyn rozwiązania umowy o pracę powinno być na tyle konkretne i precyzyjne, aby umożliwiło pracownikowi rzeczową obronę przed zarzutami w razie ewentualnego procesu.

Z przytoczonych rozważań wynika zatem, iż art. 30 § 4 kp dopuszcza różne sposoby określenia przyczyny rozwiązania umowy o pracę, istotne jest jednak, aby z oświadczenia pracodawcy wynikało w sposób nie budzący wątpliwości, co jest istotą zarzutu stawianego pracownikowi i usprawiedliwiającego rozwiązanie umowy o pracę. Natomiast konkretyzacja przyczyny, wskazanie konkretnego zdarzenia, czy ciągu zdarzeń, konkretnego zachowania, z którym ten zarzut się łączy, może nastąpić przez szczegółowe, słowne określenie tego zdarzenia w treści oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę lub wynikać ze znanych pracownikowi okoliczności, wiążących się w sposób nie budzący wątpliwości z podaną przez pracodawcę przyczyną rozwiązania umowy.

Reasumując powyższe rozważania ocena podanej w oświadczeniu o rozwiązaniu umowy o pracę przyczyny pod względem jej konkretyzacji dokonywana jest z perspektywy pracownika. To pracownik ma wiedzieć i rozumieć, z jakiego powodu pracodawca wypowiedział mu umowę o pracę. (uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2006 roku I PK 112/06, Pr.Pracy z 2007 roku, Nr. 5, poz.27).

Podkreślić należy, iż przyczyna rozwiązania z pracownikiem umowy o pracę ma dwojakie znaczenie: jedno występuje w aspekcie zgodności z prawem czynności pracodawcy, a drugie jej zasadności. (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2001 roku, I PKN 370/00, OSNP Nr 3/2003, poz. 65) W płaszczyźnie zachowania wymaganej prawem formy wypowiedzenia (art. 30 § 4 kp) obowiązek pracodawcy sprowadza się do podania przyczyny wypowiedzenia, czy też rozwiązania umowy o pracę na piśmie zawierającym jego oświadczenie w taki sposób, by jego adresat poznał motyw leżący u podstaw takiej decyzji. Sprostanie wymaganiom określonym w art. 30 § 4 kp polega zatem na wskazaniu przyczyny w sposób jasny, zrozumiały i dostatecznie konkretny (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2000 roku, I PKN 641/99, OSNP z 2001 roku, Nr 20, poz. 618).

W drugiej płaszczyźnie chodzi natomiast o to, by wskazana przyczyna mogła być uznana za uzasadniającą wypowiedzenie umowy o pracę. (uzasadnienie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 sierpnia 2007 roku, I PK 79/07, M.P.Pr. 2007/12/651)

Na uwagę zasługuje również pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w orzeczeniu z dnia 13 października 1999 roku (I PKN 304/99, OSNP 2001/4/118), iż podanie w oświadczeniu o rozwiązaniu umowy o pracę przyczyny pozornej (nierzeczywistej, nieprawdziwej) jest równoznaczne z brakiem wskazania przyczyny uzasadniającej rozwiązanie umowy w pojęciu art. 30 § 4 kp.

Zgodnie z powołanymi wyżej rozważaniami postępowanie sądowe winno koncentrować się wokół przyczyny wskazanej przez pracodawcę w oświadczeniu o rozwiązaniu, czy też wypowiedzeniu umowy o pracę i konieczności ustalenia wymaganego przez nią przymiotu prawdziwości i konkretności, a przede wszystkim ustalenia, czy uzasadniała ona wypowiedzenie bądź też rozwiązanie z pracownikiem umowy o pracę.

Ciężar udowodnienia przyczyny spoczywa na pracodawcy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1998 roku, I PKN 519/97, OSNAPi US 1999, Nr 2 poz. 48, podobnie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1998 roku, I PKN 524/97).

W świetle powyższego to na pozwanym w niniejszym postępowaniu spoczywał ciężar udowodnienia przyczyn podanych powodowi w oświadczeniu o rozwiązaniu umowy o pracę.

W tym miejscu podnieść należy, iż zgodnie z przyjętym w tej mierze orzecznictwem przyczyną rozwiązania umowy o pracę na podstawie art. 52 § 1 pkt. 1 kp mogą być szczególnego rodzaju, zawinione uchybienia pracownicze, które spowodowały zagrożenie interesów lub istotną szkodę w mieniu pracodawcy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 1997 roku, I PKN 274/97, OSNAPiUS 1998, Nr 13, poz. 396). Muszą one być zakwalifikowane do kategorii ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych. Przepis art. 52 § 1 pkt. 1 uznaje za przyczynę rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia popełnienie przez pracownika ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych tj. takiego które w istotny sposób w ważnej sprawie narusza interes pracodawcy. Ocena

istotności i ważności zależy od konkretnych okoliczności sprawy. Stopień ciężki naruszenia musi się wyrażać rażącym niedbalstwem lub winą umyślną (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21.07.1999, I PKN 169/99, OSNAPiUS 2000, Nr 20, poz. 746). O stopniu i rodzaju winy nie decyduje wysokość szkody (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15.04.1999, I PKN 12/99, OSNAPiUS 2000, Nr12, poz.467).

Wskazać należy, iż zgodnie art. 100 § 1 kp pracownik obowiązany jest wykonywać pracę sumiennie i starannie.

W świetle powyższego zasadniczym obowiązkiem pracownika jest wykonywanie pracy w sposób należyty. Obowiązek ten zawiera w sobie zarówno element subiektywny (sumienność), który odnosi się do stosunku pracownika do pracy i woli stosownego wykorzystania w niej swych kwalifikacji i uzdolnień, jak i obiektywny (staranność), którego wyrazem jest jakość (poziom wykonania), kompletność i terminowość wykonanej pracy. Naruszeniem omawianego obowiązku będzie zarówno niestaranne wykonywanie pracy, pomimo dochowania należytej sumienności, jak i wykonanie w sposób niesumienny pomimo zachowania wymaganej staranności. W stosunku pracy staranność wykonania świadczenia oznacza wykonanie pracy w sposób zgodny z całokształtem wymogów natury prawnej, technicznej, organizacyjnej, do których pracownik powinien się stosować przy świadczeniu pracy danego rodzaju. Decydująca natomiast o należyтым wykonywaniu pracy sumienność jest czynnikiem zindywidualizowanym. Oznacza ona wymóg zaangażowania się w proces pracy w należyтым stopniu tj. zależnie od predyspozycji psychofizycznych, kwalifikacji, doświadczenia zawodowego, inteligencji, wyznawanego systemu wartości.

Nakaz zaś sumiennego wykonywania pracy rozmiąć należy, jako zobowiązanie pracownika do zaangażowania się w pracę przy rozsądnym wykorzystaniu swoich sił i możliwości.

W przypadku naruszenia przez pracownika obiektywnych reguł staranności następuje niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania ze stosunku pracy. Przesłanką natomiast stosowania względem niego określonych sankcji jest jego wina, rozumiana jako brak należytej sumienności, a więc jego stosunek psychiczny do nałożonych na niego obowiązków. (Komentarz do Kodeksu Pracy pod.red. prof.dr.hab. Wojciecha Muszalskiego Wydawnictwo CH.BECK)

Ponadto wskazać należy, iż pracownik zawierając umowę o pracę zobowiązuje się dobrowolnie do świadczenia pracy określonego rodzaju pod kierownictwem pracodawcy.

Pracodawca jest zatem uprawniony do wyznaczania wymaganych standardów pracowniczej staranności i sumienności oraz wydawania wiążących dla pracownika poleceń, które konkretyzują obowiązki pracownika w zakresie przydziału zadań, sposobu, miejsca i terminu wykonania przydzielonych zadań.

Podkreślić należy, iż oprócz bezprawności działania warunkiem zastosowania art. 52 § 1 pkt 1 kp jest stosunek psychiczny sprawcy do skutków swojego postępowania, określony wolą i możliwością przewidywania (świadomością). Jeżeli bowiem sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swego działania i przewidując jego nastąpienie celowo do niego zmierza lub co najmniej się nań godzi, można mu przypisać winę umyślną. Jeżeli natomiast przewiduje możliwość nastąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć lub też nie przewiduje możliwości nastąpienia tego skutku, choć może i powinien go przewidzieć, jego postępowaniu można przypisać winę nieumyślną w postaci lekkomyślności - w pierwszej sytuacji i niedbalstwa - w drugim przypadku. Natomiast rażące niedbalstwo, mieszczące się - obok winy umyślnej - w pojęciu ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych, można określić jako rodzaj winy nieumyślnej, której nasilenie wyraża się w całkowitym ignorowaniu przez pracownika następstw swego działania, chociaż rodzaj wykonywanych obowiązków lub zajmowane stanowisko nakazują szczególną ostrożność i przeczność w działaniu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 września 2001 r., I PKN 634/00, OSNP 2003 Nr 16, poz. 381).

Podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż na gruncie rozpoznawanej sprawy koniecznym jest zwrócenie szczególnej uwagi na kontekst sytuacyjny zachowania powódki, której została powierzona opieka nad chorym pacjentem w stanie średnio ciężkim z niewydolnością oddechową. Pomiędzy przyjęciem pacjenta do Izby Przyjęć, a jego zgonem, brak było jakichkolwiek wyników badań wskazujących na ostateczne rozpoznanie.

W świetle powyższego dla oceny czy zachowanie powódki stanowiło ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych, mogące skutkować rozwiązaniem umowy o pracę w trybie art. 52 § 1 pkt 1 kp .należało ustalić, czy powódka w dniu 27 lutego 2014 r. wypełniła w sposób należyty powierzone jej obowiązki pracownicze.

Wskazać należy, iż pracodawca zarzucił powódce ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych, bardzo obszernie opisując okoliczności dotyczące niewłaściwej opieki medycznej, jaką powódka roztoczyła pacjentem R. M.. Główny zarzut pracodawcy dotyczył tego, że powódka nie podjęła czynności resuscytacyjnych, jak również nie zakwalifikowała pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, mimo iż decyzję w tym zakresie, mając na uwadze ogólny stan pacjenta, winna była podjąć.

Zdaniem Sądu oceniając materiał dowodowy sprawy uznać należało, iż pracodawca podjął prawidłową decyzję dotyczącą rozwiązania z powódką umowy o pracę.

Bezsprzecznie, oceniając dowody znajdujące się w aktach sprawy, przyjąć należało, iż powódka dopuściła się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych i zdaniem Sądu naruszenie tych obowiązków należy traktować w kategoriach rażącego niedbalstwa.

W tym zakresie Sąd miał na uwadze przede wszystkim opinie biegłego sądowego, jak również zeznania powołanych wyżej świadków, z których to dowodów zgodnie wynika, iż decyzja o braku przyjęcia pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii stanowiła rażące naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych przez powódkę. Z zeznań świadków powołanych wyżej, jak również ustaleń biegłego sądowego L. Z. bezsprzecznie wynika bowiem, że określone wskazania medyczne do przyjęcia tegoż pacjenta na AOIT istniały.

W tym zakresie uzasadnienie dla powyższego stanowiła niewydolność przynajmniej jednego z układów (oddechowego, krążeniowego) oraz potencjalna odwracalność tego stanu. W przypadku zaś wątpliwości diagnostycznych należało je interpretować na korzyść pacjenta. Powódka zaś uznając stan pacjenta za agonalny, a priori założyła iż jakiegokolwiek leczenie nie odniesie skutku, odmawiając pacjentowi bieżącej opieki medycznej (brak wpisów w historii choroby pacjenta od godziny 14.30 do godziny 17.10)

Zdaniem Sądu Oddział Intensywnej Terapii służył lepszej możliwości monitorowania pacjenta i zapewnienia mu pełniejszej opieki medycznej.

W ocenie Sądu twierdzenia powódki, że pacjent znajdował się w stanie agonalnym w momencie przywiezienia do szpitala, nie miały jakiegokolwiek znaczenia dla oceny zachowania pracownika. Powyższe nie może stanowić jakiegokolwiek usprawiedliwienia dla braku podejmowania przez powódkę koniecznych i wymaganych działań medycznych. W żadnej mierze powyższe nie może również stanowić okoliczności łagodzącej dla oceny zachowań powódki. W tym zakresie dla powyższego poza zakresem rozważań Sądu pozostawały kwestie związane z rokowaniami co do stanu zdrowia pacjenta. W tym zakresie obowiązkiem Sądu była jednie ocena zachowań powódki, jako lekarza oraz ustalenie, czy powódka podjęła wszelkie konieczne i możliwe działania w stosunku do pacjenta, jakie winny być w świetle określonych procedur medycznych podjęte.

Oceniając zachowanie powódki wskazać należy, iż pomiędzy godziną 14:30, kiedy pacjent został przywieziony i zdiagnozowany po raz pierwszy przez powódkę, a między godziną 17:10 kiedy miała miejsce jej ponowna konsultacja nie było żadnych wpisów w dokumentacji medycznej pacjenta, co świadczy dobitnie o tym, iż stan pacjenta w ogóle nie był monitorowany przez powódkę. Nie roztoczono nad nim jakiegokolwiek opieki medycznej. Dopiero pogorszenie stanu zdrowia pacjenta około 17.10, stwierdzone przez K. S. (2) spowodowało, iż powódka zainteresowała się ponownie stanem zdrowia pacjenta i dokonała kolejnej jego konsultacji.

Sąd dokonując oceny zachowania powódki miał również na uwadze, iż biegły sądowy wskazywał we wnioskach opinii, że powódce nie można przypisać rażącego niedbalstwa, a jedynie zachowanie powódki winno się traktować w kategoriach wyłącznej błędności decyzyjnego.

Sąd z takim stwierdzeniem nie może się jednak zgodzić, zresztą opinia w tym zakresie wykraczała poza tezę dowodową Sądu. Do takiego ustalenia podstawy nie daje materiał dowodowy sprawy, jak również sama treść opinii.

Biegły bowiem w treści powyższej wyraźnie wskazał, iż w przedmiotowej sprawie bezsprzecznie zaistniały okoliczności uzasadniające przyjęcie pacjenta na Oddział Intensywnej Terapii. Powyższe uzasadniała niewydolność przynajmniej jednego z układów (oddechowego, krążeniowego) oraz potencjalna odwracalność tego stanu. W przypadku zaś wątpliwości diagnostycznych należało je interpretować na korzyść pacjenta. Okoliczności związane z określonymi wskazaniami determinującymi konieczność przyjęcia pacjenta na takowy Oddział wynikają również z zeznań świadków powołanych wyżej. Skoro zatem takowe istniały brak możliwości przyjęcia w tym zakresie istnienia po stronie powódki wyłącznie błędu decyzyjnego, skoro z treści opinii, jak również pozostałych dowodów wynika, iż jedynie jedna decyzja winna była być podjęta tj. skierowanie pacjenta na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, na inną możliwość biegły w treści swej opinii nie wskazał.

Podkreślić należy, iż w sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza, a taka powinność na nim spoczywa, sąd dla ustalenia winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych posiadanych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., V CSK 287/09).

Nadto trudno w niniejszej sprawie mówić o jakimkolwiek błędzie decyzyjnym w działaniu powódki, w sytuacji gdy powódka w ogóle nie podejmowała żadnych czynności i decyzji. Zdaniem Sądu powódka a priori uznała, iż pacjent znajduje się w stanie agonalnym i w tym zakresie dalsze czynności celem podtrzymywania, czy też ratowania jego życia w stopniu wynikającym z możliwości umieszczenia go na Oddziale Intensywnej Terapii nie są konieczne.

W ocenie Sądu twierdzenia powódki, że pacjent znajdował się w ostatnim stadium choroby nowotworowej także były całkowicie nieuzasadnione. Pacjent znajdował się bowiem na etapie diagnostyki. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy – przyjęcie przez powódkę, że było to ostatnie stadium choroby nowotworowej było działaniem całkowicie nieuprawnionym i na wyrost w tymże momencie. Bez pełnej diagnostyki powódka takiej diagnozy nie powinna była postawić, a to również stanowi argument o tym, że pacjent do momentu postawienia pełnej diagnostyki powinien znajdować się na Oddziale Intensywnej Opieki, który jest również oddziałem pozwalającym na lepsze monitorowanie i lepszą diagnostykę pacjenta. Powódka tej czynności nie podjęła. Przez okres kilku godzin pacjent nie był w ogóle diagnozowany, nie podejmowano w stosunku do niego żadnych czynności pomiędzy godziną 14.30, a 17.10. Dopiero diametralne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta spowodowało, że powódka podjęła dalsze czynności, dalszą reakcję, ale niestety pacjent o godzinie 17.50 zmarł. Co istotne z treści zeznań samej powódki wynika również, iż jej działanie polegające na braku decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział Intensywnej Terapii było nieprawidłowe. Jak to zostało wskazane wyżej na rozprawie w dniu 20 listopada 2015r. (k. 234v) powódka zeznała, „iż wychodząc z Oddziału powiedziała do pielęgniarek, że będzie przyjęcie na AOIT, ale stan pacjenta na tyle się pogorszył, że nastąpił jego zgon”. W ocenie Sądu powyższe zeznania dowodzą, iż również w ocenie powódki, takowe przyjęcie, mając na uwadze stan pacjenta było uzasadnione.

W ocenie Sądu orzekającego, zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, potwierdził, że powódka rażąco zaniedbała swoje podstawowe obowiązki pracownicze, w stopniu ciężkim. Powyższe wynika zarówno z dokumentacji medycznej pacjenta, opinii sądowo –lekańskiej, jak również zeznań świadków. Sąd nie znalazł podstaw do oceny zachowania powódki jedynie w kategoriach lekkomyślności. Powódka bowiem całkowicie zignorowała możliwe następstwa swego działania, chociaż rodzaj wykonywanych obowiązków lub zajmowane stanowisko nakazywały jej szczególną ostrożność i przezorność w działaniu. W tym zakresie ocena zachowania powódki dotyczyła najwyższego dobra, jakim było zdrowie i życie ludzkie.

W ocenie Sądu, na powódce ciążył obowiązek zachowania szczególnej staranności zwłaszcza, że wykonywała ona zawód szczególnego zaufania.

W myśl art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015, poz. 454 t.j.) - lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Przepis ten ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia zawodu lekarza, zawiera bowiem podstawowe dyrektywy, którymi każdy lekarz powinien się kierować podejmując aktywność zawodową. Przewiduje on wiążące lekarza obowiązki, a równocześnie zarysowuje granice wynikających z nich powinności. Obowiązki te tworzą nierozłączną całość w tym sensie, że lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne musi stosować się do wszystkich wynikających z nich wymagań.

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dn. 10 lutego 2010r., V CSK 287/09).

Zarówno obowiązujące ustawy (art. 4 ustawy z 1998 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty) jak i zasady współzycia społecznego nakazują przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną, etyką zawodową i należytą starannością. Wśród zasad tych z całą pewnością mieści się niewątpliwie przeprowadzanie diagnostyki i czynności zmierzających do ratowania zdrowia i życia poprzez wszystkie dostępne w danej chwili środki i metody.

W ocenie Sądu pracodawca rozwiązując umowę o pracę nie naruszył również dyspozycji art. 52 §2 kp.

Zgodnie bowiem z powyższą regulacją rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika nie może nastąpić po upływie 1 miesiąca od uzyskania przez pracodawcę wiadomości o okoliczności uzasadniającej rozwiązanie umowy.

W tym zakresie materiał dowodowy potwierdził, iż wobec zgonu pacjenta pracodawca przeprowadził szczegółowe postępowanie wyjaśniające, uzyskując w dniu 23 kwietnia 2014r. jego ostateczne wyniki. (pismo z dnia 18 kwietnia 2014r)

W tym zakresie czynności wyjaśniające zostały podjęte przez lek. med. W. K.. W trakcie postępowania wyjaśniającego przeanalizowano dokładnie dokumentację medyczną pacjenta, skonsultowano powyższą także z innymi lekarzami pozwanego.

Dopiero w wyniku podjętych czynności ustalono, iż powódka nie dopełniała w stosunku do pacjenta obowiązków pracowniczych. Powódka nie podjęła bowiem czynności resuscytacyjnych, jak również nie zakwalifikowała go do leczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Nadto nie dokonała wpisu w dokumentacji medycznej o braku czynności resuscytacyjnych oraz o stwierdzeniu zgonu pacjenta.

Dopiero zatem w dniu 23 kwietnia 2014r. pracodawca otrzymał wiadomości potwierdzone i uzasadniające postawienie określonych zarzutów do powódki. Na powyższe okoliczności wskazał w trakcie zeznań świadek M. L., W. K., jak również strona pozwana.

Wskazać należy, iż dla oceny zachowania przez pracodawcę termniu z art. 52 § 2 kpc istotne jest ustalenie z jaką datą informację o tym powzięły osoby uprawnione do podjęcia czynności związanych z ustaniem stosunku pracy lub osoby należące według schematu organizacyjnego do kierownictwa zakładu. Termin art. 52 § 2 kp rozpoczyna bieg po sprawdzeniu wiadomości uzyskanej przez pracodawcę o okolicznościach uzasadniających rozwiązanie umowy o pracę. Przez wyrażenie – uzyskanie przez pracodawcę wiadomości, należy rozumieć wiadomości na tyle sprawdzone, aby pracodawca mógł nabrać uzasadnionego przekonania o nagannym postępowaniu danego pracownika (wyrok Sądu

Najwyższego z dnia 28 października 1976, I PRN 74/76, OSNCP 1977, Nr 5-6, poz. 100, z dnia 13 listopada 1997, I PKN 348/97, OSNAPiUS 1998, Nr 16, poz.479 oraz inne).

Mając powyższe na uwadze Sąd na podstawie art. 56 kp – a contrario oddalił powództwo.

O powyższym orzeczono w punkcie I wyroku.

O kosztach procesu orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c. Zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata zalicza się wynagrodzenie jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach.

Podstawę zaś orzeczenia o kosztach zastępstwa procesowego należnych na rzecz strony pozwanej stanowił § 11 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2002 roku, Nr 163, poz. 1349 ze zmianami) w zw. z art. 98 § 1 kpc w zw. 108 § 1 kpc.

O powyższym orzeczono w punkcie II wyroku.