Súd:	Okresný súd Trenčín
Spisová značka:	83C/16/2024
Identifikačné číslo súdneho spisu:	3124203190
Dátum vydania rozhodnutia:	16. 06. 2025
Meno a priezvisko sudcu, VSÚ:	Mgr. Libor Kysucký
ECLI:	ECLI:SK:OSTN:2025:3124203190.7

ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Trenčín sudca Mgr. Libor Kysucký v spore žalobcov 1/ A. B., nar. XX.XX.XXXX, bytom C. XXX/XX, XXX XX D., 2/ A. A., nar. XX.X.XXXX, bytom E. XX, XXX XX F. G. – H. G., 3/ A. A., nar. X.XX.XXXX, bytom I. XXX/X, XXX XX J. – H., 4/ K. A., nar. X.X.XXXX, bytom I. XXX/X, XXX XX J. – H., 5/ L. M., nar. XX.X.XXXX, bytom J. XXXXX/XXX, XXX XX N. a 6/ A. O. P., nar. XX.X.XXXX, bytom L. XXX, XXX XX C., všetci zastúpení spoločnosťou STANĚK VETRÁK & PARTNERI, s.r.o. so sídlom Dunajská 15, 811 08 Bratislava – mestská časť Staré Mesto, IČO 36 795 038, proti žalovanému Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica so sídlom Nemocničná 986, 017 01 Považská Bystrica, IČO 00 610 411, zastúpenému spoločnosťou LEGAL POINT s.r.o. so sídlom Nemocničná 979, 017 01 Považská Bystrica, IČO 47 253 495, o ochranu osobnosti a náhradu nemajetkovej ujmy 95.000 € s prísl. takto

r o z h o d o l :

Žalovaný je p o v i n n ý zaplatiť žalobcovi 1/ sumu 20 000 € do troch dní od právoplatnosti tohto rozsudku.

Žalovaný je p o v i n n ý zaplatiť žalobkyni 2/ sumu 17 000 € do troch dní od právoplatnosti tohto rozsudku.

Súd žalobu žalobkyne 2/ vo zvyšku z a m i e t a .

Žalovaný je p o v i n n ý zaplatiť žalobcovi 3/ sumu 15 000 € do troch dní od právoplatnosti tohto rozsudku.

Žalovaný je p o v i n n ý zaplatiť žalobkyni 4/ sumu 15 000 € do troch dní od právoplatnosti tohto rozsudku.

Žalovaný je p o v i n n ý zaplatiť žalobkyni 5/ sumu 8 000 € do troch dní od právoplatnosti tohto rozsudku.

Súd žalobu žalobkyne 5/ vo zvyšku z a m i e t a .

Súd žalobu žalobcu 6/ z a m i e t a .

Súd žalobu v časti zverejnenia ospravedlnenia z a m i e t a .

Žalobcovia 1/, 2/, 3/, 4/ a 5/ m a j ú proti žalovanému n á r o k na náhradu trov konania v rozsahu 100%.

Žalovaný m á proti žalobcovi 6/ n á r o k na náhradu trov konania v rozsahu 100%.

o d ô v o d n e n i e :

1. Žalobcovia sa podanou žalobou domáhali, aby súd zaviazal žalovaného zaplatiť žalobcom 1/ - 6/ sumy 20 000 €, 20 000 €, 15 000 €, 15 000 €, 15 000 € a 10 000 €; žalobcovia sa okrem toho domáhali aj toho, aby sa im žalovaný písomne ospravedlnil. Žalobcovia tvrdili, že:
- žalovaný zasiahol do práva na súkromie a rodinný život žalobcov nesprávnym poskytnutím zdravotnej starostlivosti A. P.
- pani P. bola na hospitalizáciu prijatá dňa 12.2.2021, nakoľko nereagovala na štandardnú ambulantnú liečbu, a to s diagnózou „jednostranný zápal pľúc“
- napriek podávanej liečbe sa zdravotný stav stále viac zhoršoval
- pacientka počas celej hospitalizácie, ani pri fatálne sa zhoršujúcom zdravotnom stave, nebola pripojená na monitorovacie zariadenie sledujúce životne dôležité funkcie, ktoré by alarmovali prípadné kritické hodnoty vyžadujúce a umožňujúce včasný zásah zdravotníckeho personálu

- dňa 7.3.2021 bola pani P. po tom, čo si mala sama privolať pomoc, nájdená so saturáciou 48%, o hodinu neskôr len 30%, čo je stav, ktorý nevyhnutne vyžaduje nepretržitú kontrolu prostredníctvom na to určených monitorovacích zariadení
- pri takomto závažnom stave poruchy okysličovania okrem podania kyslíkovej terapie HFNO o 04:15 hod. nebola pani P. podaná žiadna ďalšia liečba a neboli ani náležite sledované jej vitálne funkcie
- dňa 7.3.2021 ráno bola pacientka náhodne nájdená mŕtva
- v čase nájdenia nespozorovanej smrti o 07:22 hod. bola pacientka praktickými sestrami napojená na EKG, ktoré vykazovalo zástavu srdca, a po vyšetrení službukonajúcim lekárom bola o 07:30 hod. konštatovaná smrť
- pacientka po nájdení nebola oživovaná, pričom z dostupných dokumentov nie je zrejmé, prečo k oživovaniu nedošlo. Z lekárskej správy vyplýva, že ešte o 07:11 hod. bola pacientke vykonaná toaleta a že nájdená mŕtva mala byť o 07:22 hod. Najdlhšie tak mohla zástava srdca a dýchania trvať 11 minút, čo je indikácia na začatie resuscitácie.
- pred smrťou dlhodobo pretrvával stav zhoršujúceho sa zápalu pľúc, ktorý celý čas hospitalizácie (24 dní) nebol klinicky ani diagnosticky správne manažovaný
- v súlade s článkom 2 Charty práv pacienta má pacient právo na zdravotnú starostlivosť, ktorá sa vyznačuje vysokou profesionálnou úrovňou, využívaním modernej techniky, ale aj dôstojným, etickým a humánnym prístupom
- v tomto prípade mali byť aplikované protokoly „Prediktory a dôsledky včasnej klinickej stability u pacientov hospitalizovaných pre stredne ťažkú pneumóniu získanú v komunite“, „Diagnostika a liečba dospelých s pneumóniou získanou v komunite“, „Usmernenia ERS/ESICM/ESCMID/ALAT pre liečbu závažnej pneumónie získanej v komunite“, „Vývoj a validácia klinického prediktívneho pravidla pre závažnú pneumóniu získanú v komunite“, „Medzinárodný konsenzus o kardiopulmonálnej resuscitácii (ILCOR) a urgentná kardiovaskulárna starostlivosť s odporúčaniami pre liečbu“ a „WHO Klinický manažment COVID/WHO“ a štandardné postupy vydané MZ SR „Diagnostika mikrobiálnych ochorení dolných dýchacích ciest štandardný diagnostický postup“, „Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s ochoreniami dýchacích ciest“, „Odporúčania Európskej resuscitačnej rady 2021“, „Štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup pri starostlivosti o kriticky chorých s COVID-19“, „Štandardný postup pre rýchle usmernenia klinického manažmentu detských a dospelých pacientov s novým koronavírusom 2019“, „Štandardný operačný postup pre zabezpečenie prevádzkových opatrení v zdravotníckom zariadení (ZZ) ústavnej zdravotnej starostlivosti (ZS) počas pandémie COVID-19“
- predpokladom správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti je, že personál nemocnice má aktuálne informácie o momentálnom stave pacienta. Bez monitorovania pacienta a sledovaných parametrov nie je možné vyhodnotiť reakciu na poskytovanú liečbu, a tak jej správnosť.
- ak sa pacientke kontinuálne počas hospitalizácie zhoršoval zdravotný stav, znamená to, že manažment pacienta a jeho liečby nebol správny. Nereagovanie pacientky na podávanú liečbu malo nepochybne viesť k zvýšeniu pozornosti nemocnice a jej zdravotníckych pracovníkov.
- neuskutočnili tak úkony na zistenie inej možnej diagnózy, čo mohlo viesť k zmene liečby na takú, ktorá by viedla k uzdraveniu pacientky alebo zlepšeniu jej stavu
- neindikovali včas jej preklad na iné špecializované oddelenie nemocnice alebo pracovisko (napr. NÚTRCHaHCH), resp. ho neindikovali ako urgentný

- protokol na liečbu závažnejšej pneumónie (čo malo byť indikované aj u zosnulej pacientky) uvádza, že včasné monitorovanie znamená lepšiu prognózu pre pacientov
- nemocnice by mali používať systém sledovania a spúšťania včasného varovania na včasnú identifikáciu pacientov, ktorí sú kriticky chorí alebo sú rizikoví z hľadiska zhoršenia klinického stavu. Nemocnice by sa mali systémovo zamerať na rozpoznanie zastavenia srdca, okamžité zahájenie KPR a rýchlu defibriláciu (do menej ako 3 minút) v prípade potreby.
- sledovanie stavu pacientka prostredníctvom jeho vitálnych funkcií odporúča aj WHO z dôvodu, že zmena týchto parametrov indikuje zhoršenie klinického stavu a umožňuje potrebu zmeny či eskalácie liečby
- plán liečby má okrem iného zahŕňať monitorovanie životných funkcií (AS, saturácia kyslíka, rýchlosť dýchania, krvný tlak); sestra má dynamicky monitorovať vitálne funkcie pacientov (vedomie, TK, P, SpO2, počet dychov/min), rovnováhu elektrolytov, diurézu a bilanciu tekutín (homeostázu), ak je potrebné tak acidobázickú rovnováhu a funkcie rôznych orgánov. Monitoruje indikátory infekcie pacientov a prehodnocujte výskyt komplikácií, najmä syndróm akútnej respiračnej tiesne
- výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky stanovuje ako povinnú súčasť vybavenia jednotky intenzívnej starostlivosti na oddelení vnútorného lekárstva monitor pri lôžku: EKG s možnosťou tlače, neinvazívny TK, saturácia O2, dychová frekvencia a centrálny monitor
- napriek uvedeným odporúčaniam, nemocnica pacientku vôbec týmto spôsobom nemonitorovala, pričom ale na internom oddelení žalovanej je zriadená JIS
- je tak nesporným pochybením, ak pacientka, ktorá kontinuálne desaturuje
- stav pri saturácii hemoglobínu 48% je obvykle veľmi závažný a skôr pravidlom, ako výnimkou sú poruchy vedomia, preto pacient len s minimálnou pravdepodobnosťou je sám schopný si privolať pomoc, čo zdôrazňuje potrebu stáleho monitorovania pacienta a jeho životných funkcií
- do momentu, kedy sama pacientka udávala zhoršenie stavu a dramatický poklesla saturácia, neboli vitálne funkcie merané ani jedenkrát. K prekladu na toto oddelenie došlo predošlého dňa, ale prvé meranie saturácie bolo uskutočnené až o 03:15 hod.
- pochybenie nemocnice v tomto smere konštatuje aj MUDr. Král vo svojom odbornom vyjadrení, kedy uvádza, že pri saturácii 85% mala byť pacienta a jej vitálne funkcie kontinuálne sledované a na monitorovanom lôžku. To v prípade pani P. znamená, že sa tak malo stať už dňom 26.2.2021, kedy jej pri BAL vyšetrení, bola nameraná saturácia 85%. Nestalo sa to ani v tento deň ani žiadny nasledujúci.
- rovnaké pochybenie zaznamenal aj znalec MUDr. Černý z OAIM, ktorý v znaleckom posudku uvádza, že s ohľadom na výsledky vyšetrenia krvných plynov ASTRUP zo dňa 27.2.2021, ktoré vykazovali abnormálne hodnoty svedčiace pre klinicky významnú poruchu okysličovania pľúc, malo byť pacientke pri zistenej nízkej hodnote kyslíka v kapilárnej krvi zahájené kontinuálne monitorovanie fyziologických funkcií (minimálne periferná saturácia hemoglobínu kyslíkom = SpO2)
- pretože pacientka nebola sledovaná prostredníctvom monitorovacích zariadení, nezaznamenal personál nemocnice, že došlo k zástave jej dýchania a následne k zástave srdca
- ak by nemocnica postupovala v súlade s uvedeným a pacientka bola riadne monitorovaná prostredníctvom na to určených zariadení, tieto by okamžite indikovali, že došlo k zástave srdca a dýchania a bolo by možné začať okamžite s resuscitáciou
- ak by pani P. pripojili na tieto monitory v čase 03:15 hod., kedy bola zistená saturácia 48%, alebo o hodinu na to, kedy saturácia bola len 30%, pravdepodobne by o cca 3 hodiny nedošlo k zástave dýchania a srdca. A ak by aj došlo, alarmy monitoru by umožnili včas na zástavu reagovať a pacientku oživovať.
- resuscitáciu je nutné zahájiť najneskôr do 3 minút od zástavy srdca a 6 minút od okamihu zástavy dýchania. KPR spolu s defibriláciou do 3 - 5 minút od kolapsu môže pritom zvýšiť prežitie až na 49 - 75%. Každá minúta oneskorenia defibrilácie znižuje šancu na prežitie o 10 - 12%. V tomto smere je tak zásadné pripojenie pacienta na monitorovacie zariadenia, ktoré okamžite alarmujú zástavu dýchania či srdca a potrebu resuscitácie. Vo vzťahu k posúdeniu včasnosti, priebehu, správnosti a úspešnosti resuscitácie majú viacminútové časové rozdiely zásadný význam. Monitoring tak významne zvyšuje šance pacientky na prežitie.
- podľa všeobecne akceptovaných pravidiel nie je vykonanie resuscitácie potrebné, len ak dokázateľne uplynulo od zastavenia cirkulácie viac ako 15 minút u dospelých, postihnutý je v terminálnom stave nevyliečiteľnej choroby alebo sú prítomné isté známky smrti
- časový aspekt tak nemohol byť indikáciou pre neresuscitovanie pacientky
- po 1 minúte od zástavy srdca sa rozširujú zrenice (mydriáza) a cyanóza (zmodranie okrajových častí tela) sa objaví po 1 až 2 minútach od zástavy dýchania
- z dokumentácie nie je zrejmé, že by tieto okolnosti boli skúmané pri nájdení pacientky alebo pri rozhodovaní o neoživovaní; nie je tiež evidovaný záznam o volaní OAIM na resuscitáciu. Je teda

zrejmé, že prítomný personál o resuscitácii ani neuvažoval, čo je v rozpore s Odporúčaniami Európskej resuscitačnej rady, podľa ktorej by lekári mali jasne zadokumentovať dôvody nezačatia alebo ukončenia KPR a zdravotný systém by mal túto dokumentáciu kontrolovať.
- porušenie postupu lege artis konštatuje aj znalec prof. MUDr. Černý, keď uvádza, že za hlavné momenty nesprávneho postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti považuje nezahájenie resuscitácie alebo zdôvodnenie, prečo zahájená nebola
- z hľadiska zistenia potreby a samotného poskytovania oxygenoterapie a merania saturácie kyslíka neboli u pacientky so zápalom pľúc dodržané ani základné medicínske postupy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti
- pani P. nebola od prijatia do nemocnice do 22.2.2021 ani raz zmeraná saturácia
- k prvému meraniu saturácie došlo až dňa 22.2.2021, nie však žalovanou, ale lekárkou RZP v sanitke, ktorá pacientku prevážala na vyšetrenie do FN v Žiline. Pri návrate z vyšetrenia bola pre problémy s dýchaním opakovane zmeraná saturácia a keďže táto bola len 88%, pacientke bol podaný kyslík. Informácia o nízkej saturácii a podanom kyslíku bola RZP oznámená službukonajúcej doktorke A. N. Q.. Napriek uvedenému ani v tento deň až do 2.3.2021 saturácia v nemocnici meraná nebola; saturácia kyslíka jej nebola na internom oddelení – ženy meraná ani nasledujúce dni, rovnako tak jej nebola podávaná oxygenoterapia.
- prvýkrát bola nemocnicou saturácia zmeraná až 26.2.2021 ako súčasť vyšetrenia BAL
- dňa 26.2.2021 o 13:30 hod. poslala pacientka SMS správu A. B., kde je uvedené, že jej na internom oddelení – ženy ani raz neodmerali kyslík, a v ďalšej SMS o 16:14 hod. požadovala od A. B., aby jej priniesol oxymeter. Týmto prineseným oxymetrom si pacientka od 26.2.2021 do 2.3.2021 sama merala saturáciu kyslíka.
- saturácia bola pravidelnejšie meraná nemocnicou až od 2.3.2021, aj to však len jedenkrát denne. Viackrát bola meraná len v deň smrti, 7.3.2021, kedy hodnoty saturácie boli na úrovni 48% a 30% (a aj to po nájdení pacientky so saturáciou 30% už len raz a potom už nie až do smrti).
- od preloženia pacientky na Covid oddelenie 6.3.2021 neexistuje žiaden záznam o meraní saturácie ani inom vykonanom úkone nemocnice. Prvým záznamom je až záznam z 7.3.2021 z 03:15 hod., kedy si pacientka mala sama privolať personál nemocnice pre sťaženie dýchania. Pacientka mala udávať že sa jej ťažko dýcha. Nameraná saturácia bola 48%. V rovnaký deň o 04:15 hod. (až po 1 h od nájdenia pacientky s ťažkou hyposaturáciou 48%) bola pacientka pripojená na HFNO lekárkou – primárkou OAIM A. R. L. pri saturácii kyslíka 30%. V čase 05:00 hod. je zdravotnou sestrou uvedená saturácia kyslíka 70% - následne pacientka s alarmujúcimi hodnotami saturácie, nebola kontrolovaná vôbec.
- znalec v znaleckom posudku konštatuje, že pri saturácii 85% mala byť pacienta a jej vitálne funkcie kontinuálne sledovaná a na monitorovanom lôžku
- rovnaké pochybenie zaznamenal aj znalec prof. MUDr. Černý z OAIM, ktorý v znaleckom posudku uvádza, že s ohľadom na výsledky vyšetrenia krvných plynov ASTRUP zo dňa 27.2.2021, ktoré vykazovali abnormálne hodnoty svedčiace pre klinicky významnú poruchu okysličovania pľúc, malo byť pacientke pri zistenej nízkej hodnote kyslíka v kapilárnej krvi zahájené kontinuálne monitorovanie fyziologických funkcií (minimálne periferná saturácia hemoglobínu kyslíkom = SpO2).
- ak sa už kyslík podáva, Štandardný postup MZSR odporúča kyslík podávať zvlhčený a ohriaty
- v rozpore s odporúčaním A. F. z pľúcneho konzília z 26.2.2021 však bol až do 5.3.2021 podávaný len suchý medicínsky kyslík o prietoku 4 l/min prostredníctvom kyslíkovej bomby na izbe pacientky
- preklad pacientky na izbu s vlhčeným medicínskym kyslíkom sa realizoval až 7 dní od 26.2.2021, kedy A. F. jeho podávanie odporučila
- nakoľko pacientka nereagovala na kyslík podávaný len cez kyslíkovú masku a jej saturácia stále klesala, bolo potrebné podať HFNO, čo sa odporúča aj pri závažnejšej forme zápalu pľúc, čo bolo u pacientky indikované
- ak by ani HFNO nemalo účinok, mala sa zvážiť intubácia, umelá pľúcna ventilácia a prípadne invazívnejšie formy podpory dýchania
- po podaní liečby HFNO došlo u pacientky k tvrdenému vzostupu saturácie na 70% (meranie o 05:00 hod.). Nie ale na požadovaných 90%, ako to ukladajú štandardné postupy. Napriek tomu nebola žiadna adekvátna reakcia na toto zistenie. Nedošlo k zmene podávanej kyslíkovej liečby. Pritom bolo splnené všetky parametre na intubáciu a umelú pľúcnu ventiláciu.
- podľa prof. MUDr. Černého je bezdôvodné ponechanie s takouto saturáciou bez zodpovedajúcej liečebnej intervencie treba považovať za postup, ktorý nie je v súlade s dostupným stupňom odborného poznania v danej dobe. Za odborne nesprávny postup považuje včasné neotestovanie ďalších postupov k podpore okysličovania pľúc, pokiaľ doterajší liečebný postup (podávanie kyslíka s nízkym prietokom) neviedol k zlepšeniu či úprave nízkej saturácie. Za odborne nesprávny postup považuje aj to, ak nedošlo

k vykonaniu intubácie a pripojeniu pacientky na umelú pľúcnu ventiláciu dňa 7.3.2021 pri klinickom zhoršení stavu pacientky o 04:15 hod., kedy napriek podávanému kyslíku cez HFNO dochádza k ďalšiemu poklesu saturácie.
- napriek odporúčaniu MZSR prvé vyšetrenie ASTRUP bolo u pacientky vykonané až dňa 27.2.2021 (16. deň hospitalizácie). Preukázalo ťažkú poruchu okysličovacej funkcie pľúc.
- na abnormalitu okysličovacej funkcie pľúc z vyšetrenia ASTRUP zo dňa 27.2.2021 nebolo však liečebne reagované, ani zdôvodnené, prečo nie je liečebne reagované, čo potvrdzuje aj znalecký posudok
- ďalšie vyšetrenia ASTRUP dňa 1.3. a 3.3. potvrdili ďalší pokles kyslíka s tým, že výsledok z 5.3. je skoro rovnaký ako ten z 3.3., čo dokazuje pretrvávajúcu hypoxémiu u pacientky
- predpísané vyšetrenia ASTRUP boli vykonané bez akejkoľvek terapeutickej reakcie lekárov na výsledky vyšetrení, preukazujúce ťažkú poruchu okysličovacej funkcie pľúc. Na abnormalitu okysličovacej funkcie pľúc z vyšetrenia ASTRUP zo dňa 27.2.2021 (aj následných vyšetrení ASTRUP) nebolo liečebne reagované, ani zdôvodnené, prečo nie je liečebne reagované.
- na základe stále sa zhoršujúcich výsledkov bol síce 4.3.2021 dojednaný preklad pacientky do NÚTRCHaHCH Vyšné Hágy – ale až na 9.3.2021
- zo záznamov nie je zrejmé, prečo sa preklad pacienta mal realizovať až o 5 dní, keď NÚTRCHaHCH Vyšné Hágy mal 4.3.2021 voľné lôžka umožňujúce okrem iného poskytovanie oxygenoterapie a voľné miesta boli aj na JIS
- nevyhnutnosť prekladu bola potvrdená aj znaleckými posudkami MUDr. Krála a MUDr. Černého
- zhoršujúci sa zdravotný stav a fakt, že pacientka nereagovala ani na celkom 12 antibiotík, mal indikovať, že sa môže jednať o inú formu ochorenia – napr. pneumocystickú pneumóniu (ktorá pneumocysta ale nebola nikdy vyšetrená), legionelu alebo tuberkulózu
- zo znaleckého posudku prof. MUDr. Pešeka pritom vyplýva, že za predpokladu, že by sa včasným vyšetrením preukázala infekcia, ktorá zápal pľúc vyvolala, je pravdepodobné, že by zápal pľúc podarilo liečiť efektívnejšie, prípadne zabrániť smrti pacientky
- za situácie, kedy bola pacientka nájdená mŕtva náhodne bez napojenia na monitory jej životných funkcií, je evidentné zanedbanie niečej povinnosti. Nie je tak možné pochopiť, prečo pitva, ktorá by poskytla odpoveď na hypotézy, nebola nariadená; nevykonanie pitvy mohlo byť vykonané s úmyslom zmariť preverenie a potvrdenie či nepotvrdenie správnosti poskytovanej starostlivosti.
- podstatou rodinného života je oprávnenie fyzickej osoby utvárať, udržiavať a rozvíjať vzťahy medzi členmi rodiny, založené na silných citových väzbách. V zmysle judikatúry Európskeho súdu pre ľudské práva (napr. rozhodnutie vo veci Niemietz vs. Nemecko z roku 1992, rozhodnutie vo veci Berrhab v. Holandsko z roku 1988) právo na súkromie zahŕňa aj rozvíjanie a možnosť rozvíjania vzťahov s ostatnými ľuďmi
- strata blízkej osoby je pre väčšinu ľudí tou najväčšou stratou, s ktorou sa môžu vo svojom živote stretnúť. Smrť blízkej osoby je pre pozostalých traumatizujúca udalosť. Účelom nemajetkovej ujmy je zmierniť duševnú bolesť.
- v dôsledku neoprávneného zásahu žalovanej došlo k násilnému pretrhnutiu rodinných a citových väzieb
- až do smrti bola pani P. dôležitou súčasťou života celej širšej rodiny. Bývala spoločne s partnerom A. a dcérou A.. Okrem nich sa pravidelne stretávala s rodičmi, sestrou L. a jej rodinou a tiež s O., bývalým manželom a otcom dcérky A. a jeho rodinou. Bola to práve pani P., ktorá utužovala rodinné vzťahy v podobe spoločných rodinných osláv, grilovačiek a dovoleniek. Jej neprítomnosť v živote žalobcovia pociťujú na všetkých úrovniach ich života tak v praktickej rovine, kedy im zo života odišiel člen ich spoločnej domácnosti, ktorý sa o nich ako partnerka a mama obetavo starala, ale predovšetkým stratili základnú emocionálnu podporu v ich živote, pilier, ktorý spájal celú rodinu.
- po rozvode s p. P. (žalobcom 6/) sa po vysporiadaní sa s traumou spôsobenou rozvodom naplno obnovili vzťahy v rodine a p. P. ako bývalý manžel sa aktívne stretával až do jej smrti so zosnulou pani P. a p. B., jej novým partnerom alebo aj s celou rodinou a spoločne trávili chvíle na rodinných oslavách aj dovolenkách. Súdržnosť a fungovanie rodiny boli pre všetkých zúčastnených také dôležité, že individuálne pocity potlačili do úzadia a vysporiadali sa s nimi v snahe zachovať fungujúcu rodinu. Takto s láskou a trpezlivosťou budovali spoločne rodinu, aby zabezpečili pohodu predovšetkým pre dcéru A. ale aj pani P., ktorá trpela rozpadom rodiny, ktorá sa napokon opäť stmelila. Až jej nečakaná a zbytočná smrť zasiahla rodinu tak, že žiadny z jej členov nie je schopný fungovať tak, ako predtým.
- pani P. tvorila pár s p. B. (žalobcom 1/) viac ako 10 rokov. Závažnosť ujmy zo straty milovanej partnerky je u žalobcu 1/ zvýraznená tým, že ona a jej dcéra boli jedinou rodinou, ktorú mal. V mladom veku prišiel o oboch rodičov, mamu keď mal 10 a otca vo veku 20 rokov a v roku 2020 aj o brata, jediného súrodenca. Pani P. bola zmyslom jeho života a spolu s dcérou A. jeho jedinou rodinou. Po jej smrti celú svoju lásku vložil do starostlivosti o jej dcéru A.. Láska, ktorú pociťoval a stále pociťuje k zosnulej partnerke, sa

prejavuje tak, že sa aj po jej smrti naďalej stará o A.. Po partnerkinej smrti mal problém zaradiť sa do bežného života, pokračovať v práci, riešiť každodenné problémy, ktoré v porovnaní s utrpenou stratou nedávali zmysel. Dodnes nemal a nemá inú partnerku. Všetok svoj voľný čas sústreďuje na spomienky na zosnulú partnerku a získavanie informácii o zdravotnej starostlivosti, ktorá bola alebo nebola a mala byť poskytnutá jeho milovanej, aby žiadny iný človek nemusel zbytočne utrpieť bolesť, akú utrpel a stále trpí on.
- žalobkyňa 3/ prišla o mamu. V živote dieťaťa má mama nezameniteľnú úlohu. Zabezpečuje fyzickú a emocionálnu pohodu dieťaťa, predstavuje záruku pozitívnych hodnôt a významne ovplyvňuje rozvoj individuálnych potenciálov členov rodiny. Je to mama a manželka, kto formuje pravidlá, organizuje poriadok a vytvára bezpečné prostredie. Pocit základnej dôvery pri prítomnosti matky umožňuje potom dieťaťu priblížiť sa k iným, spoliehať sa na nich, investovať do vzťahov a zabezpečiť rast a sebarozvoj vo vzťahoch. Medziľudský vzťah v živote dieťaťa a tvorí akýsi základný kameň. Žalobkyňa 3/ ale prišla o mamu vo veku 19 rokov. Je to práve vek, kedy si už bolestivo úprimne uvedomuje, že prišla o mamu, a čo v nej stratila. Zároveň vek, kedy dcéra tak veľmi potrebuje mamu, nakoľko sa sama formuje v ženu a mama je jej vzorom. S mamou bývala, preto sa jej strata dotkla bytostne a v každom okamihu jej života. Viac nebude s mamou viesť večerné rozhovory, v ktorých s ňou bude zdieľať zážitky zo dňa, ale aj sny a ciele v ďalšom živote. Viac nebude s mamou cestovať a zažívať nové veci. Mama bola pre ňu vzorom, dôkazom čoho je, že sa rozhodla študovať fyzioterapiu, po vzore maminho zdravého životného štýlu a cvičenia. A. sa nikdy nevyrovná so smrťou mamy, že jej navždy bude chýbať jej objatie, jej pokarhanie, jej pekné slovo, jej prítomnosť, že jej budúcim deťom bude chýbať babka, ktorá by ich rozmaznávala a milovala tak, ako milovala A.. Mamu jej už nikdy nikto nenahradí a so žiadnou osobou už nikdy nenadviaže neopakovateľný vzťah, ako mala jedine so svojou mamou.
- popisovať ujmu rodičov (žalobcov 3/ a 4/), ktorí prišli o dcéru, je takmer nemožné. Strata dieťaťa je pre rodiča spojená s enormnou psychickou a fyzickou bolesťou. Pocit zodpovednosti rodičov za svoje deti, ktorý negatívne prežívanie straty, ešte zintenzívňuje a zhoršuje. O to viac vo vyššom veku, kedy je prežívanie niektorých situácii intenzívnejšie a spojené s pocitom výčitiek a nespravodlivosťou, že rodič prežil vlastné dieťa, ktoré bolo inak zdravé, šťastné a malo pred sebou celý život. Takáto situácia je pre rodiča neprirodzená a o to viac spojená s intenzívnym prežívaním. Okrem toho je takáto strata znásobená bolesťou a prežívaním iných členov rodiny, najmä svojej druhej dcéry a vnúčat, ktoré sú vystavené pocitom bolesti, zúfalstva a potrebe vysporiadania sa s touto stratu. Najmä vo vzťahu k A., dcére pani P., ktorá prišla o mamu, a v tomto momente nie je možné posúdiť, aké „škody“ takáto strata napácha v jej budúcom živote. Otec pre každodenne prežívanú bolesť zo straty dcéry mesiac po pohrebe skolaboval. Bola dokonca potrebná resuscitácia a intubácia. Prevezený bol najprv do žalovanej nemocnice, ale s ohľadom na traumu z toho, že v rovnakej nemocnici zomrela pacientka a z oprávnenej obavy o riadne poskytnutú starostlivosť, bol na žiadosť rodiny prevezený do nemocnice v Martine. Absolvoval komplikovanú operáciu srdca s výmenou chlopne a voperovaním defibrilátora srdca. Pred operáciou bola rodina informovaná o vážnosti stavu komplikovaného okrem iného jeho psychickým stavom po strate dcéry, nakoľko nemal vôľu žiť a chuť bojovať. Z dôvodu ťažkého prežívania ujmy sa významne zhoršil aj zdravotný stav mamy pani P., ktorá musela absolvovať odstránenie celej štítnej žľazy v Onkologickom ústave Svätej Alžbety v Bratislave. Tesne po smrti dcéry mala problémy s príjmom potravy, čo viedlo k rapídnemu úbytku na váhe. Museli jej byť predpísané aj antidepresíva, ktoré však musela vysadiť, nakoľko telo na ne zle reagovalo.
- pani P. a sestra L. (žalobkyňa 5/) mali blízky sesterský vzťah a stratu jedinej sestry pociťuje ako stratu časti samej seba. Strata sestry podstatne zasiahla život jej aj jej rodiny. Po sestrinej smrti nebola schopná dva mesiace nastúpiť do práce a ani vykonávať svoju pôvodnú náplň práce, ktorej základom bola práca s ľuďmi. Po sestrinej smrti schudla 8 kilogramov, nebola schopná prijímať stravu, lekár jej musel predpísať lieky, aby stravu mohla vôbec prijať. Bola nútená užívať Neurol, aby bola schopná fungovania pre svoju rodinu. Trpela nespavosťou, sama mala pocit, že zomiera, a obávala sa, že jej deti prídu o mamu. Bola tak nútená vyhľadať odbornú pomoc. Asi rok navštevovala psychologičku, ktorá konštatovala, že trpí posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP). Okrem vlastnej bolesti zo straty sestry sa musela vysporiadať aj s tým, ako smrť tety zasiahla jej synov. U mladšieho syna sa trauma prejavovala v podobe neustále strachu o to, že zomrie aj jeho mama. Každý odchod z domu aj na krátku chvíľu bol pre neho spojený s extrémnym stresom a strachom o mamu. Po individuálnych konzultáciách so psychologičkou z Plamienka boli synovia zaradení do detskej podpornej terapeutickej skupiny a L. do terapeutickej podpornej skupiny pre dospelých.
- žalobca 6/ napriek tomu, že už nebol životným partnerom pani P., bol naďalej súčasťou jej života ako aj ich dcéry. Chýba mu ako priateľka a najmä ako mama ich spoločnej dcéry A., ktorá stratou mamy veľmi trpí, čo spôsobuje bolesť jej otcovi aj nevlastnému otcovi. Žalobca 6/ k 31.12.2021 požiadal o uvoľnenie

zo služobného pomeru policajta, kde sa v práci často s pani P. stretával a istý čas pracovali spolu na jednom oddelení. Po jej smrti bolo pre neho náročné sa v práci stretávať s ľuďmi, ktorí ju poznali a mali radi. Všetko mu ju pripomínalo. Od ukončenia služobného pomeru nikde nepracuje, stará sa o svoju 83-ročnú mamu. Nie je otvorený novým zážitkom ani vzťahom. Pociťuje, že sa zasekol v čase, kedy si myslí, že „A." je len niekde na liečení a že sa čoskoro vráti späť. Aj po smrti sú žalobca 1/ a žalobca 6/ naďalej v pravidelnom kontakte. Všetok svoj voľný čas, úsilie a pozornosť sústreďujú na to zistenie, či bola pani P. poskytnutá zdravotná starostlivosť správne. Motiváciou je im zabezpečiť, aby sa prípadné pochybenia neopakovali a žiadna iná rodina viac nemusela čeliť prežitej bolesti z náhlej a neočakávanej smrti rodinného príslušníka tak, ako sa to stalo ich rodine.
- zdravotný stav pacientky sa zhoršoval postupne, a teda jestvoval dostatočný časový priestor na zvolenie správneho postupu liečby
- žalobcovia dôvodne očakávali, že pani P. bude poskytnutá žalovanou správna zdravotná starostlivosť. Zlyhaním pracovníkov nemocnice ale došlo k opaku, keď namiesto vyliečenia došlo k tak závažnému zavinenému následku ako je úmrtie. Hrubá nedbanlivosť alebo dokonca séria takýchto hrubých nedbanlivostí sa má hodnotiť podstatne prísnejšie, čo by sa malo prejaviť aj vo výške stanovenej relutárnej satisfakcie.
- je neakceptovateľné, že poskytovaná antibiotická a kyslíková liečba pacientky nezaberá počas hospitalizácie, vyhodnocované parametre sa nezlepšujú a napriek tomu žiaden z minimálne 8 lekárov (vrátane primára či zástupcu primára a pneumologičky konzília) neindikuje možnosť zmeny diagnózy. Podcenenie zdravotného stavu je napokon korunované tým, že pacientka je nájdená mŕtva a žiadny z prítomného personálu nepristupuje k resuscitácii napriek tomu, že (pre absentujúci monitoring) nie je zrejmý presný čas smrti, a preto nie je možné predpokladať úspech alebo neúspech oživovania. V danom prípade sa teda nejedná o individuálne zlyhanie jednotlivca vo vzťahu k uplatneniu jeho odborného názoru na liečebný postup, prípadne iné náhodilé zlyhanie jednotlivca, ale o sériu a reťazenie vážnych a vedomých zlyhaní všetkých subjektov zdravotníckeho personálu (č.l. 1).

2. Žalobca 6/ ďalej tvrdil, že návrh na rozvod jeho manželstva s pani P. podala jeho bývalá manželka. Návrh bol odôvodnený tým, že pani P. nadviazala vzťah s pánom A. B., a tiež tým, že keď sa to žalobca 6/ dozvedel, začali sa diať veci, na ktoré pani P. zareagovala práve podaním návrhu na rozvod. On v rozvodovom konaní s podaným návrhom na rozvod súhlasil; žalobca 6/ poukázal na to, že ona sa tým trápila snáď ešte viac ako on. Po rozvode sa odsťahoval zo spoločného bytu k svojim rodičom. Keď však jeho bývalej manželke zomrela babka, prišiel na pohreb, kde si dokonca podal ruku so žalobcom 1/, pričom následne sa s ním začal spoznávať. O nejaký čas zomrel otec žalobcu 6/, pričom na tento pohreb prišla aj jeho bývalá manželka, čo bolo prekvapivé z toho dôvodu, že táto prišla do vyložene nepriateľského prostredia, keďže príbuzní žalobcu 6/ sa na ňu hnevali. Jeho bývalá manželka mu následne, teda po apríli 2012 nikdy nebránila v stretávaní s dcérou, pričom jej správanie a aj správanie jej partnera svedčilo o tom, že s ním chcú vychádzať. Zlepšenie vzťahov žalobcu 6/ s jeho bývalou manželkou je zrejmé aj z toho, že jeho bývalá manželka dokonca začala navštevovať príbuzných žalobcu 6/ a on začal navštevovať príbuzných svojej bývalej manželky. Svoju bývalú manželku bol navštíviť aj krátko pred tým, ako bola hospitalizovaná, pričom v nemocnici ju nenavštevoval, nakoľko sa spoliehal na to, že o jej prípadných potrebách ho bude informovať jeho sestra, ktorá pracuje v predmetnej nemocnici. So svojou bývalou manželkou počas jej hospitalizácie komunikoval prostredníctvom sociálnej siete. Jej smrť nesie ťažko ešte aj v súčasnosti, čo vyvrcholilo v máji minulého roku, keď pri sťahovaní bytu našiel fotoalbumy s fotkami, ktoré boli nafotené ešte počas trvania ich manželstva, rôzne dopisy a darčeky, čo ho natoľko zobralo, že utrpel trombózu venóznych splavov, v dôsledku čoho bol hospitalizovaný v Martine, pričom v súvislosti s touto hospitalizáciou je jeho zdravotný stav monitorovaný aj v súčasnosti (č.l. 441).

3. Žalobcovia ako dôkazy predložili lekárske správy, list o prehliadke mŕtveho, žiadosť o súhlas na preloženie pacienta, vyjadrenia NÚTPCHaHCH, dekurzy, ošetrovateľskú prekladovú správu, výňatok z publikácie „Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva vo vnútornom lekárstve I" (č.l. 72 – 102), screenshot, výnos MZ SR č. 44/2008, „Štandardný postup pre rýchle usmernenia klinického manažmentu detských a dospelých pacientov s novým koronavírusom 2019", „Štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup pri starostlivosti o kriticky chorých s COVID-19", štandardný operačný postup, odporúčania ERC 2010 - súhrn, ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidlines, odborné články (čl. 294, 298, 302), predbežné usmernenie Svetovej zdravotníckej organizácie, odborné stanovisko MUDr. Jána Lakotu, Csc., znalecké posudky MUDr. Černého, odborné vyjadrenie MUDr. Krála, znalecký posudok MUDr. Pešeka, fotografie a navrhol výsluch svedkýň A. a A., A. C. a A. L..

4. Žalobcovia ako prostriedky procesného útoku použili skutkové tvrdenia uvedené v odsekoch 1 a 2 a návrhy na vykonanie dôkazov uvedené v odseku 3.

5. Žalovaný navrhol žalobu zamietnuť a tvrdil, že neuznáva svoju 100%-nú zodpovednosť za zavinenie a za následky, od ktorých žalobcovia odvodzujú svoj uplatnený nárok. Zdravotnícky personál postupoval v súlade s možnosťami, ktoré boli v danom čase a v danej situácii reálne, pričom žiadny úkon neopomenul a pacientke sa snažil poskytnúť všetku dostupnú zdravotnú starostlivosť, pričom si dovoľuje vysloviť ľútosť nad tým, že napriek snahe jej zamestnancov sa dotknutú pacientku nepodarilo zachrániť. Nemôže sa stotožniť so závermi, že ide o flagrantné zanedbanie povinností zdravotníckeho pracovníka za normálneho (bežného) stavu. Personál v danom období robil maximum možného. Žalobcovia zjavne ignorujú realitu, ktorou bola spojená s nekontrolovaným šírením ochorenia COVID-19. V rozhodujúcom čase práve vrcholiaca najsilnejšia vlna tohto ochorenia a v SR a ani v okolitých krajinách voľná ani jedna umelá pľúcna ventilácia. Zdravotnícky personál pracoval na pokraji fyzického kolapsu. Tento stav bol spôsobený okolnosťami mimo sféry vplyvu žalovanej, pričom bol personál žalovanej vynaložil enormné úsilie na záchranu mnohých ľudských životov a aj pre lekárov a sestry je veľmi ťažké vyrovnať sa so skutočnosťou, že všetkých pacientov sa zachrániť nepodarilo (č.l. 411).

6. Žalovaný sa v priebehu konania ospravedlnil za to, že nedokázal odvrátiť úmrtie pani P., prípadne ho aspoň viac oddialiť (č.l. 488).

7. Žalovaný ako dôkaz navrhol kontrolné znalecké dokazovanie a výsluch svedkyne A. K. E..

8. Intervenient - Komunálna poisťovňa a.s. tvrdil, že pani P. trpela sklerózou multiplex a ako dôkaz navrhol výsluch A. I. a predložil znalecký posudok MUDr. Beaty Havelkovej (č.l. 442).

9. Súd považuje za preukázané, že pracovníčka žalovaného dňa 12.2.2021 o 13:55 hod. vyšetrila A. P. z dôvodu, že táto bola odoslaná pneumoftizeológom pre bronchopneumóniu l. dx., na ktorú sa už týždeň liečila, pričom od 11.2.2021 liečba spočívala aj v užívaní Biseptolu 480mg 2-0-2 (č.l. 26).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 12.2.2021 o 14:12 hod. A. P. podstúpila röntgenové vyšetrenie pľúc so záverom bronchopneumónia l. dx. (č.l. 46).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 12.2.2021 15:16 hod. bola A. P. prijatá na interné oddelenie NsP Považská Bystrica (č.l. 27).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 19.2.2021 A. P. podstúpila röntgenové vyšetrenie pľúc so záverom, že v porovnaní so snímkou z 12.2.2021 vpravo došlo k minimálnej regresii a že vľavo sa objavil nový nález.
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 25.2.2021 A. P. podstúpila röntgenové vyšetrenie pľúc so záverom, že v porovnaní so snímkou z 19.2.2021 došlo k progresii zmien obojstranne.
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 26.2.2021 A. P. podstúpila CT vyšetrenie hrudníka, ktorým sa zistili rozsiahle zápalové zmeny pľúcneho parenchýmu (č.l. 51).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 26.2.2021 A. P. podstúpila bronchoskopické vyšetrenie, pri ktorom však pre zlú toleranciu vyšetrenia došlo len k odberu spúta (č.l. 55).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 2.3.2021 o 08:00 hod. bola u A. P. saturácia kyslíkom 87% že v tento deň liečba spočívala aj v inhalácii kyslíku s prietokom 4 l/min. (čl. 57).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 3.3.2021 o 09:00 hod. bola u A. P. saturácia kyslíkom 82% a že v tento deň liečba spočívala aj v inhalácii kyslíku s prietokom 4 l/min. (č.l. 58).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 4.3.2021 A. P. podstúpila röntgenové vyšetrenie pľúc so záverom, že v porovnaní s poslednou snímkou z 25.2.2021 došlo k ďalšej progresii zmien.
Súd považuje za preukázané aj to, že žalovaný dňa 4.3.2021 zistil, že p. P. možno preložiť do NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, a to dňa 9.3.2021, pričom A. C. odporučil zmeniť Sulperazon na Vankomycin a pridať Dexamed (č.l. 56).
Súd považuje za preukázané aj to, že ráno dňa 4.3.2021 bola u A. P. saturácia kyslíkom 86% že v tento deň liečba spočívala aj v inhalácii kyslíku s prietokom 3 - 4 l/min. (č.l. 59).
Súd považuje za preukázané aj to, že ráno dňa 5.3.2021 bola u A. P. saturácia kyslíkom 85% a že v tento deň liečba spočívala aj v inhalácii kyslíku s prietokom 3 - 4 l/min. (č.l. 60).
Súd považuje za preukázané, že NsP Považská Bystrica dňa 5.3.2021 faxom odoslala žiadosť o preklad A. P. do NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, pričom však pri tomto faxovom prenose došlo k chybe (č.l. 52).

Súd považuje za preukázané aj to, že NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy v roku 2021 disponoval 227 lôžkami, pričom v období od 25.2.2021 do 7.3.2021 bolo obsadených maximálne 167 lôžok a že preklad p. A. P. dohadovala A. I., ktorá si ale presný dátum vzhľadom na časový odstup už nepamätá s tým, že preklad zo strany NsP Považská Bystrica nebol avizovaný ako urgentný (č.l. 53).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 5.3.2021 A. P. podstúpila röntgenové vyšetrenie pľúc so záverom, že v porovnaní s poslednou snímkou zo 4.3.2021 došlo k ďalšej progresii zmien.
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 5.3.2021 bola A. P. pozitívne testovaná PCR testom a preto bola z interného oddelenia preložená na oddelenie COVID-19 na pokračovanie liečby BPN (č.l. 28).
Súd považuje za preukázané aj to, že ráno dňa 6.3.2021 bola u A. P. saturácia kyslíkom 80% že v tento deň liečba spočívala aj v inhalácii kyslíku s prietokom 3 – 4 l/min., ktorý prietok bol v priebehu dňa zvýšený na 6 l/min. (č.l. 61). O 18:10 hod. bola pani P. preložená na covidové oddelenie, pričom o 19:25 hod bola u A. P. saturácia kyslíkom 90% (č.l. 62).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 7.3.2021 sa A. P. náhle začalo zle dýchať a že v čase 03:15 hod. bola u nej saturácia kyslíkom 48%, a preto bola v čase 03:50 hod. preložená z covid oddelenia na interné oddelenie II za účelom podania HNFO pre BRPN a COVID-19 (č.l. 65). Po podaní HFNO sa u pacientky zvýšila saturácia na 60% (v čase 04:15 hod.), resp. na 70% (v čase 05:00 hod. – viď č.l. 65).
Súd považuje (listom o prehliadke mŕtveho) za preukázané aj to, že A. P. dňa 7.3.2021 o 07:30 hod. zomrela s tým, že príčinou smrti bola akútna respiračná insuficiencia, pričom predchádzajúcou príčinou bol „Iný vírusový zápal pľúc“ a prvotnou príčinou bola „potvrdená infekcia COVID-19“.
Súd považuje za preukázané aj to, že A. P. bola prijatá na interné oddelenie pre febrility, anémiu ľahkého stupňa. Vstupne bol realizovaný RTG hrudníka s popisom BNP I. DX. Následne bola zahájená rehydratačná a ostatná symptomatická liečba vrátane dvojgeneračného cefalosporínu. Napriek tejto liečbe pokračovali febrility s maximom do 38,5 °C, pričom kontrolné laboratórne parametre indikovali vzostup zápalovej aktivity. Z toho dôvodu sa zmenila stratégia antibiotickej liečby a bol nasadený meropenem. Boli zrealizované výtery, avšak bez záchytu patologického agens a tiež kontrolný RTG hrudníka, ktorým bola zistená progresia na BPN bilat. Napriek podávaniu meropenemu a gentamicinu pretrvávali febrility a zvýšilo sa aj CRP a po konzultácii s pneumológom došlo k zmene antibiotickej terapie na sulperazon a ciphin. CT vyšetrenie zistilo rozsiahle zápalové zmeny v oboch krídlach pľúcnych. Bolo zrealizované aj bronchoskopické vyšetrenie, ktoré ale bolo pacientkou zle tolerované. Vo vzorkách odobratých pri bronchoskopickom vyšetrení boli zistené enterococcus species a kvasinky. Vzhľadom k pretrvávaniu bilaterálnej pneumónie s postupnou progresiou bolo konzultované pneumologické pracovisko vo Vyšných Hágoch a bol dohodnutý preklad pacientky na 9.3.2021. Bola upravená terapia na dexamed a vankomycin. PCR vyšetrenie zrealizované 5.3. bolo pozitívne, a pacientka bola preto preložená na covid oddelenie, kde bol pacientke podaný invermectin. V nočných hodinách 6.3.2021 došlo u pacientky k rozvoju hyposaturácie a po konzultácii s lekárom OAIM bola pacientka preložená na interné II covid oddelenie k napojeniu na HFNO. Dňa 7.3. ráno bola pacientka nájdená bez vitálnych funkcií (č.l. 34).
Súd považuje za preukázané aj to, že dňa 7.3.2021 lekár K. I. po privolaní sestričkou a zistení, že p. A. P. bola bez vitálnych funkcií (AS – 0, dýchanie – 0) v čase 07:30 hod. skonštatoval existus letalis a že v čase 08:35 hod. telefonicky o tomto informoval priateľa pacientky (č.l. 63).
Súd považuje za preukázané aj to, že k 4.3.2024 bola súčasťou interného oddelenie žalovaného aj jednotka intenzívnej starostlivosti, lôžka ktorej sú vybavené monitormi pre komplexné sledovanie životných funkcií (č.l. 103).
Súd považuje za preukázané aj to, že jednotka intenzívnej starostlivosti musí byť pri lôžku vybavená o.i. monitorom EKG s možnosťou tlače, neinvazívny TK, saturácia O2 a dychová frekvencia (č.l. 147).

10. Súd považuje (odborným stanoviskom MUDr. Jána Lakotu, Csc.) za preukázané aj to, že u pacientky A. P. bol dňa 7.1.2021 diagnostikovaný COVID-19 a že v súvislosti so sklerózou multiplex jej bola podávaná imunosupresívna liečba. Od 30.1.2021 brala azitromycín, pričom 2.2.2021 jej bola zistená bronchopneumónia 1.dx, na ktorú užívala medofloxine a od 8.2.2021 fromilid. Dňa 11.2.2021 bolo CRP pacientky 74,8. Antibiotická liečba bola nesprávna, nakoľko boli použité 2 makrolidové antibiotiká za sebou (najskôr azitromycín a potom fromilid). Po prijatí do nemocnice 12.2.2021 jej bol nasadený cefotaxim, meropenem + gentamicin, ciprofloxacin + vankomycin a bolo zrealizované vstupné RTG vyšetrenie. Ďalšie RTG vyšetrenia (z 19.2., 25.2., 4.3. a 5.3.) zistili progresiu bronchopneumónie, pričom už od 4.3.2021 bolo potrebné uvažovať o atypickej pneumónii. Dňa 26.2.2021 bolo vykonané CT hrudníka, ktorým boli zistené rozsiahle zápalové pľúcne zmeny bilaterálne, fluidothorax bilaterálny a opacity mliečneho skla, a v tento deň bol u pacientky tiež zistený enterococcus species a ojedinelé kvasinky, pričom CRP pacientky bolo od 106 po 292. U pacientky sa jednalo o progredujúcu

masívnu bilaterálnu bronchopneumóniu, ktorá spôsobila smrť. Opakovaná infekcia coronavírusom cca po 2 mesiacoch bola spôsobená ťažkou imunokompromitáciou pacientky pri základnej diagnóze sklerózy multiplex ako aj liečbou tohto ochorenia a samotnou bronchopneumóniou. Pacientka pritom netrpela vírusovou bronchopneumóniou (vzhľadom na negatívny vírusový panel) ani bakteriálnou bronchopneumóniou (o čom svedčia negatívne hodnoty prokalcitonínu), pričom je málo pravdepodobné, že išlo o mykotickú pneumóniu. Je teda vysoko pravdepodobné, že pacientka mala pneumocystovú pneumóniu, pričom pneumocysta nikdy nebola vyšetrená, pričom takýto postup MUDr. Lakota označil za „hrubú neodbornosť". Porušením zákona bolo aj to, že pacientka nebola pitvaná (v zmysle zákona je v prípade úmrtia z neznámych príčin potrebné vykonať pitvu). Pacientka síce užívala od 11.2.2021 biseptol, ktorý je však v štandardných dávkach na pneumocystu neúčinný (čl. 351).
Súd považuje (znaleckým posudkom prof. MUDr. Vladimíra Černého č. 165/2022 v spojení s jeho doplnením č. 169/2023) za preukázané aj to, že zvlhčovanie kyslíka sa doporučuje najmä pri príkonoch kyslíka nad 4 l/min. a že pacientka mala byť preložená na oddelenie, na ktorom by bolo možné podávať jej kyslík s vysokým prietokom, najneskôr 3.3.2021, pričom už od 1.3.2021 bola hodnota saturácie hemoglobínu 82%, resp. 85% - 86% v ďalších dňoch, čo sú hodnoty, ktoré ohrozujú činnosť organizmu. Takýto pacient by mal byť preložený na oddelenie intenzívnej starostlivosti alebo ekvivalentné. Bezdôvodné ponechanie pacienta so saturáciou 82% - 86% bez zodpovedajúcej liečebnej intervencie nie je v súlade s existujúcim stupňom odborného poznania. Ak nebolo možné z kapacitných dôvodov pacientku na takéto oddelenie umiestniť, mal o tom byť záznam v dokumentácii. Zavedenie centrálneho venózneho katétra je obvyklým postupom, i keď dokumentácia neobsahuje úvahy, ktoré viedli k jeho zavedeniu; zdravotná dokumentácia neobsahuje ani popis jeho zavedenia a ani popis podmienok, za ktorých k jeho zavedeniu došlo. Pokiaľ ide o opuch dolných končatín pacientky, ich príčinu bez klinického vyšetrenia nie je možné jednoznačne určiť, pričom ale táto otázka nie je dôležitá. Postupom non lege artis bolo ponechanie pacientky so saturáciou 82% – 86% bez toho, aby boli otestované ďalšie postupy k podpore okysličovacej funkcie pľúc. Non lege artis postupom bolo aj 3-dňové čakanie s nasadením liečby kyslíkom s vysokým prietokom. Ak bol nejaký dôvod, prečo intubácia nebola vykonaná, má to byť uvedené v zdravotnej dokumentácii. Postupom non lege artis bolo aj nezačatie resuscitácie po náleze pacientky so zástavou obehu s tým, že ak na takýto postup bol dôvod, tento by mal byť uvedený v zdravotnej dokumentácii. K zástave obehu došlo v dôsledku nedostatočného zásobenia kyslím v predchádzajúcich hodinách (saturácia 60% v čase 04:15 hod., 70% v čase 05:00 hod.). Z úkonov na záchranu života pacientky, predĺženie jej života a navrátenie zdravia neboli otestované ďalšie postupy na zvrátenie poruchy okysličovacej funkcie pľúc (HFNO, intubácia, umelá pľúcna ventilácia atď.), nebolo odborne správnym spôsobom zareagované na výrazné a jednoznačné zhoršenie klinického stavu, ku ktorému došlo dňa 7.3.2021 o 04:15 hod., a nedošlo k začatiu resuscitácie pri nájdení pacientky so zástavou obehu. Problematika nutnosti zvlhčovania nízkoprietokového kyslíka je predmetom odbornej diskusie v literatúre, pričom prevažuje názor, že kyslík s prietokom do cca 4 l/min. nevyžaduje zvlhčovanie. Nemožno vylúčiť, že pacientka by zomrela aj pri včasnom nasadení správnych postupov (č.l. 352).
Výsledky vyšetrenia z 27.2.2021 svedčia o klinicky významnej poruche okysličovacej funkcie pľúc, pričom však v dekurze nie je záznam o vyhodnotení tejto laboratórne preukázanej poruchy a ani úvaha či plán na korekciu predmetnej abnormality. Podľa názoru znalca by takýmto opatrením malo byť začatie kontinuálneho monitorovania fyziologických funkcií (minimálne monitorovanie saturácie hemoglobínu kyslíka) a začatie iniciálnej liečby kyslíkom, resp. mal byť v zdravotnej dokumentácii uvedený dôvod, prečo na túto abnormalitu nebolo liečebne zareagované. EKG zo 7.3.2021 o 07:22 hod. nevykazuje známky elektrickej aktivity, pričom z klinickej praxe je známe, že k úplnému vymiznutiu elektrickej aktivity môže dôjsť za 15 – 20 minút od zástavy obehu. Priebeh laboratórneho vyšetrenia funkcie ľadvín bol odborne správny. Na pravidelné laboratórne vyšetrenie pečene žiadne dôvody neboli. Použitie ivermektínu v roku 2021 nie je možné považovať za jednoznačne odborne nesprávny postup, pretože určitý teoretický základ o jeho možnom prínose existuje, pričom aj v niektorých observačných štúdiách určitý náznak účinnosti pri infekcii COVID-19 bol zistený. Pokiaľ ide o hodnotu pH krvi pacientky, táto bola abnormálna. Na vzniku tejto metabolickej alkalózy sa mohla podieľať dehydratácia pacientky a znížená hladina albumínu. Pri alkalóze je zhoršený prenos kyslíka z hemoglobínu do tkanív, čo mohlo ešte zhoršovať nedostatok kyslíka na úrovni tkanív spôsobený poruchou okysličovacej funkcie pľúc (č.l. 357).
Súd považuje (odborným vyjadrením MUDr. Jana Krála) za preukázané aj to, že klostrídiová kolitida nebola príčinou úmrtia pacientky. Je ale možné, že ak by ju pacientka mala, tak to mohlo prispieť k progresii stavu. Bolo nedostatočné, ak bolo u pacientky v takomto ťažkom stave vykonané vyšetrenie Astrup až 27.2.2021. Z dekurzov nevyplýva, že by bola u pacientky saturácia meraná každý deň, a je teda pravdepodobné, že pacientka bola desaturovaná dlhšiu dobu. Nebola ani adekvátna reakcia na

výsledky CT vyšetrenia, ktoré zistilo progresiu ložísk a fluidotorax. Ako sa pacientka postupom času horšila, podávanie novalginu bolo nešťastné, a to z dôvodu možnosti rozvoja hypotenzie. Vzhľadom na opakovanú desaturáciu boli možnosti štandardného lôžkového oddelenia vyčerpané. Pacientka mala byť na monitorovacom lôžku minimálne odvtedy, ako podstúpila CT vyšetrenie. Nie je možné ponechať pacientku so saturáciou 85% bez kontinuálneho monitorovania životných funkcií.
Súd považuje (znaleckým posudkom prof. MUDr. Miloša Pešeka, Csc.) za preukázané aj to, že u pacientky A. P. nebolo vykonané vyšetrenie spúta na nešpecifickú flóru ani na mikróby tuberkulózy, nebolo vykonané ani vyšetrenie sérových imunoglobulínov a nebol vykonaný ani odber krvi na virologickú serológiu. Zdravotnícki pracovníci priebežne reagovali na zmenu zdravotného stavu pacientky indikáciou kontrolných laboratórnych vyšetrení a úpravami liečby. U pacientky bolo vhodné vykonať meranie saturácie pred rozhodnutím o podaní kyslíku, ktoré bolo urobené 21.2.2021. Pred začatím kyslíkovej liečby má byť vykonané aj vyšetrenie krvných plynov optimálne z artérie. Z dokumentácie nie je zrejmé, ako dlho a kedy presne podávanie kyslíka prebiehalo (údaje o jeho podávaní sú opakovane preškrtnuté). Vyšetrenie krvných plynov z kapilárnej krvi bolo vykonané až 27.2.2021. Bronchoskopické vyšetrenie bolo vykonané o deň skôr pri zistení hyposaturácie na 85%. Po podaní kyslíku sa saturácia zvýšila na 90%, pričom počas bronchoskopie jej hodnoty kolísali v rozsahu 84% – 90%. O ďalšom podávaní kyslíka nie sú v dokumentácii záznamy, hoci výsledky Astrupovho vyšetrenia preukazovali závažnú dychovú nedostatočnosť. Pri saturácii 87% sa doporučuje inhalácia kyslíka v množstve 4 l/min. Keďže priebeh zápalu pľúc sa nepodarilo empirickým podávaním antibiotík priaznivo ovplyvniť, ponúka sa možnosť, že išlo o tuberkulózne ochorenie, v prospech čoho svedčí napr. obojstranné postihnutie pľúc, obojstranný pohrudničný a perikardiálny výpotok. Táto možnosť však vôbec nebola zobratá do úvahy. Bolo potrebné vykonať odbery vzoriek biologického materiálu z priedušiek a pľúc, a to po zlyhaní indikovanej antibiotickej liečby. Malo byť vykonané aj vyšetrenie na prítomnosť mykobaktérií tuberkulózy a po tom, ako sa objavil pohrudničný výpotok, mal byť vykonaný jeho odber, prípadne mala byť zvážená aj drenáž pohrudničnej dutiny. Nebol zistený infekčný agens zodpovedné za postupne sa zhoršujúci zápal pľúc. Nebolo vykonané ani vyšetrenie na možnú prítomnosť legionely. Vysokoprietoková oxygenoterapia bola nastavená lege artis. Stav pacienta pri saturácii 48% je obvykle veľmi závažný a poruchy vedomia sú v týchto situáciách skôr pravidlom než výnimkou. Zvlášť tak u pacienta, ktorý je vyčerpaný dlhšie trvajúcim závažným infekčným ochorením, je pravdepodobnosť toho, že by bol pri uvedenej saturácii pri vedomí a bol by schopný sám privolať pomoc, je minimálna. Nie je preto možné, aby zdravotnícky personál spoliehal na to, že pacient bude schopný o pomoc sám aktívne požiadať. V dokumentácii nenašiel výsledky merania tekutinovej bilancie, keď bola začatá terapia vankomycinom. K preloženiu pacientky na jednotku intenzívnej starostlivosti malo dôjsť najneskôr dňa 26.2.2021, kedy bolo na základe vykonaných vyšetrení zrejmé, že došlo k progresii zápalového ochorenia, rozvoju pohrudničného výpotku súbežne s rozvojom dychovej nedostatočnosti a so vzostupom hodnôt C reaktívneho proteínu. V tej dobe malo byť vykonané sonografické vyšetrenie pleury a zvážený diagnostický a terapeutický odber pohrudničnej tekutiny. Odsatie výpotku mohlo prispieť k lepšej funkcii pľúc a výpotok mohol byť vyšetrený mikrobiologicky, biochemicky a cytologicky. Pacientka mala byť preložená na vyššie pracovisko najneskôr 26.2.2021, pričom preklad na 9.3.2021 nebol včasný. Za predpokladu, ak by sa včasným vyšetrením preukázala vyvolávajúca infekcia, je pravdepodobné, že by sa pľúcny zápal podarilo liečiť efektívnejšie. Včasný preklad pacientky na špecializované pracovisko mohol tiež viesť k účinnejšej liečbe, príp. zabrániť smrti pacientky.
Súd považuje znaleckým posudkom (MUDr. Beáty Havelkovej č. 01/2025) za preukázané aj to, že p. P. bola poslaná dňa 12.2.2021 regionálnou pneumologičkou A. Q. na príjem do NsP Považská Bystrica, kde bola prijatá s diagnózou pravostrannej pneumónie, ktorá patrí medzi tzv. komunitné pneumónie. Pri príjme do NsP Považská Bystrica bol stav pacientky uzavretý pracovnou diagnózou pravostranná bronchopneumónia neznámeho pôvodu; ďalšie pozoruhodnosti boli informácie o tom, že menovaná bola dlhodobo liečená pre sklerózu multiplex imunomodulačnou liečbou, ktoré ochorenie zvyšuje riziko ťažšieho priebehu zápalových ochorení. Ďalším z rizikových faktorov uvedených v anamnéze je to, že pacientka v januári 2021 prekonala COVID-19 s pozitívnym testom. Podľa zdravotnej dokumentácie febrilný stav pretrvával takmer celé hospitalizačné obdobie s eleváciou všetkých zápalových parametrov. Hoci boli opakovane indikované odbery na identifikáciu vyvolávateľa, tohto sa počas celej hospitalizácie nepodarilo identifikovať. Pozoruhodnosťou uvedenou v zdravotnej dokumentácii je, že až v druhej polovici hospitalizácie bolo zaznamenané monitorovanie saturácie a vyšetrenie astrup a liečba kyslíkom je zaznamenaná až ku koncu hospitalizácie. V celej dokumentácii je veľmi stroho zaznamenaný manažment kyslíkovej liečby. Vychádzajúc z vedenia zdravotnej dokumentácie a odporúčaných diagnosticko-terapeutických postupov pri akútnych zápaloch dolných dýchacích ciest, tak zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá v zmysle zákona. Zdravotná starostlivosť

nebola v zdravotnej dokumentácii zaznamenaná správne. Prihliadajúc na štandardné diagnosticko-terapeutické postupy, neboli urobené (alebo včas urobené) všetky diagnostické úkony, ktoré sú v SR dostupné a odborný medzinárodný štandard ich odporúča. Počas hospitalizácie sa nezrealizovali všetky potrebné vyšetrenia na identifikáciu vyvolávateľa ochorenia. Z dokumentácie sa nedá určiť, prečo sa diagnostický proces neuberal aj smerom k vyšetreniu atypickej flóry hneď od prijatia, resp. najneskôr od elevácie zápalových markerov a zhoršenia klinického stavu, a to aj napriek tomu, že v anamnéze je zmienka o autoimunitnom ochorení. Na pochybeniach sa podieľala aj nesprávne vedená zdravotná dokumentácia. V každom prípade autoimunitné pochopenia a imunomodulačná liečba sú rizikové faktory, ktoré môžu zvyšovať pravdepodobnosť komplikácií pri infekčných ochoreniach, a preto je aj pri imunomodulačnej liečbe preventívne indikované monitorovanie latentnej formy TBC, pričom však NsP Považská Bystrica sa s otázkou TBC a atypických foriem bronchopneumónie v rámci diferenciálnej diagnostiky nevysporiadala. Pokiaľ ide o dopad pandémie ochorenia COVID-19 na kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti, predpokladá sa, že dopad na kvalitu mohla mať najskôr zmena procesov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a významné chýbanie kvalifikovaného personálu. Nie je možné jednoznačne potvrdiť, že úmrtie pacientky bolo dôsledkom nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo strany NsP Považská Bystrica. V predloženej zdravotnej dokumentácii nie je uvedené, že by bola poskytnutá resuscitácia, a rovnako sa neuvádza, že by sa pacientka alebo jej príbuzní negatívne vyjadrovali k jej poskytnutiu. V zdravotnej dokumentácii nie sú zapísané ani žiadne kontraindikácie alebo iné prekážky, ktoré by zdôvodňovali, prečo resuscitácia nebola vykonaná. Správne vedenie zdravotnej dokumentácie je neoddeliteľnou súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak je totiž zdravotná dokumentácia vedená správne, tak je vyššia pravdepodobnosť, že by sa postupovalo podľa štandardných odporúčaní a priebežne by sa vyhodnocovali laboratórne parametre a zobrazovacie vyšetrenia. Podrobnejším a najmä medicínsky kvalitnejším zápisom subjektívnej a objektívnej anamnézy by sa skvalitnil aj zápis, resp. monitorovanie aktuálneho zdravotného stavu pacientky na dennej báze. Vo vedení zdravotnej dokumentácie p. P. sú nasledovné zásadné chyby:

- denné dekurzy neobsahujú vyhodnocovanie výsledkov vyšetrení
- ani primárska vizita nemala zápis v podobe sumáru, čo bolo vyšetrené a s akým záverom (hoci legislatíva takýto postup nenariaďuje, v propedeutike je to odporúčané ako dôležitý nástroj pre správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti)
- v každom dekurze je subjektívna a objektívna anamnéza takmer identická a ťažko čitateľná a neobsahuje informáciu, prečo dochádza k zmene liečby
- vďaka strohej dokumentácii je neprehľadnosť aj pri meraní teploty a jej terapeutického riešenia
- nedostatočne je zmapovaný aj problém s hnačkou
- chýba akákoľvek zmienka, prečo nebola pacientka monitorovaná od začiatku hospitalizácie, najmä prečo nebola pravidelne nevyšetrená saturácia a astrup
- nie je zdôvodnené, prečo sa v priebehu hospitalizácie nevyhodnocovalo skóre pre SIRS a neskoršie pre sepsu
- nie je zaznamenaná terapeutická anamnéza, kde by bolo jasne zdôvodnené, prečo sa ten-ktorý liek pridáva a prečo sa odoberá (č.l. 432).

Súd považuje (výsluchom svedkyne L. A.) za preukázané aj to, že keďže vtedy bola nedeľa, vrchná sestra v práci nebola. Svedkyňa do práce v ten deň nastúpila o 06:00 hod. a po nástupe ju pracovníčky predchádzajúcej smeny informovali o tom, že v noci bola na ich oddelenie prijatá pani P. s tým, že táto mala vysoké teploty, pričom však na základe poskytnutej liečby (paralen a chladené infúzie) jej táto teplota začala klesať. Pani P. bola hospitalizovaná na izbe č. 5, prvá posteľ pri dverách - práve na tejto izbe totiž bolo voľné miesto; táto izba je blízko kukane. Prvý raz sa svedkyňa dostala do kontaktu s pacientkou vtedy, keď jej robila ľahšiu toaletu. Vtedy bola pacientka ešte nažive. Až o nejaký čas po vykonaní tejto toalety bola svedkyňa privolaná k pacientke znova s tým, že došlo k exitu. Po príchode svedkyne na izbu videla, že jej ostatné 3 kolegyne (2 asistentky - K. J. a A. B.) medzičasom lôžko nastavili do horizontálnej polohy a začali masáž srdca. Nevie, či bola pacientke odstránená aj hadička highflowu. Svedkyňa išla zavolať službukonajúceho lekára a tiež pre EKG vozík a resuscitačný vozík. O nejaký čas prišiel na izbu lekárka, po príchode ktorej sa už v resuscitácii pacientky nepokračovalo. Pacientka mala v tom čase nasadený highflow kyslík a oxymeter, nie však monitory, nakoľko tieto nie sú na žiadnej izbe. Po návrate na izbu po tom, ako privolala lekára, videla, že masáž srdca stále prebieha, pričom tam boli prítomné všetky jej 3 kolegyne. K lekárskej kardiopulmonárnej resuscitácii vôbec nedošlo. Prečo došlo k ukončeniu resuscitácie vykonávanej sestrami a asistentkami, si svedkyňa nepamätá. EKG bolo natočené až po tom, ako sestry prestali s vykonávaním masáže srdca. Natočenie EKG je pritom štandardnou praxou v prípade, keď niekto zomrie. Elektródy EKG na telo pacientky aplikovala svedkyňa za pomoci ostatných kolegýň. Počas aplikácie elektród a počas činnosti EKG prístroja bolo telo pacientky

bez pohybu. Postup pri zápisoch nie je taký, že takýto záznam sa zapíše bezprostredne po vykonaní EKG alebo nejakého iného úkonu, pričom do zdravotnej dokumentácie sa údaje zapisujú až niekedy poobede. Ani záznam v znení „7:11 toaleta TT 37,2 C“ a ani záznam v znení „7:40 starostlivosť o mŕtve telo“ v dekurze zo 7.3.2021 nie je napísaný jej písmom. Potom si už pamätá iba to, ako jednému zo žalobcov odovzdávala veci pacientky, pričom pre ňu to bolo psychicky náročné najmä s prihliadnutím na to, že pacientka bola mladá, pekná a dokonca sa podobala na ich jednu kolegyňu, pričom z týchto dôvodov to bolo psychicky náročné aj pre jej ostatné kolegyne, ktoré boli zapojené do resuscitácie pacientky.
Súd považuje (výsluchom svedkyne A. C. C.) za preukázané aj to, hoci táto pracuje ako lekárka kožného oddelenia, v predmetné dni mala službu na covidovom oddelení. V sobotu okolo obeda bola pani P. preložená na covidové oddelenie z interného oddelenia. Potom sa s pacientkou dostala do kontaktu v noci cca o 02:00 hod., keď bola k pacientke privolaná s tým, že táto má zhoršené dýchanie a že sa jej celkovo pohoršilo. Svedkyňa pacientku popočúvala, naordinovala jej zmaximalizovať možný prísun kyslíka a podala jej aj bronchodilatans. V čase, keď svedkyňa vyšetrovala pacientku, táto bola plne pri vedomí. Pred podaním syntophyllinu u pacientky nevyhodnotila tachykardický profil, nakoľko tento liek sa takýmto pacientom bežne podával, pričom išlo o urgentnú potrebu podať takýto liek. Následne sa skontaktovala s pani primárkou L. z ARO za účelom konzultácie, ako ďalej postupovať pri liečbe tejto pacientky; s A. L. konzultovala aj to, či má byť syntophyllin podávaný v 6-hodinových alebo v 8-hodinových intervaloch. Pani primárka jej povedala, že pacientku treba preložiť na to oddelenie covidového oddelenia, kde bolo možné pacientku pripojiť na vysokoprietokovú ventiláciu, pričom preklad medzi oddeleniami sa zrealizoval v priebehu 10 minút.
Súd považuje (výsluchom svedkyne A. R. L.) za preukázané aj to, že pokiaľ ide o pacientku P., svedkyňa bola v noci okolo 02:00 hod., možno 03:00 hod. telefonicky skontaktovaná službukonajúcim lekárom covidového oddelenia s tým, že u tejto pacientky došlo k zhoršeniu respiračných parametrov. Svedkyňa sa následne osobne dostavila za touto pacientkou. Pacientka bola vtedy pri vedomí, bola schopná komunikovať. Jej parametre však boli zlé, a svedkyňa sa preto rozhodla, že pacientku pripojí na vysokoprietokovú ventiláciu. Keďže pacientka bola pri vedomí, ešte nič nenaznačovalo potrebu, že by ju bolo treba dať na umelú pľúcnu ventiláciu. Svedkyňa osobne zrealizovala napojenie pacientky na highflow, pričom nejaký čas sledovala, či toto napojenie vedie k zlepšeniu stavu pacientky. Skutočne po nejakom čase došlo k zlepšeniu saturácie u pacientky, a svedkyňa preto už len upozornila ošetrujúci personál, že ak by došlo k zhoršeniu stavu, majú ju opätovne privolať. Napojenie na HNFO prebehlo tak, že z chodby zobrala potrebný prístroj, vysvetlila pacientke, o čo sa bude jednať, na prístroji nastavila potrebné parametre a zistila, či pacientka tento prístroj toleruje skontrolovala, či došlo k zlepšeniu parametrov. HFNO nevyžaduje intubáciu pacienta, aby sa mu k nosu priložia „okuliare“. Resuscitáciu prebieha v prvej fáze tak, že sa musia spriechodniť dýchacie cesty a robí sa vonkajšia masáž srdca. Po 5 minútach tejto vonkajšej masáže sa robí analýza za účelom zistenia, či došlo k obnoveniu srdcovej akcie. Keď po týchto 5 minútach sa zistí, že srdce stále nebije, musí sa pokračovať vo vonkajšej masáži srdca a aj umelého dýchania a dochádza tiež k podaniu liečiv ako adrenalín. K ukončeniu resuscitácie dôjde až za predpokladu, že pacient má rozšírené zreničky (čo je indikátor mozgovej smrti), zároveň EKG ukazuje rovnú čiaru, nie je merateľný tlak a na koži sa vyskytnú fialové škvrny. Pri náleze mŕtveho pacienta nie je ale potrebné, aby sestry vykonávali aj dýchanie. V zásade stačí, keď sa poskytne pacientovi v prvej fáze masáž srdca. Samozrejme, aj sestry musia ako prvý krok skontrolovať priechodnosť dýchacích ciest. Ak majú sestry k dispozícii ambuvak, určite by bolo vhodné, aby tento použili. A zo skúseností vie, že ho aj rady používajú. Resuscitácia je ale lekárska činnosť, takže sestry by si mali zavolať lekára. Na konštatovanie smrti stačí, aby túto konštatoval jeden lekár. Vtedy platný núdzový stav mal na poskytovanie zdravotnej starostlivosti skutočnosť taký vplyv, že keď svedkyňa prišla do práce, musela sa obliecť do skafandru, dať si dvoje rukavice, 2 respirátory a takto oblečená vykonávať vizitu 8 – 10 pacientov, týchto nepretržite monitorovať a v podstate takto musela byť oblečená v ochrannom odeve 7 hodín vkuse bez možnosti čo i len ísť na WC. Na zdravotnícky personál to vytváralo vysoké psychické aj fyzické nároky. Rovnaké to bolo aj na iných oddeleniach. Problém s nedostatkom liekov nebol. Pacienti, ktorí mali určité pridružené ochorenia typu vysokého krvného tlaku, srdcové ochorenia alebo neurologické ochorenia mali horšiu prognózu než pacienti bez takýchto pridružených ochorení. K takýmto ochoreniam, ktoré zhoršovali prognóza, patrila aj skleróza multiplex, ktorá je neurologickým ochorením. Pacientom, ktorí mali pridružené ochorenia a boli z toho dôvodu rizikovejší, sa venovala väčšia pozornosť.
Súd považuje (výsluchom svedka K. I.) za preukázané aj to, že pokiaľ ide o prípad pani P., keď prišiel na 07:00 hod. do práce, chcel sa telefonicky spojiť s lekárom, ktorý mal službu pred ním, čo sa mu však nepodarilo. Následne niekedy v čase 07:10 hod. - 07:15 hod. mu zdravotná sestra z pľúcneho oddelenia

telefonicky oznámila, že pani P. zomrela. Svedok sa následne lekárskej izby presunul do izby, kde bola p. P. hospitalizovaná, čo mu vzhľadom na potrebu obliecť si všetky ochranné pomôcky potrebné na vstup na covidové oddelenie, trvalo 5 až 10 minút. Následne overil, či je pani P. mŕtva – a to tak, že popočúval srdce a stetoskopom skontroloval dýchanie. Pacientku neoživoval z dôvodu, že tejto nebilo srdce, nedýchala a mala rozšírené zreničky, pričom keďže si bol istý, že pani P. je už mŕtva, nepracoval ani s hypotézou, že by bolo potrené privolať lekára s atestáciou z intenzívnej medicíny. Za účelom potvrdenia úmrtia pacientky kontaktoval A. J. – a to cca 30 – 60 minút po tom, ako on dospel k istote, že pacientka je mŕtva. V tomto čase, kým zavolal A. J., vypisoval „List o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí“, telefonicky informoval príbuzných o úmrtí pacientky a taktiež telefonoval s patológom, či v tomto prípade bude alebo nebude potrebná pitva. Pred týmto som sa do kontaktu s pani P. vôbec nedostal. Na predmetnom oddelení slúžil dosť často – konkrétne aj štyrikrát do mesiaca. Tieto služby pritom trvali počas víkendov od siedmej do siedmej a počas pracovných dní od tretej do siedmej. Na covidovom oddelení slúžil počas služby iba jeden lekár. Oddelenie má štandardnú kapacitu 25 pacientov, pričom v období covidu bolo na ňom hospitalizovaných dokonca až 30 pacientov, pričom ale ani toto nestačilo, a preto bolo najskôr otvorené ešte jedno špecializované covidové oddelenie, a potom dokonca druhé covidové oddelenie s kapacitou okolo 30 pacientov. V rokoch 2020 – 2021 bol covid špeciálne agresívny a najmä pacienti, ktorí mali nejakú inú diagnózu, či už onkologickú alebo nefrologickú, veľmi rýchlo naň umierali. Takouto diagnózou bola pritom aj skleróza multiplex, ktorou práve trpela aj pani P.. Svedok pani P. neresuscitoval, a to z dôvodu, že videl, že pani P. nemá ani akciu srdca, a ani nedýcha. Dôvodom pre nevykonanie resuscitácie bolo aj to, že pani P. mala nasadený prístroj airflow, ktorý slúži na zabezpečenie kyslíka pre pacienta. To, že pacientka mala aj sklerózu multiplex, mu povedala sestrička a aj on si to všimol v zázname pacientky. Chorobopis v čase úmrtia pacientky svedok čítal. Svedok mal v pracovnej zmluve uvedenú pracovnú pozíciu lekár oddelenia dlhodobo chorých. Sekundárny lekár je lekár bez atestácie a svedok preto pracovali pod dohľadom iného lekára. Keď sa svedkovi nepodarilo telefonicky spojiť s pred ním slúžiacim lekárom, chcel sa o zdravotnom stave pacientov informovať od zdravotných sestier, avšak kým to mohol urobiť, privolali ho práve k pani P.. Saturácia krvi kyslíkom na úrovni 30% je zlý stav, pričom na stupnici od 1 do 10, keď 10 je najhorší stav, takáto nízka saturácia je 9, možno 10. Počas jeho služby bolo k dispozícii oddelenie intenzívnej medicíny. V zdravotnom zázname videl, že pani P. bola prekladaná medzi rôznymi oddeleniami, a bolo mu teda zrejmé, že jej stav sa zhoršoval. Nezisťoval však bližšie okolnosti, ktoré súviseli s jej úmrtím. List o prehliadke mŕtveho doniesol na podpis A. J. – a to na ortopédiu. A. J. nebol tým lekárom, ktorý ho mal supervízovať. Nevie vyjadriť k tomu, či A. J. pacientku videl. Okrem listu o prehliadke mŕtveho vypisoval aj dekurz, do ktorého napísal 2 záznamy, a to s textom: „07:30 – Privolaný sestričkou. Pacientka je bez vitálnych funkcií. AS – 0, dýchanie – 0. Konštatovaný existus letalis.“ A tiež záznam: „08:35 – Telefonicky informovaný priateľ pacientky.“ Keď prišiel za A. J., počkal, kým A. J. dokumenty podpíše, a následne ich svedok odniesol so sebou na oddelenie. Jeho nadriadený lekár ho neinformoval o tom, kedy je nutné pokúsiť sa o resuscitáciu pacienta a kedy už nie; nedostal ani taký pokyn, že k resuscitácii nemá volať lekárov s atestáciou intenzívnej medicíny. Zo skutočnosti, že pacientka bola pripojená na airflow, usúdil, že nejaký árista pri pacientke bol - indikovanie a zavádzanie airflow totiž robia práve áristi. O úmrtí pacientky sa bavil iba so sestričkou, A. J. a patológom. Ani neskôr sa žiadny iný lekár nebavil so svedkom o okolnostiach, ktoré predchádzali úmrtiu pacientky. Nepamätá si, či sa o tieto okolnosti zaujímal A. J.. Nevie o tom, že by sa po úmrtí pani P. začalo na oddelení robiť niečo inak ako dovtedy. Nevie uviesť presne, koľko ľudí vo februári a marci 2021 zomieralo na covidovom oddelení, ale vie o tom, že boli dni, keď zomreli aj 3 ľudia a že ani nevie, koľko ľudí, ktorí zomreli na tomto oddelení, malo menej ako 40 rokov. Zväčša zomierali síce starší ľudia, ale rovnako zomierali aj mladší. O tom, že u pani P. netreba urobiť pitvu, rozhodol on – a to na základe telefonátu s patológom, ktorý mu povedal, že keďže pani P. trpela aj sklerózou multiplex, pitvu netreba vykonať.

Súd považuje (výsluchom svedkyne K. E.) za preukázané aj to, že svedkyňa sa s pani P. jediný raz dostala do kontaktu, keď ju v súvislosti s PCR testom „vytierala“. Pokiaľ ide o situáciu na oddelení v tom čase, tak na toto obdobie nerada spomína, nakoľko malo negatívne dopady dokonca na jej osobný život, keď sa jej dokonca stránil aj jej manžel, nehovoriac o susedoch, ktorí o nej hovorili, že roznáša covid. V tom čase pracovala ako manažér dennej smeny a jej úlohou bolo zabezpečiť nielen ochranné zdravotné pomôcky a materiál, ale najmä pracovnú silu. V tom čase bol taký nedostatok zdravotných sestier, že si covidové oddelenie museli požičiavať zdravotný personál aj z iných oddelení, napr. zo psychiatrie, z gynekológie atď. Keď však tieto „požičané“ sestry videli, čo sa na covidovom oddelení deje, ako tam zomierajú ľudia a takisto rozsah práce, tak si brali PN-ky. Rovnako PN-ky si nebrali len sestry a praktické sestry a pomocnice, ale dokonca aj samotní lekári. V niektorých prípadoch to samozrejme bolo oprávnené, a to v prípadoch, keď bol zdravotnícky personál pozitívny, nemohol sa

priblížiť k pacientom. V predmetnom období pracovali v skafandroch, ktoré mali nezriedka oblečené nepretržite počas 3 aj viacerých hodín, pričom v takomto skafandri už nebolo možné vstúpiť do čistej zóny a v prípade potreby vstupu práve do čistej zóny bolo potrebné dekomtaminovať sa. Keď si už človek tento skafander vyzliekol, nevedel, čo má skôr robiť, či sa má najskôr prezliecť alebo či má ísť najskôr na toaletu alebo sa napiť. Svedkyňa musela učiť personál, ako si majú obliekať skafander v zmysle príručky, ktorú vydalo ministerstvo zdravotníctva, pričom súčasťou tohto skafandra boli 2 rukavice na každej ruke, respirátor a obuv. Oddelenie, kde pracovala malo pôvodne kapacitu 25 pacientov, pričom v predmetnom období bolo nutné na oddelení hospitalizovať aj väčšie počty ľudí, čo sa riešilo tým, že ľahší pacienti, t.j. pacienti, ktorí vôbec nepotrebovali kyslík alebo potrebovali nižšie prietoky kyslíka, ležali na chodbe. Na oddelení, kde pacovala svedkyňa, aj „ľahší" pacienti boli ťažší – nakoľko na „zadnom" covidovom oddelení boli hospitalizovaní pacienti s potrebou prietoku do 15 litrov kyslíka za minútu, kým na oddelení, kde pracovala svedkyňa, sa starali o pacientov, ktorí už potrebovali viac ako 25 litrov kyslíka za minútu. Pacienti, ktorí potrebovali umelú pľúcnu ventiláciu, boli hospitalizovaní na ARO. Svedkyni v pamäti utkvel prípad pacienta, ktorý bol na kyslíku, vďaka čomu bola jeho saturácia na 98%. Päť minút po tom, ako tento pacient s chuťou zjedol obed (čo svedkyňa vnímala ako veľmi pozitívny príznak) ho však našla cyanotického so saturáciou okolo 80%. Privolaný lekár OAIM skonštatoval, že tohto pacienta je nutné napojiť na umelú pľúcnu ventiláciu. O pár dní sa však dozvedela, že napriek tomu tento pán zomrel. Svedkyňa si pritom vypočula jeho telefonický rozhovor s manželkou, ktorý uskutočnil v čase, keď mu asi došlo, že zomiera, pričom manželke hovoril, kde sú peniaze na pohreb a aby sa vydala po jeho smrti. Na týchto 2 covidových oddeleniach, teda na prednom oddelení boli počas každej zmeny 2 sestry a 2 praktické sestry a na zadnom covidovom oddelení počas jednej zmeny boli 2 sestry a 2 praktické sestry a počas nočných 1 sestra a 1 praktická sestra, i keď časom sa to aj počas nočných služieb zlepšilo. Pred covidom bolo obsadenie jednotlivých denných zmien tiež na obdobnej úrovni, teda pôsobila tam 1 sestra a 2, resp. 3 asistentky. Aj pred covidom na každom oddelení bolo spravidla 25 pacientov, niekedy možno aj 27 s tým, že títo 2 nadbytoční pacienti ležali na chodbe. Pokiaľ ide o porovnanie situácie pred covidom a počas covidu, počas covidu bolo na oddelení hospitalizovaných viac pacientov, pričom naviac starostlivosť o týchto covidových pacientov bola podstatne náročnejšia ako o pacientov hospitalizovaných na oddelení pred covidom. Nevie vyjadriť k tomu, ako často počas covidu na oddeleniach nemocnice zomierali pacienti. Nezomierali však len starí ľudia, ale aj mladí ľudia. Pokiaľ ide o monitory, tieto nie sú umiestnené na bežných izbách, ale tieto sú iba na JIS-kách alebo na OAIM, pričom tieto monitory v žiadnom prípade nie sú štandardom na bežných izbách, nakoľko by tam v podstate ani nemali využitie, lebo vo väčšine prípadov lekárovi stačí informácia o tlaku dvakrát denne alebo o pulze dvakrát denne, čo vieme odmerať bežnými tlakomermi. Pred covidom sa situácia zhoršeného pacienta v prípade plne obsadenej JIS-ky (6 lôžok) riešila tým, že preložil napr. na OAIM. Pokiaľ ide o situáciu pred covidom, na jej oddelení úplne postačovala technológia zabezpečujúca prietoky kyslíka do 15 litrov za minútu. Špeciálne ventily, ktoré boli schopné zabezpečiť z existujúcej inštalácie prietok 25 litrov za minútu, začala nemocnica zadovažovať, až keď začala covidová pandémia, pričom oddelenie svedkyne, teda interné oddelenie airflowy vôbec nepoužívalo a 4 takéto zariadenia sa podarilo zabezpečiť od sponzora až po vypuknutí covidu, pričom aplikácia tohto airflowu bola podmienená súhlasom špecializovaného lekára. Táto požiadavka súvisela nakoniec s tým, že počas covidu na covidovom oddelení slúžili aj lekári, ktorí nemali skúsenosť s akútnymi internistickými diagnózami, a teda bolo potrebné, aby o použití airflowu rozhodol špecializovaný odborník. Pani P. bola hospitalizovaná na internom oddelení – ženy, ktoré ale nemalo charakter covidového oddelenia. Svedkyňa pracovala na internom oddelení II, ktoré bolo postupom času celé reprofilizované na covidové oddelenie. Spočiatku reprofilizácia interného oddelenia bola zabezpečená takým spôsobom, že iba niektoré izby boli určené pre covidových pacientov, pričom do týchto sa vstupovalo cez špeciálnu zástenu. Manažment pacienta so saturáciou okolo 30% spočíval v tom, že sa volal lekár a následne pacient išiel minimálne na highflow. Možnosť pripojiť pacienta na highflow bola pritom na každej izbe. Pani P. bola preložená z tohto ľahšieho covidového oddelenia na oddelenie svedkyne, t.j. na oddelenie interné II – covid, hoci pôvodne bola hospitalizovaná na necovidovom internom oddelení. Hlavným dôvodom na preloženie pacienta na interné oddelenie II – covid bola skutočnosť, že práve na tomto oddelení bol dostatočný tlak kyslíka, ktorý umožňoval aj vyššie prietoky. Samozrejme, benefit spočíval aj v tom, že rýchlejšie sa tam vedeli dostať lekári z ARO, nakoľko ARO bolo o 2 poschodia vyššie. Nemá vedomosť o tom, že by existoval nejaký pokyn, že k resuscitáciám netreba volať lekárov z ARO. Po pripojení pacienta na highflow bol zároveň pacient pripojený aj na oxymeter. Týchto oxymetrov síce tiež nebolo toľko, aby ho mohol mať každý pacient, ale mali ich k dispozícii 10 – 15, takže tieto v určitých intervaloch pacientovi odinštalovali a dali ho druhému pacientovi, čo nakoniec súviselo aj s tým, že ak bol oxymeter dlho zapojený na pacientovi, sám sa vedel vypnúť. Prvotnú informáciu o tom, že

saturácia toho-ktorého pacienta je nízka, sa pritom získala buď na základe toho, že pacient si privolal sestru so sťažnosťou, že sa mu zle dýcha, resp. na základe pravidelného monitoringu saturácia, keď lekár každé ráno pacienta vyšetril a rozhodol, v akých intervaloch má byť ten-ktorý pacient sledovaný z hľadiska jeho saturácie. V prípade, že toto prvotné vyšetrenie ukázalo nízku saturáciu, pacient už bol monitorovaný z hľadiska saturácie v kratších intervaloch. Nebolo totiž možné ani takéhoto pacienta monitorovať z hľadiska saturácie permanentne, nakoľko v podstate pri meraní oxymetrom je potrebná aj fyzická prítomnosť sestry, ktorej úlohou je najmä zhodnotiť, či je oxymeter správne nasadený, pričom počas covidu táto sestra musela v podstate monitorovať cca 25 pacientov. Neexistovalo žiadne také usmernenie, ktoré by preferovalo mladších pacientov pred staršími pacientami vo vzťahu k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti. Svedkyňa bola nadriadenou zdravotných sestier A. a A.. Ona dňa 7.3.2021 nemala službu, pričom služba jej začala až cca o 2 dni. Aj v období, keď zomiera menej pacientov, je úmrtie pacienta pre personál traumatizujúce, a teda personál nemá žiadnu tendenciu sa o ňom nejak špeciálne baviť. Skôr personál reagoval na poznatky získané od príbuzných mŕtvych pacientov, ktorí sa pri preberaní vecí po pacientoch v podstate priznali, že to boli oni, kto nakazil toho-ktorého pacienta. Zdravotná dokumentácia, ktorú vedie nemocnica o tom-ktorom pacientovi, sa konkrétne volá chorobopis. Tento chorobopis pozostáva z dekurzov, z teplotných tabuliek, výsledkov vyšetrení, prijímacej správy atď. V prípade, že pacient zomrie v nemocnici, do chorobopisu sa založia aj 2 exempláre listu o obhliadke mŕtveho. Okrem chorobopisu sa vypisuje v prípade pacienta aj prepúšťacia správa, ktorej prílohou je práve aj list o obhliadke mŕtveho. Táto prepúšťacia správa spolu s listom o obhliadke mŕtveho sa posiela na štatistické oddelenie nemocnice. Ďalšia prepúšťacia správa, tentoraz už bez listu o obhliadke mŕtveho, sa zašle obvodnému lekárovi, aby ju založil do zdravotnej dokumentácie, resp. ak mal pacient zdravotný záznam už v nemocnici, do tohto zdravotného záznamu predmetnú prepúšťaciu správu založí nemocnica a celý zdravotný záznam pošle obvodnému lekárovi na archiváciu. Archivácia listu o obhliadke mŕtveho a prepúšťacej správy a vlastne celého chorobopisu trvá 20 rokov, pričom v prípade oddelenia svedkyne prvý rok táto archivácia prebieha v príručnom archíve oddelenia.

11. Súd považuje za preukázané aj to, že v júni 2015 bol vzťah A. P. a žalobcu 1/ harmonický (č.l. 369, 376).
Súd považuje za preukázané aj to, že rodinnej oslavy sa zúčastnil aj žalobca 6/ (č.l. 371, 373, 374).

Súd považuje (výsluchom žalobcu 1/) za preukázané aj to, že žalobca 1/ začal s pani P. chodiť v roku 2010, a teda spolu žili necelých 11 rokov. Z bytu sa presťahovali do rodinného domu, ktorý budovali spolu. Tento dom bol takým snom pani P.. Z jednej miestnosti tohto domu vytvorili posilňovňu, v ktorej pani P. trénovala svoje kamarátky. Tento svoj domov budovali s tým, že v ňom chceli zostarnúť a žiť spolu. Nepovažovali za nutné spečatiť ich vzťah manželstvom, ale spolu žili tak, ako keby boli zobratí. V ten večer pred jej smrťou spolu telefonovali, pričom žalobca 1/ vtedy požiadal pani P. o ruku, na čo mu pani P. odpovedala, že to isté sa ho chcela opýtať aj ona. Počas tých 10 rokov, keď žil s pani P., bol spokojný a myslí si, že spokojná bola aj pani P.. Smrť pani P. ho zlomila a nechápe, ako to mohol prežiť. Pani P. chýba všade a dennodenne. Keď si žalobca 6/ po rozvode chodil pre dcéru, on sa žalobcovi 6/ vyhýbal – ale iba dovtedy, kým mu žalobca 6/ na pohrebe ako prvý podal ruku. Odvtedy sa vzťahy lepšili a pri rôznych príležitostiach (narodeniny, meniny) sa začali vzájomne navštevovať. Pri týchto stretnutiach sa spolu bavili nielen o všeobecných, ale aj o súkromných veciach.
Súd považuje za preukázané aj to, že u žalobcu 1/ bolo dňa 15.6.2021 zistené okrem iného depresívne ladenie.
Súd považuje (výsluchom svedka A. A.) za preukázané aj to, že svedok (v súčasnosti už manžel žalobkyne 2/) sa so žalobkyňou 2/ spoznal asi pol roka po tom, ako zomrela pani P.. Žalobkyňa 2/ vtedy mávala také ťažšie obdobia. Svedok ju pristihol, ako plače, napríklad v noci sa zobudil vedľa nej a plakala, keď si pozerala správy s mamou. Žalobkyňa 2/ sa o tom so svedkom nechcela rozprávať, iba mu povedala, že jej chýba mama. S odstupom času žalobkyňa 2/ svedkovi povedala, že jej trochu pomohol sa z toho dostať, hoci mama jej stále chýba. V súčasnosti je to už ale určite lepšie.
Súd považuje za preukázané aj to, že psychologička ALMA Centra dňa 28.4.2021 odporučila žalobkyni 5/ dočasnú práceneschopnosť, nakoľko dlhodobo prežívala väčšiu psychickú a fyzickú záťaž, pričom nesústredenosť, psychická vyčerpanosť, ťažkosti pri vyrovnávaní sa so stresovej situáciou a prežívanie stáleho napätia obmedzujú jej pracovný výkon.
Súd považuje za preukázané aj to, že žalobkyňa 5/ bola od mája 2021 do júna 2023 klientkou ALMA Centra po tom, ako vyhľadala odbornú pomoc po neočakávanej smrti svojej sestry. V období po tejto strate boli u žalobkyni 5/ prítomné príznaky komplikovaného smútenia ovplyvnené špecifickými

okolnosťami úmrtia sestry a rozvinuli sa u nej aj symptómy posttraumatickej stresovej poruchy, ktoré si vyžadovali pravidelnú psychoterapeutickú intervenciu.
Súd považuje za preukázané aj to, že deti žalobkyne 5/ - A. a S. sa po úmrtí A. P. zúčastnili terapeutických stretnutí v Centre smútkovej terapie Plamienok n.o., pričom tieto skupiny navštevovali od októbra 2022 do júna 2023.
Súd považuje (písomným vyjadrením K. L.) za preukázané aj to, že strata sestry žalobkyňu 5/ veľmi zasiahla. Žalobkyňa 5/ mala so svojou sestrou veľmi blízky a podporujúci vzťah. Boli si navzájom veľkou oporou, boli v intenzívnom kontakte. Bolo zrejmé, že prežívala veľký smútok a bezmocnosť. Istý čas nepracovala a vyhľadala aj odbornú pomoc. Aj v súčasnosti je úmrtie jej sestry pre ňu stále citlivá a bolestivá téma a stále spomína veľkú stratu, pocit prázdnoty a chýbanie v každodenných situáciách.
Súd považuje za preukázané aj to, že žalobca 3/ bol dňa 9.4.2021 privezený RLP po tom, ako doma odpadol s tým, že mu bol diagnostikovaný akútny transmurálny infarkt.

Súd považuje za preukázané aj to, že u žalobkyni 4/ bola dňa 6.5.2021 vyšetrením zistená akútna smútková reakcia a následne bola stanovená diagnóza posttraumatický stresový syndróm.
Súd považuje (výsluchom žalobkyne 5/) za preukázané aj to, že žalobkyňa 5/ bola s pani P. v neustálom kontakte, aj keď každá mala svoj vlastný život. Pani P. bola veľkou oporou pre jej deti, ktoré jej smrť znášali veľmi ťažko – až natoľko, že museli vyhľadať psychologickú pomoc. Strata sestry bola pre svedkyňu natoľko fatálna, že aj ona samotná vyhľadala psychologickú pomoc. Každý deň bojuje s tým, aby vedela žiť ďalej bez nej. Pani P. bola výnimočný človek a práve vďaka nej majú v rodine také vzťahy, aké majú, doteraz sa stretávajú. Učia sa bez nej žiť, ale je to veľmi ťažké. Je veľmi ťažké pozerať sa na rodičov, ako trpia. Aj deti svedkyne sa jej neustále pýtajú, prečo musela pani P. zomrieť. Nevie si predstaviť život bez pani P..
Súd považuje (výsluchom žalobcu 6/) za preukázané aj to, že žalobca 6/ a pani P. boli 15 rokov manželia a že v roku 2011 sa rozviedli. Rozvod bol traumatizujúci, pretože to nečakal a prekvapilo ho to. Pani P. cítila, že mu ublíži tým, že sa zaľúbila do niekoho iného a že sa rozhodla s ním byť. Po rozvode mu vo všetkom vychádzali v ústrety – najmä čo sa týkalo 10-ročnej dcéry, keď sa s dcérou mohol stretávať vysoko nad rámec toho, čo určil súd. Pani P. aj žalobca 1/ sa k nemu správali tak, že sa oňho zaujímali a vedel, že ho nechce vylúčiť zo svojho života. Spočiatku bol nahnevaný na tú situáciu, čo sa ale veľmi skoro upravilo tým ich správaním k nemu. Úplne sa to zlomilo, keď mu zomrel otec a keď p. P. zomrela babka a následne začali stáť pri sebe v týchto ťažkých chvíľach, pomáhať si a podporovať sa. Pani P. bola úprimná a neobviňovala ho, že s ním nechce zostať, lebo je taký a taký, ale povedala mu, že ho má stále veľmi rada, ale že sa zaľúbila do iného muža. Toto zlepšenie ich vzťahov malo vplyv aj na ich spoločnú dcéru, ktorá videla, že aj keď je tu nová situácia, svojho otca a ani mamu nestratila. Ani rodičia p. P. ho po rozvode z rodiny nevylúčili, mali a majú ho radi a keď sa začali vzťahy p. P. a žalobcu 6/ normalizovať, bolo vidno, že aj im odľahlo, keď videli, že sa k tomu postavili ako rozumní dospelí ľudia a že sa s novou situáciou dokázali vyrovnať. Keď sa dozvedel, že p. P. zomrela, psychicky sa zrútil, nevedel prestať plakať, bol zúfalý a nemohol tomu uveriť. Prišiel o blízkeho človeka, s ktorým bol až do rozvodu neprestajne aj v práci a aj v súkromí 17 rokov a s ktorým si aj po rozvode vytvoril vzťah – aj keď iným spôsobom. Znova si boli spolu blízki, zaujímali sa o seba, kto ako žije, stretávali sa, navštevovali a vedeli sa otvorene porozprávať o svojich problémoch. Keď p. P. zomrela, na konci toho istého roka odišiel so zamestnania, nakoľko to na neho všetko tak doľahlo, že ťažko zvládal svoju prácu spočívajúcu v údržbe zabezpečovacích zariadení a pre neho bolo ťažké za účelom údržby takéhoto zariadenia vstúpiť do kancelárie, kde pracovala pani P.. Jej smrťou prišiel o možnosť rozvíjať a užívať si novú formu ich vzťahu, ktorý si vybudoval s pani P. po rozvode. Aj po rozvode doslova ostal členom ich rodiny. Keď chodieval z roboty v Trenčíne, zastavoval sa v H. u rodičov pani P.. Každý týždeň navštevoval aj p. P. a žalobcu 1/, resp. oni navštevovali zasa jeho. Na dovolenky spolu nechodili. Na dovolenky chodil s dcérou a s jeho mamou. Vedel, že pani P. ho nechce stratiť a že ani on ju nechce stratiť ako kamarátku, ako rodinu. Pokiaľ ide o jeho vzťah k žalobcovi 1/, najskôr sa na neho hneval, ale neskôr si uvedomil, že sa to mohlo stať aj jemu, že by sa zamiloval do inej ženy. So smútkom stále bojuje, pričom čas to lieči iba veľmi pomaly. V roku 2024 našiel v skrini fotky a listy, ktoré si napísali a vlastnoručne vyrobené darčeky, ktoré p. P. mala odložené, z čoho pochopil, že p. P. chcela, aby ostal súčasťou jej života. To ho tak zlomilo, že 3 dni nato utrpel rozsiahlu trombózu splavov, z ktorej sa lieči aj v súčasnosti.
Súd považuje za preukázané aj to, že žalobca 6/ bol 10.5.2024 privezený RZP do Fakultnej nemocnice s poliklinikou Žilina s tým, že od 7.5.2024 sa necítil dobre s tým, že následne bol odoslaný k hospitalizácii na neurologickú jednotku intenzívnej starostlivosti k ďalšej liečbe.
Súd považuje za preukázané aj to, že žalobcovi 6/ bola dňa 13.11.2024 diagnostikovaná trombóza mozgových venóznych splavov po tom, ako ho silno začala bolieť hlava a „vyplo“ mu ľavú nohu.

Súd považuje za preukázané aj to, že dňa X.X.XXXX zomrelo v NsP Považská Bystrica celkom 5 ľudí, z čoho štyria mali vek nad 60 rokov, a že v období od 1.3.2021 do 31.3.2021 v NsP Považská Bystrica zomreli iba 3 ľudia mladší ako 45 rokov z celkových 67 úmrtí.

12. Súd vykonal dôkazy uvedené v odseku 3, 6 a 7 a z týchto dôkazov aj vychádzal.
Pokiaľ ide o listinné dôkazy (s výnimkou ďalej uvedených listín), súd im uveril, pretože v konaní nebola spochybnená ich pravdivosť a pravosť.
Pokiaľ ide o výňatok z publikácie „Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva vo vnútornom lekárstve I“ (č.l. 72 – 102), súd na tento listinný dôkaz neprihliadol - a to z dôvodu, že keďže sudca nedisponuje odbornými znalosťami z ošetrovateľstva, nie je možné, aby sudca na základe tejto učebnice posúdil (a to ani v spojení s ostatnými dôkazmi – najmä v spojení s výsledkami vyšetrení pacientky), či zamestnanci žalovaného postupovali alebo nepostupovali v zmysle týchto terapeutických postupov.
Súd neprihliadol ani na „Štandardný postup pre rýchle usmernenia klinického manažmentu detských a dospelých pacientov s novým coronavírusom 2019“ (č.l. 185 – 228) - a to z dôvodu, že na správne pochopenie tejto publikácie je potrebné, aby jej čitateľ mal predchádzajúce vzdelanie z oblasti medicíny. Pretože však sudca takýmito odbornými znalosťami nedisponuje, nie je možné, aby sudca na základe tejto publikácie posúdil (a to ani v spojení s ostatnými dôkazmi), či žalovaný pri liečbe pacientky postupoval podľa tohto štandardného postupu.
To isté platí aj o publikáciách „Štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup pri starostlivosti o kriticky chorých s COVID-19“ (čl. 229 – 237), „Štandardný operačný postup...“ (č.l. 238), „Odporúčania ERC 2010“ (č.l. 248), „ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines...“, „Clinical management of COVID-19“ a o odborných článkoch na č.l. 294, 298, 302, 308 (naviac pokiaľ ide o listiny na č.l. 285, 294, 298, 302, 308 a 320, tieto sú v anglickom jazyku, ktorých preklad žalobcovia nepredložili).
Pokiaľ ide o odborné stanovisko MUDr. Jána Lakotu, Csc., súd mu uveril (žalovaný totiž v konaní relevantne nespochybnil správnosť tam uvedených záverov).
Pokiaľ ide o znalecké posudky MUDr. Vladimíra Černého č. 165/2022 a č. 169/2023, súd ho považoval za hodnoverný. Súd pri hodnotení znaleckého posudku postupoval tak, že skúmal, či sa znalec javí v konkrétnom prípade ako vierohodný, či odôvodnenie znaleckého posudku zodpovedá pravidlám logického myslenia a či znalec vychádzal zo skutkových okolností danej veci (k postupu pri hodnotení znaleckých posudkov viď napr. uznesenie Krajského súdu v Trenčíne sp.zn. 19Co/204/2011).
Pokiaľ ide o prvé kritérium, v konaní nevyšlo najavo nič, čo by spochybnilo vierohodnosť MUDr. Černého.
Pokiaľ ide o logickosť záverov znaleckého posudku, žiada sa zdôrazniť, že predmetný posudok je založený najmä na odborných znalostiach znalca (ktoré ale súd nie je oprávnený spochybňovať). V posudku je oproti tomu relatívne málo záverov, ktoré sa dajú hodnotiť cez prizmu ich súladu s pravidlami logického myslenia – i keď samozrejme aj také sa dajú nájsť. Ide napríklad o problematiku saturácie – je všeobecne známe, že kyslík do jednotlivých buniek ľudského tela prinášajú červené krvinky – a je teda logické, že ak je v krvi málo kyslíka, ohrozuje to činnosť organizmu (ako to na č.l. 353 uvádza znalec). Pokiaľ ide o tretie kritérium, keďže znalec vychádzal zo zdravotnej dokumentácie pani P., je zrejmé, že znalec vychádzal práve zo skutkových okolností danej veci.
Pokiaľ však znalec na základe skutočnosti, že napriek HNFO terapii došlo v čase 04:15 hod. k ďalšiemu poklesu saturácie, došiel k záveru, že ak žalovaný pacientku nenapojil na umelú pľúcnu ventiláciu, postupoval non lege artis, žiada sa uviesť, že v skutočnosti po pripojení pacientky na HNFO došlo k zvýšeniu saturácie zo 48% (saturácia o 03:15 hod.) na 60% (saturácia o 04:15 hod.), resp. 70% (saturácia o 05:00 hod.).
Pokiaľ ide o odborné vyjadrenie MUDr. Jana Krála, súd mu uveril (žalovaný totiž v konaní relevantne nespochybnil správnosť tam uvedených záverov).
Pokiaľ ide o znalecký posudok MUDr. Miloša Pešeka č. 39/2023, súd ho považoval za hodnoverný. Súd pri hodnotení znaleckého posudku postupoval tak, že skúmal, či sa znalec javí v konkrétnom prípade ako vierohodný, či odôvodnenie znaleckého posudku zodpovedá pravidlám logického myslenia a či znalec vychádzal zo skutkových okolností danej veci (k postupu pri hodnotení znaleckých posudkov viď napr. uznesenie Krajského súdu v Trenčíne sp.zn. 19Co/204/2011).
Pokiaľ ide o prvé kritérium, v konaní nevyšlo najavo nič, čo by spochybnilo vierohodnosť MUDr. Pešeka.
Pokiaľ ide o logickosť záverov znaleckého posudku, žiada sa zdôrazniť, že predmetný posudok je založený najmä na odborných znalostiach znalca (ktoré ale súd nie je oprávnený spochybňovať). V posudku je oproti tomu relatívne málo záverov, ktoré sa dajú hodnotiť cez prizmu ich súladu s pravidlami logického myslenia – i keď samozrejme aj také sa dajú nájsť. Ide napríklad o to, že keďže antibiotiká nezabrali, je logické, že sa malo uvažovať aj o tom, či zápal pľúc nie je vyvolaný tuberkulózou. Pokiaľ

ide o tretie kritérium, keďže znalec vychádzal zo zdravotnej dokumentácie pani P., je zrejmé, že znalec vychádzal práve zo skutkových okolností danej veci.
Pokiaľ ide o rozpor v tom, že MUDr. Černý uvádza, že kyslík s nízkym prietokom nemusí byť zvlhčený (č.l. 355) a že MUDr. Pešek uvádza opak (č.l. 365pv), žiada sa uviesť, že vzhľadom na iné preukázané non lege artis postupy je irelevantné, či mal alebo nemal byť kyslík podávaný pani P. zvlhčený.
Pokiaľ ide o znalecký posudok MUDr. Beaty Havelkovej č. 01/2025, súd ho považoval za hodnoverný. Súd pri hodnotení znaleckého posudku postupoval tak, že skúmal, či sa znalec javí v konkrétnom prípade ako vierohodný, či odôvodnenie znaleckého posudku zodpovedá pravidlám logického myslenia a či znalec vychádzal zo skutkových okolností danej veci (k postupu pri hodnotení znaleckých posudkov viď napr. uznesenie Krajského súdu v Trenčíne sp.zn. 19Co/204/2011).
Pokiaľ ide o prvé kritérium, v konaní nevyšlo najavo nič, čo by spochybnilo vierohodnosť MUDr. Havelkovej. Pokiaľ ide o logickosť záverov znaleckého posudku, žiada sa zdôrazniť, že predmetný posudok je založený najmä na odborných znalostiach znalca (ktoré ale súd nie je oprávnený spochybňovať). V posudku je oproti tomu relatívne málo záverov, ktoré sa dajú hodnotiť cez prizmu ich súladu s pravidlami logického myslenia. Pokiaľ ide o tretie kritérium, keďže znalkyňa vychádzal zo zdravotnej dokumentácie pani P., je zrejmé, že táto vychádzala práve zo skutkových okolností danej veci.

Pretože v konaní nevyšlo najavo, že by svedok K. I. mal zlú reputáciu (t.j. že by sa napr. pohyboval v kriminálnom prostredí) alebo že by mal záujem na výsledku tohto sporu alebo že by mal nejaký osobitný vzťah k stranám, súd uveril jeho. Pokiaľ však svedok uviedol, že v ten deň preberal službu od A. J., súd túto skutočnosť nepovažoval za preukázanú - svedok totiž zároveň uviedol aj to, že touto skutočnosťou si nie je úplne istý (č.l. 448); z rovnakého dôvodu súd nepovažoval za preukázané ani to, či svedok zisťoval alebo nezisťoval čas, kedy došlo k zástave srdečnej činnosti a dýchania. Pokiaľ svedok uviedol, že jeho nikto neinformoval o tom, že pani P. mala saturáciu 30%, žiada sa uviesť, že z ďalších dôkazov je zrejmé, že pacientka mala takúto saturáciu v čase 04:15 hod. a že lekári na túto situáciu zareagovali – a to tým, že pacientku pripojili na High Flow Nasal Oxygen, po čom sa saturácia zvýšila na 60%.
Pretože v konaní nevyšlo najavo, že by svedkyne L. A., A. C. C. a A. L. mali zlú reputáciu (t.j. že by sa napr. pohybovali v kriminálnom prostredí) alebo že by mali záujem na výsledku tohto sporu, alebo že by mal nejaký osobitný vzťah k stranám, súd uveril ich výpovediam.
Pokiaľ ide o hodnotenie výsluchu svedkyne A. A., žiada sa uviesť, že z tohto výsluchu je zrejmé, že svedkyňa v práci počas obdobia pandémie zažila mnoho traumatizujúcich situácii, s ktorými sa vnútorne vysporiadala takým spôsobom, že tieto situácie „vymazala“ zo svojej pamäte – a sudca preto na jej výpoveď neprihliadol (vzhľadom na toto „vymazanie“ spomienok sa nemožno spoľahnúť o.i. na to, že pacientku našli mŕtvu už pri „toalete“).
Pokiaľ ide o výsluchy žalobcov, súd im uveril, nakoľko žalovaný ich pravdivosť nespochybnil; súd pritom prihliadol aj na to, že tieto sú v súlade s ďalšími dôkazmi (napr. fotografie potvrdzujú, že A. P. a žalobcu 1/ k sebe pociťovali pozitívne emócie a že rodinných osláv sa popri pani P. a žalobcovi 1/ zúčastňoval aj žalobca 6/; iné listiny zasa potvrdzujú, že žalobkyňa 5/vyhľadala odbornú pomoc po neočakávanej smrti svojej sestry).
Pokiaľ však niektorí žalobcovia preukázali, že mali infarkt, resp. trombózu venóznych splavov, žiada sa zdôrazniť, že keďže korelácia nie je kauzalita, nemožno mať istotu, že tieto ich ochorenia boli spôsobené práve úmrtím pani P..

13. Pokiaľ žalobcovi ako dôkaz navrhli výsluchy svedkov A. F., A. J. a ďalších (č.l. 452), súd tieto dôkaz nevykonal – žalobcovia totiž v priebehu konania prestali trvať na vykonaní týchto dôkazov.
Pokiaľ žalovaný ako dôkaz navrhol výsluch svedka A. J. (č.l. 412), súd tento dôkaz nevykonal – aj žalovaný totiž v priebehu konania prestal trvať na vykonaní tohto dôkazu.
Pokiaľ intervenient navrhol výsluchy znalcov MUDr. Lakotu, MUDr. Černého, MUDr. Krála a MUDr. Pešeka, súd tieto dôkazy nevykonal – medzi predloženými písomnými znaleckými posudkami totiž nie sú žiadne relevantné rozpory a teda nebolo potrebné tieto rozpory odstraňovať výsluchom znalcov. V tejto súvislosti sa žiada zdôrazniť aj to, že znalkyňa MUDr. Havelková dokonca výslovne uviedla, že súhlasí so závermi znalca MUDr. Černého (č.l. 436).

14. Podľa § 11 Občianskeho zákonník fyzická osoba má právo na ochranu svojej osobnosti, najmä života a zdravia, občianskej cti a ľudskej dôstojnosti, ako aj súkromia, svojho mena a prejavov osobnej povahy. Podľa § 13 ods. 1, 2, 3 Občianskeho zákonníka fyzická osoba má právo najmä sa domáhať, aby sa upustilo od neoprávnených zásahov do práva na ochranu jeho osobnosti, aby sa odstránili následky týchto zásahov a aby mu bolo dané primerané zadosťučinenie. Pokiaľ by sa nezdalo postačujúce

zadosťučinenie podľa odseku 1 najmä preto, že bola v značnej miere znížená dôstojnosť fyzickej osoby alebo jeho vážnosť v spoločnosti, má fyzická osoba tiež právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch. Výšku náhrady podľa odseku 2 určí súd s prihliadnutím na závažnosť vzniknutej ujmy a na okolnosti, za ktorých k porušeniu práva došlo.
Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy a v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta.

15. Hoci nároky na náhradu tzv. nemajetkovej ujmy sekundárne poškodených nie sú na Slovensku výslovne upravené zákonom (ako je to napr. v § 2959 nového českého Občianskeho zákonníka), slovenská súdna prax dospela k záveru, že keďže integrálnou súčasťou práva na súkromie je aj právo na rodinný život, má tá osoba, do ktorej práva na rodinný život bolo neoprávnene zasiahnuté, v najzávažnejších prípadoch (t.j. v prípadoch úmrtia primárneho poškodeného, resp. v prípadoch, že primárny poškodený upadne do bdelej kómy) právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch.
Na tomto mieste sa žiada zdôrazniť, že samotná skutočnosť, že niekto zomrie, neznamená, že jeho blízke osoby majú automaticky nárok na určitú peňažnú sumu - na to, aby blízkym osobám zomrelého takýto nárok vznikol, je totiž nutné, aby k úmrtiu osoby došlo v dôsledku niečieho protiprávneho konania.
Inak povedané – predpokladmi vzniku nároku na náhradu nemajetkovej ujmy sú:
a) porušenie právnej povinnosti
b) vznik ujmy u sekundárne poškodeného
c) príčinná súvislosť medzi porušením právnej povinnosti a vznikom ujmy u sekundárne poškodeného.

16. Pokiaľ ide o predpoklad uvedený v odseku 9 pod písmenom a), z § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. vyplýva, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne – t.j. je povinný pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy a v súlade so:
- štandardnými diagnostickými postupmi vykonať všetky výkony potrebné na správne určenie choroby
- štandardnými terapeutickými postupmi poskytnúť včasnú a účinnú liečbu.
Z vykonaného dokazovania je však zrejmé, že žalovaný porušil povinnosť vykonať všetky výkony potrebné na správne určenie choroby, keď pochybenie NsP Považská Bystrica v tomto ohľade spočívalo v tom, že pneumocysta nebola vôbec vyšetrená (viď odborné stanovisko MUDr. Lakotu – č.l. 351), čo následne viedlo k nepodaniu účinnej liečby (teda Biseptolu vo vysokých dávkach; v súvislosti s Biseptolom sa žiada uviesť, že kolónkach „Liečba počas hospitalizácie“ prepúšťacích správ Biseptol zmienený nie je – viď č.l. 34, 39pv).
K obdobnému záveru dospel aj znalec prof. MUDr. Miloša Pešek, Csc. – i keď nie vo vzťahu pneumocyste, ale vo vzťahu k nešpecifickej flóre a mikróbom tuberkulózy (č.l. 364pv). MUDr. Pešek poukázal aj na to, že hoci niektoré príznaky naznačovali, že by mohlo ísť práve o tuberkulózu, žalovaný túto možnosť vôbec nebral do úvahy.
Aj znalkyňa Havelková potvrdila, že vôbec neboli urobené (a ak aj urobené boli, tak nie včas) diagnostické úkony, ktoré sú v SR dostupné a odborný medzinárodný štandard ich odporúča a že počas hospitalizácie sa nezrealizovali všetky potrebné vyšetrenia na identifikáciu vyvolávateľa ochorenia s tým, že non lege artis bolo o.i. to, že NsP Považská Bystrica sa v rámci diferenciálnej diagnostiky nevysporiadala s otázkou TBC – a to napriek vedomosti o tom, že pacientka trpela aj autoimunitným ochorením – čo je sám osebe dostatočný dôvod na monitorovanie TBC (č.l. 436).
Z predložených dekurzov vyplýva, že od 3.3.2021 do 6.3.2021 boli u p. P. hodnoty SpO2 82%, 86%, 85% a 80% (č.l. 58, 59, 60, 61). Zo znaleckého posudku MUDr. Vladimíra Černého však vyplýva aj to, že u pacientky so saturáciou 82% – 86% bolo 3–dňové čakanie s nasadením liečby kyslíkom s vysokým prietokom (a tiež nevyskúšanie iných postupov k podpore okysličovacej funkcie) postupom non lege artis, pričom lege artis by bolo, ak by sa u p. P. začalo s HFNO terapiou najneskôr 3.3.2021 (č.l. 353).
K zhodnému záveru pritom dospel aj MUDr. Král, ktorý uviedol, že vzhľadom na opakovanú desaturáciu boli možnosti štandardného lôžkového oddelenia vyčerpané, že pacientka mala byť na monitorovacom lôžku minimálne odvtedy, ako podstúpila CT vyšetrenie (k čomu došlo dňa 26.2.2021 – č.l. 51) a že nie je možné ponechať pacientku so saturáciou 85% bez kontinuálneho monitorovania životných funkcií (č.l. 362).
Aj znalec prof. MUDr. Miloša Pešek Csc. potvrdil, že pacientka mala byť preložená na vyššie pracovisko najneskôr 26.2.2021 (č.l. 366pv).

Zo znaleckého posudku MUDr. Vladimíra Černého vyplýva aj to, že postupom non lege artis bolo aj nezačatie resuscitácie po náleze pacientky so zástavou obehu s tým, že ak na takýto postup bol dôvod, tento by mal byť uvedený v zdravotnej dokumentácii. V súvislosti s resuscitáciou aj MUDr. Havelková uviedla, že predloženej zdravotnej dokumentácii nie je uvedené ani to, že by bola poskytnutá resuscitácia, ani to, že by sa pacientka alebo jej príbuzní negatívne vyjadrovali k jej poskytnutiu a ani žiadne kontraindikácie alebo iné prekážky, ktoré by zdôvodňovali, prečo resuscitácia nebola vykonaná (č.l. 437pv).
V súvislosti s resuscitáciou sa žiada uviesť aj to, že hoci z vykonaného dokazovania je zrejmé, že po nájdení p. P. zdravotné sestry začali s masážou srdca, túto skutočnosť nemožno považovať za vykonanie resuscitácie – výsluchom A. L. bolo totiž preukázané, že pri bezvýslednej masáži srdca má lekár v resuscitácii pokračovať podaním liečiv ako adrenalín (takáto pokračovanie resuscitácie však preukázané nebolo).
Žalovaný porušil aj povinnosť riadne viesť zdravotnú dokumentáciu – v dôsledku čoho nie je napr. zrejmé, prečo sa diagnostický proces neuberal aj smerom k vyšetreniu atypickej flóry hneď od prijatia, resp. najneskôr od elevácie zápalových markerov a zhoršenia klinického stavu, a to aj napriek tomu, že v anamnéze je zmienka o autoimunitnom ochorení

17. Pokiaľ ide o predpoklady uvedené v odseku 9 pod písmenom b) a c), je všeobecne známe, že úmrtie určitej osoby spravidla vyvolá u osôb, ktoré zomrelého dobre poznali, smútok, ba v niektorých prípadoch až duševné útrapy. Na to, aby dotknutá osoba mala nárok na peňažnú kompenzáciu, však nestačí iba to, že dotknutá osoba zažívala, resp. stále zažíva nepríjemné pocity (hoci aj intenzívne), ale je nutné, aby v dôsledku úmrtia došlo k zmareniu možnosti ďalej rozvíjať blízke vzťahy so zosnulým.
Inak povedané – právnym statkoch, za ktorý sa poskytuje peňažná náhrada, nie je púhe „citové utrpenie“, ale je ním „nemožnosť pokračovať vo vedení rodinného života so zosnulým“.
V tejto súvislosti sa žiada poukázať na to, že ak by sa peňažná náhrada mala priznávať za „citové utrpenie“, z procesného hľadiska by bolo potrebné preukazovať nielen to, či žalobca skutočne zažíval citové utrpenie, ale aj nakoľko bolo toto utrpenie intenzívne - vzhľadom na výlučne subjektívny charakter takejto ujmy je však takmer nemožné vykonať dokazovanie a objektívne uchopiť a určiť rozsah spôsobených útrap.
Naproti tomu dokazovanie pri priznávaní náhrady za „nemožnosť pokračovať vo vedení rodinného života so zosnulým“ dokonca nie aj ani potrebné, nakoľko ho možno nahradiť právnymi domnienkami, ktoré vychádzajú z § 116 OZ (ktoré zákonné ustanovenie reflektuje bežnú skúsenosť, že určité osoby /rodičia vs. ich dieťa, súrodenec vs. súrodenec a manžel vs. manželka/ mávajú nadštandardné vzájomné vzťahy, t.j. pociťujú k sebe hlbokú lásku) – a práve pre túto citovú väzbu možno očakávať, že ak by nedošlo k úmrtiu, títo by pokračovali v rozvíjaní ich spoločného rodinného života.
To, že právnym statkom, za ktorý sa poskytuje náhrada, je práve „nemožnosť pokračovať vo vedení rodinného života so zosnulým“ vyplýva napr. aj z rozhodnutia NS ČR sp.zn. 25Cdo/378/2019, v ktorom rozhodnutí najvyšší súd dospel k záveru, že hoci 1-ročné dieťa v dôsledku úmrtia starého rodiča s veľkou pravdepodobnosťou nepociťovalo duševné útrapy, aj tak mu náhrada nemajetkovej ujmy patrí – a to z dôvodu, že prišlo o možnosť nadviazať a rozvíjať citové vzťahy so zosnulým.
Vzhľadom na horeuvedené súd potom dospel k záveru, že u žalobkyne 2/ (dcéra pani P.), žalobcov 3/ a 4/ (rodičia pani P.) a u žalobkyne 5/ (sestra pani P.) v dôsledku úmrtia pani P. vznikla ujma spočívajúca v strate možnosti pokračovať vo vedení rodinného života so zosnulou.
Pokiaľ ide o žalobcu 1/, tento nebol ani dieťaťom/rodičom, ani súrodencom a ani manželom pani P.. V konaní však nebolo sporné, že žalobca 1/ bol druhom pani P.. Keďže však vzťah druh - družka je obvykle vzťahom, ktorý je z pohľadu citovej zaangažovanosti, a teda aj očakávaní ohľadom pokračovania tohto vzťahu porovnateľný so vzťahom manželov žijúcich v nerozvrátenom manželstve, súd potom dospel k záveru, že aj u žalobcu 1/ v dôsledku úmrtia pani P. vznikla ujma spočívajúca v strate možnosti pokračovať vo vedení rodinného života so zosnulou.
Pokiaľ ale ide o žalobcu 6/, žiada sa uviesť, že na to, aby bolo možné považovať vzťah žalobcu 6/ a pani P. za vzťah blízkych osôb, je nutné, aby emocionálna hĺbka tohto vzťahu bola obdobná vzťahu rodič - dieťa, resp. starý rodič - vnuk, resp. súrodenec - súrodenec, resp. manžel - manželka. Inak povedané - na to, aby išlo o blízke osoby, nestačí, ak ide o štandardný pozitívny vzťah, ale je nutné, aby išlo o vysoko nadštandardný pozitívny vzťah dvoch osôb. Hoci v minulosti vzťah žalobcu 6/ a pani P. mal nepochybne takúto nadštandardnú kvalitu, je zároveň zrejmé, že počas trvania ich manželstva sa táto nadštandardná kvalita vytratila – čo je zrejmé z toho, že pani P. bola žalobcovi 6/ neverná a že následne dokonca podala návrh na rozvod ich manželstva. Inak povedané – pani P. už nemala záujem o ďalšie pokračovanie vo vedení rodinného života so žalobcom 6/. Je pritom zrejmé, že takýto záujem nemal ani

žalobca 6/ - čo je zrejmé z toho, že tento s rozvodom manželstva súhlasil. Pokiaľ aj následne po rozvode došlo k normalizácii vzťahov medzi pani P. a žalobcom 6/ a títo sa stali priateľmi a vzájomne sa často navštevovali, podľa názoru súdu toto priateľstvo a ani to, že pani P. a žalobca 6/ sú aj po rozvode rodičmi spoločného dieťaťa, nie sú dostatočnými dôvodmi na to, aby žalobcovi 6/ vznikol nárok na náhradu nemajetkovej ujmy; súd preto žalobu žalobcu 6/ zamietol.
V tejto súvislosti sa žiada zdôrazniť aj to, že rozdiel medzi vzťahom manžel/druh –manželka/družka a vzťahom kamarát - kamarátka (hoci by aj títo aktuálne kamaráti mali spoločné dieťa) je v skutočnosti obrovský – pre vzťah manžel/druh - manželka/družka je totiž typické spolužitie počas 24 hodín 7 dní v týždni, na čo je však nutné, aby obaja partneri do tohto vzťahu „investovali“ mnoho tolerancie, ústupkov a iného úsilia (napr. žalobca 1/ staval dom podľa predstáv pani P.); pre vzťah žalobcu 6/ a pani P. po rozvode však boli už typické (hoci relatívne časté) stretnutia v trvaní iba pár hodín – a aj to spravidla v prítomnosti množstva ďalších ľudí (a teda takýto priateľský vzťah už ani nevyžadoval také veľké „investície“, aké vyžaduje napr. manželstvo).

18. Pokiaľ ide o výšku náhrad, podľa názoru konajúceho súdu aj na Slovensku prichádza do úvahy aplikácia záverov českej súdnej praxe, v zmysle ktorých v prípade najbližších osôb treba vychádzať z 20-násobku hrubej mesačnej nominálnej mzdy v roku, ktorý predchádzal smrti poškodeného (viď napr. rozsudok NS ČR sp.zn. 25Cdo/894/2018 publikovaný v zbierke rozhodnutí ako Rc 85/2019); túto sumu je potom možné ďalej znížiť alebo aj zvýšiť podľa konkrétnych okolností súdenej veci.
Výhoda takejto „základnej čiastky“ pritom spočíva nielen v lepšej predvídateľnosti súdnych rozhodnutí, ale aj v tom, že takto vypočítaná základná čiastka zohľadňuje aj infláciu.
Pretože pani P. zomrela v roku 2021, základom pre výpočet je priemerná nominálna mzda zamestnanca hospodárstva SR v roku 2020 – t.j. 1 133 €; základná čiastka v súdenej veci by teda bola 22 660 €.

19. Pokiaľ ide o náhrady nemajetkovej ujmy pre dieťa, podľa názoru súdu by celá suma 22 660 € patrila dieťaťu iba v prípade, ak by išlo o maloleté dieťa. Pre maloleté dieťa je totiž až životne dôležité, aby viedlo spoločný život so svojimi rodičmi – a to z dôvodu, že práve takýmto spoločným životom budú najúplnejšie naplnené nielen fyzické, ale aj sociálne a emocionálne potreby maloletého dieťaťa.
Faktom však je aj to, že ako dieťa dospieva, svoje sociálne a emocionálne potreby začína uspokojovať čím ďalej vo väčšom rozsahu mimo svojej nukleárnej rodiny (v procese puberty sa dieťa dokonca výslovne osamostatňuje od rodičov) - a je teda zrejmé, že pokračovanie rodinného života s rodičmi sa stáva pre dieťa objektívne menej dôležité.
Pokiaľ ide o žalobkyňu 2/, táto malo v čase úmrtia pani P. už 19 rokov – a s prihliadnutím na horeuvedené úvahy súd dospel k záveru, že primeranou náhradou pre žalobkyňu 2/ bude 75% zo sumy 22 660 € - t.j. 17 000 €.
Osamostatnenie žalobkyne 2/ je nakoniec zrejmé aj z toho, že táto v roku 2020 nadviazala vzťah s pánom A., s ktorým medzičasom uzatvorila manželstvo.
V tejto súvislosti sa žiada uviesť aj to, že rozhodnutím KS TN č.k. 27Co/21/2024 (na OS TN vedené pod sp.zn. PB-6C 83/2022) bola priznaná deťom vo veku 24 a 27 rokov suma po 15 000 € (keďže však žalobkyňa 2/ mala v čase úmrtia jej matky iba 19 rokov, súd dospel k záveru, že je namieste priznať je sumu vyššiu než 15 000 € .
Na rozdiel od detí (ktorých závislosť na rodičoch sa plynutím času zmenšuje), pri manželovi platí očakávanie, že tento bude svoje nielen sociálne a emocionálne potreby, ale napr. aj potrebu pomoci v chorobe až do svojej smrti uspokojovať práve vo vzťahu s jeho manželkou (viď napr. štandardné znenie manželského sľubu „....že ho budeš milovať a ctiť po všetky dni svojho života...). Keďže však horeuvedenú úvahu možno aplikovať nielen na vzťah manžel - manželka, ale aj na vzťah druh - družka (aj v tomto vzťahu za normálneho behu vecí by totiž druh žil so zosnulou – a to na denno-dennej báze až do smrti, a teda jeho ujma je väčšia než ujma na strane plnoletého dieťaťa), súd dospel k záveru, že primeranou náhradou pre žalobcu 1/ by bolo 100 % zo sumy 22 660 €. Pretože však žalobca 1/ sa domáhal iba sumy, 20 000 €, súd mu v zmysle zásady non ultra petita priznal iba 20 000 €.
Pokiaľ ide o to, aký má pre rodiča význam vedenie rodinného života s jeho plnoletým dieťaťom, je obvyklé, že rodičia dúfajú, že keď budú starí a chorí, tak že v tejto starobe a chorobe im či už formou psychickej podpory (osobné návštevy, telefonáty) alebo aj reálnymi úkonmi (realizácia nákupov, vozenie k lekárom atď.) pomôžu ich vlastné deti. V dôsledku úmrtia pani P. však žalobcovia 2/ a 4/ stratili možnosť viesť takýto rodinný život, a súd preto dospel k záveru, že primeranou náhradou pre žalobcov 3/ a 4/ budú 2/3-iny zo sumy 22 660 €.
Pokiaľ ide o žalobkyňu 5/, z vykonaného dokazovania vyplynulo, že napriek tomu, že k 7.3.2021 boli aj pani P., aj L. M. plnoleté, tieto aj v dospelosti boli v neustálom kontakte, že pani P. bola veľkou oporou pre

deti žalobkyne 5/ a že strata sestry bola pre žalobkyňu 5/ natoľko fatálna, že vyhľadala psychologickú pomoc. Z horeuvedeného je potom zrejmé, že vzťahy týchto dvoch sestier boli nadštandardné - a súd preto dospel k záveru, že je dôvodné priznať náhradu nemajetkovej ujmy aj žalobkyni 5/. Pokiaľ však ide o výšku tejto náhrady, súd s prihliadnutím na súdnu prax (napr. rozsudok Krajského súdu v Trenčíne č.k. 27Co/21/2024) priznal žalobkyni 5/ sumu 8 000 € a vo zvyšku jej žalobu zamietol.
V tejto súvislosti sa žiada poukázať aj na to, že z rozsudku NS ČR sp.zn. 25Cdo/2488/2023 vyplýva, že súrodenci štandardne majú nárok na náhradu takejto ujmy.

20. Pokiaľ sa žalobcovia domáhali aj toho, aby sa im žalovaný verejne ospravedlnil, uverejnenie ospravedlnenia je skutočne obvyklým (a dokonca preferovaným) zadosťučinením v sporoch o ochranu osobnosti. Toto však platí iba pre tie spory o ochranu osobnosti, kde neoprávnený zásah spočíval vo vyslovení alebo publikovaní nejakého difamačného tvrdenia. Ak totiž osoba A uverejní článok, v ktorom uvedie, že napr. „osoba B nemá maturitu“ (hoci osoba B maturitnú skúšku zložila), účinná náprava protiprávneho konania jednoducho musí zahŕňať uverejnenie ďalšieho článku, v ktorom osoba A uvedie, že osoba B maturitu má a že sa ospravedlňuje, že o osobe B napísala opak (lebo práve na základe tohto ďalšieho článku sa verejnosť môže namiesto urážlivého tvrdenia o osobe B dozvedieť pravdivý fakt o osobe B).
V súdenej veci by však publikovanie ospravedlnenia žiadnym spôsobom neviedlo k náprave spôsobeného ublíženia (ako sa to deje pri sporoch súvisiacich s difamačným tvrdením) – a súd preto žalobu v tejto časti zamietol.
Súd pritom prihliadol aj na to, že žalovaný už spontánne vyslovil ľútosť nad tým, že sa mu nepodarilo zachrániť pani P. (č.l. 411pv) a že sa žalobcom aj ospravedlnil (viď strana 9 zápisnice zo 16.6.2025).
Pokiaľ sa žalovaný bránil tým, že vo februári a marci 2021 sa nekontrolovane šírilo
ochorenie COVID-19, že ani v okolitých krajinách nebola voľná ani jedna umelá pľúcna ventilácia a že zdravotnícky personál pracoval na pokraji fyzického kolapsu, žiada sa uviesť, že na pandémiu covidu zareagoval aj zákonodarca prijatím zákona č. 69/2020 Z.z. o mimoriadnych opatreniach v súvislosti so šírením nebezpečnej nákazlivej ľudskej choroby COVID-19 v oblasti zdravotníctva, ktorým zákonom bol okrem iného novelizovaný § 4 zákona č. 576/20004 Z.z. – a to tak, že do predmetného ustanovenia bol pridaný odsek 7, v zmysle ktorého „Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne aj vtedy, ak je poskytnutá podľa odseku 3 druhej vety a zároveň preukázateľne v príčinnej súvislosti s výnimočným stavom, núdzovým stavom alebo mimoriadnou situáciou pri jej poskytovaní nemohli byť splnené minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení podľa osobitného predpisu.“
Z dôvodovej správy k tomuto zákonu pritom vyplýva, že toto ustanovenia malo umožniť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti túto poskytovať aj bez použitia prostriedkov, ktoré sú inak predpísanou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zároveň však stále platilo, že bolo povinnosťou žalovaného správne určiť chorobu a poskytnúť včasnú a účinnú liečbu - a to v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta.
Postupovať v súlade so štandardnými postupmi a zároveň nemať k dispozícii potrebné diagnostické a terapeutické prostriedky je však možné iba vtedy, ak sa aplikujú také štandardné postupy, ktoré sa aplikovali pred tým, ako sa nedostupné prostriedky, resp. liečivá zaviedli do praxe. Ide teda napr. o to, že aj pred vynájdením penicilínu existovali postupy, ako sa má liečiť bakteriálna infekcia – a teda ak by sa v dôsledku pandémie stali antibiotiká nedostupnými, lege artis by bola taká liečba, ktorá sa používala pred ich vynájdením. Je teda zrejmé, že skutočnosť pandémie covidu by mohla mať vplyv na posúdenie toho, či žalovaný postupoval lege artis.
V súdenej veci však žalovaný nepreukázal, že v rozhodnom období nebolo práve z dôvodu pandémie dostupné laboratórne vyšetrenie pneumocysty a tuberkolózy – a teda ich nevyšetrenie treba považovať za postup non lege artis.
Žalovaný nepreukázal ani to, že práve z dôvodu pandémie nemal možnosť umiestniť pacientku po 26.2.2021 na monitorovacie lôžko a túto najneskôr 3.3.2021 napojiť na HFNO (či už u seba alebo v NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy) a že práve z dôvodu pandémie nemal lekára (a adrenalín), ktorý by po nájdení pacientky bez známok života vykonala lekársku resuscitáciu.
21. Na záver sa žiada uviesť, že pokiaľ Komunálna poisťovňa a.s. vstúpila do konania ako intervenient na strane žalovaného (č.l. 421), súd s ňou už po 30. máji 2025 ďalej nekonal – a to z dôvodu, že Komunálna poisťovňa a.s. tohto dňa súdu oznámila, že z konania vystupuje (viď č.l. 456).
V tejto súvislosti sa žiada uviesť aj to, že keďže ani o vstupe intervenienta sa nerozhoduje uznesením (v súvislosti s intervenienciou sú uznesenie vydáva iba v prípade, ak bol podaný návrh na rozhodnutie,

že vstup intervenienta nie je prípustný), nie je žiadny dôvod, aby súd uznesením rozhodoval o vystúpení intervenienta z konania.
22. Pokiaľ ide o trovy konania, napriek zamietnutiu žaloby v časti zverejnenia ospravedlnenia a v časti zaplatenia sumy 3 000 € žalobkyni 1/ a sumy 7 000 € žalobkyni 5/, súd žalobcom 1/ - 5/ priznal náhradu trov konania v rozsahu 100% - a to z dôvodu, že títo boli čo do základu úspešní (bolo totiž preukázané, že žalovaný do ich práv zasiahol).
Žalobca 6/ však v konaní úspešný nebol, a súd preto žalovanému priznal náhradu trov konania súvisiacich s tým, že žalovaný sa musel brániť žalobe žalobcu 6/.

Poučenie:

Proti tomuto rozsudku možno podať odvolanie do 15 dní od jeho doručenia na Okresnom súde Trenčín v dvoch vyhotoveniach (§ 355 ods. 1 C.s.p.).
V odvolaní treba uviesť, ktorému súdu je určené, kto ho robí, ktorej veci sa týka, čo sa ním sleduje, podpis, spisovú značku konania, proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, z akých dôvodov sa rozhodnutie považuje za nesprávne (odvolacie dôvody) a čoho sa odvolateľ domáha (odvolací návrh).
Odvolanie možno odôvodniť len tým, že a) neboli splnené procesné podmienky, b) súd nesprávnym procesným postupom znemožnil strane, aby uskutočňovala jej patriace procesné práva v takej miere, že došlo k porušeniu práva na spravodlivý proces, c) rozhodoval vylúčený sudca alebo nesprávne obsadený súd, d) konanie má inú vadu, ktorá mohla mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci, e) súd prvej inštancie nevykonal navrhnuté dôkazy, potrebné na zistenie rozhodujúcich skutočností, f) súd prvej inštancie dospel na základe vykonaných dôkazov k nesprávnym skutkovým zisteniam, g) zistený skutkový stav neobstojí, pretože sú prípustné ďalšie prostriedky procesnej obrany alebo ďalšie prostriedky procesného útoku, ktoré neboli uplatnené, alebo h) rozhodnutie súdu prvej inštancie vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci.
Odvolanie proti rozhodnutiu vo veci samej možno odôvodniť aj tým, že právoplatné uznesenie súdu prvej inštancie, ktoré predchádzalo rozhodnutiu vo veci samej, má vadu uvedenú v predchádzajúcej vete, ak táto vada mala vplyv na rozhodnutie vo veci samej.
Odvolacie dôvody a dôkazy na ich preukázanie možno meniť a dopĺňať len do uplynutia lehoty na podanie odvolania.
Odvolanie urobené v listinnej podobe treba predložiť v potrebnom počte rovnopisov s prílohami tak, aby sa jeden rovnopis s prílohami mohol založiť do súdneho spisu a aby každý ďalší subjekt dostal jeden rovnopis s prílohami. Ak sa nepredloží potrebný počet rovnopisov a príloh, súd vyhotoví kópie podania na trovy toho, kto podanie urobil.