

**Sygn. akt: I ACa 1352/13**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 czerwca 2014r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

<b>Przewodniczący:</b>	<b>SSA Hanna Rojewska</b>
<b>Sędziowie:</b>	<b>SA Anna Cesarz (spr.)</b> <b>SA Joanna Walentkiewicz - Witkowska</b>
Protokolant:	st.sekr.sądowy Grażyna Michalska

po rozpoznaniu w dniu 25 czerwca 2014r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **K. B. (1)**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Kaliszu

z dnia 28 sierpnia 2013r. sygn. akt I C 1574/09

**1. oddala apelację;**

**2. nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.**

I ACa 1352/13

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 28 sierpnia 2013 r. Sąd Okręgowy w Kaliszu oddalił powództwo K. B. (2) przeciwko Zakładowi (...) SA z siedzibą w W. o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę oraz o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, nadto orzekł o kosztach postępowania.

U podstaw tego wyroku legły następujące ustalenia faktyczne:

Powódka na początku października 2007 r. była w 19 tygodniu ciąży. Od 6 do 8 października 2007 r. przebywała na Oddziale Ginekologicznym Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w O.. Uskarżała się na ból brzucha (żołądka). Została wypisana do domu z zaleceniem kolejnej kontroli ginekologicznej.

Postępowanie medyczne wdrożone wobec powódki w czasie pierwszej hospitalizacji było prawidłowe. Przeprowadzone badania nie wykazały objawów zagrożenia ciąży. W czasie hospitalizacji ani przed hospitalizacją nie było objawów zaburzeń krzepnięcia krwi ani wskazań do wdrożenia diagnostyki w kierunku takich zaburzeń.

Następnego dnia - 9 października 2007 r. wieczorem nastąpiło pogorszenie się stanu zdrowia powódki. Ponownie skarżyła się na ból żołądka, zaczęła jej drętwieć ręka i twarz, traciła kontakt z otoczeniem. Mąż powódki w nocy wezwał pogotowie, które zabrało powódkę do Szpitala w O.. W szpitalu powódka z mężem czekali na lekarza, który miał zbadać powódkę. W czasie oczekiwania powódka była pobudzona, rozdrażniona i śpiąca. Po przyjeździe lekarza ginekologa nie pozwoliła się zbadać, szarpała się, nie zauważyła szyby w drzwiach i uderzyła o nią głową. Wcześniej odgięła oparcie krzesła na poczekalni, próbując się na nim położyć. Lekarz dyżurny podjął decyzję o umieszczeniu powódki na Oddziale Psychiatrycznym Szpitala, w O. W..

Powódka o godzinie 3.45, 10 października 2007 r. została przyjęta na Oddział Psychiatryczny Szpitala w O. z rozpoznaniem zaburzeń świadomości na podłożu somatycznym. Została umieszczona w izolatce, przypięta pasami do łóżka. Lekarz dyżurny na Oddziale Psychiatrycznym K. M. nie stwierdziła przy przyjęciu u powódki choroby psychicznej. Rozpoznane objawy psychotyczne miały podłoże somatyczne. Powódka wymagała unieruchomienia. Lekarz psychiatra zwracał się do lekarza ginekologa dyżurującego na Oddziale Ginekologicznym o przyjęcie powódki na ten oddział, lecz ginekolog nie wyraził na to zgody. Wskazywał, że na tym oddziale nie ma łóżek, na których można by unieruchomić powódkę.

Na Oddziale Psychiatrycznym stwierdzono, że z powódką kontakt jest utrudniony. Była ona pobudzona naprzemiennie z sennością, rozdrażniona, płacziwa, chwilami wulgarna, nie współpracująca, nie pozwala się do siebie zbliżyć, krzyczała. Szarpała się przy próbie zmierzenia ciśnienia, podania leku. Wywiad przy przyjęciu na Oddział przeprowadzony został z mężem powódki, gdyż z powódką nie było już kontaktu. W godzinach przedpołudniowych, 10 października 2007 r. u powódki nastąpił wzrost temperatury ciała. Pacjentce wykonano szereg badań dodatkowych oraz przeprowadzono konsultacje neurologiczną, okulistyczną i internistyczną. W wyniku podejrzenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub zapalenia mózgu wykonano punkcję lędźwiową. O godz. 19.30 przekazano powódkę na Oddział Ginekologiczny z podejrzeniem obumarcia płodu.

11 października 2007 r. na Oddziale Ginekologicznym przeprowadzono konsultacje neurologiczną i internistyczną oraz badania dodatkowe, w tym USG jamy brzusznej i TK głowy. Z powodu zagrożenia życia powódki podjęto decyzję o ukończeniu ciąży przez cesarskie cięcie. W wyniku zabiegu wydobyto płód bez oznak życia, z cechami maceracji.

Po zabiegu powódkę skierowano na Oddział Intensywnej Terapii ( (...)) w stanie ciężkim, na którym przebywała do 16 października 2007 r. Po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego powódki, skierowano ją na Oddział Ginekologiczny, gdzie przebywała do 19 października 2007 r., kiedy została wypisana ze szpitala, z zaleceniem kontroli neurologicznej.

Powódka straciła świadomość w nocy z 9 na 10 października 2007 r., zapamiętała jedynie objawy w postaci drętwienia ciała i jej nawrotu bólów brzucha. Odzyskała świadomość leżąc na Oddziale Intensywnej (...) w szpitalu w O., dziecko już nie żyło, a ciąża została usunięta.

W dniach 23-24 października 2007 r. powódka ponownie przebywała w Szpitalu, z uwagi na rozejście się rany pooperacyjnej. Od 4 do 12 listopada 2007 r. przebywała w Szpitalu w O. W.. na Oddziale Wewnętrznym z uwagi na dolegliwości układu krążenia. Przy wypisie ze szpitala powódka uzyskała skierowanie do Poradni Hematologicznej w P., celem wykonania diagnostyki w kierunku trombofilii. Przeprowadzone w Poradni Hematologicznej badania pozwoliły na zdiagnozowanie u powódki trombofilii i wprowadzenie leczenia. Do chwili obecnej jest ona pod opieką lekarza hematologa.

Powódka z uwagi na dolegliwy ból głowy została skierowana do poradni neurologicznej.

P. po powrocie ze szpitala w październiku 2007 r. długo przebywała w domu. Miała trudności zmyśleniem, zapominała się, nie była w stanie pracować. Ma stwierdzony umiarkowany stopień niepełnosprawności. Aktualnie powódka podjęła pracę w zakładzie pracy chronionej, zarabia miesięcznie ok. 1.100 zł. Mąż powódki z uwagi na chorobę nowotworową jest na rencie. Powódka nadal ma dolegliwości zdrowotne, lecz tak się u neurologa, hematologa, ma stwierdzony guz tarczycy. Po wylewie odczuwa stale dolegliwości w postaci zawrotów głowy, bólu i drętwienia połowy ciała. Odczuwa lęk przed pójściem do szpitala.

Obraz kliniczny stwierdzony 10 października 2007 r. przy przyjęciu powódki do szpitala wskazywał, że obserwowane zaburzenia świadomości i zachowania mają podłoże somatyczne, wymagają dalszej diagnostyki w celu ustalenia przyczyn ich występowania i wdrożenia leczenia przyczynowego. Biorąc pod uwagę, że powódka znajdowała się wówczas w 19-tym tygodniu ciąży, a jej problemy zdrowotne mogły mieć związek z przebiegiem ciąży, korzystne ze względów diagnostyczno-leczniczych byłoby umieszczenie jej na Oddziale Ginekologicznym, ale jednocześnie biorąc pod uwagę występujące u niej zaburzenia świadomości i zachowania, stwarzające zagrożenie dla jej życia oraz życia i zdrowia innych osób, umieszczenie jej na oddziale Psychiatrycznym Ogólnym było bezpieczniejsze dla chorej, jak i innych osób. Biorąc pod uwagę realia organizacyjne I przeciętnego oddziału ginekologicznego i zazwyczaj stosunkowo niewielkie doświadczenie pracującego tam personelu medycznego w postępowaniu z pacjentkami z tego typu zaburzeniami, przyjęcie powódki bezpośrednio na Oddział Ginekologiczny byłoby wysoce nieostrożne. W pierwszej kolejności powódka wymagała bowiem opanowania zaburzeń świadomości i zachowania w stopniu umożliwiającym przeprowadzenie diagnostyki, a można to było zrobić najskuteczniej i najbezpieczniej dla pacjentki i innych osób właśnie na oddziale psychiatrycznym. Oddział psychiatryczny nie jest oddziałem, gdzie nie diagnozuje się somatycznych problemów zdrowotnych i w przedmiotowym wypadku taką też diagnostykę prowadzono. W trakcie pobytu powódki na Oddziale Psychiatrycznym miała ona konsultację neurologiczną, okulistyczną, internistyczną i ginekologiczną. Telefonicznie skontaktowano się z lekarzem oddziału zakaźnego, wykonano nakłucie łądwiove, wykonano szereg badań laboratoryjnych i dopiero przekazano na Oddział Ginekologiczny z podejrzeniem obumarcia płodu, przy czym ówczesny stan powódki był taki, że możliwe było zapewnienie bezpieczeństwa chorej i innych osób w warunkach Oddziału Ginekologicznego.

Postępowanie medyczne wdrożone wobec powódki w szpitalu w O. W. w dniu 10 października 2007 r. było prawidłowe i nacechowane należyłą ostrożnością. W czasie pobytu powódki w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym nie było możliwości przeprowadzenia badania ginekologicznego, ponieważ badanie takie wymaga współpracy z pacjentką, której w tym wypadku nie było. W pierwszej kolejności powódka wymagała wdrożenia leczenia umożliwiającego opanowanie zaburzeń świadomości i zachowania w stopniu pozwalającym na przeprowadzenie dalszej diagnostyki, a ponieważ zaburzenia świadomości można było opanować najskuteczniej i najbezpieczniej dla pacjentki i innych osób właśnie na oddziale psychiatrycznym, przyjęcie powódki na Oddział Psychiatryczny Ogólny Szpitala w O. z medycznego punktu widzenia było uzasadnione. Postępowanie lecznicze wdrożone wobec powódki na Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym było prawidłowe. Pozostała część hospitalizacji powódki w Szpitalu w O. zarówno na Oddziale Ginekologicznym, jak i na (...), aż do bada jej wypisania 19 października 2007 r. była prawidłowa pod względem diagnostycznym i leczniczym.

Powódka przebywała na Oddziale Psychiatrycznym Szpitala w O. przez czas potrzebny na opanowanie zaburzeń świadomości i zachowania w stopniu umożliwiającym przeprowadzenie dalszej diagnostyki, a hospitalizacja na tamtejszym Oddziale nie była zbędnie przedłużana.

Wdrożone tam postępowanie diagnostyczne było prawidłowe i nawet gdyby K. B. (1) została przyjęta na Oddział Ginekologiczny, zamiast na Oddział Psychiatryczny Ogólny, najprawdopodobniej nie udało się przeprowadzić szerszej diagnostyki niż ta, która została przeprowadzona na Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym. W każdym bądź razie przeprowadzono tam konsultację ginekologiczną, po której przekazano chorą do Oddziału Ginekologicznego z podejrzeniem obumarcia płodu. Biorąc pod uwagę charakter i przebieg choroby, w tym wypadku nie było szans uratowania dziecka, przy czym prawdopodobne jest, że do śmierci płodu doszło jeszcze przed przyjęciem powódki

do szpitala w O. 10 października 2007 r. Za takim stanem rzeczy może przemawiać maceracja płodu stwierdzona po jego wydobyciu z jamy macicy 11 października 2007 r. Wewnątrzmaciczna śmierć płodu mogła zapoczątkować epizod zakrzepowo-zatorowy, który doprowadził do pogorszenia stanu zdrowia powódki naczyniopochodnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Aktualnie u powódki występuje naczyniopochodne uszkodzenie mózgu korowe i podkorowe, objawiające się napadowymi bólami głowy z towarzyszącymi zaburzeniami mowy i drętwieniem w obrębie prawej połowy ciała. N. uszkodzenie mózgu spowodowane jest w tym przypadku epizodem zakrzepowo-świadcatorowym, do którego doszło w przebiegu ciąży, w nocy z 9 na 10 października 2007 r., z dominującymi wówczas objawami zaburzeń świadomości i zachowania. Epizod ten wystąpił na podłożu genetycznie uwarunkowanej choroby - zmutowanego genu kodującego czynnika krzepnięcia krwi (F5). Choroba ta powoduje zwiększenie ryzyka powstania zmian zakrzepowo-zatorowych w organizmie w stosunku do osób zdrowych, przy czym w przebiegu ciąży ryzyko to jest jeszcze większe z uwagi na swego rodzaju fizjologiczną nadkrzepliwość krwi towarzyszącą ciąży.

Wada genetyczna powódki przebiegała bezobjawowo, aż do nocy z 9 na 10 października 2007 r. i z tego powodu nie było możliwe wcześniejsze jej wykrycie, a przez to nie było możliwości wdrożenia w czasie ciąży leczenia zmniejszającego ryzyko wystąpienia zmian zakrzepowo-zatorowych. Wskazania do badania w kierunku F5 L. są bowiem głównie nawracające epizody zakrzepicy żyłnej i zatorowości płucnej po zastosowaniu hormonalnych środków antykoncepcyjnych, a także niepowodzenia położnicze, zwłaszcza w przypadku stwierdzenia zawału łożyska, a takie sytuacje nie miały miejsca u powódki. Zarówno zgłaszane przez powódkę na około tydzień przed przyjęciem do szpitala dolegliwości żołądkowe i wymioty, jak i pobyt powódki w szpitalu w dniach 5-9 października 2007 r. z powodu bólów głowy, brzucha i wzrostu ciśnienia tętniczego, nie dawały żadnych podstaw do podejrzenia stwierdzonej w późniejszym okresie uwarunkowanej genetycznie choroby.

7 marca 2008 r. powódka zgłosiła w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w O. szkodę powstałą podczas pobytu w szpitalu na oddziale ginekologicznym i psychiatrycznym, polegającą na spowodowaniu u niej uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia oraz uszkodzenia ciała jej dziecka. Pismem z 21 kwietnia 2008 r. Dyrektor tej placówki poinformował powódkę, że jej zgłoszenie szkody przekazał ubezpieczycielowi – pozwanemu, z którym miał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej deliktowej i kontraktowej. Pismem z 19 listopada 2008 r. pozwany zakład ubezpieczeń, w odpowiedzi na zgłoszenie szkody z 11 października 2008 r. poinformował powódkę, że nie widzi podstaw do przyjęcia odpowiedzialności za przedmiotowe zdarzenie.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy uznał powództwo za bezzasadne.

Powódka domagała się naprawienia szkody w postaci pogorszenia się jej stanu zdrowia w wyniku zbędnych i niedopuszczalnych działań lekarzy (...) w O. oraz z tytułu naruszenia jej dóbr osobistych w postaci wolności i godności.

Sąd I instancji wskazał, iż zgodnie z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U.2011.277.1634 j.t. ze zm.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis zawiera podstawowe dyrektywy postępowania lekarza i pod ich kątem następuje badanie bezprawności oraz zawinienia lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędów lekarskich, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca,

standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności 2 zawodowej. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku „błędu w sztuce”, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, czyli polegający na zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy też mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, przydatny może być również test oparty na pytaniu, czy niekorzystnego skutku można było uniknąć a oraz czy lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej (lepiej).

Sąd I instancji wskazał, że Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w O. odpowiada wobec powódki w oparciu o art. 415 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. i art. 444 § 1 k.c. i art. 430 k.c., zaś pozwany zakład ubezpieczeń z mocy art. 822 k.c. z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

Sąd Okręgowy odwołując się do ustaleń faktycznych sprawy wskazał, że przyczyną pogorszenia się stanu zdrowia powódki 9 i 10 października 2007 r. był epizod zakrzepowo-zatorowy, który wystąpił na podłożu genetycznie uwarunkowanej choroby - trombofilii, przy czym ryzyko powstania zmian zakrzepowo-zatorowych w przebiegu ciąży było jeszcze większe. Choroba genetyczna powódki do października 2007 r. nie została zdiagnozowana i przebiegała bezobjawowo. Brak zatem przesłanek do prowadzenia poszerzonej diagnostyki w tym kierunku. Postępowanie medyczne wdrożone wobec powódki w Szpitalu w O. 10 października 2007 r. było prawidłowe i nacechowane należyta starannością. Biorąc pod uwagę stan powódki w chwili przyjęcia do Szpitala, umieszczenie na Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym było uzasadnione z medycznego punktu widzenia. Postępowanie medyczne wdrożone na tym Oddziale oraz w kolejnych dniach na Oddziale Ginekologicznym i (...) było również prawidłowe pod względem diagnostycznym i leczniczym. Biorąc pod uwagę powyższe Sąd Okręgowy uznał, iż powódka nie wykazała w niniejszej przesłanek odpowiedzialności ubezpieczonego Szpitala z art. 415 k.c. w postaci zawinionego działania szkodzącego powódce (czyn niedozwolony) oraz związku przyczynowego pomiędzy działaniem leczniczym Szpitala a pogorszeniem się stanu zdrowia powódki.

Według Sądu I instancji brak również przesłanek do zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t. ze zm.). Zgodnie z powyższym przepisem, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

W niniejszej sprawie powódka wskazywała na naruszenie jej dóbr osobistych w postaci wolności i godności. Sąd Okręgowy uznał, że umieszczenie powódki na Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym miało swoje uzasadnienie medyczne i nie oznaczało bezprawnego pozbawienia jej wolności. Powódka została umieszczona w osobnym pomieszczeniu, jej mąż był przy niej obecny. Pobyt powódki na tym oddziale nie był zbędny ani nadmierny. W tej sytuacji brak przesłanek do uznania, iż w trakcie hospitalizacji powódki w Szpitalu w O. zostały naruszone jej dobra osobiste w postaci wolności i godności. Brak było tym samym przesłanek do uwzględnienia żądania zapłaty zadośćuczynienia w oparciu o cytowany wyżej przepis ustawy o prawach pacjenta.

Tym samym brak podstaw odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń jako ubezpieczyciela sprawcy, co uzasadniało oddalenie powództwa w całości.

Apelację od wyroku wniosła powódka, zaskarżając go w części oddalającej powództwo i zarzucając naruszenie przepisów postępowania:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny materiału dowodowego polegającej na oparciu rozstrzygnięcia na niepełnej i nie rozstrzygającej wątpliwości opinii biegłych,

- art. 217 § 2 i 3 w zw. z art. 278 § 1 w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii biegłych, w sytuacji gdy poprzednio wydana opinia jest niepełna i nie wyjaśniono faktów mających istotne znaczenie dla sprawy,

- art. 286 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z uzupełniającej ustnej opinii, pomimo wniosku złożonego w piśmie powódki z 22 lutego 2012 r., zmierzającego do wyjaśnienia szeregu wątpliwości, których uzupełniająca pisemna opinia nie wyjaśniła,

- art. 281 w zw. z art. 49 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o wyłączenie biegłych, w sytuacji gdy zachodziły okoliczności uzasadniające wątpliwość co do bezstronności jednego z członków zespołu biegłych.

W konkluzji skarżąca wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Kaliszu do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny ustalił dodatkowo, co następuje:

gdy zachowanie pacjenta zagraża bezpośrednio jego życiu lub zdrowiu lub zdrowiu innych osób lub pacjent w sposób gwałtowny niszczy przedmioty w swoim otoczeniu, to zachodzą wówczas przesłanki do przyjęcia takiej osoby do szpitala psychiatrycznego lub na oddział psychiatryczny. Tylko w sytuacji oddziału psychiatrycznego można zastosować przymus bezpośredni, zabezpieczając w ten sposób pobudzoną pacjentkę. W przypadku powódki najbardziej prawdopodobne było to, że okaże się, iż przyczyna zaburzeń jej zachowania będzie nie psychiatryczna, czyli będzie wynikała nie z endogennej choroby psychicznej, a będzie to stan związany albo z zaburzeniem funkcjonowania pacjentki wynikającym z jej ogólnego stanu zdrowia lub trwającej ciąży. Powódka nie mogła przebywać na innym oddziale, bo personel nie byłby w stanie jej zabezpieczyć. Przy dostępie do pełnej diagnostyki w sensie możliwej konsultacji na oddziale psychiatrycznym, przebywanie powódki na oddziale ginekologicznym lub neurologicznym i tak nie skutkowało by szybszą diagnozą (tak biegły P. G. 00:53:35.603; 00:54:38.968).

Nie ma właściwie leku psychiatrycznego, który nie byłby w jakimś stopniu szkodliwy dla płodu. Lekarz może zastosować dany lek wtedy, kiedy ryzyko dla zdrowia kobiety jest większe niż ryzyko wady u płodu. Leki z grupy benzodwudiazepin, czyli między innymi relanium czy klonozepam, które otrzymała powódka, są lekami o takim profilu działania, które działają ogólnie uspokajająco, nasennie, wskazane są do niwelowania pobudzenia psychoruchowego. Zastosowanie tych leków wobec powódki w podanych jej dawkach było absolutnie wskazane. Takie leki podaje się od najmniejszych, skutecznych dawek, gdyż podanie największych dawek mogłoby pacjenta uspić, doprowadzić do śpiączki czy nawet zablokowania ośrodka oddechowego.

Na początku pobytu powódki na oddziale psychiatrycznym nie było wiadomo czy płód jest obumarły, zatem działanie farmakologiczne było uzależnione od istniejącej u powódki ciąży. (tak biegły P. G. 00:57:29.118).

Podane powódce leki nie mogły wpłynąć na zatorowość, która wystąpiła u niej (tak biegły P. G. 01:00:12.190).

Pacjentka była diagnozowana neurologicznie w pierwszej dobie pobytu w szpitalu. Nie postawiono rozpoznania udaru mózgu, mimo to, konsultujący neurolog zlecił badanie komputerowe głowy albo rezonans magnetyczny, który mógłby pomóc w postawieniu takiej diagnozy. Jednak pacjentka była pobudzona, nie udało jej się utrzymać pozycji leżącej i badania tomografem komputerowym nie udało się wykonać (tak biegła I. B. 01:04:30.618).

Stan powódki tj. splątanie, agresja wskazywał na to, że coś się z nią dzieje, że wymaga ona dalszej diagnostyki neurologicznej i lekarz neurolog odpowiednie badania zlecił. Udar mózgu jest procesem dynamicznym i rozpoznanie udaru można postawić nawet po dwudziestu czterech godzinach trwania objawów neurologicznych, których u powódki nie rozpoznano. Udar to zaburzenie funkcji mózgu. Jedynym objawem może być splątanie pacjentki – na podstawie przebiegu tego procesu można postawić diagnozę – udar mózgu. Można postawić taką diagnozę w sytuacji, gdy mija pewien okres czasu, bądź istnieją obiektywne objawy uszkodzenia mózgu, objawy ogniskowe lub oponowe, których nie było u chorej (tak biegła I. B. 01:06:18.730; 01:07:14.457).

Objawy, z którymi powódka zgłosiła się do szpitala niekoniecznie mogły świadczyć o udarze; mogły to być objawy jeszcze innych jednostek chorobowych. Między innymi podejrzewano zapalenie opon rdzeniowo – mózgowych, ale wykluczono to na podstawie wykonania punkcji lędźwiowej (tak biegła I. B. 01:08:09.593).

Przed wykonaniem badań diagnostycznych nie można było wdrożyć u powódki leczenia (tak biegła I. B. 01:08:36.154).

Jeżeli rozpoznaje się udar mózgu, należy włączyć leczenie przeciwzakrzepowe. Jednak ciąża wprowadza pewne ograniczenia, co do rodzaju leków przeciwzakrzepowych, które można wdrożyć, między innymi dopuszczalne jest stosowanie leku A. czy preparatów kwasu acetylo – salicylowego. Kiedy u powódki po skutecznym wykonaniu badania komputerowego mózgu stwierdzono ogniska niedokrwienne wdrożono odpowiednie leczenie (biegła I. B. 01:09:35.44 i 01:09:55.921).

Badanie neurologiczne, zlecenie badania EEG i następnie tomografu komputerowego głowy były przeprowadzone we właściwym czasie (tak biegła I. B. 01:12:59.945).

Powódka otrzymała początkowo lek R. doustnie, który podaje się w stanach pobudzenia, następnie podano jej lek M. i R. dożylnie. M. podaje się również w przypadku udaru mózgu, w obrzęku mózgu różnego pochodzenia, zatem nawet, jeśli później okazało się, że powódka doznała udaru, to M. podany wcześniej na pewno miał korzystne działanie. Również podanie antybiotyku miało pozytywny wpływ na neurologiczne schorzenie u powódki – w trakcie udaru antybiotykoterapia jest jedną z metod leczenia (tak biegła I. B. 01:15:09.159, 01:15:38.672).

Podanie powódce od razu silniejszych leków uspokajających zamazałoby stan neurologiczny, dlatego że doprowadziłyby do uspienia pacjentki, zwiócenia mięśni, kończyn, zniesienia odruchów, które są konieczne do badania neurologicznego. W badaniu neurologicznym byłyby nie do wychwycenia jakiegokolwiek objawy ogniskowego uszkodzenia mózgu, neurolog nie mógłby ocenić deficytów neurologicznych, zatem opóźniłoby to diagnostykę (tak biegła I. B. 01:16:41.252, 01:17:57.742, 01:19:46.587).

Bez badań obrazowych nie można było postawić u powódki diagnozy co do udaru mózgu tak biegła I. B. 01:20:26.610).

Można było ewentualnie znieczulić pacjentkę i wykonać badanie obrazowe, ale w takim badaniu podaje się kontrast i musi być świadoma zgoda pacjenta na dokonanie badania z podaniem kontrastu, której to zgody powódka nie byłaby w stanie wyrazić (tak biegły P. G. 01:22:06.737). Pierwsza konsultacja neurologiczna powódki była wykonana o prawidłowym czasie (tak biegła I. B. 01:24:46.980).

Zawsze wcześniejsze wykrycie udaru zmniejsza jego następstwa, ale nie ma leku, którym można byłoby spowodować cofnięcie procesu uszkodzenia mózgu, gdyż te mają charakter nieodwracalny. Część podanych powódce leków i tak miało wpływ na łagodzenie objawów udaru (tak biegła I. B. 01:25:46.559, 01:26:08.341, 01:26:43.76). Podane powódce leki miały też wpływ na złagodzenie objawów rombofilii, mimo, że ta choroba nie została u powódki zdiagnozowana (tak biegła I. B. 01:26:58.941).

Obecnie nie ma możliwości stwierdzenia jaki był patomechanizm obumarcia płodu w przebiegu ciąży u powódki. Śmierć wewnątrzmaciczna płodu może doprowadzić do zaburzeń w układzie krzepnięcia, które mogą manifestować się objawami zatorowo- zakrzepowymi, ale występuje to dopiero w jakiś czas po obumarcu płodu. W tym przypadku śmierć płodu nie powinna mieć wpływu na wystąpienie takiego zjawiska (tak biegły S. J. 00:03:50.559). Na przyczynę zgonu płodu mogły się nałożyć takie elementy jak nadkrzepliwość, którą zdiagnozowano u powódki w późniejszym okresie, nadkrzepliwość, która czasem bywa w ciąży, a także każde wahnięcie w dobrostanie płodu we wczesnej fazie jego rozwoju, w jakiej się znajdował (tak biegły S. S. 00:35:16.844).

Nie można stwierdzić kiedy płód obumarł. Płód żył, co stwierdzono w badaniu USG w dniu 9 października, a obumarł 10 lub 11 października. Maceracja płodu świadczy o tym, że od obumarcia płodu do urodzenia tego płodu upłynął jakiś czas, przy czym nie można stwierdzić jednoznacznie jaki (tak biegły S. J. 00:05:49.688). Maceracja z reguły pojawia się między 24-tą, a 48-ą godziną po śmierci wewnątrzmacicznej płodu, zaczynają się wtedy procesy rozkładowe. Może to też już nastąpić po 16 – tu czy 18-tu godzinach (tak biegły S. S. 00:36:19.926).

Jest mało prawdopodobne, żeby tak stosunkowo krótko po obumarcu płodu wystąpiły zaburzenia krzepnięcia spowodowane śmiercią płodu (tak biegły S. J. 00:05:15.528).

Zielony płyn owodniowy najczęściej świadczy o tym, że było niedotlenienie płodu, który oddał smółkę. Jeśli dochodzi do obumarcia płodu, to najczęściej wcześniej występuje niedotlenienie, które powoduje, że wody stają się zielone (tak biegły S. J. 00:06:21.468).

U powódki wystąpiły incydenty naczyniowe, które zaburzały krzepnięcie krwi u powódki. Wydaje się, że nie mogło to spowodować na tyle dużych zmian w krążeniu płodowym, ażeby płód obumarł (tak biegły S. J. 00:07:09.948). Same incydenty naczyniowe u matki o typie mózgowym nie będą miały, aż tak dużego wpływu na krążenie łożyskowe (tak biegły S. J. j.w).

Przy ciąży na poziomie 19, 20 tygodnia nie ma żadnych możliwości leczenia takiego płodu. Szanse takiego płodu po urodzeniu są zerowe. Jeśli płód obumrze to dochodzi do indukcji porodu naturalnego (tak biegły S. J. 00:08:15.868).

Ewentualne leczenie płodu może być leczeniem pośrednim – podaje się leki matce, żeby zadziałały na płód, ale z reguły kończy się to nie najlepiej (tak biegły S. J. 00:09:56.752).

W niniejszym przypadku ważniejsze było leczenie powódki niż obserwowanie co się będzie działo z płodem, zatem dla powódki było generalnie lepiej, że znalazła się na psychiatrii, bo tam zespół był lepiej przygotowany do leczenia pacjentki. Ginekolodzy i tak nic by nie zrobili z płodem, bo praktycznie nie było możliwości jego leczenia (tak biegły S. J. 00:10:42.092).

Kiedy stwierdza się obumarcie płodu zazwyczaj indukuje się poród drogą naturalną. Wykonanie cięcia cesarskiego w takim wypadku z reguły wchodzi w grę wtedy, gdy wymaga tego stan zdrowia pacjentki. W sytuacji powódki sam akt porodu mógł nasilić różnego rodzaju zmiany naczyniowe, bo wiąże się to z wysiłkiem jak też zmianami hemodynamicznymi. Cesarskie cięcie u powódki należało wykonać, gdy była pełna obsada lekarska w szpitalu, kiedy została ona wyprowadzona z ostrego stanu neurologicznego (tak biegły S. J. 00:13:52.242).

Decyzję o cesarskim cięciu podjęto, bo stwierdzono u powódki zaburzenia krzepnięcia, nastąpił bowiem wzrost didimerów i chodziło o to aby nie mobilizować jeszcze bardziej układów wykrzepiania i nie doprowadzić do uogólnionego wykrzepiania u pacjentki (tak biegły S. S. 00:38:54.284).

Wcześniej przy badaniu u powódki płynu rdzeniowo-łędźwiowego podano jej znieczulenie dożylnie, do cięcia cesarskiego trzeba zaś zastosować inny rodzaj znieczulenia zewnątrzoponowe albo ogólne.

Znieczulenie łądźwiowe było wykonane w ramach diagnostyki w celu przeprowadzenia punkcji łądźwiowej i potwierdzenia lub wykluczenia procesu zapalnego w ośrodkowym układzie nerwowym (tak biegły S. S. 00:40:20.943).

Objawy neurologiczne, z którymi zgłosiła się pacjentka były objawami, których przyczyną mogły być różne rzeczy związane z jej stanem zdrowia, stąd podjęto diagnostykę zlecając to oddziałowi, który zajmuje się stanami agresji, zaburzeń świadomości i diagnostykę tę przeprowadzono bardzo solidnie i prawidłowo (tak biegły S. S. 00:43:41.732, 00:44:09.738).

Powódka była konsultowana przez internistę, okulistę, żeby zobaczyć, czy dno oka nie ulega zaburzeniu i nie wzrasta ciśnienie śródczaszkowe, przez neurologa i ginekologa. Telefoniczne porozumienie z innym lekarzem też jest konsultacją (tak biegły S. S. 00:44:19.404, 00:44:37.645).

Rozszerzono diagnostykę hematologiczną stwierdzając, że zaczynają się zaburzenia w układzie krzepnięcia i wtedy podjęto decyzje co robić. Nie było działań nieprzewidzianych – całość działania zarówno diagnostycznego jak i terapeutycznego była właściwa i czas wykonywania poszczególnych czynności był w granicach takich, w jakich powinno się to robić (tak biegły S. S. 00:45:43.738, 00:46:02.931).



W tym przypadku obumarciu płodu było wczesne i dlatego raczej nie miało wpływu na procesy zakrzepowe; nasilenie procesów zakrzepowych mogło by mieć miejsce, gdyby obumarły płód przebywał w łonie matki kilka dni, a tu był jeden dzień różnicy kiedy płód żył, a kiedy nie żył (tak biegły S. S. 00:48:30.891, 00:48:48.450).

Podanie leków przeciwzakrzepowych powódce bez przeprowadzenia diagnostyki zaburzeń neurologicznych nie byłoby poprawnym działaniem (tak biegły S. S. 00:50:45.827).

Kiedy powódka zagorączkowała dostała antybiotyk A. o szerokowidmowym działaniu, po telefonicznej konsultacji z lekarzem ginekologiem. Antybiotyk w takiej sytuacji pacjentka i tak by dostała niezależnie od tego czy byłaby zbadana przez ginekologa, czy nie (tak biegły S. J. 00:16:28.023, 00:16:30.533, 00:16:44.783).

Żadne czynności nie wyeliminowałyby w tym przypadku ryzyka obumarcia płodu (tak biegły S. J. 00:17:20.178).

Na tym poziomie ciąży jaki był u powódki nie miało większego znaczenia czy byłaby ona zbadana ginekologicznie czy nie, bo nie było możliwości leczenia płodu, czy zapobieżenia obumarcia płodu – na to lekarze nie mieli wpływu (tak biegły S. J. 00:18:29.35)

Jest szansa, żeby coś zrobić kiedy płód jest zdolny do życia po urodzeniu. Na poziomie 20 tygodni płód de facto jest niezdolny do życia. Z punktu widzenia położniczego czy ginekologiczno-położniczego i tak by się nic nie zrobiło poza obserwacją.

Dlatego powódka winna się znaleźć na oddziale psychiatrycznym czy neurologicznym, żeby ją leczyć, a nie próbować zajmować się płodem, czyli tylko prowadzić obserwację. Zajmowanie się problemami neurologiczno-psychiatrycznymi na oddziale ginekologicznym byłoby mało kompetentne (tak biegły S. J. 00:19:56.804).

Sam fakt zbadania ginekologicznego powódki nie zmieniałby losów płodu- gdyby płód żył, to lekarze nic by nie zrobili, gdyby stwierdzono, że płód nie żyje, to należało tylko podjąć decyzję, kiedy należy rozwiązać ciążę (tak biegły S. J. 00:23:23.581, 00:23:35.58).

Jeżeli przy przyjęciu do szpitala pacjentka nie ma podwyższonej temperatury, nie ma podejrzenia, że toczy się jakiś stan zapalny, to badanie (...) nie jest standardowym badaniem, które zleca się każdej pacjentce (tak biegły S. J. 00:27:39.380).

W ciąży fizjologicznie może występować podwyższenie poziomu leukocytów. Poziom 14 tysięcy, jaki występował u powódki był górną granicą normy, pacjentka początkowo nie gorączkowała, więc nie było wskazań żeby cokolwiek z tym robić (tak biegły S. J. 00:29:05.954, 00:30:08.20).

Niezależnie od tego, czy stwierdzono by od razu, że płód jest obumarły, to wykonanie cesarskiego cięcia u pacjentki z niezdiagnozowanymi problemami mózgowymi byłoby dla niej niebezpieczne. Zabieg operacyjny łączy się ze znieczuleniem ogólnym, utratą krwi z ewentualnymi powikłaniami, co mogło spowodować nasilenie objawów neurologicznych – pacjentka mogła umrzeć, albo obudzić się jako roślina. W związku z tym rozpoznanie martwego płodu i tak by odwlekało zabieg cesarskiego cięcia do czasu ustabilizowania objawów neurologiczno-psychiatrycznych albo przynajmniej do częściowego lub całkowitego ich zdiagnozowania (tak biegły S. J. 00:32:32.959).

### ***Sąd Apelacyjny zważył co następuje:***

Apelacja nie jest zasadna.

Przede wszystkim nie można podzielić zarzutu naruszenia art. 281 w związku z art. 49 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o wyłączenie biegłych, w sytuacji gdy zachodziły okoliczności uzasadniające wątpliwość co do bezstronności jednego z członków zespołu biegłych.

Po pierwsze zarzut ten w apelacji nie został w ogóle umotywowany.

Po wtóre art. 281 k.p.c. w związku z art. 49 k.p.c. w ogóle nie daje podstaw do wyłączenia całego zespołu biegłych w sytuacji, gdyby wątpliwości co do bezstronności zachodziły, tylko w stosunku do jednego członka zespołu biegłych.

W końcu Sąd Okręgowy szczegółowo uzasadnił przyczyny oddalenia wniosku o wyłączenie biegłych z uwagi na sytuację biegłego prof. dr habil. S. J., który był recenzentem rozprawy doktorskiej dr P. S. – brata T. S. – świadka w niniejszej sprawie. Sąd podkreślił, że brak przesłanek do uwzględnienia wniosku wynika przede wszystkim z braku świadomości biegłego prof. dr habil. S. J. co do pokrewieństwa P. i T. S., a nadto z faktu, że tego rodzaju okoliczność nie może być uznana za wywołującą uzasadnioną wątpliwość co do bezstronności biegłego.

Rozważań Sądu Okręgowego w tym zakresie apelująca w żaden sposób nie zakwestionowała.

Można było podzielić zarzut naruszenia art. 286 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z uzupełniającej ustnej opinii biegłych celem wyjaśnienia wątpliwości co do jej treści zgłoszonych przez powódkę.

Pełnomocnik powódki sprecyzowała wątpliwości i zastrzeżenia co do opinii instytutu zarówno w piśmie z 22 lutego 2012 roku jak i z dnia 20 sierpnia 2013 roku, twierdząc, że mimo sporządzenia pisemnej opinii uzupełniającej, szereg kwestii nie zostało dostatecznie wyjaśnionych.

W takiej sytuacji wskazane było zażądanie od biegłych ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, zgodnie z treścią art. 286 k.p.c.

Nie mniej podjęcie czynności w tym zakresie możliwe było na etapie postępowania apelacyjnego, w trakcie którego zarządzone złożenie ustnych wyjaśnień do pisemnej opinii przez biegłych lekarzy o specjalnościach przydatnych z punktu widzenia zgłoszonych przez powódkę pytań i wątpliwości.

Biegli złożyli obszernie wyjaśnienia odnosząc się zarówno do kwestii zgłoszonych przez powódkę w apelacji, w piśmie z 27 kwietnia 2014 roku, a także pytań zadawanych przez pełnomocnika powódki na rozprawie apelacyjnej w dniu 25 czerwca 2014 roku.

Biegli wyjaśnili, że do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu mogło dojść przed przyjęciem powódki do szpitala, że przy jej przyjęciu, nie było podstaw do wykonania u niej badania (...) i nie było możliwości wykonania u powódki badania USG z uwagi na jej agresywne i nadpobudliwe zachowanie, które zostało odnotowane w dokumentacji lekarskiej.

W związku z zachowaniem pacjentki, koniecznością zabezpieczenia zarówno jej, jak i innych pacjentów oraz przeprowadzenia prawidłowej diagnostyki psychiatryczno-neurologicznej, zasadne było umieszczenie pacjentki na oddziale psychiatrycznym, gdyż tylko tam możliwe było zastosowanie wobec niej przymusu bezpośredniego – przywiązania do łóżka. W pierwszej kolejności należało zająć się powódką – zdiagnozować jej stan neurologiczny. Na oddziale ginekologicznym płód mógłby być tylko obserwowany nie można było natomiast zapobiec obumarciu płodu. W sytuacji stwierdzenia przy przyjęciu powódki obumarcia płodu należałoby podjąć decyzję o indukcji naturalnego porodu lub o dokonaniu cesarskiego cięcia, ale możliwe to było do przeprowadzenia dopiero po zdiagnozowaniu u pacjentki stanu neurologicznego, zatem tym bardziej w takim przypadku zasadne było skierowanie powódki na oddział psychiatryczny. Obumarcie płodu nie mogło zapoczątkować u powódki epizodu zakrzepowatorowego – było to wczesne obumarcie, zaś nasilenie procesów zakrzepowych może nastąpić jeśli martwy płód w łonie matki przebywałby kilka dni. Zatem wczesne wykrycie obumarłego płodu nie uchroniłoby powódki przed naczyniopochodnym uszkodzeniem mózgu. Prowadzona wobec powódki diagnostyka neurologiczna była prawidłowa.

Kolejno eliminowano możliwe schorzenia, takie jak np. zapalenie opon mózgowych, i mimo początkowego braku zdiagnozowania udaru mózgu, zastosowano leczenie poprzez podanie leku M. i szeroko widmowego antybiotyku A., które ograniczyły skutki udaru. Powódka trafiła do szpitala z objawami, które między innymi mogły świadczyć o udarze – jego skutkom w postaci uszkodzenia mózgu nie dałoby się już całkowicie zapobiec. Konsultacje neurologiczne i internistyczna przeprowadzone były w czasie właściwym, kiedy po podaniu powódkce leku R., zmniejszono jej stan

pobudzenia i możliwe było przeprowadzenie części badań. Stwierdzenie udaru mózgu mogło być dokonane dopiero przy pomocy badań obrazowych, które neurolog zlecił, ale można je było wykonać dopiero po ustabilizowaniu stanu pobudzenia powódki.

Celowość działań zarówno diagnostycznych jak i terapeutycznych podejmowanych wobec powódki była prawidłowa. Nie dokonano działań nieprawidłowych.

N. uszkodzenie mózgu u powódki spowodowane było epizodem zakrzepowo – zatorowym, do którego doszło u niej w przebiegu ciąży w nocy z dnia 9 na 10 października 2007 roku. Epizod ten wystąpił na podłożu genetycznie uwarunkowanej choroby trombofilii czyli zmutowanego genu kodującego czynnik krzepnięcia krwi.

Wada genetyczna powódki przebiegała bezobjawowo, nie było możliwe wcześniejsze jej wykrycie i wdrożenia w czasie ciąży leczenia zmniejszającego ryzyko wystąpienia zmian naczyniowo – zatorowych. Stwierdzone u powódki objawy nie dawały żadnych podstaw do podejrzewania u niej stwierdzonej w późniejszym okresie uwarunkowanej genetycznie choroby.

Objawy neurologiczne, z którymi powódka zgłosiła się do szpitala mogły być objawami różnych jednostek chorobowych, stąd podjęto diagnostykę, która miała doprowadzić do postawienia właściwej diagnozy i zlecono to oddziałowi, który zajmuje się stanami agresji i zaburzeń świadomości.

Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, że możliwość przypisania odpowiedzialności szpitalowi w O., za który odpowiada pozwany ubezpieczyciel, byłoby możliwe w przypadku przypisania lekarzowi (któremuś z zespołu lekarzy leczących powódkę) winy w sensie obiektywnym i subiektywnym. Chodziłoby więc o naruszenie zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii (jako element obiektywny) i naruszenie przez lekarza reguł staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako staranności zawodowej (jako element subiektywny).

Pacjent, który występuje z powództwem odszkodowawczym musi udowodnić podstawy swojego roszczenia, w tym także winę lekarza ( tak M. Nesterowicz w „Prawo medyczne”, wyd. IX, Toruń 2010 str. 88).

Powódka nie wykazała żadnych zaniedbań w postępowaniu lekarzy szpitala w O.. Z opinii instytutu (...) w Ł., w ramach którego opinie opracowywało 7 lekarzy specjalistów, w tym lekarz psychiatra, neurolog, patomorfolog, ginekolog – położnik, psycholog kliniczny, wynikało że w postępowaniu leczniczym stosowanym wobec powódki nie było żadnych błędów czy nieprawidłowości, zarówno w procesie diagnostycznym jak i terapeutycznym.

Powódka twierdziła, że doznała uszczerbku na zdrowiu wskutek braku diagnozy, co do choroby trombofilii i niepodjęcia w związku z tym odpowiedniego leczenia, a zamiast tego skierowania jej na oddział psychiatryczny, gdzie stan zdrowia powódki pogorszył się, a nadto doszło do obumarcia płodu.

Z opinii biegłych wynikało że choroba powódki ma podłoże genetyczne, że nigdy wcześniej nie ujawniły się jej objawy, a jej zdiagnozowanie możliwe było dopiero w oparciu o badania genetyczne – możliwe do przeprowadzenia dopiero po przeprowadzeniu diagnostyki w kierunku ewentualnych innych chorób.

Taką diagnostykę podjęto wykonując u powódki badanie neurologiczne, EEG, punkcję lędźwiową, a następnie badanie tomografem komputerowym, które ujawniło przebyty udar mózgu. Już w trakcie badań podano pacjentce leki jak M. czy antybiotyk A., które złagodziły przebieg i skutki udaru.

Objawy, z którymi powódka zgłosiła się do szpitala mogły świadczyć o różnych jednostkach chorobowych, nie tylko o udarze, zatem najpierw należało ustalić jaka jednostka chorobowa występuje u powódki, a następnie wdrożyć leczenie.

Możliwości terapeutyczne wobec powódki były ograniczone, gdyż była ona w ciąży, a nadto wykazywała zaburzenia psychiczne, które trzeba było najpierw ustabilizować.

Zatem jeśli chodzi o roszczenia powódki związane z jej uszczerbkiem na zdrowiu polegającym na naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu korowym i podkorowym, w związku z wystąpieniem udaru mózgu, to choroba powódki w postaci trombofilii, która stanowiła podłoże zmian zakrzepowo-zatorowych, przebiegała u niej bezobjawowo, aż do nocy z 9 na 10 października 2007 r. i z tego powodu nie było możliwości jej wcześniejszego wykrycia, a przez to nie było możliwości wdrożenia w czasie ciąży powódki leczenia zmniejszającego ryzyko wystąpienia owych zmian zakrzepowo-zatorowych.

T. leczy się lekami przeciwzakrzepowymi, między innymi lekiem Warfaryna, którego w ciąży nie podaje się. Jednak mimo nie zdiagnozowania tej choroby w szpitalu w O. podano powódce leki, które miały wpływ na złagodzenie przebiegu objawów tej jednostki chorobowej.

W tym zakresie lekarzom prowadzącym diagnostykę psychiatryczną i neurologiczną, a następnie wdrażającym leczenie nie można przypisać winy w postaci niedbalstwa, czy chociażby culpa levisima.

Jeśli chodzi o uszczerbek na zdrowiu czy rozstrój zdrowia powódki spowodowany koniecznością cięcia cesarskiego wskutek obumarcia płodu, to powódka nie wykazała, ażeby uszczerbek taki w ogóle u niej wystąpił, a poza tym wobec obumarcia płodu i konieczności w miarę szybkiego jego wydobycia w związku z trwającym u powódki udarem, wykonanie cesarskiego cięcia było konieczne i zgodne ze sztuką medyczną.

W zakresie potrzeby przeprowadzenia tego zabiegu, sposobu jego dokonania, czy ewentualnych niepomysłnych skutków cesarskiego cięcia powódka nie udowodniła żadnych nieprawidłowości czy błędów, a więc zawinienia ze strony lekarzy dokonujących zabiegu.

Powódka nie ma samodzielnych roszczeń z tytułu uszkodzenia ciała jej dziecka – jak wywodziła w pozwie.

Zgodnie z treścią art. 446<sup>1</sup> k.c., gdyby dziecko urodziło się żywe mogłoby żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem. Jednak dziecko powódki nie urodziło się żywe.

Można by rozpatrywać ewentualnie roszczenie z art. 448 k.c. w związku z art. 23, 24 k.c. w odniesieniu do naruszenia więzi rodzinnej w związku ze śmiercią dziecka poczętego, ale po pierwsze powódka z tego tytułu roszczeń z ochrony dóbr osobistych nie zgłosiła, a po wtóre z opinii biegłych wynikało, że nie można ustalić przyczyny obumarcia płodu, czasu obumarcia, a także nie było możliwości wdrożenia jakiegokolwiek leczenia, które zapobiegłoby obumarciu płodu, także w tym zakresie nie można by przypisać lekarzom winy, wymaganej dla dochodzenia zadośćuczynienia z art. 448 k.c.

Powódka zgłosiła natomiast roszczenie o zadośćuczynienie z art. 448 k.c. w związku z art. 23, 24 k.c. wobec skierowania jej na oddział psychiatryczny w szpitalu w O. i traktowania jej tam w sposób upokarzający i pozbawiający cech poszanowania godności pacjenta.

W trakcie przyjęcia do szpitala w dniu 9 października 2007 r. powódka wykazywała zaburzenia psychiczne, zachowując się agresywnie, niszcząc sprzęty, co zostało odnotowane w dokumentacji medycznej.

Na oddziale ginekologicznym nie było możliwości zabezpieczenia zarówno jej samej jak i innych pacjentów przed jej nadpobudliwym zachowaniem, a także nie można by tam było zastosować środków przymusu bezpośredniego w postaci chociażby przywiązania do łóżka.

Zgodnie z treścią art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19.08.1994 r. (obecnie tekst jednolity Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.) w brzmieniu z 2007 r., osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.

Natomiast według treści art. 18 ust. 1 wobec osób z zaburzeniami psychicznymi może być zastosowany przymus bezpośredni, gdy osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby,

b) bezpieczeństwu powszechnemu,

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu .

W przypadku powódki, której zachowanie przy przyjęciu do szpitala było agresywne, polegało na niszczeniu sprzętów, zachodziły ustawowe podstawy do umieszczenia jej bez jej zgody na oddziale psychiatrycznym i zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci przywiązania do łóżka.

Powódka nie wykazała w tym zakresie nawet bezprawności działania.

Nie mogło dojść do naruszenia art. 4.1 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, gdyż ustawa ta nie obowiązywała w czasie pobytu powódki w szpitalu w O. w październiku 2007 r.

Powódka mogła ewentualnie oprzeć swoje roszczenie na podstawie art. 19a ustawy z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), który utracił moc dopiero z dniem 5.06.2009 r. w związku z uchynieniem rozdziału 1a zawierającego przepisy art. 19, 19a, 19b na podstawie art. 2 pkt 4 ustawy z 24.04.2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (...) (Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641).

Zgodnie z treścią art. 19a powołanej ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i 3 oraz ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

Art. 18 dotyczył kwestii dokumentacji medycznej, zaś art. 19 ust. 1 przewidywał, że pacjent ma prawo do:

1. świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej,
2. informacji o swoim stanie zdrowia,
3. wyrażenia zgody na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
4. intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W ust. 3 wskazywano, że w przypadku osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do:

1. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez siebie,
2. kontaktów osobistych, telefonicznych lub korespondencyjnych z osobami z zewnątrz,
3. opieki duszpasterskiej.

Powódka nie sprecyzowała dokładnie w czym w odniesieniu do sytuacji przewidzianych w przytoczonych przepisach upatruje naruszenia jej dóbr osobistych powodującego doznanie krzywdy, ale w istocie odniosła to do skierowania jej na oddział psychiatryczny i unieruchomienia w łóżku.

Cytowane przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jako *lex specialis* do unormowań z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, dawały podstawę do umieszczenia powódki na oddziale psychiatrycznym i zastosowania wobec niej przymusu bezpośredniego, do czego odniesiono się we wcześniejszej części uzasadnienia.

Pobyt na oddziale psychiatrycznym zapewniał powódce poczucie intymności – z zeznań jej męża S. B. wynikało, że była ona sama w pokoju dwuosobowym, mógł być przy niej obecny jej mąż, któremu udzielono informacji o stanie żony i podejmowanych czynnościach medycznych.

Zatem nie doszło do zawinionego naruszenia praw powódki jako pacjentki, które mogłoby skutkować zasądzeniem zadośćuczynienia na podstawie art. 19a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Wobec uzupełniającego przesłuchania biegłych na rozprawie apelacyjnej w dniu 25 czerwca 2014 r. i umożliwienia pełnomocnikowi powódki zadania pytań – zarówno w formie pisemnej jak i ustnej, odnoszących się do wątpliwości i zastrzeżeń zgłoszonych w apelacji, zdezaktualizował się zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny materiału dowodowego polegającej na oparciu rozstrzygnięcia na niepełnej i nie rozstrzygającej wątpliwości opinii biegłych. Po wysłuchaniu biegłych na rozprawie apelacyjnej, pełnomocnik powódki oświadczył, że nie składa dalszych wniosków dowodowych, z czego wynikało, że wątpliwości co do opinii zostały wyjaśnione.

Tym samym nie ma uzasadnienia zarzut naruszenia art. 217 § 2 i 3 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 w związku z art. 227 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii biegłych.

W tej sytuacji apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Biorąc pod uwagę fakt, że powódka podczas pobytu w szpitalu przeszła udar mózgu, obumarła jej ciąża, doznała uszczerbku na zdrowiu wywołanego chorobą genetyczną w postaci naczyniopochodnego uszkodzenia mózgu, jest osobą niepełnosprawną i częściowo nieporadną życiowo odczuwającą subiektywne poczucie krzywdy, jej mąż cierpi na chorobę nowotworową i obydwójce mają niskie dochody i ograniczone możliwości podjęcia zatrudnienia, Sąd Apelacyjny uznał, że zachodzi szczególnie uzasadniony przypadek dający podstawę do nieobciążania powódki kosztami postępowania apelacyjnego w oparciu o art. 102 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c.