

Sygn. akt I ACa 65/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 sierpnia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Anna Cesarz (spr.)

Sędziowie: SA Alicja Myszkowska

SO del. Paweł Hochman

Protokolant: sekr. sąd. Iga Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 11 sierpnia 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **H. J.**

przeciwko **Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Z.**

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 9 listopada 2016 r. sygn. akt II C 92/14

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od H. J. na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. kwotę 1.000 (jeden tysiąc) zł z tytułu zwrotu części kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym,**

3. **przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz P. K. prowadzącego Kancelarię Adwokacką w Ł. kwotę 3.321 (trzy tysiące trzysta dwadzieścia jeden) zł brutto tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt I ACa 65/17

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 9 listopada 2016 roku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa H. J. przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w Z. o zapłatę w punkcie :

1. oddalił powództwo;

2. nie obciążył powódki zwrotem nieopłaconej opłaty sądowej od pozwu i wydatkami, poniesionymi tymczasowo ze Skarbu Państwa i przejął je na rachunek Skarbu Państwa;

3. nie obciążył powódki zwrotem kosztów procesu na rzecz pozwanego;

4. zasądził od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi na rzecz adwokata P. K. kwotę 4.428 złotych w tym 828 złotych podatku VAT tytułem nieopłaconego zastępstwa procesowego za powódkę z urzędu.

Powyższe orzeczenie zapadło na gruncie ustaleń faktycznych, które Sąd Apelacyjny akceptuje w całości i przyjmuje za własne.

Z ustaleń tych wynika, że mąż powódki L. J. (1) zmarł w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. w dniu 1 sierpnia 2010 r. w wyniku rozległego krwotoku śródmózgowego, po dwóch tygodniach leczenia zachowawczego (niezabiegowego).

L. J. został przyjęty do pozwanego szpitala w dniu 18 lipca 2010 r., po bliżej nieokreślonym urazie głowy, który określany jest w dokumentacji jako napad padaczkowy. Na taką etiologię urazu brak dowodów. Powódka zawiadomiła tego dnia pogotowie ratunkowe do męża, ponieważ zaniepokoiło ją drobne, o wielkości ok. 1 cm, podeszłe krwią draśnięcie w okolicy potylicznej. Ok. miesiąc wcześniej, 12 czerwca 2010 r. L. J. doznał urazu głowy, w wyniku którego doszło do powstania krwiaka w tylnym dole czaszki. Chorego operowano w Szpitalu im. (...).

Wykonano wówczas kraniektomię podpotyliczną z dobrym skutkiem neurologicznym. Brak związku przyczynowo-skutkowego między obiema hospitalizacjami. Pierwsza hospitalizacja była ewidentnie związana z urazem, jako pierwotną przyczyną krwiaka nad prawą półkulą mózdzku, druga ma bardzo niejasną etiologię i uraz głowy był w tym przypadku najprawdopodobniej wtórny do patologii mózgowej. Między tymi hospitalizacjami nie ma dowodów na występowanie u chorego padaczki.

Przy przyjęciu do szpitala w dniu 18 lipca 2010 r. u chorego zaobserwowano napad padaczkowy. Wykonano badanie CT głowy, które wykazało drobne ognisko krwotoczne w lewym płacie potylicznym, głęboko, przystarzałkowo 10 mm, bez krwotoku podpajęcznego. Chory przy przyjęciu do szpitala był przytomny ale bez kontaktu logicznego. Poproszono o konsultację neurochirurga P. S. i chory został skierowany jako chory pourazowy do oddziału chirurgicznego. Procedura przy napadzie padaczkowym w pozwanym szpitalu jest taka, że jeżeli jest to pojedynczy napad i pacjent odzyskuje przytomność, nie pozostawia się go w szpitalu. Jeśli są jakiegokolwiek wątpliwości, tak jak miało to miejsce w przypadku L. J., pacjent pozostaje w szpitalu. Jeśli są dane, że miał miejsce uraz głowy, pacjent pozostaje w oddziale zabiegowym /chirurgia lub neurochirurgia/. Jeśli nie było urazu, chory pozostaje na neurologii, gdy dzieje się coś niepokojącego. Jeśli chory jest bez kontaktu logicznego, przeważnie wykonuje się badanie komputerowe głowy i badania laboratoryjne, które pozwalają różnicować czy nie ma czynnika metabolicznego - niski/wysoki poziom cukru, niewydolność nerek, niewydolność wątroby. Przeważnie badania te zleca lekarz (...) u. Chory nie wymagał interwencji zabiegowej tylko obserwacji. Uwidocznione w badaniu zmiany były niewielkie.

Poproszony o konsultację w izbie przyjęć neurochirurg zlecił wykonanie u L. J. badań EKG, badań laboratoryjnych i tomografii komputerowej. W oddziale chirurgicznym, jeszcze tego samego dnia w godzinach popołudniowych, stan chorego gwałtownie się pogorszył. Po kilku godzinach pobytu w Oddziale (...) Ogólnej, w godzinach wieczornych doszło do kolejnego napadu padaczkowego.

W oddziale chirurgii L. J. leżał na korytarzu, przy dyżurce pielęgniarek. Podczas kolejnego napadu padaczkowego w oddziale chirurgii, L. J. spadł z łóżka. Nikt z personelu nie był obecny przy tym incydencie. O powyższym zdarzeniu personel został zawiadomiony przez pacjentów.

Wykonano ponowne badanie CT głowy. Poproszono o kolejną konsultację neurochirurga. W kolejnym badaniu CT głowy stwierdzono: „nowe strefy krwotoczne w strukturach głębokich mózgu obustronnie oraz w prawym płacie potylicznym, rozległą strefę hypodensji obrzękowej do 9 cm obejmującą struktury głębokie mózgu i płaty ciemieniowe od strony przysrodkowej, świeżą krew w obu komorach bocznych”. Obraz radiologiczny przekładał się na stan kliniczny pacjenta, który określano w dokumentacji jako „ciężki i skrajnie ciężki”. Pacjent został zaintubowany i pozostawał na oddechu zastępczym z respiratora. Mimo włączonego leczenia przeciwobrzękowego stan chorego nie ulegał poprawie. W kolejnym badaniu CT głowy z dnia 27 lipca 2010 r. stwierdzono dalszą progresję patologii krwotocznej mózgu, nazywaną krwiogłowiem (komory mózgowe wypełnione krwią, krew w przestrzeniach

podpajęcznych, w zbiornikach podstawy mózgu) oraz cechy znacznego obrzęku mózgowia. W takich przypadkach rokowanie jest zawsze niepomyślne. Chory miał zostać przeniesiony do (...) ale ze względu na brak miejsc przeniesiono go do oddziału neurochirurgicznego, który także zajmuje się tak ciężkimi przypadkami.

Na podstawie dostępnej dokumentacji brak podstaw do wskazania uchybień po stronie pozwanego szpitala. Przede wszystkim nie dochodziło do zbędnej zwłoki w wykonywaniu badań zasadniczych, jakimi w tym wypadku były badania CT głowy. U chorego nie wykonano badania angio-CT głowy, gdyż po pierwsze przyjęto tło urazowe krwotoku, a po drugie gwałtowny przebieg kliniczny praktycznie uniemożliwił takie badanie. Ponadto, znając przebieg kliniczny, hipotetycznie można przyjąć, że takie badanie, które jest badaniem inwazyjnym, doprowadziłoby do jeszcze większych uszkodzeń mózgowia niż samoistny krwotok, gdyż w czasie jego wykonywania wprowadza się do naczyń mózgowych dużą dawkę środka kontrastowego. Poziom kreatyniny ma znaczenie dla wydolności nerek, które odpowiadają za oczyszczanie krwi z kontrastu. Podanie kontrastu w każdym przypadku stanowi dodatkowe obciążenie dla mózgu, który już jest obrzęknięty przez krwotok. Badanie angio, nawet gdyby było wykonane, nie zmieniłoby rokowania pacjenta, mogłoby wykazać wadę, ale leczenie byłoby jeszcze bardziej obciążające. Uszkodzenia dokonały się już w chwili krwotoku. Jeśli wykonuje się badanie u pacjenta nieprzytomnego i wskazuje ono na krwawienie podpajęczynówkowe, jest nagła utrata przytomności bez urazu, wtedy wykonuje się badanie z opcją naczyniową, aby stwierdzić czy jest wada naczyniowa. Stan pacjenta musi do tego upoważniać. Jeśli pacjent jest w ciężkim stanie, nie wykonuje się tego badania, bo mogłoby to doprowadzić do jeszcze większego uszkodzenia mózgowia. Podanie środka kontrastowego do naczyń mózgowych powoduje obkurczanie naczyń i mogłoby dojść do zmian i niedokrwienia zdrowych obszarów mózgu. To dodatkowo sprzyjałoby niepomyślnemu rokowaniu.

Kontrast podaje się wtedy, gdy chce się osiągnąć cel diagnostyczny, ma to służyć procesowi leczniczemu. Gdyby nawet został zdiagnozowany tętniak, pacjent będący w takim stanie, nie przeżyłby operacji. Gdyby wykonano TC z opcją angio, nie uratowałyby to pacjenta. Pacjent na pewno nie kwalifikował się do leczenia operacyjnego, a gdyby jednak takie działania podjąć, zmarłby szybciej. Gdyby wykonano badanie, nie zmieniłoby to rokowania ani leczenia.

W pozwanym szpitalu badanie CT głowy z kontrastem nie należało i nie należy także obecnie do rutynowych badań wykonywanych przy przyjęciu chorego. Nawet gdyby były wskazania do jego wykonania, w pozwanym szpitalu w 2010 r. nie było sprzętu do wykonania tego badania. Pacjenta trzeba byłoby przewieźć do innej placówki, po wcześniejszym ustaleniu terminu.

Ważnym dla losów pacjenta były także stwierdzone cechy uszkodzenia wątroby i związane z tym zaburzenia w zakresie układu krzepnięcia, co z pewnością wpłynęło na dynamizm uszkodzeń krwotocznych mózgu. Nietrzeźwość chorego w dniu 18 lipca 2010 r. nie stanowi obciążenia sama w sobie, ale wskazywać może na etiologię uszkodzenia wątroby. Stan uszkodzenia mózgowia po drugim napadzie padaczkowym był na tyle duży, jak wynika z badania CT głowy, że doświadczenie kliniczne wskazuje na jego nieodwracalność. Tak też się stało i w tym przypadku.

W niniejszym przypadku nie było potrzeby natychmiastowego przyjęcia pacjenta na (...). Wskazaniem do przyjęcia na (...) jest niewydolność krążeniowo - oddechowa, do której w przypadku L. J. doszło po kilku godzinach hospitalizacji w wyniku głównego krwotoku do komór mózgowych i głębokich struktur mózgu.

Zgodnie z opisem w dokumentacji L. J. (1) miał napady padaczkowe, natomiast brak dowodów na to, że ww chorował na padaczkę. Napady padaczkowe u chorego w dniu przyjęcia do szpitala tj. 18 lipca 2010 r. były efektem krwotoku domózgowego i pozostawały z nim w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym. Brak danych, aby twierdzić, że zmarły chorował na padaczkę, a szczególnie, że występowała ona od urazu w czerwcu 2010 r. Biorąc pod uwagę, iż u chorego stwierdzono powierzchowną ranę na głowie, drobne ognisko krwotoczne w lewym płacie potylicznym, w Izbie Przyjęć nastąpił napad padaczki, ponowny napad padaczki miał miejsce w godzinach wieczornych, można stwierdzić, że pacjent L. J. (1) w dniu 18 lipca 2010 r. doznał urazu głowy lub miał krwawienie samoistne. Dochodziło do dynamicznego tła mózgowego.

W medycynie nie ma 100% pewności. Pacjent przy przyjęciu został potraktowany jako urazowy. Potem wycofano się z tła urazowego. Jeśli pacjent trafia do szpitala z powierzchowną raną głowy, jest traktowany jako urazowy. W trakcie

diagnostyki można to skorygować. Tak też stało się w tym przypadku. Obraz u L. J. świadczy o tym, że mamy do czynienia z procesem samoistnym.

O tym, że mamy do czynienia z samoistnym krwotokiem świadczy układ krwi. Krwotok związany był z chorobą układu naczyń, krzepnięciem. Było uszkodzenie wątroby, co jest równoznaczne z uszkodzeniem układu krzepnięcia. Przy upadku z łóżka nie dochodzi do krwawienia komór, rozkład krwi nie dotyczyłby głębokich struktur mózgu. Niewydolność oddechowa wynikała z uszkodzenia głębokich struktur mózgu. Pacjent miał uszkodzoną wątrobę, w chwili przyjęcia był w stanie nietrzeźwości. Niewydolność wątroby może wskazywać na alkoholizm. Prawdopodobnie pacjent miał angiopatię.

Praktyką w pozwanym szpitalu jest podawanie pacjentom z napadami epi leku najbardziej sprawdzonego, a takim jest R., D.. Jeśli występuje stan padaczkowy, pacjent jest wprowadzany w stan śpiączki. W przypadku L. J. nie było stanu padaczkowego.

Podanie R. „zabezpiecza farmakologicznie” pacjenta drgawkującego. U chorego opisywano napad padaczkowy. Stwierdzono napad drgawek. Potem był drugi napad. R. to lek, który wycisza napad drgawkowy. Nie było potrzeby stosowania przymusu bezpośredniego. Są sztywne przepisy dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego. Jeśli pacjent miał opisywany napad padaczkowy, potem dostał relanium i miał drugi atak padaczkowy, tzn. że między jednym a drugim atakiem nie miał napadu padaczkowego. Gdyby była taka potrzeba, pacjent byłby zaopatrzony, tu wystarczyła ampułka relanium.

Zgodnie z praktyką stosowaną w pozwanym szpitalu pacjenci w cięższych stanach lub u których wystąpiły napady padaczki są baczniej obserwowani, lokowani są przed dyżurką pielęgniarek, by te miały na chorego stały wgląd. W przypadku wystąpienia napadu, natychmiast wzywany jest lekarz, podawane są leki, odbywają się konsultacje. Zazwyczaj zakładane są na łóżko barierki. Pacjentowi należy zapewnić spokój, wygodne łóżko i dostęp powietrza. Jeśli pacjent jest niespokojny, stosuje się pasy mocujące.

Pomimo stosowania tzw. przymusu bezpośredniego w przypadku pacjentów z padaczką zdarza się że pacjenci wypadają z łóżek w trakcie napadu.

Analizowana kwestia „zabezpieczenia przed atakiem padaczkowym” nie ma znaczenia dla sprawy. Jeśli nawet potwierdza się fakt upadku pacjenta z łóżka, to nie miało to wpływu na rokowanie, które od chwili drugiego napadu padaczkowego, a ściślej jego przyczyny, było złe.

Raporty pielęgniarskie sporządzane są każdego dnia, opisywane są w nich przypadki i sytuacje szczególne, które miały miejsce w czasie trwania konkretnego dyżuru. Nie muszą dotyczyć wszystkich pacjentów.

Autopsja prokuratorska stosowana jest wtedy, gdy przyczyną śmierci jest uraz. W przypadku powoda uraz był wtórny do przyczyny samoistnej, jaką był krwotok mózgowy.

Prawdopodobieństwo śmierci L. J. (1) nie byłoby mniejsze nawet gdyby inaczej przebiegał proces diagnostyki i leczenia niż ten, jaki zastosowano w pozwanym szpitalu.

W chwili śmierci mąż powódki miał 42 lata. Powódka została sama z trójką dorastających dzieci w wieku szkolnym. Sama musiała też prowadzić gospodarstwo rolne, część gruntów zmuszona była wydzierżawić. Było jej bardzo ciężko. Zmarły był głównym żywicielem rodziny, renta którą dzieci otrzymały po śmierci ojca jest skromna. Powódka odbyła kilka wizyt u psychologa, do psychiatry wstydziła się pójść. Dzieci powódki też korzystały z pomocy psychologa szkolnego. Powódka przez jakiś czas zażywała leki uspokajające, straciła chęć życia, nie chciało jej się wychodzić z domu. Pomimo upływu kilku lat od śmierci męża, nadal odczuwa osamotnienie i pustkę po nim.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, zeznań świadków w osobach m.in. personelu medycznego pozwanego szpitala oraz na opiniach niezależnego biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii, który ocenił i opisał przebieg leczenia L. J. (1) oraz podjęte wobec niego jako pacjenta czynności

medyczne. Opinię tą sąd uznał za rzetelną i wyjaśniającą wszystkie konieczne do rozstrzygnięcia kwestie wyjaśniając, że została ona wykonana zgodnie z тезami dowodowymi w oparciu analizę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, zaś wszelkie, zgłaszane przez strony wątpliwości zostały wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurochirurga jako zmierzający jedynie do przedłużenia postępowania.

Odnosząc się z kolei do osobowych źródeł dowodowych Sąd Okręgowy podniósł, że zasadniczo nieprzydatne okazały się zeznania świadków będących pacjentami pozwanego szpitala w tym samym okresie, w jakim hospitalizowany był L. J.. Sąd wskazał bowiem, że świadek C. O. nie pamiętał zmarłego L. J., nic mu nie mówiło nazwisko J., po okazaniu zdjęcia zmarłego, nadal nie przypominał sobie jego osoby. Podobnie rzecz miała się ze świadkami: S. S. (1), A. R., D. B., A. K., K. I. i S. R. (1). Świadców ci nie pamiętali jakichkolwiek szczegółów dotyczących pobytu w szpitalu (...).

Podobnie, za nieprzydatne Sąd Okręgowy ocenił zeznania świadka E. D., pełniącej funkcję ordynatora oddziału neurochirurgii pozwanego szpitala, podnosząc, że w okresie gdy chory był przyjmowany do szpitala, świadek przebywała na urlopie, wróciła do pracy pod koniec jego pobytu w Oddziale Intensywnej Terapii. Świadek nie uczestniczyła w jakikolwiek sposób w diagnostyce zmarłego, podpisywała tylko tzw. wypis generalny w związku z pełnieniem funkcji ordynatora.

Sąd stwierdził także, że z powodu niepamięci świadków, zapewne z uwagi na upływ czasu oraz dużą rotację pacjentów nieprzydatne okazały się też zeznania pracowników personelu medycznego pozwanego szpitala /lekarzy i pielęgniarek/ M. D., W. Filipińskiej, I. M., M. C. (1), A. F., K. Z., E. R., R. B., M. C. (2) i A. S. (1), przy czym M. C. i A. S. pracowały w spornym okresie w innej części oddziału chirurgicznego i, jak zeznały, nie miały jakiegokolwiek kontaktu z L. J. (1).

Sąd Okręgowy oddalił wniosek dowodowy powódki o powołanie biegłego psychiatry, który wobec uznania braku podstaw odpowiedzialności strony pozwanej uznał za zbędny.

W rozważaniach, Sąd Okręgowy wskazując na podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala tj art. 430 k.c. stwierdził, że w ustalonych okolicznościach faktycznych sprawy niewątpliwym jest wystąpienie po stronie powódki szkody, jednakże w świetle przeprowadzonej powyżej oceny materiału dowodowego, brak jest podstaw do uznania, że pomiędzy doznaną przez powódkę szkodą, a postępowaniem personelu pozwanego szpitala, istnieje normalny związek przyczynowy. Sąd uznał bowiem, że twierdzenia pozwu, jakoby do śmierci L. J. (1) doszło wskutek niewłaściwego postępowania personelu medycznego pozwanego szpitala, nie zostały udowodnione przez stronę powodową zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 6 k.c., i wobec powyższego zważył, że brak jest podstaw do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między doznaną przez powódkę szkodą, a postępowaniem personelu pozwanej placówki medycznej.

Sąd Okręgowy podkreślił, że z opinii niezależnego biegłego sądowego z zakresu neurochirurgii wynika, iż na podstawie dostępnej dokumentacji brak podstaw do wskazania uchybień po stronie pozwanego szpitala. Przede wszystkim nie dochodziło do zbędnej zwłoki w wykonywaniu badań zasadniczych, jakimi w tym wypadku były badania CT głowy. Nieprawidłowością nie było także niewykonanie badania angio-CT głowy, gdyż po pierwsze początkowo przyjęto tło urazowe krwotoku a po drugie gwałtowny przebieg kliniczny praktycznie uniemożliwił takie badanie. Ponadto zważywszy, że badanie to jest badaniem inwazyjnym, doprowadziłoby do jeszcze większych uszkodzeń mózgowia niż samoistny krwotok. Podanie kontrastu bowiem w każdym przypadku stanowi dodatkowe obciążenie dla mózgu, który już jest obrzęknięty przez krwotok. Badanie angio, nawet gdyby było wykonane, nie zmieniłoby rokowania pacjenta. Mogłoby wykazać wadę, ale leczenie byłoby jeszcze bardziej obciążające. Podanie środka kontrastowego do naczyń mózgowych powoduje obkurczanie naczyń i mogłoby dojść do zmian i niedokrwienia zdrowych obszarów mózgu. To dodatkowo sprzyjałoby niepomyślnemu rokowaniu. Gdyby nawet został zdiagnozowany tętniak, chory nie przeżyłby operacji. L. J. na pewno nie kwalifikował się do leczenia operacyjnego, a gdyby jednak takie działania podjął, zmarłby szybciej. Z opinii biegłego jednoznacznie wynika, że gdyby nawet wykonano to badanie, nie zmieniłoby to rokowania ani leczenia. W świetle opinii biegłego, u męża powódki doszło do samoistnego krwotoku, który związany

był z chorobą układu naczyni, krzepnięciem. Zmarły miał uszkodzoną wątrobę, co jest równoznaczne z uszkodzeniem układu krzepnięcia. Prawdopodobnie chory miał angiopatię.

W ocenie Sądu Okręgowego nie potwierdził się także zarzut niewłaściwego zabezpieczenia chorego. Zastosowane wobec chorego zabezpieczenia było prawidłowe o adekwatne do jego stanu. Praktyką w pozwanym szpitalu jest podawanie pacjentom z napadami epi leku najbardziej sprawdzonego, a takim jest R., D.. Jeśli występuje stan padaczkowy, pacjent jest wprowadzany w stan śpiączki. W przypadku L. J. nie było stanu padaczkowego. Jak wynika z opinii biegłego podanie R. zabezpiecza farmakologicznie pacjenta drgawkującego. R. to lek, który wycisza napad drgawkowy. Nie było potrzeby stosowania przymusu bezpośredniego, np. w postaci pasów mocujących. Gdyby była taka potrzeba, pacjent byłby zaopatrzony, w tym wypadku wystarczające było podanie ampułki relanium. Na marginesie należy zresztą podnieść, że pomimo stosowania tzw. przymusu bezpośredniego w przypadku pacjentów z padaczką zdarza się, że pacjenci zrywają te zabezpieczenia i wypadają z łóżek w trakcie napadu. Analizowana kwestia „zabezpieczenia przed atakiem padaczkowym” nie ma znaczenia dla sprawy. Jak wynika z opinii biegłego fakt upadku chorego z łóżka, potwierdzony przez świadka R. M. nie miał wpływu na rokowanie, które od chwili drugiego napadu padaczkowego, a ściślej jego przyczyny, było złe. (...) biegły sądowy w sposób jednoznaczny wykluczył wpływ tego incydentu na rokowanie odnośnie stanu zdrowia chorego wynikającego z krwotoku domózgowego.

Wskazując na powyższe Sąd Okręgowy powództwo oddalił.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu zapadło w oparciu o art. 102 k.p.c.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu Sąd orzekł na podstawie § 19, 20, 2 ust. 3 w zw. z § 6 pkt 6 mającego zastosowanie w niniejszej sprawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. 2013, poz. 461 ze zm.), polecając wypłacić je z Funduszy Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi.

Powyższe orzeczenie zaskarżyła apelacją powódka zarzucając:

I) naruszenie prawa materialnego, a w szczególności:

a) art. 430 k.c. poprzez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że na gruncie przedmiotowej sprawy nie zaistniały przesłanki uzasadniające przyjęcie winy po stronie pozwanego szpitala w związku z nieprawidłowym leczeniem, w sytuacji gdy pozwany nie wdrożył właściwych procedur leczniczych i procedur bezpiecznego pobytu na Oddziale względem męża powódki, co stanowiło błąd w sztuce medycznej;

b) art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że pozwany Szpital nie ponosi odpowiedzialności za leczenie męża powódki, w sytuacji gdy pomiędzy działaniem lekarzy pozwanego a stanem zdrowia męża powódki istniał związek przyczynowy, co potwierdzały zeznania świadka S. R. (1) oraz zeznania R. M.;

c) art. 361 k.c. poprzez błędną wykładnię skutkującą przyjęciem, że pomiędzy działaniem a zaniechaniem pozwanego Szpitala a szkodą powódki nie zachodzi normalny związek przyczynowo-skutkowy, a co za tym idzie oddalenie powództwa, podczas gdy zachodziły przesłanki do ustalenia istnienia takiego związku;

d) art. 446 § 3 kc. w zw. z art. 448 kc poprzez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że nie zachodzą przesłanki odpowiedzialności pozwanego za szkodę na osobie powódki i co za tym idzie, nie zasądzenie na rzecz powódki wnioskowanego zadośćuczynienia

II. naruszenie przepisów postępowania, mające istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku, w szczególności:

1. art. 233 § 1 k.p.c. polegające na braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i w związku z tym błędne przyjęcie, że nieprawidłowości w procedurze leczenia i w procedurze zapewnienia bezpiecznego pobytu w Oddziale,

które zostały ujawnione w toku postępowania nie mogą być traktowane w kategoriach domniemania istnienia związku przyczynowego pomiędzy uchybieniami ze strony pozwanego szpitala a powstałą szkodą u powódki;

2. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niewłaściwą ocenę dowodów polegającą na:

a) błędnej ocenie, że pozwany szpital podczas pobytu L. J. (1) w Oddziale nie dopuścił się żadnych nieprawidłowości, w sytuacji gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że nadzór, który powinien być sprawowany nad mężem powódki, nie był zgodnie ze standardami sprawowany przez personel medyczny;

b) . błędnym przyjęciu, że praktyką stosowaną w pozwanym szpitalu była obserwacja pacjentów w cięższych stanach lub u których wystąpiły napady padaczki, zakładanie na łóżko barierki, pasa mocującego, w sytuacji gdy z zeznań świadka M. stanowczo wynikało, że taka procedura w przypadku męża powódki nie została wdrożona;

c) błędnym uznaniu, że zeznania świadka S. S. (1) i świadka S. R. (1) okazały się zasadniczo nieprzydatne dla rozstrzygnięcia sprawy, podczas gdy świadek S. R. zeznał, że opieka w szpitalu była niewłaściwa, a personel medyczny nie interesował się chorymi pacjentami, co koreluje z zeznaniami świadka S. S. i świadczy o zaniechaniu nadzoru personelu medycznego w okresie pobytu męża powódki w Oddziale;

d) błędnym przyjęciu, iż brak jest podstaw do stwierdzenia, iżby podczas pobytu w pozwanym szpitalu dopuszczono się jakichkolwiek nieprawidłowości, w sytuacji gdy personel pozwanego szpitala prowadził niekompletną dokumentację medyczną męża powódki, w której nie odnotowano okoliczności upadku z łóżka, a co zostało potwierdzone zeznaniami świadka R. M.;

e) dowolnej zamiast swobodnej ocenie dowodów bez wszechstronnego rozważenia zgromadzonego materiału dowodowego wskazującego, że doszło do zaniedbania ze strony personelu medycznego względem męża powódki, który nie zabezpieczył go przed ewentualnym dalszym napadem padaczkowym poprzez zabezpieczenie łóżka z wykorzystaniem drabinki lub zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego, zagładaniem do pacjenta, co miało charakter niedopełnienia obowiązków przez personel medyczny i doprowadziło do upadku L. J. (1) i nagłego pogorszenia jego stanu zdrowia;

f) dowolnej zamiast swobodnej ocenie dowodów bez wszechstronnego rozważenia zgromadzonego materiału dowodowego wskazującego, że doszło do zaniedbania ze strony personelu medycznego względem męża powódki, który nie zabezpieczył go przed ewentualnym dalszym napadem padaczkowym poprzez zabezpieczenie łóżka pacjenta, w sytuacji, gdy stan zdrowia, w jakim znajdował się pacjent powinien skłonić personel medyczny do skorzystania z dodatkowego środka zabezpieczenia;

g) dowolnej zamiast swobodnej ocenie dowodów bez wszechstronnego rozważenia zgromadzonego materiału dowodowego wskazującego, że doszło do zaniedbania po stronie pozwanego szpitala względem męża powódki poprzez zaniechanie wykonania u chorego badania angio-CT głowy z uwagi na ustalenie pourazowego tła, w sytuacji gdy gwałtowny przebieg kliniczny jest charakterystyczny dla krwotoków samoistnych a nie pourazowych, co skutkowało nieprawidłową diagnozą pacjenta i zaniechaniem wdrożenia właściwej procedury leczenia;

h) uznanie za wiarygodną opinię biegłego sądowego, podczas gdy opinia ta nie stanowi pełnowartościowego materiału dowodowego w sprawie,

3. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie w uzasadnieniu wyroku przyczyn, dla których Sąd pominął dowód z zeznań świadka R. M. i nie uznał tego dowodu za wiarygodny w sprawie;

4. 217 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. poprzez

a) nieuzasadnione oddalenie wniosku powódki o przeprowadzenie dowodu z innego biegłego sądowego specjalisty w dziedzinie neurochirurgii, podczas gdy istniała potrzeba zasięgnięcia dodatkowej opinii, która miała istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy, bowiem opinia biegłego K. S. była niepełna, niejasna, nie udzielała

odpowiedzi na wszelkie wątpliwości, pomijała zeznania świadka R. M., który kategorycznie stwierdził, że doszło do upadku z łóżka L. J. (1), wskutek czego pojawiła się świeża krew, była nienależycie uzasadniona, co uniemożliwiało weryfikację treści wniosków końcowych biegłego;

b) nieuzasadnione oddalenie wniosku powódki o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego psychiatry na okoliczność stanu zdrowia powódki po śmierci męża, w sytuacji gdy w/w opinia mogła wykazać, czy śmierć męża miała wpływ na zdrowie powódki;

III. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, mający wpływ na treść zaskarżonego wyroku polegający na błędnym ustaleniu, że pozwany Szpital nie ponosi odpowiedzialności w zakresie leczenia i zapewnienia bezpiecznego pobytu w Oddziale męża powódki, w sytuacji gdy stronie pozwanej można przypisać winę w związku z brakiem rozszerzenia diagnostyki o opcję naczyniową, monitoring i włączenie leków przeciwpadaczkowych po wykonaniu (...) i zaobserwowaniu zmian krwotocznych oraz niedopełnienia przez personel medyczny obowiązku właściwej opieki i sprawowania nad pacjentem odpowiedniego dozoru, co skutkowało upadkiem męża powódki na podłogę i urazem głowy, o czym świadczyły ślady świeżej krwi.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty apelująca wniosła o:

- przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu neurochirurgii na okoliczność ustalenia, czy postępowanie lekarskie w pozwanym szpitalu było prawidłowe, czy względem męża powódki podjęto prawidłowe procedury medyczne, czy leczenie było zgodne z najnowszą wiedzą medyczną, czy zastosowano właściwe standardy medyczne wiedząc, że zmarły miał padaczkę, czy zlecenia lekarskie nie były spóźnione, czy zmarły od razu po przewiezieniu do szpitala powinien zostać umieszczony na OIOMie, czy zmarły był prawidłowo zabezpieczony przed atakiem padaczkowym, czy dokumentacja medyczna była prowadzona prawidłowo, czy podanie kontrastu podczas wykonania badania angio-CT jest obciążeniem dla samego mózgu przy prawidłowych wartościach kreatyniny,

- przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego w dziedzinie psychiatrii na okoliczność stanu zdrowia powódki po śmierci męża.

W konkluzji skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego w pkt 1 wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji oraz o przyznanie kosztów udzielonej powódce pomocy prawnej z urzędu w postępowaniu przed Sądem II instancji, oświadczając, iż koszty te nie zostały uiszczone ani w całości, ani w części.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Sąd prawidłowo wskazał, że podstawę odpowiedzialności strony pozwanej stanowiłby art.430 k.c., statuujący odpowiedzialność z czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zatem przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej w oparciu o wskazany przepis wymaga wykazania, że pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art.415 k.c.).

Sąd właściwie zanalizował jak należy rozumieć błąd w sztuce medycznej, który dawałby podstawę do przyjęcia odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej za lekarza, który dopuścił się takiego błędu, rozumianego jako naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki. Prawidłowo też Sąd I instancji przyjął, że to na powódce spoczywał ciężar dowodu wskazującego, iż popełniono błąd diagnostyczny, czyli wadliwie rozpoznano jej stan zdrowia, bądź – przy prawidłowym rozpoznaniu – zastosowano niewłaściwe leczenie, bądź przy prawidłowej diagnozie i prawidłowo podjętej decyzji, co do sposobu leczenia, popełniono błąd w zakresie sposobu jego wykonania.

Sąd I instancji prawidłowo przyjął, że stwierdzenie błędu w sztuce medycznej w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg lub były podejmowane inne czynności lecznicze, jest całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności.

W niniejszej sprawie Sąd zgromadził obszerny materiał dowodowy w postaci zeznań świadków, dokumentacji medycznej i opinii biegłego lekarza neurochirurga.

Nie można podzielić zarzutu apelacji, naruszenia art.217 k.p.c. w związku z art.227 k.p.c. w związku z art.286 k.p.c. odnoszącego się do oceny opinii biegłego neurochirurga i oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego lekarza o tej specjalności. Tak jak przyjął to Sąd Okręgowy opinia biegłego K. S. jest pełna, wyczerpująca, została wykonana zgodnie z tezami dowodowymi, biegły w sposób logiczny i zrozumiały uzasadnił sformułowane w opinii wnioski. W związku z zastrzeżeniami powódki biegły sporządził uzupełniającą opinię na piśmie i następnie odpowiadał na pytania stron na rozprawie. Powódka miała więc możliwość wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości, a fakt, że ostatecznie była niezadowolona z wniosków opinii nie uzasadnia powołania nowego biegłego.

Dlatego też nie uwzględniono wniosku dowodowego powódki na etapie postępowania apelacyjnego. Nie ma podstaw do kwestionowania merytorycznej wiedzy biegłego K. S., jego opinia była kategoryczna, formułowała zrozumiałe wnioski dotyczące oceny prawidłowości poszczególnych czynności podejmowanych wobec męża powódki, wyjaśniała w jasny sposób dlaczego niektórych czynności zaniechano w związku ze stanem pacjenta. Nie było podstaw aby kolejny biegły wszystkie te okoliczności i zagadnienia ponownie omawiał.

Nie ma danych w materiale dowodowym, z którego można by wywodzić, że stronie pozwanej można przypisać winę w związku z brakiem rozszerzenia diagnostyki w stosunku do męża powódki o opcję naczyniową, monitoring i włączenie leków przeciwpadaczkowych. Biegły szczegółowo wyjaśnił, że u L. J. (1) nastąpił krwotok w strefach głębokich mózgu oraz w prawym płacie potylicznym, ujawniono też krew w obu komorach bocznych, co wynikało z badania CT głowy. Obraz radiologiczny nakładał się na stan pacjenta, który określono w dokumentacji jako ciężki i skrajnie ciężki. Biegły stwierdził, że jeśli pacjent jest w stanie ciężkim, nie wykonuje się u niego angio – CT głowy, gdyż jest to badanie inwazyjne, które mogłoby doprowadzić do jeszcze większych uszkodzeń mózgowia niż samoistny krwotok, gdyż w czasie jego wykonywania wprowadza się do naczyń mózgowych dużą dawkę środka kontrastowego. Poza tym z opinii biegłego wynikało, że kontrast podaje się wtedy, gdy chce się osiągnąć cel diagnostyczny i ma to służyć procesowi leczenia. Gdyby nawet zdiagnozować u L. J. (1) tętniak, pacjent będący w takim stanie, nie przeżyłby operacji. Biegły kategorycznie stwierdził, że gdyby wykonano CT z opcją angio, nie uratowałyby to pacjenta. Nie nadawał on się do leczenia operacyjnego, a gdyby takie działania usiłowano podjąć, pacjent zmarłby szybciej.

Niezależnie od powyższego w pozwanym szpitalu w 2010 roku nie było sprzętu do wykonania CT z opcją angio, zatem na takie badanie trzeba byłoby przewieźć pacjenta do innego szpitala, w sytuacji gdy był on w ciężkim stanie i byłoby wątpliwe czy w ogóle nadawał się do transportu.

U L. J. (1) wystąpiły dwa napady padaczkowe podczas pobytu w szpitalu, brak było danych, że chorował on na padaczkę. Zatem napady te były efektem krwotoku domózgowego i pozostawały z nim w bezpośrednim związku przyczynowo- skutkowym. Pacjentowi podano odpowiednie leki w postaci R. i D.. R. to lek, który wycisza napad drgawkowy.

Nie są trafne zarzuty naruszenia art.233 §1 k.p.c. w zakresie oceny materiału dowodowego. Wbrew twierdzeniom apelującej z materiału dowodowego nie wynika aby w pozwanym Szpitalu doszło do nieprawidłowości w procedurze leczenia L. J. (1) i w procedurze zapewnienia mu bezpiecznego pobytu.

Nie odpowiada rzeczywistości zarzut apelującej, iż u pacjenta zdiagnozowano urazowe tło krwotoku mózgu, gdyż jedynie przy przyjęciu go do szpitala traktowano przypadek jako pourazowy. W pozwie powódka wskazała, że w dniu 18 lipca 2010r. jej mąż został przyjęty na Oddział (...) Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. z powodu urazu głowy.

Z zeznań powódki wynikało, że wezwała ona pogotowie do męża, gdyż zaniepokoiło ją drobne o wielkości 1 cm podeszłe krwią draśnięcie w okolicy potylicznej. Zatem zrozumiałe jest, że początkowo pacjent został potraktowany jako będący po urazie głowy i skierowany jako pacjent pourazowy do oddziału chirurgicznego. Wykonano mu wcześniej CT głowy i przeprowadzono konsultację neurochirurgiczną. Ujawnione w pierwszym badaniu CT głowy zmiany były niewielkie, zatem pacjent nie wymagał interwencji zabiegowej, tylko obserwacji. Dopiero następnie stan chorego gwałtownie się pogorszył, przy czym wykonano u niego ponownie CT głowy, które to badanie ujawniło rozległe zmiany krwotoczne mózgu. Było to wynikiem samoistnego krwotoku, którego źródło wyjaśnił biegły w opinii. U pacjenta stwierdzono cechy uszkodzenia wątroby i związane z tym zaburzenia w zakresie układu krzepnięcia, co wpłynęło na dynamizm uszkodzeń krwotocznych mózgu. Biegły uzasadnił dlaczego uznał, że krwotok u chorego miał charakter samoistny – świadczył o tym układ krwi, uszkodzenie układu krzepnięcia. Przy upadku np. z łóżka nie dochodzi do krwawienia komór, rozkład krwi nie dotyczyłby głębokich struktur mózgu.

Wbrew zarzutom apelującej, biegły odnosił się zarówno do okoliczności wystąpienia u L. J. (1) krwawienia do mózgu, jak i możliwej przyczyny tego stanu rzeczy, a także wyjaśnił, iż krwawienie to nie mogło powstać w związku z ewentualnym upadkiem chorego z łóżka.

Nie mają znaczenia zarzuty dotyczące niewłaściwej oceny Sądu materiału dowodowego pod kątem dodatkowego zabezpieczenia pacjenta w związku z wystąpieniem u niego napadów padaczkowych.

Po pierwsze jak wynikało z opinii biegłego, pojedyncze napady padaczkowe w ogóle nie wymagają hospitalizacji. W tym wypadku męża powódki pozostawiono w szpitalu, wykonano badania obrazowe, a także podano leki zapobiegające drgawkom jak R. i D.. W takiej sytuacji nie było potrzeby stosowania przymusu bezpośredniego, zresztą w tym zakresie obowiązują sztywne i rygorystyczne zasady, które mają zastosowanie jedynie w wyjątkowych przypadkach.

Nie ma znaczenia, że w dokumentacji medycznej L. J. (3) nie znalazła się informacja, że pacjent spadł z łóżka, gdyż Sąd Okręgowy przyjął, że taka sytuacja miała miejsce, a biegły się do tego ustosunkował.

Trudno mówić o zaniedbaniu szpitala poprzez zaniechanie obserwacji pacjenta, czy niezamocowanie pasa mocującego, skoro łóżko pacjenta ustawiono w pobliżu dyżurki pielęgniarek, a pierwotny stan pacjenta nie dawał podstaw do stosowania wobec niego szczególnych środków przymusu w postaci montowania barierek czy przypinania go pasami. Zeznania świadków S. S. (1) i S. R. (1) o stanie opieki szpitalnej miały charakter ogólny, subiektywny, nie odnosiły się bezpośrednio do sytuacji męża powódki, a w każdym razie nie można z nich wysnuć wniosku, że niedostateczna opieka nad pacjentem skutkowałą jego zgonem.

Podjęte wobec L. J. (1) czynności medyczne były właściwe, przedsięwzięto je w odpowiednim czasie i w prawidłowym zakresie, a u pacjenta wystąpiło samoistne krwawienie do mózgu spowodowane zaburzeniami w układzie krzepnięcia, co spowodowało nieodwracalne zmiany w mózgu w wyniku czego pacjent zmarł. Obraz układu krwi w mózgu nie dawał podstaw do przyjęcia, że do krwotoku mogło dojść po upadku chorego z łóżka, a tylko wówczas ewentualne zaniedbania w zabezpieczeniu pacjenta mogły stanowić kanwę do rozważań czy do śmierci L. J. (1) doszło z winy personelu pozwanego Szpitala. Twierdzenia powódki, że po upadku łóżka pacjent miał złamany nos, zdartą rękę i złamane żebro, nie znajdują żadnego odzwierciedlenia w materiale dowodowym. Nie postawiono takiej diagnozy lekarskiej, a powódka nie ma kompetencji do oceny czy doszło do złamania nosa czy żeber. Trudno zresztą przyjąć, że gdyby pacjent będący w szpitalu doznał takich obrażeń, nie podjęto by wobec niego żadnych działań leczniczych.

Stwierdzenie biegłego o braku 100% pewności w medycynie odnosiło się do wstępnego postawienia diagnozy przy przyjęciu L. J. (1) do szpitala, kiedy nie wykonano u niego jeszcze kompletu badań i nie przeprowadzono obserwacji, co nie ma związku z kategorycznie sformułowanym przez biegłego wnioskiem o źródle krwotoku w mózgu u pacjenta, na podstawie późniejszych badań i ocenie stanu chorego.

Biorąc powyższe pod uwagę należy uznać, że nie ma podstaw do przyjęcia, że doszło do naruszenia przez Sąd przepisu art.430 k.c., bowiem nie zaistniały po stronie pozwanego Szpitala przesłanki do przyjęcia winy personelu Szpitala w związku z nieprawidłowym leczeniem, czy niezachowaniem procedur bezpiecznego pobytu. Śmierć pacjenta nie

pozostawała w związku przyczynowym z jakimikolwiek zaniechaniami czy wręcz nieprawidłowościami w leczeniu, czy opiece nad chorym, a nastąpiła na skutek samoistnego krwotoku do mózgu i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, na co działania personelu Szpitala nie miały wpływu.

Nie doszło zatem do naruszenia art.361 §1 k.p.c. w związku z art.6 k.c. Taki ewentualny związek mógłby wynikać z opinii biegłego lekarza specjalisty neurochirurga – a taki wniosek nie został w opinii zawarty – a nie z zeznań świadka S. R. (1), który nie ma kompetencji do oceny wpływu zakresu sprawowanej nad pacjentem opieki i podjętych wobec niego działań medycznych na stan jego zdrowia.

Wobec niewykazania, że do zgonu L. J. (1) doszło w wyniku czynu niedozwolonego popełnionego przez personel pozwanego Szpitala, nie było podstaw do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej i zasądzenia na rzecz powódki roszczeń z art.446 §3, czy 448 k.c., które to przepisy wskazano w apelacji.

Apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art.385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w oparciu o art.98 §1 i 2 k.p.c. w związku z art.391 §1 k.p.c.

O wynagrodzeniu adwokata ustanowionego z urzędu dla powódki orzeczono na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. z 2016r., poz., (...)).