

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 maja 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Andrzej Struzik (spr.)
Sędziowie:	SSA Jerzy Bess SSA Paweł Rygiel
Protokolant:	st.sekr.sądowy Katarzyna Wilczura

po rozpoznaniu w dniu 12 maja 2017 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa **K. G.**

przeciwko (...) **Szpitalowi (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K.**

przy interwencji ubocznej po stronie pozwanej **Towarzystwa (...)**

i (...) S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 30 sierpnia 2016 r. sygn. akt I C 1629/07

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I w ten sposób, że oddala powództwo także w tej części tym punktem objętej oraz w punkcie IV w ten sposób, że nadaje mu treść: „odstępuje od obciążania powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.”

2. oddala apelację w pozostałej części;

3. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA Jerzy Bess SSA Andrzej Struzik SSA Paweł Rygiel

Sygn. akt I ACa 1835/16

UZASADNIENIE

Powód K. G. w pozwie skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitalowi (...) w K. domagał się zasądzenia od strony pozwanej na swoją rzecz kwoty 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę – rozstrój zdrowia będący wynikiem nienależytego leczenia i rehabilitacji w pozwanym szpitalu, zasądzenia kwoty 300.000 zł zadośćuczynienia za naruszenie prawa pacjenta. Domagał się też zasądzenia od obu tych kwot odsetek ustawowych od następnego dnia po doręczeniu pozwu stronie pozwanej do dnia zapłaty. Nadto powód dochodził dalszych roszczeń, a to odszkodowania, renty, zasądzenia świadczenia na cel społeczny i ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej za szkody mogące powstać w przyszłości, które to żądania z uwagi na kierunek i zakres zaskarżenia nie są przedmiotem rozpoznania przez sąd II instancji. Powód domagał się także zasądzenia od strony pozwanej na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Roszczenie swe powód wywodził z faktu leczenia go w szpitalu prowadzonym przez stronę pozwaną w związku z udarem mózgu, jakiego doznał w dniu 31 grudnia 2004 r. Powód zarzucał zbyt późne zdiagnozowanie udaru, brak dostatecznie szybkich działań diagnostycznych i leczniczych wynikających z zaniedbań personelu szpitala, w konsekwencji doznanie przez powoda wtórnego udaru, a także błędów w zakresie rehabilitacji, które to okoliczności doprowadziły do istotnych i długofalowych negatywnych skutków dla zdrowia powoda. Roszczenie o zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta powód wywodził z niedostarczenia w odpowiednim czasie informacji i dokumentacji medycznej, trudności w komunikacji rodziców powoda z personelem strony pozwanej i w uzyskiwaniu przez nich dokumentacji leczenia, a także z faktu uzyskania świadczenia niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną.

Strona pozwana wносиła o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu i zarzucała, że udzieliła powodowi świadczeń odpowiadających zasadom sztuki lekarskiej, a trudności związane z szybkim i precyzyjnym rozpoznaniem udaru niedokrwinnego wynikały ze specyfiki przypadku. Strona pozwana twierdziła, że stopniowe dokonywanie kolejnych, coraz bardziej inwazyjnych i niebezpiecznych zabiegów było wynikiem troski o pacjenta, zaś przeprowadzona według powoda z opóźnieniem kraniotomia odbarczająca jest ostateczną i ryzykowną procedurą, prowadzoną w wyjątkowych wypadkach. Strona pozwana twierdziła też, że przestrzegane były procedury dotyczące udostępniania dokumentacji lekarskiej rodzicom powoda, a dostęp do informacji i dokumentacji nie był utrudniany.

Do strony pozwanej przystąpiło z interwencją uboczną Towarzystwo (...) S.A. w W., które popierało twierdzenia i zarzuty strony pozwanej, wnosząc o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Interes prawny interwenienta ubocznego wynikał z bezspornego faktu ubezpieczenia strony pozwanej w zakresie odpowiedzialności cywilnej.

Wyrokiem z dnia 30 sierpnia 2016 r. Sąd Okręgowy w Krakowie zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 55.000 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 6 marca 2008 r. do dnia zapłaty, umorzył postępowanie co do żądania zapłaty kwoty 205.218,03 zł, co do którego powód cofnął pozew, w pozostałej części powództwo oddalił i zniósł wzajemnie koszty procesu między stronami.

Uzasadniając powyższy wyrok sąd I instancji ustalił następujące fakty:

W dniu 31 grudnia 2004 r. 15-letni wówczas powód K. G. wziął udział w sylwestrowym biegu na dystansie 10 km. Przed biegiem powód nie był badany przez lekarza, a sam bieg nie miał zabezpieczenia medycznego w postaci karetki pogotowia na miejscu imprezy. Po dobiegnięciu na metę powód zasłabł. Zaczęły występować u niego objawy afazji i porażenia prawej części ciała. Rodzice powoda wezwali karetkę, która przewiozła go do (...) Szpitala (...) w K., gdzie ok. godz. 15:00 został przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy Ambulatorium Pediatrycznego. Powód był w stanie ogólnym średnim, wydolny krążeniowo i oddechowo, spełniał proste polecenia. U powoda wstępnie rozpoznano: hemiparesis ad dex, afazję ruchową i częściowo czuciową. Powód został skierowany na Oddział Pobytu Dziennego i tam zbadał go pediatrycznie specjalista chorób dzieci dr med. M. G., który nie stwierdził żadnych odchyłeń od normy, a następnie badania powoda dokonała pediatra lek. med. E. D., która pełniła dyżur jako neurolog. Lekarz ten stwierdził u powoda wystąpienie następujących objawów: afazja ruchowa i czuciowa. Powód spełniał proste polecenia, był podsypiający, w ograniczonym kontakcie. Miał porażenie połowicze prawostronne, wyraźnie wygorosowane odruchy głębokie z prawej kończyny dolnej, stopotrząs po prawej, dodatni objaw B. po stronie prawej. Wzmoczone napięcie wygórowane, źrenice prawidłowo reagowały na światło. Porażenie ośrodkowe n VII. Zbaczenie języka w stronę prawą.

Objawy oponowe, sztywność karku?. Lek. med. E. D. skontaktowała się telefonicznie z dr med. S. K. (1) - zastępcą ordynatora Oddziału Neurologii Dziecięcej pozwanego szpitala odnośnie dalszego postępowania z pacjentem, który zalecił zastosowanie u powoda N.. Powód został skonsultowany kardiologicznie, gdzie brak było stwierdzenia zaburzeń rytmu serca. Układ krążenia był wydolny. Dr med. M. G. przez cewnikowanie pobrał od powoda mocz do badania na obecność środków dopingowych, których badanie nie wykazało.

Wykonano tomografię komputerową głowy przed i po kontraście. Dr A. T. stwierdził, iż komory boczne mózgu w zakresie rogów czolowych wykazywały niewielką asymetrię – lewa komora była węższa. Pozostałe komory i zbiorniki podstawy były nieposzerzone. Nie stwierdzono zmian ogniskowych w obrębie mózgowia, ani nieprawidłowych kolekcji przymózgowych. Zlecono wykonanie badania RTG klatki piersiowej i EKG. Wykonano również wstępne badania biochemiczne, hematologiczne, moczu, badanie ogólne, gazometrię, jonogram, próby wątrobowe i nerkowe, układ krzepnięcia - nie stwierdzono odchyłań. Do leczenia powoda włączono B., a w celu nawodnienia podano płyny dożylnie. Pacjent miał monitorowaną akcję serca, saturację, ciśnienie krwi i diurezę. Przy powodzie czuwał ojciec R. G. do godz. 16:00, następnie znajoma rodziców D. S., a od 19:00 do godz. 01:00 w nocy ponownie ojciec powoda. Lekarze kazali rodzinie powoda czekać na wyniki diagnostyki i decyzje co do dalszego leczenia.

W nocy z 31 grudnia 2004 r./1 stycznia 2005 r. u powoda wystąpił spadek ciśnienia tętniczego wyrównany podaniem płynów dożylnie. Powód został przeniesiony na Oddział Intensywnej Terapii Medycznej. Lekarz anestezjolog skonsultował się z neurochirurgiem dr med. S. K. (2), który stwierdził u powoda: (...) 12, źrenice równe, reakcja na światło prawidłowa, niedowład ośrodkowy nerwu VII po prawej. Pacjent całkowicie nieruchomy i przesunięty w prawo język, zaburzenia połykania. Całkowita afazja ruchowa, dość znaczna czuciowa – powód spełniał i rozumiał tylko proste polecenia. Porażenie wybitnie spastyczne prawostronne z odruchem B. niezwykle żywym i stopostrząsem, obecnym teraz także po stronie lewej. W badaniu CT nie stwierdzono obecności procesu ekspansywnego, wynaczynienia świeżej krwi, niewielkie poszerzenie masy półkuli mózgu lewej (midline shift). W badaniu z kontrastem uwidoczniło tętnice szyjne wewnętrzne i odcinek M. (...). Lekarz S. K. (2) zdiagnozował u powoda na podstawie wywiadu i obrazu CT udar niedokrwienny lewej półkul mózgu w dalszym odcinku unaczynienia tętnicy mózgu środkowej lewej (torebka wewnętrzna, jądra podkorowe). Zaproponował leczenie metodą (...) dextran, pentoxyfilina, dopamina, aspiryna. Ze względu na czas od zachorowania nie włączono leczenia heparyną. O diagnozie zostali powiadomieni rodzice powoda.

W dniu 2 stycznia 2005 r. ponownie wykonano u powoda badanie TK głowy ze względu na pogorszenie stanu świadomości (w skali G. oceniona na 12 pkt) i bóle głowy. Badanie TK wykazało obszar niedokrwienia w zakresie dorzecza tętnicy środkowej mózgu po stronie lewej oraz cechy początku obrzęku mózgu, wyraźnie nasilała się faza niedokrwienia. Włączono dodatkowe leczenie przeciwobrzękowo - dożylnie M.. Od 3 stycznia 2005 r. włączono mu do leczenia rehabilitację oddechową.

Rodzice powoda postanowili skonsultować prawidłowość leczenia syna z prof. dr hab. n. med. T. T. z L., pełniącym wówczas funkcje krajowego konsultanta ds. neurochirurgii. Aby dostarczyć lekarzowi materiału do konsultacji potrzebowali dokumentacji medycznej z leczenia powoda w pozwanym szpitalu. R. G., chciał złożyć podanie do dyrekcji szpitala o wydanie dokumentacji w dniu

5 stycznia 2005 r., jednak o godz. 15:30 sekretariat dyrektora był nieczynny, więc zrobił to dnia 06 stycznia 2005 r. rano. Zgodę dyrekcji na wydanie dokumentów rodzice powoda uzyskali po południu, a dział dokumentacji medycznej był już zamknięty. W dniu 6 stycznia powód miał wykonywane kolejne badanie tomograficzne i chcieli oni otrzymać także opracowanie wyników tego badania na płycie CD razem z poprzednimi dokumentami. Pozwany szpital wydawał takie wyniki jedynie w formie zdjęć, a nie w formie elektronicznej z uwagi na brak odpowiedniego sprzętu. Dr L. – L. na prośbę R. G. opracowała w trybie pilnym wyniki badania tomograficznego, jednak ojcu powoda kazano dostarczyć do pracowni informatycznej własną płytę CD, co zajęło kilka godzin, a następnie były problemy ze sprzętem do nagrywania danych i w konsekwencji wyniki rodzina powoda otrzymała ok. godz. 16:00. Nie doszło do planowanej na ten dzień na godz. 13.30 konsultacji przez Internet z prof. dr hab. n. med. T. T..

W kolejnych dniach powód był wydolny krążeniowo - oddechowo, przytomny, do 6 stycznia 2005 r. był karmiony sondą. Równolegle wykonywano dalsze badania dodatkowe w celu ustalenia przyczyny udaru mózgu. 5 stycznia 2005 r. wykonano kolejne badanie echokardiograficzne i wykluczono zmiany w układzie krążenia. Pacjent miał również całodobowy zapis EKG metodą H.. W dniu 7 stycznia 2005 r. wykonano powodowi trzecie badanie TH głowy, które wykazało bardziej wyraźne ognisko niedokrwienne – o wym. 86,4 x 46,6. Zastosowano dalsze leczenie: N. 2 x 6 g, utrzymano P., B.. Z uwagi na stabilny stan powoda dr J. L. w porozumieniu z prof. M. K. zdecydowała, że powód zostanie przeniesiony na Oddział Neurologiczny, jednak z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia powoda plan ten nie został wykonany.

W dniu 9 stycznia 2005 r. nastąpiło nagle pogorszenie stanu powoda. Został skonsultowany przed neurologa dr S. K. (1). W wykonanym w trybie pilnym badaniu TK głowy stwierdzono powiększenie obszaru niedokrwiennego w lewej półkuli mózgu, który objął całą lewą półkulę mózgową z przemieszczeniem linii środkowej po stronie prawej z uciśnięciem światła komory bocznej lewej i wynacznieniem krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej. Największa ilość wynacznionej krwi była widoczna w rejonie wyspy lewej. Szczeliny mózgowe i rowki mózgowie na sklepiściach mózgu zaciśnięte. Powodowi po konsultacji z dr med. S. K. (2) podano M., F., D., a następnie został on zaintubowany, podłączony do respiratora i wprowadzony w śpiączkę tiopentalową i stosowano leczenie przeciwobrzękowe: 20% M..

Personel medyczny pozwanego szpitala mówił rodzicom i rodzinie powoda, że K. G. może nie przeżyć i muszą przygotować się na najgorsze. Ojciec powoda prosił dr T. B. o wydanie najnowszej dokumentacji z leczenia powoda, w tym wyników wykonanego w dniu 9 stycznia 2005 r. badania TK. W dniu 10 stycznia 2005 r. ciotka powoda E. K., D. S. i jej mąż pojechali rano na konsultację do prof. T. T. do L., bez najnowszych wyników badań powoda. Wyniki te przesłał do L. o godz. 10.30 po uzyskaniu zapisu tomografii ojciec powoda za pośrednictwem Internetu. Prof. T. T. po zbadaniu przypadku powoda stwierdził, że jest szansa na jego uratowanie, ale konieczne jest wykonanie szybkiej operacji trepanacji czaszki. Ok. godz. 13:30 do pozwanego szpitala zadzwonił prof. T. T., który zaproponował dr med. S. K. (2) wykonanie u powoda kraniotomii odbarczającej z otwarciem opony twardej. Zespół dr med. S. K. (2) obawiał się wykonania tak inwazyjnego zabiegu u powoda, jednak prof. T. T. przekonał ich, że jest to jedyna szansa dla K. G.. Rodzice powoda wyrazili zgodę na zabieg operacyjny. O godz. 14:50 dr med. S. K. (2) wykonał u powoda kraniotomie czołowo-ciemieniowo-skroniową po stronie lewej. Wycięto części płata kostnego czaszki powoda, który został zutylizowany. Po przeprowadzonej operacji w kolejnych dniach stan małego ulegał stopniowej poprawie, choć nadal był krytyczny.

W dniu 14 stycznia 2005 r. powoda ekstubowano, był wydolny krążeniowo.

U powoda zaczęły pojawiać się spontaniczne ruchy porażonej kończyny, odzyskiwał powoli świadomość. Wykonane kontrolne badanie TK głowy z dnia 17 stycznia 2005 r. wykazało zmniejszenie strefy zawału z wyraźnym jej ukrwotocznieniem. Zmniejszył się ucisk komory bocznej lewej i przemieszczenie struktur środkowych mózgu ku stronie prawej.

Dnia 19 stycznia 2005 r. wykonano u powoda angiografię naczyń mózgowych, w której nie uwidocznienia dystalnego odcinka lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej przed podziałem na tętnicę mózgu przednią. W wykonanym badaniu dopplerowskim tętnic szyjnych stwierdzono zmniejszenie prędkości przepływu w lewej tętnicy szyjnej. Stan powoda ulegał dalszej poprawie, był wydolny krążeniowo - oddechowo, przytomny. Nadal stwierdzano niedowład połowiczny prawostronny, poszerzenie prawej źrenicy, porażenie n. VII, afazję ruchową i zaburzenia połykania. Chłopiec został przeniesiony do Kliniki (...)w K. celem dalszej diagnostyki i rehabilitacji. N. powoda prowadziła dr M. S., dr A. Ś. oraz mgr R. K.. Była ona prowadzona w wymiarze od 15 minut do 55 minut, bez urozmaicenia i bez wykonania dokładnego planu rehabilitacji. Powód miał także codzienne spotkania z psychologiem mgr B. P., które trwały od kilku minut do godziny, w zależności od stanu powoda i jego chęci współpracy z psychologiem. Rodzice powoda bez informowania o tym lekarzy strony pozwanej kilkakrotnie wprowadzili do szpitala własnych terapeutów m.in. neurologopedę M. L. i rehabilitanta P. A. (1), którzy prowadzili z powodem indywidualne zajęcia z rehabilitacji i logopedii, celem oceny stanu pacjenta i przygotowania programu jego leczenia.

W dniu 20 lutego 2005 r. na prośbę rodziców powód został wypisany i przewieziono go do (...)Kliniki Neurologii w W. celem prowadzenia intensywnej rehabilitacji. Na Oddziale Rehabilitacyjnym powód miał zapewnione zajęcia z psychologiem, neuropsychologiem, fizjoterapeutą i logopedą, codziennie przez ok. 6 godzin. Jego stan uległ znacznej poprawie.

W dniu 24 marca 2005 r. powód został przetransportowany do (...) Publicznego Szpitala (...) w L. Kliniki (...), gdzie prof. dr hab. n med. T. T. przeprowadził u niego operację odtworzenia ciągłości czaszki poprzez wszczepienie płyty C. w wytworzony na skutek operacji ubytek kości w lewej okolicy skroniowo – ciemieniowej. Następnie powód został przewieziony z powrotem na Oddział (...) Neurologicznej II Kliniki (...) w W., gdzie przebywał do 14 maja 2005 r.

Rodzice powoda chcieli kontynuować jego intensywną fizjoterapię, a ta oferowana przez publiczną służbę zdrowia była w ich ocenie niewystarczająca. Wobec tego zatrudnili na stałe do leczenia syna neurologopedę M. L., która ćwiczyła z powodem kilka godzin dziennie, różnymi rodzajami działań na początku celem odblokowania rozumienia, a potem mowy u powoda. Również fizjoterapeuta P. A. (2) prowadził z powodem intensywne i wielogodzinne zajęcia z terapii ruchowej. Robili to w ramach pracy w (...)w K., a także współpracy z Fundacją (...). Wieloletnie leczenie logopedyczne powoda pozwoliło na znaczną poprawę jego stanu i pomniejszenie afazji. Z uwagi na poprawę stanu fizycznego powoda i jego wytrwałość było możliwe jego usprawnienie i wykonywanie ćwiczeń sportowych na nartach, rolnkach, rowerze czy na basenie. Ponadto powód był objęty leczeniem w Gabinetcie (...) w M., (...) w K., jak również miał prowadzoną hipoterapię w Klubie (...). Powód tygodniowo miał prowadzoną rehabilitację w wymiarze ok. 13-14 godzin przez profesjonalnych fizjoterapeutów, zaś ok. 22 godziny rehabilitowali go sami rodzice w domu.

Powód został objęty pomocą jako podopieczny Fundacji (...). Od 2 lutego 2005 r. powód posiada w tej fundacji swoje subkonto na którym gromadzone są środki finansowe z przeznaczeniem na leczenie i rehabilitację, zakup leków i sprzętu dla K. G.. Pieniądze na subkonto powoda wpłacają dobrowolnie darczyńcy z przeznaczeniem na finansowanie indywidualnie leczenia powoda i z tych kwot jest ono rozliczane. Znajomi rodziców powoda organizowali zbiórki pieniędzy i aukcje dzieł sztuki, celem zebrania funduszy potrzebnych na leczenie K. G.. Zakupiono specjalny komputer dla powoda wraz z programami do ćwiczenia i nauki mowy. Powód otrzymał również rower rehabilitacyjny i górski, narty, buty narciarskie, kije do N., specjalne лыżworolki i inny sprzęt poprawiający jego sprawność fizyczną.

Powód przed dniem 31 grudnia 2004 r. był dzieckiem pogodnym, aktywnym i wysportowanym. Uczył się w 2 klasie gimnazjum. Biegał amatorsko pod opieką ojca i znajomego trenera (...).

Pomimo leczenia powód nadal miał problemy z niesprawnością ruchową prawej ręki, afazją, zaburzeniami praktyki i dyskalkulią. Ćwiczenia logopedyczne poprawiły jego sprawność mowy i rozumienia mowy innych osób, jednak nadal pozostały duże braki w czytaniu i pisaniu. Z uwagi na to powód podjął naukę w liceum ogólnokształcącym w trybie indywidualnego nauczania, które ukończył bez przystępowania do matury. K. G. zaliczono do znacznego stopnia niepełnosprawności. Nie był zdolny do pracy i wymagał w celu pełnienia ról społecznych długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

U powoda objawy neurologiczne udaru mózgu (niedowład, afazja), wystąpiły przed godziną 13.00, w dniu 31 grudnia 2004, po przebiegnięciu 10 km biegu - prawdopodobnie na skutek znacznego odwodnienia organizmu i zagęszczenia krwi. Do szpitala został przyjęty o godz. 15.00, a badanie CT głowy wykonano około godz. 15.50. A zatem po wstępnej diagnostyce obrazowej (w CT tylko niewielka asymetria szerokości układu komorowego i to w jego przedniej części - badanie wykonane w tak wczesnym okresie po udarze nie wykazało istotnych zmian mogących naprowadzić na właściwe rozpoznanie), podjęto dalsze poszukiwania przyczyn niedowładu połowiczego i afazji, w postaci badania neurologicznego, badań laboratoryjnych, konsultacji kardiologicznej (dla wykluczenia wady serca lub procesu zapalnego mięśnia sercowego). Ponieważ nie znaleziono konkretnej przyczyny niedowładu włączono nawodnienie i nootropil (jako protekcję czynności tkanki nerwowej), stałe monitorowanie ciśnienia tętniczego i tętna. Konsultacja neurochirurgiczna w dniu 1 stycznia 2005 r. rozszerzyła leczenie farmakologiczne - rozpoznano udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu w oparciu o CT z dnia 31 grudnia 2004 r. i dalszą progresję deficytów neurologicznych i zastosowano leczenie wg schematu (...), jednocześnie podając leki p/obrzękowe. Rozpoznanie

neurochirurga potwierdziło badanie CT w dniu 2 stycznia 2005 r. - stwierdzono ognisko poudarowe w lewej półkuli mózgu.

Nie stosowano leków z grupy aktywatorów plazminogenu z uwagi na: przekroczony czas bezpiecznego stosowania (ponadto, w tym okresie brak rejestracji leku w Polsce), brak doświadczenia zespołu lekarskiego szpitala w leczeniu lekami tej grupy, trudnościami w stworzeniu zespołu radiologiczno- pediatrycznego dla przeprowadzenia takiego zabiegu, brak pewnego rozpoznania udaru niedokrwiennego w pierwszych godzinach po przyjęciu do szpitala (również stwierdzenie objawów oponowych w badaniu neurologicznym przy przyjęciu stawiało rozpoznanie udaru niedokrwiennego pod znakiem zapytania). Nie zastosowano heparyny bo jej podawanie jest ograniczone w zasadzie do udarów niedokrwiennych pochodzenia zatorowego (serc pochodnego). Włączono natomiast aspirynę w dawce terapeutycznej (od 1 stycznia 2005 r.).

W dniu 31 grudnia 2004 r. postawiono rozpoznanie niedowładu połowiczego po lewej stronie z powodu braku rozpoznania przyczyny niedowładu. W dniu 1 stycznia 2005 r. rozpoznano udar niedokrwienny m.in. w oparciu o pejoryzację stanu neurologicznego powoda. W ocenie biegłego K. D. rozpoznanie udaru niedokrwiennego zostało postawione we właściwym momencie (po kilkunastogodzinnej obserwacji i stwierdzeniu nowych objawów neurologicznych). Udar niedokrwienny występuje dużo rzadziej u dzieci niż u dorosłych, ma bardzo wiele przyczyn, stąd duże trudności w ustaleniu przyczyny w początkowym okresie leczenia. Ponadto szpital nie dysponował oddziałem poudarowym, a przekazanie 15 letniego powoda na oddział poudarowy dla dorosłych nie wchodziło w grę z powodu limitów wiekowych (powyżej 18 roku życia).

Możliwość wykonania badania dopplerowskiego naczyń domózgowych, a w razie stwierdzenia zakrzepu tętnicy szyjnej wykonanie angiografii mózgowej z cewnikowaniem tętnicy szyjnej i podaniem aktywatora plazminogenu dotętniczo w pobliże zakrzepu była ograniczona z przyczyn organizacyjnych, braku rejestracji leku w Polsce, zbyt długiego czasu

od początku udaru (przekraczającego 3 godziny), niejasności w przyczynie etiologicznej niedowładu. W dniu 31 grudnia 2004 r. wykluczono serc pochodne tło niedowładu, a w badaniach laboratoryjnych wykluczono hematologiczne, metaboliczne, układowe przyczyny ostrego niedowładu połowiczego.

Kraniotomia odbarczająca w przypadku leczenia złośliwego obrzęku mózgu w przebiegu udaru niedokrwiennego jest oczywiście alternatywą, ale ostateczną, leczeniem ostatniej szansy i skuteczność tej metody w dużej mierze zależy zarówno od sprawności przeprowadzenia operacji jak i skutecznego leczenia anestetycznego po operacji. Konieczność wykonania takiego zabiegu pojawia się wyjątkowo rzadko u dzieci i stąd doświadczenie ośrodków dziecięcych w tego rodzaju postępowaniu jest dość niewielkie. Zdaniem biegłego sposób przeprowadzenia zabiegu z dnia 10 stycznia 2005 r. odbył się zgodnie ze standardami takiego leczenia i w odpowiednim czasie. Aktualnie nie przechowuje się płyta kostnego pacjenta po operacji odbarczenia, tylko w stosownym czasie wykonuje się plastykę ubytku protezą kości czaszki (C.). Proces przechowywania kości własnej jest technicznie skomplikowany i nie daje pewności jałowości bakteriologicznej.

Objawy które wystąpiły u powoda w dniu 31 grudnia 2004 r. mogły być zarówno objawem udaru niedokonanego (np. w wyniku skurczu naczyniowego naczyń mózgowych) jak i dokonanego (niedokrwiennego lub krwotocznego). Każdą z tych postaci udaru leczy się inaczej.

Obecny stan neurologiczny powoda jest konsekwencją przebytego rozległego udaru lewej półkuli mózgu. W procesie leczenia biegły K. D. nie stwierdził działań sprzecznych z protokołem. Wskazał, że kraniotomia obarczająca jako zabieg niestandardowy został wykonany sprawnie i skutecznie, mimo początkowych wahań zespołu operującego.

Ostry niedowład połowiczy jest objawem udaru (zarówno krwotocznego jak i niedokrwiennego) lub zagrażającego udaru, chociaż przed postawieniem właściwego rozpoznania może być rozpoznaniem roboczym. Precyzyjne określenie etiologii udaru i związanego z tym adekwatnego leczenia wymaga wykonania szeregu badań diagnostycznych, kilkukrotnej oceny stanu neurologicznego. Różne przyczyny udaru leczy się niejednako.

Biegły podniósł, że nieprawdą było aby, powód nie został zbadany neurologicznie przez okres 9 dni po przyjęciu do szpitala. Takie badania zostało wykonane w 1 dobie pobytu, a kolejne w 2 dobie pobytu. Właśnie po drugim badaniu wdrożono pełne leczenie poudarowe, po wykluczeniu sercopochodnej (zatorowej) przyczyny udaru mózgowego. W pierwszym badaniu CT głowy objawy udaru były prawie niewidoczne. Zdecydowanie rozpoznawalny obszar niedokrwienny pojawił się dopiero w badaniu z dnia 2 stycznia 2005 r. Stawiając rozpoznanie udaru niedokrwiennego można było dla poparcia badania wykonać badanie dopplerowskie tętnic domózgowych lub badanie angio CT. Ale w tym czasie powód i tak był już leczony według schematu leczenia udaru niedokrwiennego. Angiografia mózgowa w ostrym okresie poudarowym mogła być niebezpieczna z uwagi na stosowanie wysokich ciśnień przy podawaniu kontrastu do naczyń. Monitorowanie ciśnienia śródczaszkowego wymaga ścisłych wskazań medycznych - 3-8 pkt w skali (...) w związku z tym nie wchodziła w grę. Informacje zebrane z tych badań mogłyby tylko potwierdzić poprawność stosowanego leczenia - na leczenie trombolityczne i tak byłoby za późno.

Rozpoznanie udaru niedokrwiennego można by postawić i w pierwszej dobie pobytu po wykonaniu badania dopplerowskiego a jeszcze lepiej badania angio-CT mózgu. Ich wynik wykazałyby objawy zamknięcia tętnicy szyjnej wewnętrznej, ale bez podania przyczyny tego stanu. Na leczenie trombolityczne byłoby jednak za późno.

Leczeniem udarów niedokrwiennych zajmuje się z reguły neurolog i on powinien być głównym decydem postępowania. W przypadkach stanów niebezpiecznych i zagrażających życiu dodatkowo lekarz anestezjolog. Neurochirurg tylko w sytuacji konieczności wykonania operacji.

Leczenie trombolityczne w przypadku niedrożności tętnicy mózgowej ma bardzo małe okno terapeutyczne - w przypadku przekroczenia 3 godzin od udaru, stosowanie leków trombolitycznych grozi rozległym udarem krwotocznym mózgu i jest wysoce niepożądanym powikłaniem. Metodą stosowaną w leczeniu jest na przykład metoda (...), która zakłada wypełnienie łożyska naczyniowego mózgu i podniesienie ciśnienia tętniczego na tyle, żeby utrzymać przepływ w naczyniach obocznych do ogniska udarowego przy jednoczesnym rozrzedzeniu krwi, co minimalizuje szkody poudarowe. Takie leczenie częściowo wdrożono po przyjęciu do szpitala i w pełnej formie w dniu następnym w dawkach terapeutycznych. W dniu 7 stycznia 2005 r. wykonano kolejne badanie CT głowy stwierdzając dalszą ewolucję ogniska poudarowego. Badanie nie wskazywało na obecność wtórnego udaru krwotocznego. W dniu 8 stycznia 2005 r. powód gorzej się czuł, miał bóle głowy, obserwowano nieprawidłowe poziomy tętna i ciśnienia tętniczego. W dniu 9 stycznia 2005 r., w godzinach rannych, z powodu znacznego pogorszenia neurologicznego powtórzono badanie CT wykazując obecność ukrwotocznienia ogniska udarowego w lewej półkuli mózgu. Do pogorszenia stanu powoda doszło pomimo prowadzonego leczenia farmakologicznego (do tego czasu stan neurologiczny stacjonarny). Nastąpiło ukrwotocznienie ogniska niedokrwiennego mózgu, co spowodowało pogorszenie neurologiczne aż do stanu zagrożenia życia. Taki przebieg kliniczny udaru niedokrwiennego nie jest regułą. Zwykle stan neurologiczny stabilizuje się, co umożliwia przy pomocy prowadzonej rehabilitacji poprawę stanu neurologicznego. Wystąpienie ukrwotocznienia udaru niedokrwiennego poszerza obszar uszkodzenia i prognozuje niekorzystnie zarówno dla możliwości wczesnej rehabilitacji jak i odległych wyników remisji deficytu neurologicznego. Mimo intensywnego leczenia przeciwobrzękowego (mannitol, thiopental, oddech mechaniczny na respiratorze) stan powoda pozostawał ciężki, wystąpił ucisk na pień mózgu i groźba sytuacji nieodwracalnego uszkodzenia pnia mózgu. Leczenie farmakologiczne i oddech kontrolowany okazały się mało skuteczne. Wykonane w dniu 10 stycznia 2005 r. operacyjne odbarczenie kostno- oponowe zatrzymało dalsze objawy ucisku na pień mózgu i po paru następnym dniach kompleksowego leczenia p/obrzękowego uzyskano poprawę neurologiczną. Mimo pomyślnego efektu leczenia operacyjnego biegły K. D. stwierdził, że w neurochirurgii dziecięcej ten rodzaj zabiegu wykonuje się wyjątkowo rzadko i stanowi jedynie heroiczną próbę walki z obrzękiem mózgu a nie jest zabiegiem stosowanym powszechnie. Jednak w leczeniu pacjentów w stanie zagrożenia życia stosuje się wszystkie metody, które wydają się skuteczne, nawet te, których nie stosuje się w codziennej praktyce.

To lekarz prowadzący lub konsylium lekarskie przedstawia rodzicom małoletniego pacjenta propozycje postępowania, ale zgodę na rodzaj leczenia ostatecznie wyrażają rodzice jako prawni opiekunowie dziecka.

W sensie szkody neurologicznej udar niedokrwienny, który wystąpił u powoda w dniu 31 grudnia 2004 r. spowodował głęboki niedowład prawostronny z afazją. Z takim stanem mamy do czynienia od początku pobytu powoda w szpitalu. Późniejsze pogorszenie wynikało z utrzymującego się obrzęku mózgu i ukrwotoczenia udaru niedokrwiennego, co w sposób skokowy pogorszyło stan neurologiczny powoda. Powód zaczął być leczony wg. pełnego schematu leczenia jak w udarze niedokrwiennym w dniu 1 stycznia 2005 r. W dniu 31 grudnia 2004 r. wdrożono niepełny schemat tego leczenia jednocześnie intensywnie diagnozując przyczynę ostrego niedowładu połowiczego. Pozwany Szpital w dniu 31 grudnia 2004 r. dysponował umiejętnością leczenia udarów niedokrwiennych, jak wynika z relacji z-cy ordynatora Oddziału Neurologicznego. Interpretacja obrazów CT mózgu pozostaje w gestii lekarza radiologa, a nie neurologa. Skoro radiolog nie opisał objawów udarowych w badaniu po przyjęciu do szpitala, to dyżurujący neurolog musiał poszukiwać dalej przyczyny niedowładu.

W sytuacji zagrożenia życia i braku skutecznego postępowania leczniczego przyjęte jest, że organizuje się konsylia lekarskie wewnętrzne i z pomocą osób z zewnątrz szpitala w celu wypracowania skuteczniejszych metod leczenia

W opinii biegłego z całą pewnością udary niedokrwienne mózgu powinny być leczone w specjalistycznych oddziałach udarowych, gdzie w zespole są zarówno neurologi, terapeuci jak i rehabilitanci z dużą wiedzą teoretyczną i praktyczną na temat prowadzenia podobnych przypadków.

Rozległość udaru niedokrwiennego u powoda i kolejny udar krwotoczny implikowały wielkość ostatecznego rozmiaru uszkodzenia lewej półkuli mózgu. Niewyjaśniona do końca przyczyna udaru prawdopodobnie powstrzymywała zespół leczący przez zbyt wczesną intensywną rehabilitację ruchową.

W wyniku udaru niedokrwiennego powód doznał uszkodzenia lewej półkuli mózgu, co spowodowało spastyczny niedowład połowiczny prawostronny, większy w kończynie górnej (ręka niesprawna funkcjonalnie), zaburzenia mowy o typie dysfazji mieszanej i amnestycznej z parafazjami, zaburzeniami pamięci co powoduje długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 100% z pkt 5D (80%) i pkt 9C (30%). Mimo stosowanej intensywnej rehabilitacji ruchowej, logopedycznej i psychologicznej, poprawa stanu neurologicznego powoda postępuje obecnie bardzo wolno i istnieje duże prawdopodobieństwo, że dalsza poprawa nie nastąpi. Rehabilitacja ma również za zadanie utrzymanie stanu neurologicznego na poziomie obecnym, a jej zaprzestanie zaprzępaści dotychczasowe sukcesy terapeutyczne. W związku z tym koszty rehabilitacji ponoszone przez rodziców powoda nie zmniejszą się w najbliższym czasie.

W październiku 2010 r. wystąpił krótkotrwały incydent „wylączenia” świadomości u powoda, będący ekwiwalentem napadu padaczkowego, który nie powtórzył się więcej. W badaniach EEG, zapis jest nieprawidłowy z tendencją do napadowości fal patologicznych, ale bez pogorszenia zapisu w kolejnych obserwacjach. Natomiast istnieje niebezpieczeństwo powtórzenia się napadów i konieczności leczenia przeciwpadaczkowego.

Przy stosowanej rehabilitacji w obecnym wymiarze stopień inwalidztwa powoda nie powinien ulec zmianie w przyszłości.

W ocenie biegłego K. D. leczenie farmakologiczne związane z udarem niedokrwiennym było niewystarczające, gdyż istniała możliwość włączenia dextranu lub dopaminy we wlewie dożylnym, które być może mogłyby poprawić stan powoda. W dniu 8 stycznia 2005 r., kiedy powód czuł się źle, a parametry obserwacji wskazywały na wyczerpywanie się mechanizmów autoregulacji mózgowej, to zdaniem biegłego można było podjąć bardziej intensywną terapię (zwiększenie leków przeciwobrzękowych do dawek maksymalnych i wentylacja mechaniczna powoda) co i tak prawdopodobnie nie zapobiegłoby ukrwotoczeniu ogniska udarowego niedokrwiennego, lecz można było tego spróbować. Również decyzja o wykonaniu operacji obarczenia mózgu w chwili pogorszenia stanu powoda niepotrzebnie przedłużała się i przebiegała w nerwowej atmosferze, jednak sama operacja przebiegła bardzo sprawnie i uratowała powodowi życie. Do rozpoznania udaru niedokrwiennego doszło w dniu 1 stycznia 2005 r., ponieważ wcześniej lekarze poszukiwali przyczyny niedowładu, chcąc wykluczyć przyczyny kardiologiczne, metaboliczne i inne możliwości. Wcześniejsze wykonanie operacji odbarczenia nie zmieniłoby sytuacji neurologicznej powoda. Ogólne postępowanie lecznicze strony pozwanej wobec powoda biegły K. D. uznał za poprawne.

W leczeniu dzieci tj. pacjentów od 0 do 18 roku życia lekarze nie posługują się standardami i wytycznymi obowiązującymi u osób dorosłych tj. powyżej 18 roku życia. W Polsce na dzień zdarzenia, nie było ogłoszonych standardów postępowania w udarach mózgu, jak miało to miejsce u osób dorosłych. Zgodnie z głównym badaniem i rejestracją w Europie (...), czyli tkankowy aktywator plazminogenu, powinien być stosowany tylko w przedziale wiekowym 18-80 lat (cyt. za prof. dr hab. med. A. C. (2004 r. s. 886)).

Biegły wskazał, że powód został przyjęty do szpitala o godzinie 15.00. Stwierdzono nagle wystąpienie objawów niedowładu połowicznego prawostronnego i afazję. Wykonano u niego badanie tomokomputerowe głowy, które jest badaniem pierwszym i niezbędnym różnicowania udaru niedokrwiennego i krwotocznego, określenia ewentualnego obrzęku mózgu. W badaniu TK, ognisko zawałowe nie jest widoczne, nawet do 24 godzin, stąd badanie to jest powtarzane, a jego wykonanie bezpośrednio po zachorowaniu jest konieczne dla wykluczenia krwawienia (widocznego już po wystąpieniu objawów w obrazie TK). W tym przypadku postępowanie lekarza dyżurnego było prawidłowe. W ośrodkach których jest to możliwe, najlepiej wykonać badanie (...), w którym ognisko jest widoczne już po wystąpieniu udaru mózgu lub badanie z programem naczyniowym dla uwidocznienia naczyń mózgu. Po wykluczeniu krwawienia można przystąpić do działań terapeutycznych jak w udarze niedokrwiennym, prowadząc dalej diagnostykę mającą na celu ustalenie przyczyny udaru. Należy uwzględnić czynność układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, ciśnienie tętnicze (nie zaleca się gwałtownego obniżania), zapewnić odpowiednią ilość płynów, kontrolować glikemię oraz temperaturę ciała. Takie postępowanie strony pozwanej zostało przeprowadzone prawidłowo.

Powoda nie zakwalifikowano do leczenia trombolitycznego i było to uzasadnione, gdyż obowiązujące w 2004 r. wytyczne kwalifikowały do terapii trombolitycznej za pomocą rt-PA pacjentów w przedziale wiekowym od 18 do 80 roku życia w pozostałych przypadkach tromboliza była przeciwwskazana. W Polsce w/w lek przeznaczony jest dla pacjentów powyżej 18 roku życia. Ponadto uważa się, że stosowanie heparyny nie może być standardowym sposobem leczenia udaru, ponieważ nie ma przekonujących dowodów na przewagę korzyści wynikających z tej terapii nad ryzykiem zastosowania. Leki przeciwkrzepliwne, do których należy heparyna, powinny być zastosowane u dzieci tylko w uzasadnionych przypadkach, w zasadzie do udarów pochodzenia sercowego. Nie popełniono zatem błędu w niezastosowaniu tego leku u powoda. Wykonanie zabiegu kraniotomii odbarczającej było w przypadku powoda niezbędne, a farmakologiczne leczenie przeciwobrzękowe było prowadzone właściwie.

Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia i powinien być traktowany, zarówno w przypadku osób dorosłych, jak i dzieci, jako stan wymagający natychmiastowej hospitalizacji, diagnostyki i leczenia.

Zastosowanie uzupełnienia ubytku kostnego po przeprowadzonej kraniotomii, materiałem protetycznym, a nie własną częścią kostną wynikało prawdopodobnie z faktu, że w tym czasie w większości ośrodków w Polsce takie postępowanie miało miejsce.

Od 1 stycznia 2005 r włączono do leczenia powoda aspirynę w prawidłowej dawce. Prowadzone od dnia 31 grudnia 2004 r. czynności były zgodne z zasadami obowiązującymi i niezbędnymi w prowadzeniu dziecka ostrą chorobą naczyniową mózgu - udarem mózgu. W opinii biegłego można ewentualnie zastanowić się, dlaczego neurolog dziecięcy został wezwany do powoda w dniu 9 stycznia 2005 r., jednak nie zmienia to faktu, że postępowanie pozwanego szpitala do tego dnia było właściwe i brak było błędów w postępowaniu diagnostyczno – leczniczym lekarzy z (...) Szpitala (...) w K..

U powoda w wyniku udaru niedokrwiennego lewej półkuli mózgu z jego następowym ukrwotoczeniem doszło do masywnego zakłócenia funkcji językowych o charakterze afazji mieszanej. Początkowo zaburzenia były tak duże, że trudno było wyodrębnić, które w sposób wyraźny dominują w obrazie afazji; motoryczne czy sensoryczne. Obecnie w obrazie afazji dominują zaburzenia rozumienia i mowy wewnętrznej. Obok problemów w odbiorze powód ma problem z programowaniem wzorców słownych. Zaburzone są nadal, choć w mniejszym już znaczeniu wymiarze, planowanie i wytwarzanie mowy. Powód planuje swą wypowiedź zanim ją zrealizuje, przy czym planowanie to odbywa się jednostkami zdaniowych - w tym aspekcie powód nadal ma duże trudności. Mowa spontaniczna i opowieściowa

nadal są bardzo ubogie u powoda i często przybierają one formę równoważników zdań czy fraz syntaktycznych. Pojawiają się też proste poprawnie sformułowane zdania.

Najlepiej u powoda funkcjonuje mowa dialogowa, gdzie może się on komunikować prostymi formami, lub wręcz odpowiadać na pytania w sposób niepełny i fragmentaryczny. Ponadto u powoda biegły stwierdził występowanie objawów agrafii i aleksji wykonawczej. Deficyty w zakresie pamięci mają charakter specyficzny, dotyczą głównie modalności słuchowo-werbalnej, obniżony jest pułap magazynu pamięci bezpośredniej i znacznie osłabiony jest proces uczenia się nowego materiału opartego na słowie, ale wymagający zorganizowania tego materiału, gdy uczenie się dotyczy materiału niezorganizowanego. Powód jest w stanie w sposób mechaniczny wyuczyć się tego materiału i po dłuższej dystrakcji odtworzyć tylko w nieco zubożonej formie. Deficyty w zakresie pamięci długoterminowej są bardzo trudne do oceny, wobec objawów zaburzeń funkcji językowych, jednak w ocenie biegłego luki pamięciowe w zakresie dawniej wyuczonej wiedzy (przed zachorowaniem) są spore. U powoda myślenie oparte o materiał niewerbalny funkcjonuje sprawnie. Potrafi on na poziomie abstrakcyjnym rozwiązać problem, potrafi też zmieniać nastawienie mentalne i reagować zgodnie z napływającymi z zewnątrz informacjami.

U powoda skutki przebytego udaru niedokrwiennego mózgu z dnia 31 grudnia 2004 r. są nadal znaczne, dominują znaczne zaburzenia w zakresie funkcji językowych na poziomie nadawania i rozumienia mowy, myślenia słowno-pojęciowego i uczenia się opartego na słowie. Te dysfunkcje wykluczają obecnie dalszą naukę na poziomie szkół policealnych, pozwalają jedynie na zdobywanie umiejętności zawodowych dla osób z niepełnosprawnością ruchową (niedowład prawostronny). Możliwości porozumiewania się powoda w szerszym środowisku są nadal bardzo ograniczone, a objawy agrafii i aleksji nadal uniemożliwiają K. G. korzystanie z komunikatów „pisanych”.

Udar spowodował rozległe uszkodzenie lewej półkuli mózgu powoda, która jest półkulą dominującą dla procesów językowych. Spowodował objawy nasilonej mieszanej afazji, agrafię i aleksję, nadto zaburzone są procesy związane z myśleniem słowno-pojęciowym, pamięcią słuchowo-werbalną i percepcją językową. W wyniku długotrwałej rehabilitacji nastąpiła bardzo duża poprawa w zakresie opisanych funkcji, ale nadal ich nasilenie jest na tyle znaczne, że w sposób istotny ogranicza to możliwości adaptacyjne, możliwości uczenia się i normalnego funkcjonowania powoda. We wszystkich badaniach, które były wykonywane podczas długotrwałej terapii terapeutyci wskazywali na dobrze zachowane funkcje wzrokowo-przestrzenne powoda i tak jest nadal. Funkcje wykonawcze w odniesieniu do procesów językowych są nadal mocno osłabione, podobnie jak i myślenie słowno-pojęciowe. Zaburzenia koncentracji uwagi u powoda są coraz mniejsze, ale nadal ujawniają się w zadaniach, które wymagają dużego wysiłku umysłowego (głównie dotyczy to zdań opartych na słowie). Powód obecnie coraz lepiej kontaktuje się z otoczeniem, ale wymaga to zachowania specyficznych warunków: w większej grupie osób mówiących K. G. nadal jest bezradny, nie rozumie sensu rozmowy, którą toczy kilka osób, nie potrafi w nią aktywnie włączyć, nie rozumie bardziej rozbudowanych treściowo i utrudnionych semantycznie komunikatów. W mowie dialogowej, przy zachowaniu warunków, że osoba komunikująca się z powodem mówi wolno i używa prostych zdań wspomaganych pozawerbalnymi sygnałami, można się z powodem porozumieć, poruszając różne tematy.

Afazja to zaburzenia w zakresie odbioru treści językowych, operowania nimi lub ich wyrażania u osoby, która już opanowała w pełni posługiwanie się językiem, wynikające z organicznego uszkodzenia mózgu. Afazja dotycząca zarówno nadawania jak i odbioru mowy była jednym ze skutków przebytego przez powoda udaru niedokrwiennego mózgu. Początkowe zaburzenia były bardzo nasilone, obecnie w wyniku samoistnej poprawy jak i długotrwałej, intensywnej terapii występują one nadal. Ich nasilenie jest nadal znaczne, ogranicza w sposób istotny możliwości adaptacyjne, uczenia się i pełnego komunikowania z innymi ludźmi, nadal utrzymuje się agrafia i aleksja.

Długotrwała terapia powoda przyniosła pozytywne rezultaty, gdyż jest on w stanie w prosty sposób komunikować z innymi, ale nadal zaburzenia te uniemożliwiają normalne funkcjonowanie społeczne i interpersonalne. Powód wymaga nadal terapii logopedycznej i neuropsychologicznej (w zakresie treningu pamięci i funkcji wykonawczych). W ocenie biegłego terapia logopedyczna i neuropsychologiczna powinna zawierać się w ilości 5-6 godzin tygodniowo. Biegły nie był w stanie wypowiedzieć się czy w ramach tzw. publicznej służby zdrowia powód może otrzymać taki wymiar terapii.

Zdaniem biegłego wydatki zawarte w pkt. 15, 17, 19, 20, 24 pozwu były zasadne. Terapia logopedyczna i neuropsychologiczna zawiera się w kwocie 80 – 100 zł/godzinę terapii.

Jest mało prawdopodobne, by powód odzyskał pełną sprawność intelektualną. Czas jaki upłynął od udaru i obecnie stwierdzane postępy w rehabilitacji, szczególnie procesów mowy, pokazują jak mozolny i wolny jest proces powrotu utraconych funkcji. Jest mało prawdopodobne, by powód odzyskał zdolność swobodnego pisania i czytania. Trzeba wziąć również pod uwagę zaburzenia funkcji emocjonalnych, które mają dwojaką etiologię, częściowo wynikają z organicznego uszkodzenia mózgu, ale mają też charakter reaktywny. Trudności w kontaktach interpersonalnych, zmiana trybu życia, przedłużające się działania rehabilitacyjne, które wypełniają większość czasu powoda i powodują, że jego życie znacząco odbiega od trybu życia innych osób w wieku powoda. Może to wywoływać stany depresji, rozdrażnienia, zniechęcenia i przygnębienia, wskazane więc także są oddziaływania psychoterapeutyczne, które mają wspomagać i wspierać wszelkie oddziaływania rehabilitacyjne i motywować powoda do dalszej mozolnej pracy.

W opinii biegłego fizjoterapeuty nie jest możliwe przeprowadzenie bezpośredniej oceny prawidłowości prowadzonej rehabilitacji powoda podczas pobytu w (...) Szpitalu (...) w K. w okresie od dnia 31 grudnia 2004 r. do dnia 20 lutego 2005 r. z uwagi na kardynalne braki dokumentacji terapeutycznej. Dokumentacja była bardzo niewielka i ogólna, nie wskazano szczegółowo jakie ćwiczenia wykonywano z powodem, nie określono precyzyjnie celów terapii. Dokumentacja ma także braki w zakresie planu, testów oraz opisów co zostało faktycznie wykonane i z jakim rezultatem. Metodą pośrednią na podstawie analizy dokumentacji z późniejszego okresu oraz z przeprowadzonych rozmów biegły przyjął, że prowadzona rehabilitacja nie wyczerpywała standardów fizjoterapii neurologicznej we wczesnej (ostrej) fazie po ciężkim udarze mózgu.

W okresie pobytu powoda w pozwanym szpitalu popełniono szereg uchybień. W opinii biegłego zaniechano wykonania pełnej, możliwej rehabilitacji zgodnie ze stanem wiedzy medycznej na zdarzenia (2004/2005 r.) we wczesnej fazie po udarze mózgu, co można uznać za błąd w sztuce. W tym względzie należy uznać, że zaprzepaszczone szanse wpłynęły istotnie na dzisiejszy poziom sprawności powoda. Nie można jednak określić jaki byłby ten poziom i ile powód przez to utracił.

Biegły wskazał, że z akt sprawy, dokumentacji medycznej i zeznań świadków wynika, iż rehabilitacja powoda przebiegała od 15-55 minut dziennie, nie zaś kilka godzin. Pierwszego badania fizjoterapeutycznego z planem usprawniania i testami kontrolnymi dokonano dopiero w Instytucie (...) w W., tj. po 2 miesiącach od wystąpienia epizodu udarowego.

W ocenie biegłego powód do końca życia, z punktu widzenia medycznego, pozostanie osobą niepełnosprawną z niedowładem po stronie prawej. Powód osiągnął wysokość stopień sprawności na poziomie aktywności dnia codziennego i wykonuje samodzielnie wszystkie podstawowe zadania, które są jednak wyraźnie skompensowane przez stronę lewą. Kończyna górna prawa z uwagi na utrzymujący się niedowład spastyczny pełni raczej funkcję wspomagającą w podejmowanych aktywnościach małej motoryki takich jak chwyty przedmiotów, obracanie, przytrzymywanie, niż działań celowych. W zakresie sprawności kończyny dolnej prawej i tułowia widać u powoda wyraźne różnice w trakcie chodu i funkcji podporowej kończyny. Możliwe jest pełne i bezpieczne chodzenie, w tym również po schodach i nierównym terenie oraz bieganie, ale przy wyraźnej kompensacji strony lewej. Powód ma osłabione czucie głębokie i występują u niego zaburzenia równowagi po stronie prawej. Niemniej obecny stan zdrowia z uwagi na przeżyty udar, pod względem sprawności fizycznej, jest nadzwyczaj dobry. Powód w 2013 r. ukończył bieg sylwestrowy na 10 km, jeździ na rowerze i nartach. Z uwagi jednak na afazję występują u niego ograniczenia w sferze emocjonalnej i poznawczej, co ogranicza pełne uczestniczenie w życiu społecznym i zawodowym. Po 10 latach od udaru mózgu celem powoda i jego rodziny jest podjęcie samodzielnego mieszkania i usamodzielniania się powoda. W tym zakresie niezbędne będą do poniesienia dodatkowe koszty wynikające chociażby z przystosowania mieszkania i technologii wspomagających samodzielne mieszkanie osoby niepełnosprawnej. W tym kontekście potrzeby powoda w zakresie dalszej terapii będą też konieczne z uwagi na wspomaganie realizacji tego celu. Terapia ma też charakter

podtrzymujący i mobilizujący powoda do podejmowania kolejnych wyzwań i jest stałym punktem odniesienia w jego życiu.

Rokowania na przyszłość są dobre. Powód mimo utrzymującej się niepełnosprawności osiągnął już bardzo dużo i ma szansę na więcej. Przy odpowiednim wsparciu profesjonalistów i najbliższej rodziny oraz swojej determinacji powód jest w stanie znaleźć sposób na „realizację siebie”.

Dobre praktyki stosowane w zakresie rehabilitacji, jakie po udarze mózgu u powoda winien stosować pozwany szpital obowiązywały w Polsce od co najmniej 2001 r. W przypadku powoda nie zostały one zastosowane, a braki w zakresie prowadzonej fizjoterapii powoda skutkowały gorszą efektywnością i niewykorzystaniem wszystkich możliwości – co w opinii biegłego spowodowało przyczynienie się pozwanego do powiększenia szkody po stronie powoda.

Ustalenia powyższe sąd I instancji poczynił na podstawie dokumentacji lekarskiej, zeznań świadków i opinii biegłych z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii, neurologii, neuropsychologii oraz fizjoterapii. Odnośnie zeznań świadków sąd I instancji wskazał, że części z nich daje wiarę w niepełnym zakresie. W szczególności ocenę taką odniósł do zeznań świadków: R. G., K. C., D. S., E. K. i J. S., będących rodziną powoda oraz znajomymi jego rodziców, uznając, że zeznania te nacechowane są bardzo emocjonalnym stosunkiem do sprawy, a wskazywane w nich uchybienia w leczeniu powoda nie znajdują potwierdzenia w opinii biegłych. Za częściowo wiarygodne sąd I instancji uznał także zeznania świadków: M. S., R. K., A. K. i A. Ś. – pracowników strony pozwanej prowadzących rehabilitację powoda, przeciwstawiając zawarte w nich stwierdzenia dotyczące prawidłowego i wystarczająco urozmaiconego wykonywania zabiegów u powoda stwierdzeniom zawartym w opinii biegłego fizjoterapeuty. Opinie wszystkich biegłych sporządzone w sprawie sąd I instancji uznał za w pełni rzetelne i miarodajne, wskazując na ich zupełność i wyjaśnienie zarzutów oraz wątpliwości opiniami uzupełniającymi. Jedynie zawartych w opinii biegłych neurochirurga i neurologa stwierdzeń dotyczących prawidłowości procesu rehabilitacji powoda prowadzonego w pozwanym szpitalu sąd I instancji nie podzielił, opierając się na wnioskach wynikających z opinii biegłego fizjoterapeuty, uznając, że biegli ci nie mogli w sposób kategoryczny i właściwy wypowiadać się z zakresu leczenia powoda z dziedziny nie obejmującej ich specjalizacji, a jedyną miarodajną opinią w tym zakresie była opinia biegłego fizjoterapeuty E. W..

W swych rozważaniach sąd I instancji wskazał, że zgodnie z art. 6 k.c. to na powodzie ciążył obowiązek wykazania, że strona pozwana wyrządziła mu szkodę i krzywdę, za które ponosi odpowiedzialność deliktową. Zdaniem sądu I instancji przeprowadzone postępowanie dowodowe nie uprawnia do stwierdzenia, że lekarze zatrudnieni w (...) Szpitalu (...) w K. dopuścili się nienależytego wykonywania obowiązków lub zaniechania w procesie diagnostycznym i leczniczym K. G., oprócz procesu jego rehabilitacji. W szczególności ocenę, że strona pozwana działała prawidłowo sąd I instancji wywiódł z opinii biegłych neurochirurga i neurologa stwierdzających, że strona pozwana działała prawidłowo i nie naruszyła żadnych obowiązujących na przełomie lat 2004/2005 procedur leczniczych w zakresie diagnozowania u powoda udaru mózgu i wdrożenia jego leczenia. Sąd Okręgowy przedstawił przy tym analizę tych czynności, opartą na opinii biegłych. Zdaniem sądu I instancji błędy zostały popełnione przez stronę pozwaną w leczeniu rehabilitacyjnym. W szczególności w opinii biegłego fizjoterapeuty E. W. prowadzona w pozwanym szpitalu rehabilitacja nie wyczerpywała obowiązujących ówczesnie standardów fizjoterapii neurologicznej we wczesnej (ostrej) fazie po ciężkim udarze mózgu, a dobre praktyki w tym zakresie obowiązywały w Polsce co najmniej od 2001 roku. W szczególności nie zostało przeprowadzone badanie fizjoterapeutyczne dla oceny stanu powoda i wyznaczenia celów terapii, pierwszego takiego badania z planem usprawniania i testami kontrolnymi dokonano dopiero w Instytucie (...) w W., to jest po 2 miesiącach od epizodu udarowego. Samych ćwiczeń było zbyt mało, trwały od kilkunastu minut do godziny, a powinny trwać kilka godzin. Braki te wpłynęły na obecny poziom sprawności powoda, jednak nie można dokładnie określić w jakim stopniu. Zdaniem sądu I instancji te uchybienia uzasadniają przyznanie powodowi zadośćuczynienia w wysokości 50.000 zł. Sąd I instancji uznał także, że występowały bardzo istotne braki w dokumentacji rehabilitacyjnej: ćwiczenia opisywano ogólnie, nie wskazano jakie konkretnie postępy robił powód, co nie pozwoliło biegłemu nawet na dokonanie konkretnej i pełnej oceny działania pozwanego. Stanowiło to naruszenie prawa powoda do informacji o jego stanie zdrowia i z tego tytułu należna jest powodowi kwota 5.000 zł, a podstawę jej zasądzenia stanowią przepisy art. 19a ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach

opieki zdrowotnej i art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. W pozostałym zakresie powództwo okazało się bezzasadne.

Jako podstawę orzeczenia o odsetkach za opóźnienie sąd I instancji powołał art. 481 § 1 i 2 k.c. wskazując, że zasądził je zgodnie z żądaniem pozwu od dnia następnego po doręczeniu pozwu.

Jako podstawę orzeczenia o kosztach procesu sąd I instancji powołał przepis art. 100 k.p.c.

Wyrok powyższy w części uwzględniającej powództwo zaskarżył pozwany. Zaskarżonemu wyrokowi w apelacji zarzucono naruszenie prawa materialnego przez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, w szczególności:

- niewłaściwe zastosowanie art. 415 w zw. z art. 416 w zw. z art. 444 § 1 i 2 i art. 445 k.c. poprzez błędne przyjęcie, że w przedmiotowej sprawie występują przesłanki odpowiedzialności pozwanego w postaci zawinionego działania pracowników szpitala, pozostającego w normalnym związku przyczynowym ze szkodą;

- niewłaściwe zastosowanie art. 23 k.c. poprzez błędne przyjęcie, iż w przedmiotowej sprawie wystąpiło naruszenie dóbr osobistych powoda;

- niewłaściwą interpretację przepisu art. 481 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, iż odsetki ustawowe należne są powodowi od dnia kolejnego po dniu doręczenia pozwu, podczas gdy w rzeczywistości odsetki winny być liczone od dnia wyrokowania;

- z ostrożności procesowej nadto naruszenie dyspozycji art. 445 § 1 k.c. oraz art. 448 k.c. poprzez przyjęcie, iż wskazana w punkcie I przedmiotowego wyroku kwota 55.000 zł stanowi odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, podczas gdy jest ona rażąco wygórowana.

Nadto zaskarżonemu wyrokowi zarzucono naruszenie prawa procesowego mające istotny wpływ na treść orzeczenia, a w szczególności:

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolność oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, która to ocena naruszała zasady logiki, doświadczenia życiowego oraz wskazania wiedzy, a to oparcie rozstrzygnięcia w zakresie ustaleń zaniedbań w prowadzeniu dokumentacji medycznej, jak i zaniechania prowadzenia pełnej i standardowej rehabilitacji na opinii biegłego E. W., którą to opinię sąd I instancji uznał za rzeczową, miarodajną i odpowiadającą zasadom doświadczenia życiowego, podczas gdy w istocie jest to opinia niepełna i nie odpowiadająca zasadom wiedzy specjalnej oraz pozbawienie przymiotu wiarygodności dowodu z zeznań świadków M. S., R. K., A. Ś. i A. K. w części dotyczącej prowadzonego leczenia rehabilitacyjnego powoda, podczas gdy przyjęcie takie stoi w rażącej opozycji do całości zgromadzonego materiału dowodowego sprawy;

- naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewyjaśnienie w uzasadnieniu wyroku z dnia 30 sierpnia 2016 roku istotnych motywów rozstrzygnięcia;

- naruszenie art. 227 w zw. z art. 278 § 1 w zw. z art. 286 k.p.c. poprzez nieuwzględnienie wniosku strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu fizjoterapii, pomimo uzasadnionych zastrzeżeń strony pozwanej co do treści i jakości opinii sporządzonej przez biegłego E. W..

Apelujący zarzucił także sprzeczność istotnych ustaleń sądu I instancji z treści zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, iż:

- dokumentacja rehabilitacyjna powoda zawiera kardynalne braki, nie wskazuje szczegółowo jakie ćwiczenia wykonano ani nie określa precyzyjnie celów terapii;

- prowadzona rehabilitacja nie wyczerpywała standardów fizjoterapii neurologicznej we wczesnej, ostrej fazie po ciężkim udarze mózgu;

- zaniechano wykonania pełnej, możliwej rehabilitacji zgodnie ze stanem wiedzy medycznej na datę zdarzenia, co należy uznać za błąd w sztuce.

W konkluzji pozwany domagał się zmiany wyroku w zaskarżonej części poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, przy jednoczesnym uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku w zakresie uwzględniającym powództwo i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.

Interwenant uboczny popierał apelację pozwanego.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest zasadna.

W pierwszej kolejności odnieść się należy do zarzutów dotyczących oceny dowodów i ustaleń faktycznych w zakresie, w jakim mają one znaczenie dla orzeczenia sądu II instancji, gdyż dopiero poprawnie ustalone fakty pozwalają na zastosowanie właściwej normy prawnej.

Zgodzić się należy w części z zarzutami dotyczącymi oceny przez sąd opinii biegłego z zakresu fizjoterapii E. W.. Przede wszystkim zauważyć należy istotną sprzeczność w treści opinii (k. 1845). Biegły z jednej strony stwierdza, że zaprzepaszczone szanse wpłynęły istotnie na dzisiejszy poziom sprawności powoda, jednocześnie jednak uznaje, że nie sposób określić, jaki byłby ten poziom i ile powód przez to utracił, a w dalszej części opinii podaje, że obecny stan zdrowia powoda z uwagi na przebyty udar pod względem sprawności fizycznej jest nadzwyczaj dobry i, co więcej, rokowania na przyszłość są dobre. Zauważywszy, że biegły ten zajmował się oceną leczenia powoda z wyłączeniem terapii neuropsychologicznej (w tym zakresie sporządzona została opinia innego biegłego, nie dająca podstaw do uznania, że terapia ta była prowadzona nieprawidłowo), oczywistym jest, że stan powoda, stwierdzany przez biegłego i ocena celów możliwych do osiągnięcia przy poprawnie prowadzonej terapii dotyczy jego sprawności fizycznej. Zatem, skoro biegły na podstawie obecnych osiągnięć powoda stwierdza nadzwyczaj dobry stan zdrowia powoda, to zagadką pozostaje, w jakim zakresie poziom sprawności powoda miałyby być wyższy przy prawidłowo prowadzonej rehabilitacji. Ta sprzeczność mogłaby zostać wyjaśniona stosowną opinią uzupełniającą biegłego, jednak skoro jednocześnie biegły stwierdza, że nie sposób ocenić, jaki byłby obecnie poziom sprawności powoda przy prawidłowo prowadzonej terapii, to tym samym przesądza, że nie jest w stanie określić, do jakiego poziomu sprawności powód zostałby doprowadzony prawidłową terapią. Co więcej, poziom ten musiałby znacząco odbiegać wzwyż od typowego dla tego rodzaju przypadków przy poprawnym leczeniu, skoro obecny poziom sprawności powoda jest nadzwyczaj dobry, jak na osobę po przebytym udarze. Pozwany w swych zarzutach na sprzeczność tę zwrócił uwagę, jednak biegły w opinii uzupełniającej (k. 2022) stwierdził jedynie, że tezę swą postrzymuje, stwierdzając, że ze względu na niezwykle plastyczność mózgu i możliwości przejęcia kontroli uszkodzonych struktur przez inne, zdrowe ośrodki mózgowo nie sposób ocenić, jakie faktyczne możliwości drzemią w pacjencie i nie jesteśmy w stanie ocenić ani procentowo, ani w żaden inny sposób, jak ten proces przebiegałby u powoda, gdyby terapia prowadzona była w inny sposób. Możliwe jest jedynie stwierdzenie, że nie wykorzystano wszystkich znanych i możliwych do zastosowania procedur terapeutycznych we wczesnej fazie po udarze mózgu. To stwierdzenie jednoznacznie przesądza o bezzasadności stwierdzenia zawartego we wcześniejszej opinii o tym, że zaprzepaszczone szanse w istotny sposób wpłynęły na dzisiejszy poziom sprawności powoda. Oznacza ono bowiem, że tylko możliwym jest, iż poprawnie prowadzona terapia doprowadziłaby powoda do poziomu sprawności wyższego, niż obecny, który oceniony został jako nadzwyczaj dobry. Nie można jednak przyjąć nie tylko w kategoriach pewności, ale nawet wysokiego prawdopodobieństwa, że dzisiejszy stan powoda byłby lepszy, a zatem że rozstrój zdrowia polegający na braku wyższego poziomu sprawności pozostaje w związku przyczynowym z nieprawidłowo prowadzoną rehabilitacją. W rezultacie zawarte w rozważaniach sądu I instancji, a faktycznie stanowiące ustalenie faktu, stwierdzenie, że braki w zakresie rehabilitacji wpłynęły na dzisiejszy poziom

sprawności powoda, nie znajduje podstaw w materiale dowodowym, a można jedynie stwierdzić, że istniała możliwość, iż przy rehabilitacji prowadzonej w sposób wskazywany przez biegłego obecny stan powoda byłby lepszy.

Kolejna kwestia związana z rehabilitacją powoda to standardy w tym zakresie związane z możliwościami w warunkach funkcjonowania oddziałów neurochirurgicznych i neurologicznych w systemie funkcjonowania w Polsce służby zdrowia finansowanej ze środków publicznych. Biegły w opinii głównej wskazuje, że poprawna rehabilitacja została podjęta dopiero po 2 miesiącach, kiedy powód trafił do Instytutu (...) w W.. W opinii tej nie odnosi się jednak w żaden sposób do faktu, że w Instytucie tym powód był leczony na Oddziale Rehabilitacyjnym, podczas gdy w (...) Szpitalu (...) w K. był leczony na Oddziałach Neurologicznym i Neurochirurgicznym. Pomimo znajdujących się w wydanych wcześniej opiniach biegłych innych specjalności stwierdzeń o specyfice leczenia na tych oddziałach i wynikających stąd ograniczeniach w zakresie rehabilitacji, biegły w żaden sposób do tej kwestii się nie odnosi, pomijając też ten problem w opiniach uzupełniających, i to pomimo stosownych zarzutów podnoszonych przez pozwanego. To powód wywodzi skutki prawne z faktu nieprawidłowo prowadzonego leczenia rehabilitacyjnego w pozwanym szpitalu, a zatem na nim spoczywa ciężar wykazania, że w typowych warunkach i przy standardach dla oddziałów neurologicznych i neurochirurgicznych, przy ówczesnym stanie jego zdrowia, leczenie rehabilitacyjne należało prowadzić inaczej lub w szerszym zakresie, względnie że mając na uwadze ówczesny stan jego zdrowia należało go wcześniej przenieść na oddział rehabilitacyjny, gdzie istniały możliwości podjęcie innej lub szerszej rehabilitacji. Powstaje zatem problem, czy przy tej ewidentnej luce w opinii biegłego rehabilitanta i braku stosownej aktywności powoda w kierunku uzupełnienia opinii, sąd powinien dążyć do jej dalszego uzupełnienia przez tego samego biegłego lub uwzględnić wnioski pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu rehabilitacji, czemu powód się sprzeciwiał, czy też poczynić ustalenia w tym zakresie na podstawie zebranego już w sprawie materiału dowodowego (zauważyć przy tym trzeba, że powód także w odpowiedzi na apelację oponuje przeciwko podnoszonemu przez pozwanego zarzutowi, że wobec braków opinii biegłego E. W. należało dopuścić dowód z opinii innego biegłego z zakresu rehabilitacji). Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, że w sytuacji, gdy taki materiał w aktach się znajdował, należało wybrać do drugie rozwiązanie procesowe. Stosowne stwierdzenia znajdują się w opiniach biegłego z zakresu neurochirurgii i neurotraumatologii K. D. i biegłej z zakresu neurologii E. P.. W szczególności biegły K. D. w swej opinii stwierdza (k. 1021), że leczenie rehabilitacyjne powoda w Klinice (...) było prowadzone zgodnie z możliwościami czasowymi pracujących tam rehabilitantów, czas ten był zbyt krótki, ale takie były możliwości zespołu, czas rozpoczęcia leczenia rehabilitacyjnego wynikał z warunków technicznych i kadrowych oraz że uważa za niestosowne porównywanie intensywności ćwiczeń w Klinice (...) do ćwiczeń w Oddziale (...) Instytutu (...) w W. z uwagi na wąską specjalizację tego drugiego oddziału i różnice ilości personelu zajmującego się usprawnianiem pacjentów. Następnie w opinii uzupełniającej, będącej wynikiem zarzutów stron, biegły ten stwierdza (k. 1091), że rehabilitacja była prowadzona w takim wymiarze czasowym, w jakim to było możliwe w szpitalu. Także biegła E. P. wskazuje (k. 1484-1486), że czas rozpoczęcia rehabilitacji wynikał zapewne z warunków pracy rehabilitantów w szpitalu, oddział intensywnej terapii nie jest oddziałem rehabilitacyjnym i w większości szpitali w Polsce rehabilitacja jest prowadzona przez 5 dni w tygodniu, wskazuje że ilość terapii nie była wystarczająca, ale jest to wynikiem zaniżonych standardów wynikających nie z winy szpitala, gdyż takie standardy są opracowane przez NFZ i w większości wypadków poprawne prowadzenie rehabilitacji wiąże się z koniecznością poniesienia przez pacjentów dodatkowych kosztów. Zatem na podstawie tych opinii ustalić należy, że, jakkolwiek rehabilitacja powoda w pozwanym szpitalu nie była prowadzona we właściwym zakresie, to jednak nie wynikało to z winy szpitala, ale z jego możliwości uwarunkowanych standardami Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym też zakresie oprzeć się można na zeznaniach świadków – pracowników pozwanego zajmujących się rehabilitacją pacjentów (M. S., R. K., A. Ś. i A. K.), którzy wskazywali na możliwości pozwanego w tym zakresie, zaś w sprawie brak jakiegokolwiek dowodu mającego wskazywać, że możliwości te były większe, niż z zeznań tych wynikało.

Kolejnym problemem związanym z opinią biegłego E. W. jest kwestia prowadzenia dokumentacji medycznej leczenia rehabilitacyjnego. Biegły ten stwierdza, że dokumentacja ta nie była prawidłowo prowadzona, w szczególności między innymi nie opisywano stosowanych zabiegów. Jednocześnie sam podaje kody liczbowe stosowanych zabiegów, twierdząc następnie, że nie mają one znaczenia, gdyż służą do rozliczeń z NFZ. Nawet jeżeli kody takie służą do rozliczeń z NFZ, to biegły powinien odczytać je, identyfikując stosowane zabiegi, a umiejętność ta niewątpliwie

należy do wiadomości specjalnych, których posiadania od biegłego można wymagać. Niemniej jednak ocena, czy dopuszczalne było takie prowadzenie tej dokumentacji, nie jest istotna dla rozstrzygnięcia z przyczyn, które zostaną niżej wskazane, a zatem Sąd Apelacyjny okoliczność tę w swoich ustaleniach pomija.

W konsekwencji powyższego Sąd Apelacyjny do ustaleń faktycznych poczynionych przez sąd I instancji wprowadza wyżej przedstawione korekty, a w pozostałym zakresie ustalenia te akceptuje.

Przechodząc do zarzutów naruszenia prawa materialnego w pierwszej kolejności odnieść się należy do zarzutu naruszenia art. 415 w zw. z art. 416 w zw. z art. 444 § 1 i 2 i art. 445 k.c. Przede wszystkim dostrzec należy, że sąd I instancji nie wskazuje wyraźnie podstawy prawnej zasądzenia 50.000 zł zadośćuczynienia. Rozpoczęcie rozważań prawnych od kwestii stosowania przepisów art. 444 § 1 i 2 oraz art. 445 § 1 k.c., a następnie rozważania dotyczące ciężaru dowodu i stosowania art. 6 k.c. zdają się wskazywać, że kwota 50.000 zł stanowi zadośćuczynienie zasądzone na podstawie art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c. Do takiego wniosku może też prowadzić wskazanie jako przesłanki orzeczenia o tym zadośćuczynieniu okoliczności, że braki w zakresie leczenia rehabilitacyjnego wpłynęły na dzisiejszy poziom sprawności powoda. Z drugiej strony brak ustalenia, w jakim zakresie obecny stan zdrowia powoda wynika z tych uchybień, może prowadzić do wątpliwości co do rzeczywistej podstawy tego orzeczenia. Przedstawiona wyżej korekta ustaleń faktycznych sądu I instancji, w szczególności okoliczność, że zebrany materiał dowodowy nie daje podstaw do przyjęcia co najmniej z bardzo wysokim stopniem prawdopodobieństwem, że w przypadku prowadzenia leczenia rehabilitacyjnego powoda w inny sposób lub w szerszym zakresie jego obecny stan zdrowia byłby lepszy, niż jest aktualnie, powoduje konieczność odrzucenia jako podstawy zasądzenia zadośćuczynienia przepisu art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c. Art. 445 § 1 k.c., odsyłając do art. 444 § 1 k.c., czyni konieczną podstawą zasądzenia zadośćuczynienia spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. W rozpoznawanym przypadku o uszkodzeniu ciała mowy być nie może. Rozstrój zdrowia miałby polegać na tym, że poprawnie prowadzone leczenie doprowadziłoby powoda do stanu zdrowia lepszego, niż jego stan aktualny. Tymczasem, co wyżej wykazano, okoliczność taka nie została wykazana, a co najwyżej można stwierdzić, że istniała taka szansa. Nie zachodzą zatem przesłanki zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie powołanych przepisów.

Konstatacja powyższa nie przesądza braku podstaw do zasądzenia zadośćuczynienia za nienależyte prowadzone leczenie rehabilitacyjne. Trzeba mieć na uwadze, że powód dochodził dwóch odrębnych kwot zadośćuczynienia, a to 400.000 zł za rozstrój zdrowia oraz 300.000 zł za naruszenie praw pacjenta, a jako podstawę tego drugiego zadośćuczynienia wskazywał między innymi naruszenie jego prawa do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiednich do poziomu wiedzy medycznej i stosowne roszczenie wywodził z przepisu art. 19a ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 1 pkt 1 obowiązującej w tamtym okresie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Naruszenia prawa do uzyskania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wiedzy medycznej powód upatrywał między innymi w jego rehabilitacji nienależyte prowadzonej przez pozwany szpital. W konsekwencji zachodzi potrzeba oceny roszczenia o zadośćuczynienie w aspekcie tej jego podstawy.

Oceniając roszczenie powoda w tym aspekcie trzeba przede wszystkim stwierdzić, że w sytuacji, gdy nie sposób ustalić istnienia związku przyczynowego pomiędzy wykonywaniem świadczenia zdrowotnego niezgodnie z wymaganiami wiedzy medycznej a rozstrojem zdrowia chorego, a zatem gdy nie zachodzi podstawa do zasądzenia zadośćuczynienia za krzywdę wynikającą z tego rozstroju zdrowia, roszczenie przewidziane w powołanych wyżej przepisach jest roszczeniem właściwym, mającym naprawić krzywdę jaką jest nie danie choremu szansy na poprawę stanu zdrowia, czy też zmniejszenie tej szansy. Zatem, co do zasady, rozpoznawane żądanie zasądzenia zadośćuczynienia za krzywdę wynikającą z nienależytego prowadzenia rehabilitacji powoda w pozwanym szpitalu może znaleźć oparcie w powołanej wyżej podstawie prawnej. Przepis art. 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewidywał jednak możliwość zasądzenia zadośćuczynienia wyłącznie za zawinione naruszenie praw pacjenta, a zatem dla uznania roszczenia powoda w tym zakresie za zasadne koniecznym było także wykazanie winy strony pozwanej, chociażby w postaci tzw. winy anonimowej, czyli niewątpliwie spoczywającej na organach lub pracownikach pozwanego, jakkolwiek niemożliwej do przypisania konkretnej osobie. Tymczasem uzupełnione przez Sąd Apelacyjny ustalenia faktyczne nie dają podstaw przyjęcia zawinienia strony pozwanej za udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych powodowi nieodpowiadających wymogom wiedzy medycznej. W szczególności, jak to wyżej stwierdzono, ograniczony zakres tych

świadczeń wynikał ze standardów przyjętych dla oddziałów neurologicznych i neurochirurgicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i był związany z zakresem finansowania takich świadczeń ze środków publicznych. W tej sytuacji nie można było wymagać od strony pozwanej świadczeń w szerszym zakresie niż to wynikało z tych standardów. W konsekwencji brak było podstawy do zasądzenia zadośćuczynienia także i z tej podstawy, co prowadziło do zmiany zaskarżonego wyroku i oddalenia powództwa w tej części.

Dalsze zadośćuczynienie w kwocie 5.000 zł sąd I instancji zasądził za nienależyte prowadzenie dokumentacji rehabilitacyjnej, które były w przekonaniu sądu I instancji znaczne, gdyż nie pozwoliły biegłemu na dokonanie konkretnej i pełnej oceny działań pozwanego. Jako podstawę prawną zasądzenia zadośćuczynienia sąd powołał przepisy art. 19a ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pozwany w swej apelacji, odnosząc się do tej kwestii podnosi zarzuty dotyczące oceny dowodów i ustaleń faktycznych, kwestionując wyprowadzony z opinii biegłego wniosek sądu, że dokumentacja leczenia rehabilitacyjnego nie była prowadzona poprawnie, nie podnosi natomiast zarzutu naruszenia prawa materialnego, a to wyżej powołanych przepisów. Niemniej jednak sąd jest obowiązany do stosowania właściwych norm prawa materialnego niezależnie od wskazania ich przez strony, a zatem tą kwestią musi się zająć z urzędu. Jak wyżej wskazano opinia biegłego z zakresu rehabilitacji E. W. co do nieprawidłowości prowadzenia przez stronę pozwaną dokumentacji dotyczącej rehabilitacji powoda może budzić wątpliwości, jednak ich usunięcie nie jest konieczne dla rozstrzygnięcia sprawy.

W pierwszej kolejności zwrócić trzeba uwagę na okoliczność, że powód nie wywodził żadnego z dochodzonych roszczeń z faktu nienależytego prowadzenia dokumentacji leczenia rehabilitacyjnego przez stronę pozwaną. W pozwie zawarte było żądanie zasądzenia jednego zadośćuczynienia w kwocie 700.000 zł za krzywdę poniesioną przez powoda w związku z wadliwym prowadzeniem przez stronę pozwaną procesu diagnostyki i leczenia schorzenia powoda. Uzasadniając to żądanie podnoszono przede wszystkim okoliczności dotyczące diagnostyki i procesu leczenia, a w rezultacie wynikający z zaniedbań w tym zakresie obecny stan zdrowia powoda, zaś w odniesieniu do naruszenia obowiązków z art. 19 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wskazywano na fakt nieudzielenia powodowi pomocy odpowiadającej aktualnej wówczas wiedzy medycznej oraz w zakresie prawa do informacji na czynione rodzicom powoda trudności w uzyskaniu przez nich dokumentacji koniecznej do konsultacji przez prof. T. T. i wynikające stąd opóźnienie tej konsultacji, a w rezultacie i w wykonaniu zabiegu kraniotomii odbarczającej, połączonego z trepanacją czaszki. Zawarte w pozwie stwierdzenia dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji leczenia powoda ograniczają się do faktu, że poprawa stanu powoda po trepanacji czaszki nie znalazła odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej (k. 11). Sprecyzowanie żądań poprzez wyodrębnienie zadośćuczynienia za rozstrój zdrowia i zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nastąpiło w piśmie procesowym powoda z dnia 9 grudnia 2015 r. (k. 1984-1998). W tym też piśmie wskazano podstawy żądania zadośćuczynienia za „naruszenie prawa do informacji i uzyskania dokumentacji medycznej” (k. 1990-1993). Ze wskazanych tam podstaw jednoznacznie wynika, że powód roszczenie swe wywodzi z faktu czynienia trudności w dniach 6-7 stycznia 2005 r. i w rezultacie opóźnienia w uzyskaniu przez jego rodziców dokumentacji medycznej niezbędnej do konsultacji w celu przeprowadzenia operacji niezbędnej do ratowania jego życia oraz ze złego kontaktu szpitala z jego rodzicami. W żadnym natomiast miejscu nie wywodzi swego żądania z faktu nienależytego prowadzenia dokumentacji leczenia rehabilitacyjnego. Odnośnie wyżej wskazanych, wywodzonych przez powoda podstaw zadośćuczynienia za naruszenia praw pacjenta sąd I instancji jednoznacznie stwierdził bezzasadność i powództwo w tym zakresie oddalił, a powód apelacji nie wywiódł. Natomiast zasądzenie kwoty 5.000 zł za nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej było orzeczeniem o świadczeniu nie będącym przedmiotem żądań powoda, a przez to naruszało przepis art. 321 § 1 k.p.c.

Niezależnie od dopuszczalności uwzględnienia przez sąd II instancji wyżej wskazanego uchybienia procesowego (w apelacji nie podniesiono zarzutu naruszenia art. 321 § 1 k.p.c.) stwierdzić trzeba, że zasądzenie zadośćuczynienia za nienależyte prowadzenie dokumentacji leczenia rehabilitacyjnego nie znajdowało podstaw w przepisach prawa materialnego, to zaś uchybienie, jak to wyżej wskazano, sąd II instancji jest zobowiązany brać pod uwagę z urzędu. Sąd I instancji utożsamiał nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji lekarskiej z naruszeniem prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, wynikającego z przepisu art. 19 ust. 1 pkt 2 obowiązującej wówczas ustawy z

dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Takie powiązanie nie jest zasadne. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej przez zakład opieki zdrowotnej wynikał z przepisu art. 18 ust. 1 powołanej ustawy w jej ówczesnym brzmieniu i był obowiązkiem odrębnym od obowiązku udzielania pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia. Jednoznacznie wskazywała na to treść art. 19a ust. 1 tej ustawy, który to przepis stanowił podstawę do żądania przez pacjenta zadośćuczynienia za naruszenie jego praw. W szczególności przepis ten, wskazując czego naruszenie to ma dotyczyć, odsyłał nie tylko do art. 19 ust. 1 pkt 2, ale i do art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1. To właśnie przepisy art. 18, a nie przepis art. 19, stanowiły o prowadzeniu dokumentacji medycznej i prawach pacjenta z tym związanych. W szczególności art. 18 ust. 2 dotyczył zapewnienia przez zakład opieki zdrowotnej ochrony danych zawartych w dokumentacji, zaś art. 18 ust. 3 pkt 1 prawa pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej jemu, jego przedstawicielowi lub osobie przez niego wskazanej. Zatem w odniesieniu do praw pacjenta związanych z dokumentacją medyczną zasądzenie zadośćuczynienia mogło dotyczyć tylko tych dwóch przypadków. Brak podstaw do przyjęcia, że nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej stanowiło naruszenie prawa pacjenta do jej uzyskania, skoro w art. 18 ust. 6 ustawodawca udzielał Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej delegacji do uregulowania sposobu prowadzenia tej dokumentacji, jednak z naruszeniem zasad jej prowadzenia nie wiązał roszczenia o zadośćuczynienie.

Sąd I instancji jako podstawę swego rozstrzygnięcia w omawianym zakresie powołuje także przepis art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Abstrahując od faktu, że działania lecznicze prowadzone przez niebędących lekarzami rehabilitantów pozostają poza wynikającym z art. 1 zakresem regulacji tej ustawy, stwierdzić trzeba, że powołany przepis także nie dawał podstaw do zasądzenia zadośćuczynienia za nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej. W szczególności, podobnie jak w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, i w tej ustawie odrębnie unormowano prawo pacjenta do informacji (art. 31), a odrębnie obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 41). Ustawa ta, odmiennie niż ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, nie zawierała jednak przepisu stanowiącego o odpowiedzialności cywilnej lekarzy, a zatem odpowiedzialność ta kształtowała się na zasadach ogólnych wynikających z kodeksu cywilnego. Nie sposób zaś przyjąć, że nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej stanowi naruszenie dóbr osobistych pacjenta i bez odrębnego odesłania umożliwia zastosowanie art. 448 k.c.

Z powyższych przyczyn także w odniesieniu do rozstrzygnięcia sądu I instancji zasądzającego zadośćuczynienie za nienależyte prowadzenie dokumentacji leczenia rehabilitacyjnego należało zmienić zaskarżony wyrok oddalając powództwo. Sąd Apelacyjny pomija rozważania, czy wobec braku stosownego żądania nie byłoby właściwym uchylene wyroku w tej części i umorzenie postępowania (art. 386 § 3 k.p.c.), a to wobec niepodniesienia w apelacji zarzutu naruszenia art. 321 § 1 k.p.c. oraz zawartego w odpowiedzi na apelację stanowiska powoda o zasadności rozstrzygnięcia zasądzającego zadośćuczynienie w tej części.

Pozwany, określając w apelacji zakres zaskarżenia, nie wskazał wprawdzie rozstrzygnięcia o kosztach procesu (pkt IV wyroku) i nie podniósł zarzutów dotyczących tego rozstrzygnięcia, to jednak we wnioskach apelacji domagał się zmiany zaskarżonego wyroku między innymi przez zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do uwzględnienia tego wniosku, skoro zniesienie kosztów między stronami jako następstwo uwzględnienia żądania pozwu tylko w niewielkim zakresie nie było kwestionowane, a ostatecznie oddalenie powództwa w całości nastąpiło w sytuacji, gdy zbyt mały zakres świadczeń rehabilitacyjnych, jakie uzyskał powód w pozwanym szpitalu był niewątpliwy, jednak nie wynikał z zaniedbań pozwanego, ale z niewłaściwej organizacji systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Te okoliczności, przy uwzględnieniu sytuacji osobistej powoda, dawały podstawy do odstąpienia od jego obciążania kosztami procesu, stosownie do art. 102 k.c. W konsekwencji, z uwagi na wniosek zawarty w apelacji, sąd II instancji uznał za konieczne wyrzeczenie o częściowym oddaleniu apelacji.

Z powyższych przyczyn, na podstawie art. 386 § 1 i art. 385 k.p.c. orzeczono jak w sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. z przyczyn wyżej wskazanych.

SSA Jerzy Bess SSA Andrzej Struzik SSA Paweł Rygiel