

Sygn. akt I ACa 1090/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 listopada 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Józef Wąsik
Sędziowie:	SSA Teresa Rak <i>SSA Zbigniew Ducki</i>
Protokolant:	st. prot. sądowy Marta Matys

po rozpoznaniu w dniu 27 listopada 2012 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa D. P.

przeciwko Szpitalowi (...) Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K. oraz (...) S.A w W.

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.

od wyroku wstępnego Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 6 czerwca 2012 r. sygn. akt I C 759/09

oddala apelację.

Sygn. akt I ACa 1090/12

UZASADNIENIE

D. P. pozwał w omawianej sprawie Szpital (...) Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (dalej Szpital) i (...) S.A. Oddział w K. (dalej Ubezpieczyciel) o zapłatę na zasadzie odpowiedzialności in solidum zadośćuczynienia, odszkodowania, renty oraz o ustalenie odpowiedzialności na przyszłość.

Powyższe z tej przyczyny, że powód w pozwanym Szpitalu został w dniu 30 października 2008 r. poddany zabiegowi operacyjnemu wykonanego niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Otóż po przeprowadzeniu u powoda szeregu badań medycznych w związku ze stwierdzonym u niego stanem zapalnym podżuchwowym, na skutek pogarszania się stanu zdrowia pacjenta, wykonano u niego 30 października 2008 r. zabieg mający na celu usunięcia ropnia. Wcześniej przeprowadzono u pacjenta badanie stężenia D-dimeru, które wskazywały na możliwość występowania u niego: zakrzepicy żył głębokich oraz zespołu rozsianego wykrzepienia śródnaczyniowego. Stwarzało to niebezpieczeństwo w razie poddania pacjenta operacji zatorowością płucną i prowadzić do stanu, w jakim znalazł się on po zabiegu. Z

badania rtg wykonanego po zabiegu wynika powiększenie serca (prawa komora) D. P., znamionującego niewydolność oddechową w czasie operacji. Otóż lekarz anestezjolog mając świadomość występowania u pacjenta obrzęku szyi i znaczny szcękostisk przystąpił do udrażniania i wentylacji dróg oddechowych przy zastosowaniu intubacji, zaś gdy to okazało się nieskuteczne zastosowano względem niego konikotomię w celu zwentylowania dróg oddechowych. Z niespójnej dokumentacji medycznej pozwanego Szpitala nie wynika ilu próbom wentylacji pacjent był poddawany oraz stosowania pomiędzy nimi dodatkowej wentylacji przy pomocy worka samorozprężającego. Po operacji powód znalazł się w stanie ciężkim, wystąpiła u niego sepsa, później stwierdzono u niego niedowład czterokończynowy, niedokrwienie w moście i rdzeniu przedłużonym mózgu, padaczkę objawową.

Pozwany Szpital wniósł o oddalenie powództwa zarzucając, że wszelkie działania jego personelu medycznego były podejmowane z należytą starannością, determinowane stanem zdrowia pacjenta. Wszak wdrożono u niego antybiotykową terapię mimo ujemnego wyniku wejściowego badania mikrobiologicznego. Co prawda występował u powoda stan zapalny, na co wskazywał podwyższony poziom D-dimerów, jednakże nie może to być podstawą rozpoznania zakrzepicy żył głębokich lub zespołu wyrzepienia śródnaczyniowego. Wszelkie zaś działania medyczne zastosowane względem D. P. miały na celu monitorowanie stanu chorego w celu szybszego wykrycia rozwijającej się sepsy. Wykonany 30 października 2008 r. zabieg został przeprowadzony po dokładnej ocenie stanu klinicznego chorego przez zespół operacyjny i anestezjologiczny, z uwzględnieniem przewidywanych trudności, przy czym decyzja o zastosowaniu „metody intubacji” została podjęta przez doświadczonego anestezjologa. Pomiędzy wszystkimi próbami intubacji, aż do ostatecznego założenia rurki przez konikotomię prowadzono wentylację na masce 100% tlenem.

Pozwany Ubezpieczyciel przyłączył się do stanowiska Szpitala, dodając, że z dokumentacji medycznej wynika dolożenie przez personel medyczny należytej staranności podczas udzielania powodowi świadczeń. Dotykająca D. P. ropowica okolic podżuchwowych i okolicy szyi z objawami uogólnionego zakażenia (sepsy) stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta wymagająca zastosowania nadzwyczajnych środków terapeutycznych. Do powikłań choroby doszło zaś na skutek nasilenia się infekcji oraz prawdopodobnie z przyczyny nieprzewidywalnych problemów z intubacją przed operacją drenażu. Medyczny opis zabiegu nie wskazuje, aby w trakcie znieczulania pacjenta popełniono jakiegokolwiek błędy.

Wyrokiem wstępnym z 6 czerwca 2012 r. wydanym do sygn. akt I C 759/09 Sąd Okręgowy w Krakowie uznał roszczenie powoda o zapłatę, rentę i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość, za usprawiedliwione co do zasady.

W ustaleniach stanu faktycznego sprawy Sąd I instancji stwierdził co następuje:

Mający 28 lat powód, na 8 dni przed przyjęciem go do Szpitala doznał w dniu 17 października 2008 r. urazu żuchwy. W wywiadzie przy przyjęciu go na hospitalizację stwierdzono u niego wystąpienie wspomnianego urazu w trakcie zeskakiwania z muru i doznania przy tym chwilowego przymroczenia, stąd też niepamięci okoliczności tego zdarzenia. Wykonane następnego dnia po zdarzeniu zdjęcie rtg nie dało podstaw do stwierdzenia u powoda złamania żuchwy. Jednakże 22 października 2008 r. pojawił się u niego obrzęk okolicy podżuchwowej prawej, a następnego dnia trudności w połykaniu i gorączka. Wobec nasilenia się tych dolegliwości mimo zastosowaniu przez lekarza antybiotyku, powód został skierowany w dniu 24 października 2008 r. na leczenie szpitalne, zaś po przyjęciu go w dniu następnym do szpitala strony pozwanej rozpoznano u niego stan zapalny okolic podżuchwowych po stronie prawej. Występował u niego wówczas niewielki obrzęk podżuchwowy w okolicy prawej bez obecności ropnia, pacjent doznawał duszności, wykazywał trudności z połykaniem, jego gardło w badaniu było prawidłowe, a krtań w związku z ściskoszczękiem była trudna do oceny. Wówczas powód został skierowany na Oddział Otolaryngologiczny.

Z miejsca wdrożono względem powoda antybiotykoterapię celem m.in. zapobieżeniu powstania sepsy, którego ryzyko wystąpienia powstaje przy stanach zapalnych szyi. W dniu 26 października 2008 r. stan zdrowia powoda nie pogarszał się, natomiast w dniu następnym obrzęk podżuchwowy nieco się powiększył, przy czym pacjent począł odczuwać większy ból. Wówczas wykonano u niego w znieczuleniu ogólnym drenaż nacieku zapalnego okolicy podbródkowej i dna jamy ustnej, nie uzyskując jednakże treści ropnej.

W dniu 28 października 2008 r. stan chorego uległ gwałtownemu pogorszeniu, gdyż na jego szyi po stronie prawej pojawił się obrzęk, zaś badanie palpacyjne nie wykazywało obecności widocznego ropnia. Zatem lekarz zdecydował o zastosowaniu u pacjenta antybiotyku o najszerszym spektrum działania i przeprowadzeniu pilnego badania tomografii komputerowej, jednakże wykonane dnia następnym w innym szpitali, z uwagi na awarie urządzenia u strony pozwanej. Wynik rzeczonego badania wykazywał u powoda zakażenie ropne tkanek głębokich szyi (nie wykonano opisu samego badania). Lekarz wykonujący badanie przekazał lekarzowi, który przyjechał wraz z powodem informację o występowaniu u pacjenta ropni głębokich szyjnych zwłaszcza po stronie prawej, blisko tchawicy, zaznaczając, że droga oddechowa jest wolna, struktura krtani i tchawicy niezmiennona. Wówczas wobec nieskuteczności wdrożonego u D. P. leczenia antybiotykowego, lekarze zdecydowali się na zabieg operacyjny. Nie nastąpiło to jednak 29 października 2008 r. z uwagi na zmęczenie pacjenta, zjedzenie przez niego obiadu (groźba zrzucenia treści pokarmowej).

Przed zabiegiem, do którego doszło w dniu 30 października 2008 r. stwierdzono u pacjenta zwiększony ból względem tego który miał miejsce dnia poprzedniego, zaś przed uspianiem go zauważono występowanie u niego delikatnego szczękoscisku, co którego zdaniem prowadzącego operację lekarza ordynatora Oddziału Otolaryngologicznego J. Z., wynikał z dolegliwości bólowych. Do operacji, poza dwoma innymi lekarzami laryngologami, został wyznaczony zespół anestezjologiczny w osobach dr S. W. (doświadczonego lekarza jednak nie posiadającego specjalizacji anestezjologicznej) i pielęgniarki D. S.. Po opisie pacjenta przez lekarza prowadzącego zabieg, dr S. W. wiedział, że ma być wobec niego wykonany zabieg tracheotomii w znieczuleniu ogólnym, przy czym znieczulenie miejscowe nie można było przeprowadzić z uwagi na zmiany ropne na szyi (wówczas znieczulenie nie działa). W czasie rozmowy z pacjentem dr S. W. spostrzegł, że mówi on cicho. Przy otwieraniu ust lekarz zauważył języczek na podniebieniu miękkim, dowiedział się od pacjenta o występowaniu u niego drapania i problemów z połknięciem śliny, nie stwierdził ściskoszczęku. Według skali M. ocenił pacjenta jako II lub III stopień trudności intubacji oraz podjął decyzję o możliwości przeprowadzenia zabiegu w znieczuleniu ogólnym. Następnie choremu założono mu na stole operacyjnym maseczkę tlenową, celem odpowiedniego natleniania go przed operacją, poczym podano mu środki nasenny i zwiotczający. Przystępującemu do zabiegu dr S. W. w dwóch próbach intubacji nie udało się założyć operowanemu rurki intubacyjnej do tchawicy. Pomiędzy kolejnymi tego próbami pacjenta natleniano aparatem do znieczulania ze szczelną maską.

W pomieszczeniu obok do zabiegu przygotowywała się inna anestezjolog dr J. Ż., która słysząc, że kolega nie może zaintubować operowanego postanowiła się do tego włączyć. Podjęła także dwie próby intubacji, które skończyły się fiaskiem. W trakcie tych czynności zauważyła w gardle powoda, powyżej krtani, guz (maciek zapalny), który uniemożliwiał dostanie się do krtani. W tej sytuacji prowadząca operację dr J. Z. podjęła, z uwagi na czas trwania czynności, decyzję o udrożnieniu dróg oddechowych operowanego poprzez nacięcie szyi nad tchawicą i krtanią, zamiast robienia klasycznej tracheotomii (nacięcie samej tchawicy). Następnie lekarz ta wykonała cięcie, po którym wylała się duża ilość ropy z ropnia głębokiego szyi, zaś dopiero jej po odsaniu jego zawartości powód uzyskał dostęp do tlenu za pomocą wspomagania oddechowego.

W czasie zabiegu prowadząca go usłyszała informację o niskim ciśnieniu operowanego (brak saturacji cały czas pogłębiał się wobec braku skutecznej wentylacji pomiędzy kolejnymi próbami intubacji, po 4-tej próbie z 46 % o godzinie 9⁰⁰ spadł do 28 % o godz. 9¹⁵, kiedy rozpoczęto konikotomie i kiedy wystąpił brak tętna w obwodzie), co ma miejsce przy niedotlenieniu. Dopiero po podaniu pacjentowi atropiny i adrenaliny i udrożnieniu dróg oddechowych ciśnienie pacjenta wyrównało się.

Następnie dr J. Z. wraz z pozostałymi lekarzami oczyściła ranę ropnia, zasączkowując ją, po czym wykonała tracheotomię i zszyla ranę po konikotomii. Dr J. Ż. zaś po opanowaniu sytuacji opuściła salę operacyjną pozostawiając dalsze czynności anestezjologiczne dr S. W..

W dniu 31 października 2008 r. ma prośbę rodziny powód został przewieziony na dalsze leczenie do 5 (...) w K., Oddział Intensywnej Terapii.

W konsultacji z 31 października 2008 r. Konsultant Krajowy ds. Obronności w Dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii dr R. G. jako rozpoznanie stanu powoda wpisał: zakażenie tkanek miękkich jamy ustnej i szyi z odczynem septycznym, niedotlenieniem OUN rozlane powstałe na skutek zaburzeń wentylacyjnych (zaburzenie drożności dróg oddechowych), zapalenie płuc obustronne, ostra niewydolność oddechowa, stan po tracheostomii.

W dniu 2 grudnia 2010 r. (badanie przeprowadzone w sprawie) u powoda rozpoznano objawy: encefalopatii w postaci łagodnego obniżenia sprawności procesów poznawczych, w szczególności w zakresie funkcji pamięciowych i uwagowych, niedużego stopnia spowolnienia psychoruchowego, zespołu lękowo-depresyjnego, dyzartrii (zaburzeń mowy) i mieszczących się w symptomacie zespołu Lance-Adamsa, głównie w postaci uogólnionych miklonii (mimowolnych nagłych, krótkotrwałych skurczy części lub całego mięśnia lub mięśni) o charakterze namiarowym. Powód do końca życia będzie wymagał stałego i wielospecjalistycznego postępowania usprawniającego (rehabilitacji) i psychoterapii, farmakoterapii i okresowych kontroli lekarskich. Zaniechanie leczenia doprowadzi do progresji i pogłębienia się objawów encefalopatii. Genezą obecnego stanu zdrowia powoda jest niedotlenienie i niedokrwienie (rozlane uszkodzenie mózgu) do którego doszło podczas zabiegu z 30 października 2008 r.. Zmiany ogniskowe w obrębie pnia mózgu wynikające z ewentualnych zmian zakrzepowo-zatorowych, związanych przyczynowo z rozwijającą się sepsą nie rzutują na aktualny stan zdrowia powoda, gdyż miały charakter automatycznie ograniczony.

Wdrożony u powoda w pozwanym Szpitalu tok postępowania diagnostyczno-terapeutyczny był prawidłowy i nie nosił cech błędności. Jednakże wadliwym i wyczerpującym kryterium błędu medycznego było zaniechanie przygotowania się do zabiegu w dniu 30 października 2008 r. bez założenia trudnej intubacji. Otóż mając na względzie: zmiany zapalne występujące u powoda w obrębie szyi, brak wizualizacji krtani, szczękościsk stwierdzony przez lekarzy laryngologów, wynik badania przedoperacyjnego anestezjologicznego, w którym stopień rozwarcia jamy ustnej w skali Mallapatiego określono na II/III stopień trudności intubacji – wskazywało na występowanie wszelkich przesłanek do przygotowania i wdrożenia planu postępowania jak w sytuacji przewidywalnej przy trudnej intubacji. Prawidłowym postępowaniem było zachowanie algorytmu postępowania w przypadku przewidywalnej trudnej intubacji. W zabiegu winien brać udział odpowiednio przygotowany anestezjolog specjalista lub ewentualnie dwóch anestezjologów. Postępowanie winno być zgodne z istniejącym algorytmem postępowania (podzielonym na 4 sekcje), przy zapewnieniu prawidłowego utlenowania krwi pacjenta. W przypadku powoda dokonano 4-ry kolejne próby intubacyjne bez zapewnienia prawidłowego utlenowania przy pomocy maski. Po spadku saturacji do 28 %, co jest wartością krytyczną (winna mieć zakres 90%), przystąpiono do konikotomii, przy czym decyzja w zakresie tego działania jak i tracheotomii została podjęta zbyt późno. Nadto nie zastosowano żadnych alternatywnych metod udrażniania dróg oddechowych.

W ocenie zaoferowanych przez strony dowodach w sprawie Sąd Okręgowy w szczególności stwierdził, że przeprowadzony dowód z opinii instytutu naukowo-badawczego, wraz z kolejnymi jego uzupełnieniami, w tym ostatnim dokonany na rozprawie 2 kwietnia 2012 r., stwierdzającym w sposób kategoryczny i jednoznaczny o przyczynie aktualnego stanu zdrowia w postaci niedotlenienia pacjenta przed zabiegiem z 30 października 2008 r. (niedoszacowanie ryzyka trudnej intubacji), w sposób nie budzący wątpliwości, pozwolił podjąć ustalenia niezbędne dla rozstrzygnięcia sprawy, co do zasady.

Z kolei na tle rozbieżności w zeznaniach świadków, osób uczestniczących w zabiegu w dniu 30 października 2008 r. zostało zauważone, że decydujące znaczenie w odniesieniu do ich oceny ma dowód z dokumentów (np. karta znieczulenia). Rozbieżności zaś widniejące w dokumentach, słusznie zostały zinterpretowane przez ekspertów jako świadczące o niedotlenieniu powoda i w kontekście przeciwnych do nich zeznań świadków musiały być interpretowane na niekorzyść tych ostatnich.

Sąd Okręgowy zaznaczył również, że brak było podstaw do kwestionowania dokumentacji medycznej przedłożonej przez pozwanego Szpital i zapisów w niej czynionych „na bieżąco” w trakcie leczenia powoda, czy w szczególności w trakcie zabiegu wykonanego 30 października 2008 r.

W rozważaniach prawnych Sąd I instancji w nawiązaniu do przepisów art. 415, art. 6 k.c. oraz ustaleń stanu faktycznego, w szczególności stwierdził, że powód sprostał w sprawie obowiązku wykazania odpowiedzialności pozwanemu Szpitalowi. Wobec czego zachodzą także przesłanki do przypisania odpowiedzialności ubezpieczycielowi, z którym Szpital podpisał umowę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej obowiązującą w październiku 2008 r.

Jakkolwiek tok postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wdrożonego przez lekarzy Szpitala względem powoda był prawidłowy i nie nosił cech błędności, to jednak przeciwny wniosek należało wywieźć w przedmiocie przygotowania pacjenta do zabiegu przeprowadzonego 30 października 2008 r. bez założenia możliwości wystąpienia trudnej intubacji. Otóż błędem było nie tyle nieokreślone działanie, ale brak tego działania (zaniechanie, które jest czynem swego rodzaju) przy uwzględnieniu, jak wykazano w opinii Instytutu o konieczności wykonania zabiegu o powoda, gdyż wdrożona wobec niego antybiotykoterapia nie dawała żadnego rezultatu. W tej sytuacji wobec konieczności przeprowadzenia u powoda zabiegu, nieprawidłowością okazało się niewłaściwe przygotowanie go do niego z możliwością wystąpienia w trakcie trudnej intubacji. Sam zabieg został potraktowany jako rutynowy, przy którym miał uczestniczyć anestezjolog przypisany na określony dzień do Oddziału Laryngologicznego. Tymczasem wszystkie okoliczności ujawnione przed operacją (fakt ropowicy w obrębie szyi, dynamiczne zmiany charakterystyczne dla tego schorzenia, szczękocisk, utrudnienia w ruchomości stawu żuchwowego, brak wizualizacji krtani, ocena trudności intubacji skali Mallapatiego), wskazywały na przyjęcie trudnej intubacji. Miało to miejsce z udziałem lekarza, który choć doświadczony i ceniony przez innych anestezjologów, specjalizacji anestezjologicznej nie posiadał. Pacjentowi podano jako pierwszy środek zwiotczający lek o nazwie Skolina, którego działanie mogło skutkować w początkowej fazie depolaryzacji skurcz głośni, utrudniający intubację. Następnie podjęto 4-ry kolejne próby intubacji bez wdrożenia alternatywnych metod. Tylko zbiegiem okoliczności pojawienia się na sali operacyjnej drugiego anestezjologa doszło do udzielenia dr S. W. pomocy w wykonywanych przez niego czynnościach.

Według ekspertów Instytutu skutki jakie obecnie są zauważalne u powoda zostały spowodowane niedotlenieniem i niedokrwieniem podczas zabiegu operacyjnego 30 października 2008 r. Doszło wówczas do rozlanego uszkodzenia mózgu. Zaniechanie, które do tego doprowadziło, co zostało wykazane w sprawie, było zawinione. Otóż mimo istnienia konkretnych podstaw do założenia możliwości trudnej intubacji wdrożono postępowanie ją pomijające.

W apelacji od powyższego orzeczenia pozwany Szpital zaskarżonemu wyrokowi wstępnemu zarzucił naruszenie prawa procesowego, art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i uznanie, iż opinia instytutu naukowo-badawczego jest rzetelna i w sposób nie budzący wątpliwości pozwoliła na ustalenie stanu faktycznego w niniejszej sprawie oraz na sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału poprzez przyjęcie, że w procesie leczniczym powoda D. P. doszło do błędu leczniczego popełnionego przez personel medyczny pozwanego Szpitala polegający na niedoszacowaniu ryzyka trudnej intubacji, co skutkowało niedotlenieniem powoda i podjęciu decyzji o tracheotomii i konikotomii zbyt późno wobec braku wcześniejszego zastosowania żadnych alternatywnych metod udrożnienia dróg oddechowych.

W konsekwencji strona apelująca zarzuciła zaskarżonemu wyrokowi wstępnemu naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest art. 415 i art. 416 k.c. oraz wskazując na powyższe wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa, ewentualnie uchylenie orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o oddalenie apelacji, zaś strona pozwana (...) S.A. w W. nie oświadczyła się co do zasadności apelacji pozwanego Szpitala.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja wniesiona w sprawie jest bezzasadna, ponieważ żaden z zarzutów w niej postawionych nie mógł doprowadzić do uwzględnienia jej wniosków.

Na wstępie jednak wypada stwierdzić, że wszelkie ustalenia stanu faktycznego dokonane przez Sąd I instancji są prawidłowe i kompletne dla wydania w trybie art. 318 § 1 k.p.c. wyroku wstępnego w sprawie (Sąd odwoławczy przyjmuje je za własne).

Odnosząc się do zarzutu apelacji w przedmiocie naruszenia prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez popadnięcia w sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, przypomnieć trzeba, że zgodnie z utrwalonym poglądem judykatury skuteczne postawienie tego typu zarzutu wymaga wykazania uchybienia przez sąd zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Otóż to jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest bowiem wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z: 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98; 10 kwietnia 2000 r., VCKN 17/2000, OSNC 2000, nr 10, poz. 189). Tymczasem Szpital wnosząc apelację nie czyni temu zadość. Na tym tle trzeba zwrócić uwagę, że Sąd Okręgowy przeprowadził dowód w sprawie w postaci opinii instytutu naukowo-badawczego, dwukrotnie uzupełnianej, w której w odpowiedzi na pytania zadane przez Sąd i strony, w tym apelanta, wywiódł o popełnieniu przez pozwanego Szpitala wadliwego i wyczerpującego kryteria błędu medycznego zaniechania przygotowania się do zabiegu w dniu 30 października 2008 r. bez założenia trudnej intubacji. Zauważono, że na rzezoną trudną intubację wskazywały: zmiany zapalne występujące u powoda w obrębie szyi, brak wizualizacji krtani, szczękostisk stwierdzony przez lekarzy laryngologów, wynik badania przedoperacyjnego anestetycznego, w którym stopień rozwarcia jamy ustnej w skali Mallapatiego określono na II/III stopień trudności intubacji. Zatem niewątpliwie występowały wszelkich przesłanki do przygotowania i wdrożenia planu postępowania jak w sytuacji przewidywalnej przy trudnej intubacji. Prawidłowym zaś postępowaniem pozwanego Szpitala powinno być zachowanie algorytmu postępowania w przypadku przewidywalnej trudnej intubacji. W przedmiotowym w sprawie zabiegu przede wszystkim winien brać udział odpowiednio przygotowany anestezjolog specjalista lub ewentualnie dwóch anestezjologów, co wszak nie miało miejsca. Postępowanie winno być zgodne z istniejącym jego algorytmem (podzielonym na 4 sekcje), przy zapewnieniu prawidłowego utlenowania krwi pacjenta. W przypadku powoda dokonano 4-ry kolejne próby intubacyjne bez zapewnienia prawidłowego utlenowania przy pomocy maski. Dopiero po spadku saturacji do 28 %, co jest wartością krytyczną (winna mieć zakres 90%), przystąpiono do konikotomii, przy czym decyzja w zakresie tego działania jak i tracheotomii została podjęta zbyt późno. W końcu nie zastosowano żadnych alternatywnych metod udrażniania dróg oddechowych.

Strona pozwana jakkolwiek nie zgadzała się w opracowaną przez Instytut opinią, to jednak podejmowała jedynie dyskusję w przedmiocie prawidłowości wspomnianej opinii, nie oferując w zamian innego dowodu mogącego zniweczyć merytoryczne tezy elaboratu placówki naukowo-badawczej. Na tym tle zwrócić uwagę należy na fakt, że wiedza medyczna pozwanego Szpitala nie ma znaczenia dla oceny efektów postępowania dowodowego, ponieważ jest on jedynie stroną postępowania, zaś weryfikacji prawidłowości czynności lekarzy, którzy uczestniczyli w przedmiotowym zabiegu w dniu 30 października 2008 r. należy dokonać w oparciu o niezależne dowody. To też zniweczenie konkluzji opinii mogło nastąpić poprzez równowartościowy dla niej dowód, do czego jednak nie doszło w sprawie. Sąd zatem prawidłowo oparł się o wiedzę specjalistyczną ekspertów Instytutu, przyjmując ją jako podstawę ustalenia stanu faktycznego sprawy, która determinuje treść rozstrzygnięcia.

Nie może zatem być mowy o przekroczeniu przez Sąd Okręgowy swobodnej oceny dowodów, poprzez uznanie opinii instytutu naukowo-badawczego jako rzetelnej i dającej możliwości ustalenie stanu faktycznego sprawy.

Przechodząc w kolejności do szczegółowych wywodów uzasadnienia apelacji zauważyć trzeba, że Szpital w istocie nie neguje uznania, jako mające pierwszorzędne znaczenie w sprawie dowodu z dokumentu w przypadku rozbieżności między nim, a zeznaniami świadków, tudzież nie zaprzecza prawdziwości wspomnianym dokumentom. Podnosi jedynie dokonanie przez Instytut w opinii błędnej interpretacji zapisów w karcie znieczulenia. Jednakże nawet gdyby miało to miejsce, to podstawowe znaczenie ma fakt, że zapisy saturacji w podziałkach, odpowiadających godzinom 9⁰⁰ i 9¹⁵ świadczą o dwukrotnym ich zanotowaniu w/w przedziale czasowym i konieczności w związku z wynikami pomiaru (spadek wartości) niezwłocznego dokonania konikotomii. Pomimo, iż badanie wykazywało poziom saturacji

na wyjątkowo niskim poziomie, z jej tendencją spadkową, bo wynoszącą 46 % i 28% (poziom poniżej 90 %, który uznaje się za niebezpieczny), to niewątpliwie nadal kontynuowano nieskuteczne próby intubacji, zamiast niezwłocznego dokonania zabiegu konikotomii.

W przedmiocie zarzutu apelanta o zignorowaniu przez Sąd I instancji zapisów z okresu 15 minut przed i po przeciągu czasu pomiędzy 9^{((00))}, a 9^{((15))}, to niewątpliwie nie miały one, dla oceny ustalenia faktu dopuszczenia się przez personel pozwanego szpitala błędu w sztuce medycznej, żadnego znaczenia. Oczywistym jest bowiem, że bliższemu badaniu podlega okres w którym doszło do niebezpiecznego dla powoda niedotlenienia. Apelant zresztą nie wskazuje nawet, w jaki sposób okoliczności z tych dwóch czasookresów miałyby znaczenie na ocenę prawidłowości działań przez zespół operacyjny. Zauważyć przy tym trzeba, że po wykonaniu konikotomii, ciśnienie pacjenta gwałtownie wzrosło, co znajduje odzwierciedlenie w karcie znieczulenia, począwszy od punktu oznaczającego godzinę 9⁽⁽²⁰⁾⁾. Trafne są zatem ustalenia Sądu Okręgowego, dokonane w oparciu o opinie Instytutu o przeprowadzeniu konikotomii po godzinie 9⁽⁽¹⁵⁾⁾. Przez czas natomiast od rozpoczęcia zabiegu do wykonania konikotomii doszło do niedotlenienia pacjenta, ze skutkami o których mowa w uzasadnieniu do wyroku wstępnego.

Wbrew wywodom apelacji zabieg konikotomii został wykonany przed tracheotomią. Ustaleń w tym względzie odpowiednio dokonano w oparciu o zeznania świadka J. Z., lekarza który przeprowadzał przedmiotowy w sprawie zabieg. Niewiarygodne zatem są zeznania świadka S. W., pełniącego w trakcie zabiegu operacyjnego funkcję anestezjologa (bez stosownej specjalizacji) przedstawiającego odwrotny przebieg zdarzeń, gdyż znalazł się on wówczas w trudnej sytuacji i pomoc w zakresie jego czynności anestezjologicznych musiała mu nieść koleżanka z innego zespołu operacyjnego świadek, anestezjolog J. Ż.. Zeznała ona również wiarygodnie o podejmowaniu czterech prób intubacji pacjenta, co znajduje potwierdzenie w karcie znieczuleń i zeznań innych świadków.

W końcu trafnie stwierdza powód, że za bezpodstawne i nie znajdujące oparcia w zebranych w sprawie materiale dowodowym uznać trzeba twierdzenie apelanta jakoby używano prowadnicy w trakcie intubacji. Nie świadczą o tym ani osobowe środki dowodowe, ani karta znieczuleń.

Wobec powyższego nie mogło być mowy o naruszeniu wskazywanego w apelacji prawa materialnego

Z tych wszystkich względów Sąd odwoławczy na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku.