

Sygn. akt I ACa 368/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 maja 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

| | |
|-----------------|------------------------------------------------------|
| Przewodniczący: | SSA Władysław Pawlak |
| Sędziowie: | SSA Sławomir Jamróg SSO del. Barbara Baran (spr.) |
| Protokolant: | sekr.sądowy Katarzyna Rogowska |

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2015 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa A. S., K. S. (1) i

K. S. (2)

przeciwko Skarbowi Państwa - Dyrektorowi Aresztu Śledczego w K.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 5 listopada 2014 r. sygn. akt I C 1439/13

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz powodów kwoty po 900 zł (dziewięćset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.**

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Krakowie zasądził od strony pozwanej Skarbu Państwa – Dyrektora Aresztu Śledczego w K. tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 446 § 4 k.c.) na rzecz:

- powoda A. S. kwotę 60 000 zł,

- powódki K. S. (1) kwotę 60 000 zł,

- powoda K. S. (2) kwotę 20 000 zł.

W pozostałym zakresie powództwo uległo oddaleniu a koszty postępowania wzajemnie pomiędzy stronami zniesiono.

Sąd ustalił, że postanowieniem Sądu Rejonowego w Bochni z 12 listopada 2010 r., (II Kp 549/10) zastosowano wobec D. S. (1), podejrzanego o popełnienie przestępstwa z art. 197 § 1 k.k. na szkodę małoletniej M. K., środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania na okres 3 miesiące - do dnia 12 lutego 2011 r. Podejrzanego umieszczono w Zakładzie Karnym w T.. W dniu 17 grudnia 2010 r. zgłosił się on do psychologa Zakładu Karnego i podczas rozmowy wskazywał na problemy emocjonalne. Został w trybie pilnym skierowany do lekarza psychiatry. W wyniku wywiadu psycholog określił stan psychiczny podejrzanego na stabilny, wymagający dalszego monitorowania, stwierdził, że D. S. (1) przeczy tendencjom do podejmowania autoagresji. W dniu 18 grudnia 2010 roku podejrzanym został skonsultowany psychiatrycznie, z rozpoznaniem zaburzeń adaptacyjnych lękowo-depresyjnych. Od 9 grudnia 2010 r. D. S. (1) zgłaszał problemy ze snem, przepisano mu lek uspokajający. W dniu 30 grudnia 2010 roku D. S. (1) zgłaszał problemy ze snem; w tym dniu odmówił przyjęcia zaordynowanych mu leków.

W dniu 2 stycznia 2011 r. w Zakładzie Karnym w T. D. S. (1) usiłował popełnić samobójstwo przez powieszenie się na sznurowadle. Po tej próbie samobójczej D. S. (1) rozmawiał z J. S., zastępcą dowódcy zmiany w Zakładzie Karnym w T.. Podczas rozmowy D. S. (1) zachowywał się dziwnie, był pobudzony, nie odpowiadał na pytania. Na pytanie, czy będzie ponawiać próby samobójcze odpowiedział twierdząco. Zastosowano w stosunku do niego środki bezpieczeństwa w postaci ubioru zaopatrzonego w pasy bezpieczeństwa, ograniczające ruchy. Przeprowadzono też badanie psychiatryczne w celi zabezpieczającej. Podczas konsultacji psychiatrycznej D. S. (1) próbował się uwolnić, nie nawiązywał kontaktu, był mutystyczny, przejawiał zachowanie wskazujące na lęk psychotyczny. Rozpoznano u niego: myśli samobójcze, stan po próbie samobójczej przez powieszenie, zaburzenia adaptacyjne o obrazie dekompensacji psychotycznej. Lekarz psychiatra odnotował powyższe okoliczności w książeczce zdrowia D. S. (1). W wyniku badania psychiatrycznego skierowano D. S. (1) na oddział psychiatryczny Aresztu Śledczego w K., dokąd przewieziono go w tym samym dniu przy zastosowaniu pasów bezpieczeństwa i kasku ochronnego.

Funkcjonariusze konwojujący D. S. (1) poinformowali osoby przyjmujące go w Areszcie Śledczym w K. o podjętej przez niego próbie samobójczej. D. S. (1) został poddany badaniu przez asystenta oddziału wewnętrznego szpitala Aresztu Śledczego w K. K. D.. W trakcie badania D. S. (1) był przytomny, niechętnie odpowiadał na pytania. Stwierdzono u niego otarcia na szyi bez mocno zaznaczonej bruzdy wisielczej, brak zmian neurologicznych, wykonano badanie EKG oraz skierowano do badania psychiatrycznego. Odbił on również rozmowę z wychowawcą M. D. w obecności lekarza psychiatry. Podczas tej rozmowy kontakt z D. S. (1) był utrudniony, był zamroczony, odpowiadał półsłówkami. Podczas konsultacji psychiatrycznej przeprowadzonej przez psychiatrę Aresztu Śledczego w K. K. Z. (1) D. S. (1) zgłaszał tendencje samobójcze. W wywiadzie lekarskim psychiatra K. Z. (1) stwierdziła, że badany przez 3 dni nie spożywał posiłków, bo „chciał się wykończyć psychicznie”, w Zakładzie Karnym w T. dokonał próby samobójczej przez powieszenie się na sznurówce, wcześniej taką próbę podjął 2 lata temu. K. Z. (1) stwierdziła też, że D. S. (1) był w kontakcie logicznym, rozmawiał niechętnie, był ubogi werbalnie i mimicznie, potwierdzał tendencje suicydalne, nie występowały u niego objawy psychotyczne, jego nastrój i napęd był obniżony. Zleciła stosowanie A., D. C. i R. 5 mg. R. miało być zastosowane doraźnie w razie niepokoju, gdyby pacjent zgłaszał taką potrzebę lub przejawiał zachowania autodestrukcyjne. D. S. (1) nie zostały podane leki uspakajające i przeciwłękowe.

D. S. (1) został umieszczony w oddziale szpitalnym Aresztu Śledczego w K. w celi nr(...), gdzie umieszczonych było jeszcze 5 osadzonych. Osoby te były spokojne i nie przejawiały zachowań agresywnych. Cella nie była monitorowana a obserwacja możliwa była przez wziernik, z którego jednak nie widać kącika sanitarnego. Cella ta znajdowała się zaraz przy stanowisku dyżurnego. W oddziale psychiatrycznym znajdują się dwie cele monitorowane, które były tak samo wyposażone, jak cela nr (...), poza tym, że znajdował się w nich monitoring. Były one jednak zajęte przez osoby z tendencjami samobójczymi lub o agresywnych zachowaniach. Decyzję o umieszczeniu osadzonego w określonej sali na oddziale szpitalnym - psychiatrii podejmował lekarz psychiatra w uzgodnieniu z funkcjonariuszem służby więziennej. Umieszczając D. S. (1) na oddziale psychiatrycznym pozostawiono mu własne obuwie ze sznurowadłami. Zachowanie D. S. (1) w celi w nocy z 2 na 3 stycznia 2011 r. było monitorowane przez wizjer celi przez oddziałowego M. S., który pełnił służbę od g. 19.15 do 7.15 i pielęgniarkę G. B.. D. S. (1) przyjął wieczorem zaordynowane mu lekarstwa.

Oddziałowy dokonywał częstych i nieregularnych kontroli zachowania osadzonych w celi. Kontrole te odbywały się w odstępach kilkunastominutowych.

Około godziny 5.00 oddziałowy M. S. obserwując celę nr (...) przez wizjer stwierdził, że D. S. (1) nie leży na swoim łóżku i nie jest widoczny w pomieszczeniu. Wezwał pielęgniarkę G. B. i razem weszli do celi. Znaleźli D. S. (1) w kąciu sanitarnym nieprzytomnego, z zaciągniętą na szyi pętlą zrobioną ze sznurowadła, w półsiedzącej pozycji na posadzce. M. S. przeciął sznurowadło, za pomocą którego był powieszony D. S. (1). Przeprowadzono akcję reanimacyjną, następnie D. S. (1) został przetransportowany przez oddział ratowniczy na oddział intensywnej terapii. Zmarł w dniu 7 stycznia 2011 r. wskutek rozległych zmian niedokrwiennych mózgu i w mięśniu sercowym na skutek próby powieszenia z następowym zatrzymaniem krążenia.

D. S. (1) w chwili śmierci miał 26 lat. Jego relacje z rodzicami były bardzo dobre, nie było między nimi konfliktów. Mieszkał z nimi oraz bratem K. S. (2) w domu rodzinnym, w którym zamieszkiwał również brat C. wraz z rodziną. Rodzice oprócz syna D. mieli jeszcze czworo dzieci: C., P., A. i K.. Relacje D. S. (1) z bratem K. były również bliskie. D. był o 15 lat starszy od brata K.. D. S. (1) nie miał własnych dzieci, nie miał również narzeczonej. Pomagał swoim rodzicom w gospodarstwie domowym, wspomagał ich finansowo.

Rodzice zmarłego i jego brat K. przeżyli emocjonalnie jego śmierć. Powódka bezpośrednio po śmierci syna zażywała leki uspokajające. Powód po śmierci syna nie mógł wrócić do wykonywania pracy jako kierowca, ponieważ ciągle myślał jedynie o zmarłym synu. K. S. (2) po śmierci brata jest dzieckiem zamkniętym w sobie. Rodzice D. S. (1) często rozmawiają o zmarłym synu, opowiadają o nim, wspominają go. Powodowie nie leczyli się psychologicznie lub psychiatrycznie po śmierci D. S. (1).

Umieszczenie D. S. (1) w kilkuosobowej – nawet niemonitorowanej - celi z osadzonymi spokojnymi i nie przejawiającymi tendencji agresywnych, która była na bieżąco kontrolowana w odstępach kilkunastominutowych przez personel aresztu śledczego – nie było nieprawidłowe z punktu widzenia jego stanu psychicznego i reguł postępowania wynikających z wiedzy medycznej. Osób po próbach samobójczych nie powinno się umieszczać w celach jednoosobowych.

Nie jest prawdopodobnym, by objawy dekompensacji psychotycznej występujące u danej osoby ustąpiły w kilka godzin bez podawania odpowiednich leków. Zalecona w stosunku do D. S. (1) kuracja lekarskimi A. i D. C. była nieodpowiednia z punktu widzenia wiedzy specjalistycznej, okoliczności i informacji dostępnych lekarzowi psychiatrze przeprowadzającemu jego badanie w szpitalu psychiatrycznym Aresztu Śledczego w K.. Zasadne było podanie D. S. (1) leków uspakajających i przeciwlękowych, których zastosowanie znacząco zmniejszyłoby prawdopodobieństwo popełnienia przez niego samobójstwa.

Postanowieniem z 29 grudnia 2011 r. Sąd Rejonowy w Bochni stwierdził, że M. K. dopuściła się czynu karnego z art. 233 § 1 k.k.

Postanowieniem z 12 września 2014 r. Prokurator Prokuratury Rejonowej w Krakowie Śródmieście – Zachód umorzył śledztwo w sprawie niedopełnienia w dniu 3 stycznia 2011 r. obowiązków przez funkcjonariuszy Służby Więziennej Aresztu Śledczego w K. przy ul. (...) poprzez brak zapewnienia właściwego nadzoru nad tymczasowo aresztowanym D. S. (1), w tym zaniechanie umieszczenia go w celi objętej monitoringiem, skutkujące podjęciem przez niego próby samobójczej i działaniem przez to na jego szkodę oraz narażenia w dniu 3 stycznia 2011 r. w K. oskarżonego D. S. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez personel medyczny Aresztu Śledczego w K., na którym ciążył obowiązek opieki nad pokrzywdzonym, poprzez zaniechanie zaordynowania osadzonemu leków wykazujących szybkie działanie sedatywne i dających przez to pełniejsze zabezpieczenie w krótkiej perspektywie czasowej, lub wydania polecenia unieruchomienia pacjenta. W uzasadnieniu Prokurator powołał się między innymi na opinie lekarskie, w których wskazano, że wobec braku możliwości osadzenia D. S. (1) w celi monitorowanej uzasadnione byłoby np. włączenie leku z grupy benzodiazepin jak R. na stałe (a nie na żądanie) lub zastosowanie środków przymusu w postaci unieruchomienia. Biegli stwierdzili, iż zastosowanego leczenia nie można jednoznacznie ocenić jako błąd, oraz że postępowanie lekarza było generalnie zgodne z wymaganiami aktualnej

wiedzy, natomiast powinno zawierać więcej elementów zabezpieczających przed zachowaniami autodestrukcyjnymi pod postacią leków lub unieruchomienia o ile tendencje samobójcze były ocenione jako nasilone a brak było celi monitorowanej.

Dokonawszy oceny dowodów Sąd stwierdził, że zgodnie z art. 417 § 1 k.c. za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej ponosi odpowiedzialność Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego lub inna osoba prawna wykonująca tę władzę z mocy prawa. Istotą sporu w niniejszej sprawie było przesądzenie, czy zachowania strony pozwanej w stosunku do D. S. (1) miało przymiot niezgodnego z prawem działania lub zaniechania przy wykonywaniu władzy publicznej. Sąd stwierdził, że zachowania strony pozwanej podejmowane w stosunku do D. S. (1) w Zakładzie Karnym w T. i Areszcie Śledczym w K. można uznać za należące do sfery wykonywania władzy publicznej, co wynika ze specyficznej sytuacji tymczasowo aresztowanego, wobec którego wykonywane są władcze kompetencje państwa, z czym związane jest ograniczenie uprawnień osobistych jednostki. Sytuację takiej osoby regulują normy publicznoprawne, które ustalają sposób wykonywania władczych kompetencji. Regulując uprawnienia i obowiązki tymczasowo aresztowanego państwo posługuje się zatem instrumentami o charakterze imperatywnym, a relacje jednostki z administracją zakładu karnego lub aresztu śledczego oparte są o zasadę podporządkowania. Nawet zachowania składające się na opiekę medyczną nad skazanymi lub tymczasowo aresztowanymi zawierają silny pierwiastek publicznoprawny i stanowią wykonywanie władzy publicznej. Oskarżony w zasadzie z uwagi na pozbawienie wolności nie może korzystać z innej opieki, niż oferowana przez podmioty działające w ramach aresztu śledczego lub zakładu karnego. Nadto kwestie związane z opieką medyczną skazanych i tymczasowo aresztowanych regulują przepisy kodeksu karnego wykonawczego, mające charakter publicznoprawny i przewidujące w tym zakresie pewne uprawnienia o charakterze władczym w stosunku do tych osób.

W ocenie Sądu działania strony pozwanej polegające na umieszczeniu D. S. (1) w niemonitorowanej celi na oddziale psychiatrycznym szpitalu Aresztu Śledczego w K., w której przebywały inne osoby osadzone nie prezentujące zachowań agresywnych nie było zachowaniem niezgodnym z prawem. Monitoring tymczasowo aresztowanych oraz osadzanie ich w celach monitorowanych regulują przepisy k.k.w. Regulacja przewidująca obligatoryjny monitoring nie dotyczy tymczasowo aresztowanych, stwarzających niebezpieczeństwo dla własnego zdrowia i życia. Zgodnie z art. 116 § 5a k.k.w. w wypadkach uzasadnionych względami medycznymi lub potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa skazanego jego zachowanie może podlegać utrwalaniu, który to przepis na podstawie art. 209 k.k.w. stosuje się do tymczasowo aresztowanych. Regulacja ta ma charakter fakultatywny w odróżnieniu od art. 212b § 2 k.k.w. i nie obliuguje do umieszczenia skazanego w celi monitorowanej – szczególnie, jeśli zakład karny lub areszt śledczy nie dysponuje takimi pomieszczeniami. Istotne są przy tym wnioski płynące z opinii biegłego psychiatry, zgodnie z którymi umieszczenie D. S. (1) w celi niemonitorowanej, w której jednak przebywali inni osadzeni nie przejawiający zachowań agresywnych, spełniało przesłanki należytej staranności z uwagi na stan zdrowia aresztowanego i podjęte środki bezpieczeństwa. Nie było zatem koniecznym umieszczenie go w celi monitorowanej, a ocena taka uwzględnia okoliczności znane i dostępne w momencie podejmowania decyzji o wyborze celi. Tym bardziej niezasadne byłoby umieszczenie D. S. (1) w celi jednoosobowej, co sprzeciwiało by się nadto regulacji § 12 ust. 1 pkt 2 instrukcji nr 16/10 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 13 sierpnia 2010 r. w sprawie zapobiegania samobójstwom osób pozbawionych wolności. Wreszcie zważywszy na dyspozycję art. 212 k.k.w., zgodnie z którym przy rozmieszczaniu tymczasowo aresztowanych w oddziałach i celach mieszkalnych bierze się pod uwagę w szczególności zalecenia psychologiczne, lekarskie i konieczność zapobiegania samoagresji oraz wnioski płynące z opinii biegłej - prawidłowym było umieszczenie D. S. (1) w celi nr (...). Zachowanie administracji więziennej w zakresie monitorowania D. S. (1) uwzględniało dyrektywę wyrażoną w § 15 pkt 1 w/w instrukcji nr 16/10 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, zgodnie z którą osadzonych, którzy uprzednio dokonywali prób samobójczych obejmuje się zwiększonym nadzorem ochronnym polegającym na zintensyfikowaniu częstotliwości kontroli celi mieszkalnej zarówno w porze dziennej jak i nocnej.

Brak również cech bezprawności w pozostawieniu w dniu 2 stycznia 2011 r. w dyspozycji D. S. (1) własnego obuwia ze sznurowadłami. Brak było obowiązku po stronie administracji zakładu karnego odebrania aresztowanemu jego

obuwia, nawet w sytuacji uprzednio dokonanej próby samobójczej, dokonanej z użyciem sznurowadeł. Należy wyjść z założenia, iż nie jest możliwym – przy uwzględnieniu minimum uprawnień przysługujących osadzonemu w areszcie śledczym – odebranie wszystkich przedmiotów, które mogłyby potencjalnie służyć do dokonania aktów autoagresji. Nawet w razie zatrzymania D. S. (1) sznurowadeł mógłby równie skutecznie przeprowadzić próbę samobójczą z użyciem prześcieradła lub innych elementów ubioru. Mógłby również skorzystać z przedmiotów należących do innych osadzonych w tej samej celi.

W ocenie Sądu można natomiast przypisać przymiot sprzeczności z prawem zachowaniu strony pozwanej polegającemu na niezapewnieniu D. S. (1) należytej opieki medycznej. Obowiązek taki wynika chociażby z art. 115 k.k.w. Zastosowane w stosunku do D. S. (1) leczenie w Areszcie Śledczym w K. nie było właściwe w kontekście wiedzy, którą uzyskał lub mógł uzyskać dyżurny lekarz psychiatra. Błędym było zaniechanie zaordynowania D. S. (1) leków uspakajających i przeciwłękowych, które w znaczącym stopniu zmniejszyłyby prawdopodobieństwo skutku w postaci zgonu po powziętej próbie samobójczej, któremu to skutkowi miały obowiązek zapobiec osoby działające w imieniu strony pozwanej. W ten sposób zostały naruszone zasady należytej staranności w postępowaniu z dobrem prawnym w postaci zdrowia D. S. (1).

Powoływanie się przez stronę pozwaną na brak przesłanek z art. 18 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie może odnieść skutku, gdyż wobec ustalenia, że D. S. (1) dobrowolnie przyjmował zaordynowane mu leki, nie można by mówić (w wypadku zastosowania leków wskazanych w opinii biegłej) o przymusowym ich zastosowaniu w rozumieniu art. 3 pkt 6 lit. b/ tej ustawy.

Skoro niezgodne z prawem zaniechanie ze strony osób odpowiedzialnych za zapewnienie D. S. (1) opieki medycznej (w szczególności członków personelu medycznego zajmującego się osadzonym) doprowadziło do istotnego zwiększenia się prawdopodobieństwa nastąpienia skutku w postaci uszczerbku na zdrowiu lub utraty życia przez D. S. (1) – nieakceptowalnego z punktu widzenia reguł należytej staranności – to tym samym skutek w postaci śmierci D. S. (1) pozostawał w adekwatnym związku przyczynowym z tym zaniechaniem. Zgodnie zaś z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Z uwagi na podstawę odpowiedzialności strony pozwanej (art. 417 k.c.) brak było przesłanek do ekskulpowania Skarbu Państwa od odpowiedzialności w oparciu o dyspozycję przepisu art. 429 k.c., na co zresztą strona pozwana się nie powoływała. Postępowanie dowodowe nie wskazało, by po stronie lekarza zachodziły okoliczności, które usprawiedliwiałyby niezastosowanie adekwatnych do stanu D. S. (1) leków uspakajających i przeciwłękowych, a tym samym wykluczałyby winę tego lekarza. Uznać należy zatem, że Skarb Państwa jest odpowiedzialny za zaniechania przy udzielaniu D. S. (1) opieki medycznej oraz za pozostającą w związku przyczynowym z tym zaniechaniem szkodę.

Przepis art. 446 § 4 k.c. powołany do życia ustawą z dnia 30 maja 2008 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, który wszedł w życie w dniu 3 sierpnia 2008 r. przyznaje najbliższym członkom rodziny zmarłego roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę. Roszczenie to służy do naprawienia szkody niemajątkowej (krzywdy po stracie osoby najbliższej). Co do wymiaru zadośćuczynienia wskazuje się na szereg okoliczności mających na to wpływ: dramatyzm doznań bliskich zmarłego, poczucie osamotnienia i pustki po śmierci osoby bliskiej, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny wywołany śmiercią osoby najbliższej, rolę jaką w rodzinie pełniła osoba zmarłego, stopień w jakim bliscy zmarłego będą umieli odnaleźć się w nowej rzeczywistości i zdolność do jej zaakceptowania, leczenie doznanej traumy.

W niniejszej sprawie niewątpliwie śmierć dziecka była dla rodziców wydarzeniem traumatycznym, wywołującym głębokie poczucie straty. Na rozmiar cierpienia powodów wpłynęła też okoliczność, że D. S. (1) był osobą jeszcze bardzo młodą, a zatem jego śmierć musiała być zupełnie niespodziewana. Wspierał on rodziców osobistą pracą, jak i finansowo, zapewne mogliby oni liczyć na jego pomoc i wsparcie w przyszłości. Więzy pomiędzy rodzicami a ich synem D. należy również ocenić jako bardzo silne. Syn mieszkał z nimi, nie założył jeszcze własnej rodziny, a zatem

osoby te były dla siebie emocjonalnie najbliższe, stanowiły dla siebie wzajemne wsparcie w codziennych problemach i trudnych sytuacjach. Stosunki pomiędzy rodzicami a synem D. były zgodne, bezkonfliktowe. Z drugiej jednak strony powodowie nie wykazali, by śmierć syna spowodowała u nich rozstrój zdrowia oraz by cierpienie nią spowodowane przekroczyło przeciętną miarę. Jakkolwiek nie umniejsza to rozmiaru cierpień rodziców, śmierć syna nie spowodowała konieczności leczenia psychiatrycznego lub terapii psychologicznej.

Część z powyższych uwag odnosi się również do oceny rozmiaru krzywdy doznanej przez K. S. (2), lecz z istotnymi różnicami, mającymi wpływ na wysokość zadośćuczynienia. W chwili śmierci brata K. S. (2) miał 11 lat, co oznacza, że jego świadomość doznanej straty była niższa niż ta uświadamiana przez jego rodziców. Nadto śmierć rodzeństwa, nawet pozostającego w bliskich relacjach, na ogół nie jest tak traumatycznym doznaniem jak śmierć własnego dziecka. Na ocenę krzywdy doznanej przez K. S. (2) ma również wpływ znaczna różnica wieku pomiędzy nim a D. S. (1), co skłania do wniosku, że istniejąca pomiędzy nimi więź nie była tak silna jak w przypadku rodzeństwa dorastającego razem. W przypadku K. S. (2), pomimo wynikających z materiału dowodowego twierdzeń o zamknięciu się w sobie i pogorszeniu wyników w nauce, nie można uznać, by śmierć brata w sposób istotny wpłynęła na sferę jego zdrowia psychicznego.

Czynnikami silnie przemawiającym za miarkowaniem wysokości zadośćuczynienia jest natomiast to, że podstawową przyczyną zgonu D. S. (1) było jego własne działanie. Nieprawidłowości, jakich dopuścili się funkcjonariusze strony pozwanej, jedynie w pewnym stopniu stworzyły warunki mogące ułatwić skuteczne popełnienie samobójstwa. Podkreślić zarazem należy, że nie ma jakichkolwiek przesłanek do przyjęcia, by czyn samobójczy był spowodowany lub choćby zainspirowany jakimikolwiek bezprawnymi zachowaniami funkcjonariuszy strony pozwanej. Także okoliczność, że co do osoby, co do której D. S. (1) był podejrzany o popełnienie czynu zabronionego, zapadło orzeczenie o uznaniu, iż dopuściła się fałszywych zeznań, sama w sobie nie pozwala na dokonywanie jakichkolwiek ocen w przedmiocie zasadności zastosowanego wobec D. S. (1) tymczasowego aresztowania czy wszczęcia przeciwko niemu postępowania karnego. Ocen takich można by dokonywać jedynie w oparciu o cały materiał procesowy dotyczący tamtego postępowania, ale powodowie ani wniosków dowodowych, ani twierdzeń w tym zakresie na uzasadnienie żądania pozwu nie zgłaszali.

O kosztach orzekł sąd na podstawie art. 100 k.p.c.

Apelację od powyższego orzeczenia wniosła strona pozwana, domagając się zmiany zaskarżonego wyroku i oddalenia powództwa w całości lub uchylenia orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji. W apelacji zawarto także wnioski o uchylenie postanowień, którymi sąd I instancji oddalił wnioski dowodowe strony pozwanej w trakcie rozprawy w dniu 3 listopada 2014 r. i wnioski te ponowiono.

Apelujący zarzucił naruszenie:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie, że niepodanie leków uspokajających lub przeciwlękowych było błędem w sztuce medycznej,
- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez ustalenie, że podanie leków zapisanych przez lekarza psychiatrę w Areszcie Śledczym w K. zamiast innych leków może być uznane za błąd w sztuce medycznej,
- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez ustalenie, że D. S. (1) w trakcie rozmowy w Areszcie Śledczym w K. z lekarzem K. Z. (1) nie mógł podawać, iż jego tendencje samobójcze dotyczyły pobytu w ZK w T. oraz przez odmowę wiary zeznaniom świadka K. Z. w zakresie, w jakim dotyczyły opisywania przez D. S. (2) tendencji suicydalnych jako związanych z próbą samobójczą z ZK w T.,
- art. 241 w zw. z 227 i 217 k.p.c. przez oddalenie wniosków dowodowych o ponowne przesłuchanie K. Z. i o opinię innego biegłego,

- art. 379 pkt 5 w zw. z 217 § 1 k.p.c. poprzez niedopuszczenie do ustosunkowania się na piśmie do opinii uzupełniającej biegłej.

Apelujący zarzucił też naruszenie prawa materialnego w postaci:

- art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego poprzez uznanie, że istniały przesłanki do przymusowego podania leków,

- art. 361 § 1 k.c. przez przyjęcie, że między niepodaniem leków przeciwdepresyjnych i antylękowych a śmiercią D. S. (2) zachodzi adekwatny związek przyczynowy,

- art. 446 § 4 w zw. z art. 417 k.c. poprzez zasądzenie zadośćuczynienia, podczas gdy brak przesłanki bezprawności w działaniach lub zaniechaniach pozwanego.

W odpowiedzi na apelację powodowie wnieśli o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego. Podtrzymali swoje stanowisko procesowe, prezentowane przed sądem I instancji.

Sąd Apelacyjny przyjął za własne ustalenia faktyczne poczynione przez sąd I instancji. Podzielił także ocenę dowodów i zważył, co następuje:

W niniejszej sprawie nie jest kwestionowana podstawa odpowiedzialności Skarbu Państwa (art. 417 k.c.), zatem – akceptując stanowisko sądu I instancji w tej kwestii – nie ma potrzeby przeprowadzania obecnie stosownego wyводу. Przepis ten wymieniono jedynie w kontekście braku bezprawności, o czym w dalszej części uzasadnienia.

Nie jest zasadny zarzut nieważności postępowania poprzez pozbawienie strony pozwanej możliwości obrony jej praw, skonkretyzowany przez podniesienie, iż sąd nie określił stronie pozwanej terminu do ustosunkowania się do opinii uzupełniającej w sytuacji, gdy z opinią tą strona pozwana zapoznała się na rozprawie przed jej zamknięciem. Opinia uzupełniająca powstała w odpowiedzi na zarzuty strony pozwanej i w tym też celu na rozprawę została wezwana biegła, która ustnie składała wyjaśnienia. Strona pozwana mogła swobodnie zadawać pytania, w tym te, które wcześniej sformułowała na piśmie. Sąd umożliwił w trakcie rozprawy zapoznanie się strony pozwanej z opinią uzupełniająca, oferował też zarządzenie przerwy w rozprawie, z czego strona pozwana nie skorzystała. Strona pozwana reprezentowana była przez profesjonalnego pełnomocnika, zadano wiele pytań biegłej, skorzystano z możliwości zgłoszenia dalszych wniosków dowodowych, zatem w żadnym wypadku nie można przyjąć, by doszło do naruszenia możliwości obrony praw strony pozwanej.

Aby ocenić zasadność dalszych zarzutów strony pozwanej, należy wyjść od oceny ustaleń faktycznych. Tylko bowiem prawidłowe ustalenia mogą stać się podstawą rozważań prawnych.

W niniejszej sprawie ustalenia te poczyniono obszernie i prawidłowo, dlatego mogły one zyskać akceptację Sądu Apelacyjnego, bez konieczności czynienia jakichkolwiek uzupełnień. Właściwa jest także ocena dowodów, której nie można niczego zrzucić. Jest logiczna, dokonana w oparciu o analizę całego zgromadzonego materiału dowodowego a nie wybiórczo, jest też oparta o zasady doświadczenia życiowego.

W szczególności w apelacji kwestionowane jest stanowisko sądu w przedmiocie konsekwencji niepodania D. S. (1) leków uspokajających lub przeciwłękowych zamiast (lub obok) tych, które zaleciła K. Z. (1), przy czym apelujący akcentuje postawę aresztowanego, która jego zdaniem polegała na spokoju, nieobjawianiu lęków ani nasilonych tendencji samobójczych i uzasadniała takie właśnie działanie lekarza. Neguje także apelujący odmowę wiarygodności zeznaniom świadka K. Z. (1) w zakresie opisu tendencji samobójczych aresztowanego.

Tymczasem sąd skorzystał z opinii biegłego, bowiem niezbędne były w tej kwestii wiadomości specjalne. Bez tego nie była możliwa ocena stanu, w jakim znajdował się D. S. (2) w chwili przyjęcia go do Aresztu Śledczego w K.. Opinia biegłej – wbrew stanowisku strony pozwanej – przekonująco (także dla Sądu Apelacyjnego) wskazała na potrzebę innej oceny, niż ta dokonana przez K. Z. (1). Co ważne, także z punktu widzenia treści zarzutów apelującego, opinia

ta nie została sporządzona wyłącznie w oparciu o opis zachowania D. S. (2) w AŚ w K.. Gdyby tak było, należałoby przyjąć, że skoro był on spokojny, nie podejmował jakichś niebezpiecznych dla siebie lub innych aktywności, to nie istniało żadne niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia. Jednakże biegła wskazała na znacznie szersze spektrum okoliczności, które należało poddać analizie, w tym zawartość dokumentacji, z jaką aresztowany przyjechał z ZK w T., rozpoznanie zaburzeń adaptacyjnych o obrazie dekompensacji psychotycznej, jego stan opisany w tej dokumentacji, który spowodował przewiezienie do K.. Biegła akcentowała podczas przesłuchania, że nawet spokój D. S. (2) podczas badania w K. nie powinien był spowodować pominięcia danych wynikających z dokumentacji (...). W opinii biegłej zwrócono uwagę na zgodność zeznań wychowawcy M. D. z obrazem klinicznym opisanym przez psychiatrę w T. a także na to, że lekarz K. Z. (1) w K. miała kontakt z osadzonym praktycznie w tym samym czasie, co M. D.. Wyraźnie zaznaczyła biegła podczas swoich zeznań, że jeśli w K. wychowawca zauważył stan osadzonego, to tym bardziej winien to zauważyć lekarz. Zdecydowanie i wyraźnie, przekonująco dla sądu wypowiedziała się biegła co do zapisu poczynionego w dokumentacji przez K. Z. o treści „potwierdza tendencje suicydalne”, wskazując, że zapis taki nie może dotyczyć faktów z przeszłości, lecz stanu obecnego, co łączy się z opisem wychowawcy co do zachowania D. S. i treścią dokumentacji z T.. W tym kontekście zasadna jest odmowa wiarygodności świadka K. Z. w odniesieniu do okoliczności, wskazanych w uzasadnieniu sądu I instancji. Sąd dokonując tej oceny zwrócił uwagę na istotne aspekty, w tym to, jaką wiedzą dysponował świadek w chwili badania D. S. (2) i że nie mogły to być zachowania, mające miejsce już po badaniu, kiedy świadek opuścił szpital.

Istotne jest wreszcie stwierdzenie biegłej, że niemożliwym jest, by w trakcie przejazdu z T. do K. ustąpiły objawy dekompensacji psychotycznej, zdiagnozowane świeżo w T., które nie mogły być zniesione działaniem leków, bo ich nie podawano w trakcie podróży. Zapisy w dokumentacji biegła określiła jako alarmujące, zawierające bardzo wyraźne sygnały o stanie D. S. (2), dające podstawy do innego, niż zastosowane w AŚ w K. postępowania i czytelne dla lekarza. Niemożliwym było, by tak nasilone w T. objawy ustąpiły po paru godzinach w K.. Nadmierny spokój po świeżej próbie samobójczej w połączeniu z zapisami w dokumentacji był sygnałem realnego zagrożenia.

Zarzut apelującego co do ustaleń, sprowadzający się do stwierdzenia, że podano D. S. (2) leki adekwatne do jego stanu nie wytrzymuje zestawienia ze stwierdzeniami biegłej opisanymi powyżej a także z konstatacją, iż leki, które zlecono nie dawały efektu terapeutycznego w ciągu paru dni. Silniejsze leki, znoszące lęk i uspokajające a nawet swoiście obezwładniające pacjenta powinny być zastosowane przynajmniej do chwili kontaktu z psychologiem. To prawda, że ocena stanu aresztowanego dokonywana była w oparciu o informacje wówczas posiadane, jednak informacje te dawały podstawę do innego działania, a to co stało się później niestety potwierdziło sygnały zawarte w dokumentacji medycznej aresztowanego.

W odniesieniu do zarzutów stwierdzić też należy, że nie było ani rolą biegłego, ani sądu wskazywanie, jakie konkretnie leki powinny być podane D. S. (1). Należało jedynie wskazać, jakie powinny być działania lekarzy, by w największym stopniu zminimalizować prawdopodobieństwo zamachu samobójczego i jaki skutek powinny wywołać zaordynowane leki. Sąd uznał zatem, że błędnym było zaniechanie zastosowania takich leków, które takie niebezpieczeństwo minimalizowały. Nie chodziło przy tym w tamtej chwili o wyleczenie D. S. (2), lecz zminimalizowanie wspomnianego wyżej niebezpieczeństwa. Wszak strona pozwana miała do czynienia z osobą, która kilkanaście godzin wcześniej podjęła nieskuteczną próbę samobójczą.

Na marginesie warto zauważyć, że postanowienie prokuratora z dnia 12 września 2014 r. w przedmiocie umorzenia śledztwa w sprawach niedopełnienia obowiązków i narażenia osadzonego w AŚ w K. na niebezpieczeństwo, poprzez treści zawarte w uzasadnieniu postanowienia potwierdza stanowisko sądu I instancji (aczkolwiek nie wiąże w niniejszym postępowaniu); także i w tym postanowieniu wskazuje się na konieczność podjęcia działań w sposób bardziej efektywny krótkoterminowo zabezpieczających pacjenta przed zachowaniami autodestrukcyjnymi. Zapisane leki działałyby bowiem skutecznie, ale w dłuższym przedziale czasowym.

Nie jest zasadny zarzut naruszenia art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uważna lektura uzasadnienia wyroku wskazuje, że sąd zwrócił uwagę na fakt, iż D. S. (2) dobrowolnie przyjmował leki, zatem kwestia przymusu nie była w ogóle rozważana.

Przy prawidłowych ustaleniach sądu zasadne jest także jego stanowisko, że doszło do niezapewnienia D. S. (2) odpowiedniej opieki medycznej, zaistniała zatem przesłanka bezprawności oraz że zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy niepodaniem mu leków uspokajających i przeciwlękowych a powzięciem przezeń próby samobójczej, skutkującej ostatecznie jego śmiercią.

Stanowisko sądu co do wysokości kwot, zasądzonych na rzecz powodów jest zasadne, zresztą apelujący nie sformułował zarzutów w tym zakresie, skupiając się na zakwestionowaniu zasady odpowiedzialności.

Oddaleniu uległy wnioski dowodowe, ponowione w apelacji wobec ich oddalenia przez sąd I instancji. Sąd Apelacyjny nie znajduje podstaw do ponownego przesłuchania świadka K. Z. (1), bowiem nie pojawiły się żadne nowe okoliczności a podczas przesłuchania świadka można było postawić wszelkie istotne zdaniem strony pozwanej pytania. Nie było także podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego. Okoliczności istotne dla sprawy zostały przekonująco wyjaśnione w przeprowadzonej przez sąd opinii i nie było potrzeby prowadzenia dalszego postępowania dowodowego.

Z tych wszystkich względów apelacja jako bezzasadna uległa oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Na zasądzoną z tego tytułu kwotę składa się wynagrodzenie pełnomocnika powodów określone na podstawie Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (§ 6 pkt 6 w zw. z § 13 ust. 1 p. 2).