

Sygn. akt **IC 322/10**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 czerwca 2014 roku

Sąd Okręgowy w L. I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Robert Hałabis

Protokolant: sekr. sąd. Ewa Wolniak

po rozpoznaniu w dniu 30 maja 2014 r. w L. na rozprawie

sprawy z powództwa J. Ż. reprezentowanego przez przedstawicieli ustawowych A. Ż. i K. Ż.

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w B. i (...) Spółka Akcyjna w W.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

I. oddała powództwo;

II. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanych kosztów procesu;

III. przejmuje na rachunek Skarbu Państwa niewiszczone opłaty sądowe i wydatki, których powód nie miał obowiązku uiścić.

IC 322/10

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 7 maja 2010 r. skierowanym przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w B. oraz (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. małoletni powód J. Ż. reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych wniósł o:

- 1) zasądzenie in solidum od pozwanych na rzecz powoda zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w kwocie 1.000.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 22 kwietnia 2010 r. do dnia zapłaty,
- 2) zasądzenie in solidum od pozwanych na rzecz powoda odszkodowania tytułem zwiększonych potrzeb w łącznej kwocie 40.769,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 22 kwietnia 2010 r. do dnia zapłaty,
- 3) zasądzenie in solidum od pozwanych na rzecz powoda renty miesięcznej płatnej z góry, do 10-tego dnia każdego miesiąca, w wysokości 5.000,00 zł, począwszy od dnia 10 marca 2010 r. tytułem zwiększonych potrzeb oraz tytułem znacznego zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość oraz zasądzenie od pozwanych kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu zgłoszonych żądań szczegółowo wyjaśniono, że w dniu 14 czerwca 2007 r. matka powoda A. Ż. (w dacie porodu A. K.) została przyjęta na Oddział Patologii Ciąży Wojewódzkiego Szpitala (...) w B. z powodu nadejścia tętniczego, które pojawiło się pod koniec okresu ciąży. W czasie trwania ciąży A. Ż. systematycznie korzystała z konsultacji lekarskich. Wszystko wskazywało na to, że ciąża przebiega prawidłowo, a dziecko jest zdrowe. Od dnia 15 czerwca 2007 r. matce powoda podawano oksytocynę celem wywołania porodu. W dniu 18 czerwca 2007 r. kilkakrotnie zanikało tętno dziecka. Rodzącą zajmowały się dwie położne, lekarza wzywano sporadycznie. Położna poinformowała lekarza, że dziecko „układa się w leżkę”. Mimo wskazanych niepokojących sygnałów personel

medyczny nie stosował ciągłego elektronicznego monitorowania stanu płodu, które w praktyce sprowadza się do ciągłego nadzoru kardiograficznego z okresową rejestracją zapisu KTG, co jest powszechnie akceptowaną i rekomendowaną praktyką w takich przypadkach. Nie wykonano również innych specjalistycznych badań w celu ustalenia przyczyn tych anomalii, co skutkowało brakiem decyzji o wdrożeniu innych procedur medycznych, np. wykonania cesarskiego cięcia. Nie wykonano również w dniu porodu badania USG, które pozwoliłyby ustalić dokładne położenie płodu. Zaniechanie tych czynności spowodowało realne zagrożenie życia powoda J. Ż. oraz jego matki, bowiem po urodzeniu dziecko otrzymało 1 punkt w 10-punktowej skali A..

W związku ze zdarzeniem Prokuratura Rejonowa w Białej Podlaskiej prowadziła śledztwo w sprawie sygn. akt 2Ds 915/09/S, w wyniku którego w dniu 16 czerwca 2009 r. zapadło postanowienie o jego umorzeniu, wobec braku znamion czynu zabronionego (dołączone akta śledztwa). Wywołane w śledztwie opinie Zakładu Medycyny Sądowej jednoznacznie wskazują na istnienie błędów medycznych związanych z „niedołożeniem należytej staranności” w okresie okołoporodowym. Zakład Medycyny Sądowej stwierdził, że „zastrzeżenia biegłych dotyczą natomiast postępowania medycznego w trakcie porodu i odnoszą się do sposobu śródporodowego nadzoru stanu płodu”. „Zabrakło koniecznej rejestracji zapisu KTG, który pozwoliłby na bardziej rzetelną i dogłębną ocenę stanu płodu.” Brak zapisu kardiograficznego, zwłaszcza wobec powtarzających się zwolnień czynności serca płodu, był istotnym uchybieniem diagnostycznym. Zatem z powodu błędów: decyzyjnych, organizacyjnych i wykonawczych, do których dopuścił personel pozwanego szpitala, u powoda doszło do dużego niedotlenienia mózgu, co skutkuje jego obecnymi problemami zdrowotnymi.

W odpowiedzi na pozew pismem z dnia 29 czerwca 2010 r. pozwany Wojewódzki Szpital (...) w B. wniósł o oddalenie w całości powództwa wobec pozwanego jako bezzasadnego oraz zasądzenie od powoda na rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

Zdaniem pozwanego po stronie pozwanego szpitala i jego personelu medycznego uczestniczącego przy porodzie A. K., nie można mówić o istnieniu błędów medycznych, które skutkowały bezpośrednio na obecny stan zdrowia powoda, a więc na stwierdzone dziecięce porażenie mózgowie. W trakcie hospitalizacji w Oddziale Patologii Ciąży (przez okres 4 dni), pacjentkę wielokrotnie monitorowano (KTG) i wszystkie zapisy były prawidłowe. Również wynik badania USG z dnia 14 czerwca 2007 r. nie budził zastrzeżeń. Pacjentka A. K. w trakcie porodu była ciągle monitorowana KTG, a ze strony szpitala brak jest wyłącznie ciągłego „papierowego” zapisu (wydruków) tętna płodu. Istnieją jednak zapisy okresowe monitorowania (dołączone do pozwu). Pierwszy zapis „papierowy” KTG poza jednym epizodem spadku tętna płodu pozostawał w normie. Starsza położna obecna przy pacjentce, w momentach spadku tętna płodu wzywała lekarza, który pacjentkę badał. Podczas pobytu w pozwanym szpitalu wobec pacjentki A. K. wykonano niezbędne badania i zapewniono jej oraz dziecku prawidłową opiekę medyczną. Mając na uwadze przebieg porodu, nie można zgodzić się z twierdzeniem, że stan zdrowia powoda był wynikiem „błędu lekarskiego”. Nie wynika on również z tego, że pozwany nie wykonał „innych specjalistycznych badań, co skutkowało brakiem decyzji o wdrożeniu innych procedur medycznych, np. cesarskiego cięcia”. Pełnomocnik powoda formułując w pozwie powyższe zarzuty nie skonkretyzował, jakie badania specjalistyczne ma na myśli i jaki wpływ na stan zdrowia powoda miałyby one mieć. Badanie USG w dniu porodu nie jest przeprowadzane rutynowo, a jedynie w sytuacjach, kiedy nakazywałaby to ocena stanu płodu sprzed porodu, u pacjentki zaś nie było takich wskazań, gdyż wszystkie wcześniejsze badania (w tym USG z dnia przyjęcia do szpitala) były w normie. Opinia z dnia 22 sierpnia 2008 r. wyraźnie wskazuje, że „decyzję o rozwiązaniu ciąży drogami natury należy przyjąć jako prawidłową i (...) nie było wskazań do zakończenia ciąży w drodze cięcia cesarskiego”. Wbrew stanowisku powoda także „brak okresowego zapisu” był uchybieniem diagnostycznym, „ale tylko tyle, bowiem nie spełnia ono jednego z kardynalnych kryteriów błędu lekarskiego, to jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy sposobem nadzoru stanu płodu a urodzeniem dziecka w ciężkim stanie”.

W odpowiedzi na pozew pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. ubezpieczyciel nie uznał powództwa oraz wniósł o jego oddalenie w całości i zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

Zdaniem pozwanego proces prowadzenia ciąży, a następnie podjęcie decyzji o rozwiązaniu drogą porodu naturalnego były prawidłowe. W trakcie porodu stosowano farmakologiczną stymulację czynności skurczowej za pomocą oksytocyny i stosowano ciągle elektroniczne monitorowanie stanu płodu, to jest ciągły nadzór kardiotokograficzny. W trakcie porodu nie wykonywano okresowej rejestracji zapisu KTG, co według opinii Zakładu Medycyny Sądowej nie stanowiło błędu w sztuce lekarskiej. Przyczyną zasadniczą (i najbardziej prawdopodobną) urodzenia się dziecka w ciężkim stanie było ostre niedotlenienie spowodowane zaburzeniami przepływu krwi w naczyniach pępowinowych wskutek owinięcia pępowiny wokół szyi dziecka. Istotnym jest również to, że na ciężki stan noworodka wpłynąć też mogła bezobjawowa klinicznie infekcja wewnątrzmaciczna. Wszystkie te zjawiska miały – zdaniem pozwanego – charakter samoistny i wystąpiły niezależnie od charakteru postępowania medycznego. Wbrew twierdzeniom strony powodowej postępowaniu lekarzy pozwanego szpitala nie można przypisać błędu lekarskiego, co potwierdzają opinie Zakładu Medycyny Sądowej jak i sam fakt umorzenia przez Prokuraturę Rejonową w Białej Podlaskiej postępowania w sprawie sygn. 2Ds 915/09/S.

W piśmie z dnia 16 lipca 2010 r. pełnomocnik powoda wskazał, że powód doznał olbrzymiego i nieodwracalnego trwałego uszczerbku na zdrowiu (porażenia mózgowego), które będzie mu towarzyszyło przez całe życie. Doznane obrażenia mają charakter nieodwracalny, co przy uwzględnieniu wieku powoda (3 lata) w zasadzie skutkuje trwałym upośledzeniem czynności organizmu w stopniu znacznym. Na skutek obrażeń powód rozwija się znacznie wolniej niż jego rówieśnicy. W wieku trzech lat jego rozwój fizyczny jest porównywalny z rozwojem 7-9 miesięcznego dziecka. Wymaga stałej opieki w czynnościach życiowych, jak też stałego zaangażowania w ćwiczenia usprawniające zaburzone czynności organizmu. Zakres jego cierpień fizycznych i psychicznych z obiektywnego punktu widzenia jest niemożliwy do określenia. Jednakże wiek powoda, utrata jakichkolwiek perspektyw na samodzielne życie, jak też ogrom cierpień przeżytych i mogących nastąpić prowadzi do wniosku, że szkoda której doznał należy do największych z możliwych (pismo procesowe pełnomocnika powoda – k. 239-242).

W kolejnym piśmie procesowym z dnia 1 grudnia 2010 r. pozwany Szpital zakwestionował sposób ustalenia wysokości odszkodowania oraz renty. Wskazał również, że kwota zadośćuczynienia w wysokości 1.000.000 zł jakiej żąda powód, przy uwzględnieniu poziomu życia w Polsce, a zwłaszcza istniejących stosunków społeczno-gospodarczych (rosnące bezrobocie, kryzys finansów państwa), nie może być uznana jako umiarkowana i mieszcząca się w rozsądnych granicach (pismo procesowe pozwanego – k. 383-386).

W odpowiedzi na wskazane stanowisko powód podtrzymał swoje twierdzenia co do wysokości żądanych kwot. W zakresie wysokości renty powód zgodził się z pozwanym, że ściśle wyliczenie wydatków na zaspokojenie potrzeb poszkodowanego nie jest możliwe. Fakt korzystania przez powoda z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może zaś stanowić okoliczności przeciwko uwzględnieniu żądania poszkodowanego (k. 398-400).

W kolejnych pismach procesowych oraz w toku rozprawy strony ostatecznie podtrzymały swoje stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił następujące fakty:

Matka powoda A. K. (Ż.) zgłosiła się do lekarza prowadzącego celem potwierdzenia ciąży w 6 tygodniu jej trwania. Odbyła 16 wizyt kontrolnych, podczas których odnotowywano masę, tętno i ciśnienie tętnicze ciężarnej, a od 15 tygodnia ciąży również tętno płodu. Trzykrotnie wykonano badanie ultrasonograficzne płodu (w dniach 18 października 2006 r., 6 lutego 2008 r. i 24 kwietnia 2007 r., co odpowiadało 6, 21 i 33 tygodniowi ciąży). Podczas ciąży przeprowadzono odpowiednią ilość badań laboratoryjnych (ocenę morfologii, badań infekcyjnych, stopnia glikemii i ocenę moczu). Od połowy ciąży (ok. 20 tygodnia) u ciężarnej rozpoznano niedokrwistość (najprawdopodobniej z powodu niedoboru żelaza) i zastosowano leczenie farmakologiczne. Niedokrwistość utrzymywała się do końca okresu ciąży. Ze względu na zwiększone zapotrzebowanie na żelazo podczas ciąży, niedokrwistość jest częstym objawem wymagającym suplementacji żelaza. Nie leczona może wywołać u kobiety ciężarnej zaburzenia hormonalne, wpływać na równowagę w układzie hemostazy, obniżać odporność organizmu na zakażenia, a w ciężkich przypadkach być przyczyną niewydolności serca. U płodu może powodować zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego, zwiększać ryzyko poronień oraz wad rozwojowych.

U matki powoda w 25 tygodniu ciąży stwierdzono również infekcję dróg moczowych. W tym czasie u ciężarnej wystąpiło także zapalenie gardła, w związku z czym zalecono jej antybiotyki. Pod koniec ciąży u ciężarnej pojawiły się też obrzęki kończyn dolnych oraz podwyższone ciśnienie tętnicze (150/90 mm Hg), w związku z czym w dniu 14 czerwca 2007 r. skierowano ją w 39 tygodniu ciąży do szpitala, celem obserwacji i zakończenia ciąży (opinia Zakładu Medycyny Sądowej, Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w T. – (...) im. (...) w B. – k. 527-536; skierowanie do szpitala – k. 261v; karta ciąży – k. 18-19).

W związku z przyjęciem matki powoda do szpitala w dniu 14 czerwca 2007 roku zdiagnozowano u niej obrzęki, nadciśnienie w ciąży, anemię w ciąży oraz przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego, bez czynności porodowej (okoliczności bezsporne; karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 20; karta położnicza – k. 21-23; zeznania przedstawicielki ustawowej powoda A. Ż. – 00:07:59 – k. 618v).

Ze względu na brak przygotowania do porodu pacjentkę przekazano na Oddział Patologii Ciąży. Przeprowadzone badania w chwili przyjęcia ciężarnej wykazały prawidłowe tony serca płodu, ciśnienie tętnicze wynosiło 140/70 mm/Hg. W przeprowadzonym badaniu ginekologicznym ustalono, że część przodująca znajduje się nad wchodem przy stwierdzonym rozwarciu na 1 cm. W tym czasie były przeprowadzone badania KTG, których wyniki były w normie. W dniu 14 czerwca 2007 r. wykonano badanie USG, w którym nie stwierdzono cech patologii w stanie płodu. Profil biofizyczny płodu oceniono na 8 punktów. W trakcie pobytu w Oddziale Patologii Ciąży pomiary ciśnień wykazywały wyniki prawidłowe. Wykonane badania laboratoryjne nie wykazywały odchyłeń od normy. Zlecono kontrolę ciśnienia tętniczego 4 razy dziennie (gdzie parametry mieściły się w zakresie górnej granicy normy; najwyższe wynosiło 140/90 mm/Hg) oraz zlecono laboratoryjne badania biochemiczne (ocenę białkomoczu i poziomu kwasu moczowego). Pacjentka otrzymywała leki obniżające ciśnienie krwi. U matki powoda podczas przyjęcia do szpitala oraz przebywania na Oddziale Patologii Ciąży nie było wskazań do wykonania efektywnego cięcia cesarskiego. Decyzja o próbie przeprowadzenia porodu drogami natury, u pacjentki w ciąży donoszonej z łagodnym nadciśnieniem tętniczym, położeniem główkowym płodu po odpłynięciu płynu owodniowego, podjęta została prawidłowo, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa oraz endokrynologii prof. dr hab. n. med. T. P. (1) – k. 422-425; opinia Zakładu Medycyny Sądowej, Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w T. – (...) im. (...) w B. – k. 527-536).

W dniu 17 czerwca 2007 r. o godzinie 23⁽⁴⁵⁾ nastąpiło pęknięcie pęcherza płodowego w wyniku czego rozpoczęto monitorowanie stanu płodu przy pomocy KTG. Badanie KTG było następnie powtórzone w godzinach rannych, ok. godziny 7⁽⁰⁰⁾ rano. Nie wykazało ono żadnych odchyłeń od normy, gdyż nie stwierdzano zaburzeń oscylacji. W związku z wystąpieniem słabej czynności skurczowej o godzinie 11⁽¹⁵⁾ rodząca została przeniesiona na salę porodową. Przeprowadzone tam badanie ginekologiczne wykazało, że główka jest przyparta a rozwarcie wynosi 3 cm, odpływały czyste wody płodowe. Biorąc pod uwagę rozpoczęcie akcji porodowej przy miernej czynności skurczowej zalecono podłączenie kroplówki naskurczowej zawierającej oksytocynę w celu nasilenia czynności skurczowej. Podjęcie decyzji o stymulacji porodu oksytocyną było właściwe. Własna czynność skurczowa mięśnia macicy po odpłynięciu płynu owodniowego nie spowodowała właściwego postępu porodu. Przed rozpoczęciem stymulacji wlewu z oksytocyną zgodnie z Rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (...) należy wykonać zapis kardiokardograficzny, kontynuowany w sposób ciągły do pojawienia się regularnej czynności skurczowej mięśnia macicy. Tętno płodu było monitorowane podczas porodu, zarówno osłuchowo jak i w formie nadzoru kardiokardograficznego. Zapis kardiokardograficzny KTG polega na rejestracji i graficznej prezentacji zmian czynności serca płodu, skurczów macicy i czynności ruchowej płodu. Ich wzajemne korelacje stanowią podstawę do prognozowania stanu płodu (opinia Zakładu Medycyny Sądowej, Katedry Medycyny Sądowej (...) (...) w T. – (...) im. (...) w B. – k. 527-536; indywidualna karta pielęgnowania – k. 26-27).

Podawanie wlewu kroplowego kontynuowano do godziny 17⁰⁰, kiedy A. K. urodziła powoda siłami natury. Urodzone dziecko było w chwili porodu opętłone pępowiną wokół szyi i było w zamartwicy. Czas trwania II okresu porodu

wynosił 50 min. (opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa oraz endokrynologii prof. dr hab. n. med. T. P. (1) – k. 422-425; karta położnicza – k. 21-23; indywidualna karta pielęgnowania – k. 27).

W czasie porodu w godzinach 11⁽⁴⁰⁾, 12⁽³⁵⁾, 14⁽²⁵⁾ i 16⁽⁰⁰⁾ występowały zwolnienia tętna płodu. Wszystkie te zwolnienia tętna wyrównywały się po chwilowym zaciśnięciu wlewu kroplowego z oksytocyną lub samoczynnie i nie stanowiły wskazań do zmiany postępowania w czasie porodu. Tego typu wahania w tonach serca płodu mogą występować przy istniejącej czynności skurczowej. Dokonane zapisy, z jednym wyjątkiem, nie odnotowywały istotnych zwolnień w tętnie płodu. Każdorazowo personel pielęgniarstwa wzywał lekarza, który sprawdzał stan płodu i przebieg porodu (opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa oraz endokrynologii prof. dr hab. n. med. T. P. (1) – k. 422-425; karta obserwacji porodu – k. 33, indywidualna karta pielęgnowania – k. 26-27).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o powołane w ustaleniach faktycznych dowody.

Dowody z dokumentacji medycznej Sąd uznał za w pełni wiarygodne. Żadna ze stron nie kwestionowała pod względem formalnym złożonej dokumentacji. Podobnie zeznania przedstawicieli ustawowych małoletniego powoda (matki powoda oraz jego ojca) zasługiwały na wiarę. Zeznania te są wyczerpujące, szczerze i ze sobą spójne. Znalazły one również potwierdzenie w dokumentacji dołączonej do akt sprawy. Również opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. dr hab. n. med. T. P. (2) oraz opinia Zakładu Medycyny Sądowej (...) (...) w T. – (...) im. (...) w B. zostały obdarzone przez Sąd walorem wiarygodności. Opinie te odpowiadają na pytania istotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Roszczenia powoda są niezasadne, dlatego podlegały oddaleniu w całości.

Fakty w niniejszej sprawie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy w zasadniczej części nie były sporne, natomiast w tym zakresie strony wyrażały odmienne stanowisko co do tego, czy matka powoda w trakcie porodu podlegała stałej obserwacji KTG. Spornym była przede wszystkim ocena tych okoliczności faktycznych sprawy, które dotyczyły tego, czy w czasie porodu oraz okresie bezpośrednio go poprzedzającym można personelowi medycznemu pozwanego szpitala zarzucić zawinione działania bądź zaniedbania, skutkujące przyjęciem popełnienia błędu medycznego w czasie porodu, w wyniku którego małoletni powód poniósł szkodę.

Na wstępie rozważań wskazać należy, iż podstawę prawną roszczeń powoda dotyczących zadośćuczynienia i odszkodowania stanowią przepisy art. 445 § 1 k.c. oraz art. 444 § 1 k.c. Regulacja zawarta w art. 444 § 1 k.c. przewiduje możliwość dochodzenia odszkodowania w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, które obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. W oparciu zaś o przepis art. 445 § 1 k.c., Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Powołane przepisy określają przesłanki, które winny być spełnione, by wymienione w nich roszczenia mogły być uwzględnione. Omawiane roszczenia mogą jednak zostać zasądzone na rzecz poszkodowanego (w niniejszej sprawie na rzecz małoletniego powoda), jedynie pod warunkiem, że w toku postępowania zostanie wykazane, iż pozwany ponosi zawinioną odpowiedzialność za szkodę, jakiej powód doznał.

Wskazać należy, iż pozwany szpital będąc samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej wyposażonym w osobowość prawną odpowiada za szkody medyczne na zasadach art. 430 k.c., według którego, 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.

Możliwa jest również odpowiedzialność zakładu leczniczego (ale niepublicznego) na innych podstawach, w szczególności za nienależyte wykonanie usługi medycznej (art. 750 k.c.). Skoro przy wykonywaniu tego zobowiązania

zakład posługuje się innymi osobami (lekarzami, położnymi, pielęgniarkami), tym samym może on odpowiadać również na podstawie art. 474 k.c. w zw. z art. 471 k.c..

Możliwa jest zatem odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej zarówno na podstawie deliktu, jak również na zasadach odpowiedzialności kontraktowej.

W każdym razie dla powstania odszkodowawczej odpowiedzialności cywilnej muszą zostać spełnione następujące przesłanki:

- 1) zdarzenie wyrządzające szkodę, za które prawo czyni dłużnika odpowiedzialnym (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania albo czyn niedozwolony),
- 2) szkoda mająca charakter majątkowy (na osobie lub mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda),
- 3) adekwatny (normalny) związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą.

Z uwagi na fakt, że odpowiedzialność publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma reżim szczególny, gdyż odpowiada on nie tylko za „winę organizacyjną”, ale i działania lub zaniechania lekarzy i personelu medycznego, dlatego istotę w rozstrzygnięciu niniejszej sprawy – biorąc pod uwagę okoliczności, na które powoływali się przedstawiciele ustawowi małoletniego powoda – stanowiło ustalenie, czy w procesie przeprowadzenia porodu u A. Ż. lekarzom pozwanego szpitala można przypisać błąd w sztuce lekarskiej w zakresie wyboru sposobu przeprowadzenia tego porodu, jak również w zakresie samego postępowania w czasie porodu.

Ustalenie zaistnienia błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

W piśmiennictwie prawniczym i lekarskim wprowadza się różne podziały błędów lekarskich. Najczęściej spotykany to podział na:

- 1) błąd diagnostyczny (rozpoznania),
- 2) błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu),
- 3) błąd rokowania (prognozy).

Przedstawicielka ustawowa powoda w postępowaniu powołała się na błąd określany w terminologii lekarskiej jako błąd terapeutyczny, powiązany z wadliwą diagnozą, stanowiącą następstwo nieprawidłowego rozpoznania. Jej zdaniem błąd w leczeniu (terapeutyczny) miałby polegać na zastosowaniu wobec powoda niewłaściwej metody porodu wskutek niewykonania w dniu porodu badania USG oraz niewyciągnięcia właściwych wniosków ze spowolnienia tętna dziecka. Podniosła również, że nie stosowano ciągłego elektronicznego monitorowania stanu płodu.

Tymczasem analiza materiału dowodowego zgromadzonego w przedmiotowej sprawie nie pozwala na przyjęcie tezy, że skutki uszkodzenia ciała powoda polegające na mózgowym porażeniu dziecięcym nastąpiły wskutek działania, czy też zaniechania lekarzy i personelu medycznego pozwanego szpitala. Nie można w tej sytuacji także mówić o winie personelu, bowiem czynności medyczne w stosunku do pacjentki (rodzącej A. Ż.), zostały ostatecznie przeprowadzone prawidłowo. W tych warunkach brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem się lekarzy a szkodą, jakiej doznał małoletni powód J. Ż.. Zasada odpowiedzialności pozwanego nie została tym samym przez stronę powodową udowodniona, przez co nie mogła zostać przesądzona pozytywnie (art. 6 k.c.).

Z dokumentacji medycznej pozwalającej ocenić przebieg porodu wynika, że lekarze dopełnili koniecznych procedur i podjęli czynności zgodne z wymogami sztuki medycznej. Stanowisko takie zajął również biegły prof. dr hab. n. med. T. P. (1), specjalista z zakresu ginekologii i położnictwa dokonujący oceny tych czynności. Personel sali porodowej

w wystarczający sposób czynnie reagował na 4-krotne zwolnienia tonów serca płodu – co odnotowane zostało w dokumentacji porodu, z udziałem lekarskim w każdym takim incydencie. Rutynowo występują zwolnienia tonów serca w przebiegu fizjologicznego porodu w niektórych jego momentach. Ciężarna w czasie ćwiczeń z piłką nie miała technicznych możliwości mieć wykonywanego ciąglego zapisu kardiograficznego. Natomiast zwolnienia tonów serca płodu w omawianym porodzie nie mogło wpłynąć na późniejszy stan zdrowia dziecka, gdyż zwolnienia te ulegały szybkiemu wyrównaniu po zmniejszeniu przepływu wlewu kroplowego, co zostało wykazane.

Potwierdza to opinia Zakładu Medycyny Sądowej (...) (...) w T. – (...) im. (...) w B.. Sąd miał przy tym na uwadze, że stwierdzony został brak okresowej dokumentacji graficznej, która pozwoliłaby na obiektywną ocenę stanu płodu podczas porodu. Powtarzające się kilkakrotnie zwolnienia akcji serca płodu (ASP) podczas porodu wymagały ścisłego jego nadzoru, a zapis graficzny pozwoliłby na ustosunkowanie się co do stanu zagrożenia płodu. Nieprawidłowy zapis KTG może bowiem być wykładnikiem zagrożenia płodu. Należy wówczas zidentyfikować jego przyczynę, np. poprzez zmianę pozycji rodzącej, zamknięcie wlewu z oksytocyną, ułożenie pacjentki na boku, podanie płynów, zapewnienie optymalnego zaopatrzenia w tlen. Stosownie jednak do wskazanej opinii takie postępowanie zostało podjęte, a decyzja o przeprowadzeniu porodu drogami natury była w okolicznościach tego przypadku słuszna.

Sąd miał również na względzie, że w opiniach biegłych doszło do wskazania odmiennych stanowisk w zakresie dotyczącym tego, czy zasadnym było stałe monitorowanie KTG płodu. Stosownie do opinii uzupełniającej biegłego prof. dr hab. n. med. T. P. (1) (k. 454-455), nie był wymagany ciągły nadzór kardiograficzny w czasie przebiegu porodu. Zgodnie zaś z opinią instytutu (Zakładu Medycyny Sądowej), matka powoda wymagała ścisłego nadzoru akcji serca płodu ze względu na stymulację porodu oksytocyną, jak również powtarzające się zwolnienia ASP, a zastosowanie ćwiczeń na piłce, czy podczas kuczania nie pozwalało na jego ciągłą rejestrację. Peloty przylegające do brzucha rodzącej w pozycji siedzącej bądź kucznej, nie pozwalają na ciągły odbiór sygnału, w związku z czym należy przyjąć, że tętno płodu było osłuchiwane, a rejestracja sygnału KTG była okresowa. Brak graficznej dokumentacji nie pozwala na ustosunkowanie się do obiektywnej oceny ostrego stanu zagrożenia płodu podczas porodu, a brak ścisłego nadzoru podczas porodu rodzącej stymulowanej oksytocyną, z obserwowanymi zwolnieniami ASP należy uznać za uchybienie diagnostyczne (opinia – k. 527-536; indywidualna karta pielęgowania – k. 26-27).

Otóż wskazać jednak należy, że również opinia instytutu nie kwestionowała zasadności decyzji o zaleceniu ćwiczeń na piłce oraz przysiadów. Podnosiła ona jednak, że zachowanie (sposób postępowania) matki powoda utrudniało stały nadzór KTG. W sprawie brak jest zaś podstaw do przyjęcia, że brak stałego badania KTG, który to fakt w opinii biegłych należało uznać za udowodniony, pozostawał w adekwatnym związku przyczynowym ze szkodą powoda. Podnieść bowiem należy, że biegli nie stwierdzili, że zły stan zdrowia dziecka po porodzie był wynikiem nieprawidłowego prowadzenia porodu. Opinie wskazują zaś stanowczo, że występujące w następstwie podjętych czynności powikłania u powoda nie były skutkiem błędu, czy niedbalstwa lekarzy.

Zwrócić też należało uwagę, że jakkolwiek przed rozpoczęciem stymulacji wlewu z oksytocyną – na co wskazała opinia instytutu – zgodnie z Rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), należy wykonać zapis kardiograficzny kontynuowany w sposób ciągły, do pojawienia się regularnej czynności skurczowej mięśnia macicy, to jednak Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu wskazujące na tę potrzebę zostały opublikowane dopiero w 2009 roku, a więc już po zdarzeniu stanowiącym podstawę faktyczną żądania pozwu (por. Ginekologia Polska 2009, nr 7/2009, s. 548-557). Oznacza to, że ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 r. sygn. akt I KR 116/72). W przedmiotowej sprawie nie wykazano zaś, że brak stałego nadzoru KTG wpłynął na zastosowanie niewłaściwego leczenia (przeprowadzenia porodu), skoro biegli uznali je za właściwe. Jak wskazano, decyzja o przyjęciu porodu drogami naturalnymi została powzięta zgodnie z wymogami sztuki lekarskiej. Lekarze przyjęli, że u matki powoda nie występował obciążony wywiad położniczy skutkujący koniecznością przeprowadzenia cesarskiego cięcia. Stosownie do opinii biegłych Zakładu Medycyny Sądowej na stan dziecka wpływ mogło mieć zaś

kilka okoliczności. Przyczyną urodzenia się dziecka w stanie bardzo ciężkim 1 pkt według skali Apgar, było ostre niedotlenienie okołoporodowe spowodowane prawdopodobnie czynnikiem pępowinowym. Przedłużone zaburzenia pępowinowego przepływu krwi mogły prowadzić do ostrej oddechowej i metabolicznej kwasicy. Zmniejsza się utlenowanie, występuje przewlekła bradykardia i niedotlenienie, bądź nawet śmierć płodu. Z dokumentacji wynika, że dziecko było ciasno okręcone pępowiną, co przy braku płynu owodniowego i ucisku części twardej na pępowinę, mogło przyczynić się do przerwania przepływu krwi i występujących następstw, za czym przemawiają również powtarzające się zwolnienia ASP płodu. Dodatkowymi czynnikami wpływającymi na ciężki stan dziecka mogło być rozpoczynające się nadciśnienie indukowane ciążą oraz wrodzona infekcja, rozwijająca się w okresie okołoporodowym po odpłynięciu płynu owodniowego, a następnie posocznica u dziecka. Dodatkowym, mniej istotnym czynnikiem, mogła być niedokrwistość lub inne choroby matki (np. rozwijające się nadciśnienie indukowane ciążą). U matki powoda obserwowano stały postęp porodu. Brak ciągłego elektronicznego zapisu KIO z okresową jego rejestracją nie wpłynął na jego dalszy postęp. Uniemożliwił jednakże uchwycenie momentu bezpośredniego zagrożenia życia dziecka. Osluchiwanie tętna pozwoliło na ocenę jego częstości, natomiast brak rejestracji uniemożliwił ocenę wzajemnych korelacji stanowiących podstawę do prognozowania stanu płodu i ewentualnej decyzji o zakończeniu ciąży drogą operacyjną, a w konsekwencji i stanu dziecka. Czynność skurczowa rozpoczęła się kilka godzin po odpłynięciu płynu owodniowego, a II okres porodu (od pełnego rozwarcia do urodzenia dziecka) trwał 50 min. Przeciętny czas trwania II okresu porodu u pierwsiatek trwa 50-60 min. a u wieloródek 20-30 min. Przedłużony II okres porodu definiowany jest jako trwający powyżej 2 godzin. Sprzyja on niedotlenieniu wewnątrzmacicznemu, urazom tkanek kanału rodnego, zaburzeniu obkurczania się macicy po porodzie i innym następstwom.

Stosownie do opinii biegłego prof. dr hab. n. med. T. P. (1), w przebiegu porodu nie stwierdził on wskazań do jego zakończenia drogą cięcia cesarskiego, a więc jego nieprzeprowadzenie uznał za słuszną metodę prowadzenia porodu. Problem wystąpienia ciężkiego stanu pourodzeniowego dziecka określonego w skali Apgar jest trudny do wyjaśnienia i może wynikać z wielu powodów:

- okręcenie szyi płodu pępowiną mogło wpływać na niedotlenienie płodu w trakcie porodu, jednak tego typu problem występuje nie rzadko i często nie ma przy tym istotnych zaburzeń w utlenowaniu płodu,
- zamartwica pourodzeniowa mogła wynikać z patologii łożyska, którego badań histopatologicznych po porodzie nie przeprowadzono (ewentualnie stwierdzenie zmian w łożysku); mimo stwierdzenia kwasicy metabolicznej wykrytej w gazometrii krwi wiadomo, że nie zawsze prowadzi ona do wystąpienia daleko idących powikłań u dziecka,
- stwierdzony klinicznie stan infekcji pochwy pacjentki z wykrytymi bakteriami chorobotwórczymi (*Streptococcus aureus*) oraz drożdżycą w dniu porodu, mógł istnieć także w czasie ciąży mimo zastosowanego leczenia i powodować wystąpienie infekcji płodu w łonie matki,
- istotnym czynnikiem mogącym wpływać na stan płodu mogła być anemia związana z niskim poziomem żelaza istniejąca od połowy ciąży u matki (opinia biegłego – k. 422-425).

Reasumując należy stwierdzić, iż pomimo tego, że bez wątpienia doszło do wystąpienia stanu porażenia mózgowego u powoda, to lekarze badający matkę powoda bezpośrednio przed porodem jak i przeprowadzający poród nie mogli tego z całkowitą pewnością przewidzieć. Nie było zatem podstaw do przeprowadzenia badania USG w trakcie porodu, jak i do przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia.

W świetle tych okoliczności nie można przypisać pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności za szkodę doznaną przez powoda, bowiem pomimo wystąpienia u niego szkody, za skutek ten nie są w żadnej mierze odpowiedzialni lekarze pozwanego szpitala, jak również pozostały personel medyczny. Na marginesie wskazać też można, co podniosła też matka powoda, że z relacji położnej odbierającej poród, która jest położną od wielu lat i wiele razy się zdarzyło, że dziecko było opętłone pępowiną wynika, iż wskazana sytuacja była wyjątkowa, ponieważ pierwszy raz zdarzyło się,

że wystąpiło to tak mocno, że nie mogła nawet włożyć palca w celu odcięcia pępowiny (zeznania powódki 00:07:59 – k. 620).

W sytuacji zatem, kiedy nie można mówić o błędzie w sztuce lekarskiej, a tym samym o winie lekarza pozwanego zakładu opieki zdrowotnej, to zasada odpowiedzialności pozwanego musiała zostać przesądzona negatywnie. W takich też warunkach nie można było przyjąć, że pomiędzy szkodą a działaniami pozwanego zachodzi adekwatny związek przyczynowy, dlatego powództwo należało oddalić.

Z materiału dowodowego, w szczególności zaś z opinii biegłych wynika, że omawiany przypadek został spowodowany niezawinionym przez nikogo niepowodzeniem leczniczym. Przebieg porodu uwarunkowany był zaś czynnikami, odnośnie których brak było podstaw do przewidywania, że w tym konkretnym przypadku wystąpią.

Z tych też względów roszczenie powoda nie mogło zostać – co do zasady – uwzględnione. W związku z tym niecelowa była w toku niniejszego procesu ocena rozmiaru szkody i krzywd moralnych, jakie bez wątpienia zaistniały w dobrach osobistych powoda.

Mając powyższe rozważania na uwadze Sąd Okręgowy w oparciu o przytoczone przepisy prawa orzekł jak w wyroku.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu pomiędzy stronami uzasadnia przepis art. 102 k.p.c. Wprawdzie powód jest stroną przegrywającą sprawę, to jednak doznał on istotnej szkody. Choć szkoda ta nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z działaniem bądź zaniechaniem pozwanych, jednak wpływa ona na stan majątkowy powoda w takim stopniu, który nakazuje uznać to za wypadek szczególnie uzasadniony, o jakim mowa we wskazanym przepisie.

Ponieważ powód zwolniony był od kosztów sądowych w całości, a także mając na uwadze treść wyroku i związany z tym brak podstaw do obciążenia tymi kosztami pozwanych, Sąd Okręgowy koszty te przejął na rachunek Skarbu Państwa.