

Sygn. akt I C 594/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 grudnia 2017r.

Sąd Okręgowy w Radomiu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Michał Gałek

Protokolant: Emilia Kowalik

po rozpoznaniu w dniu 28 listopada 2017r. w Radomiu na rozprawie

sprawy z powództwa S. W.

przeciwko S. w L.

o zapłatę i ustalenie

1. **oddala powództwo;**

2. **zasądza od powódki S. W. na rzecz S. w L. kwotę 7.217,00 (siedem tysięcy dwieście siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.**

Sygn. akt I C 594/14

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 kwietnia 2014 roku powódka S. W. wniosła o zasądzenie od pozwanego S. kwoty 1.200.000,00 złotych tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 24 lutego 2014 roku do dnia zapłaty, ustalenie, że pozwany S. będzie odpowiedzialny na przyszłość za dalsze szkody, które mogą wynikać u powódki S. W. w związku z doznanym przez nią uszczerbkiem i rozstrojem zdrowia oraz o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że powódka przebywała na oddziale (...) S. w dniach 11.03.2011 roku do 21.03.2011 roku. W dniu 11 marca 2011 roku powódka została przyjęta na oddział (...) S. z powodu nadciśnienia indukowanego ciążą, które objawiało się opuchlizną nóg, twarzy i rąk. O godzinie 10:50 przeprowadzono badanie serca płodu i stwierdzono spadek tętna poniżej 120/min. Badanie zakończyło się o godzinie 11:31, natomiast pierwszy spadek wskaźnika odnotowano już o godzinie 11:01. Równoległe o godzinie 11:00 również u matki przeprowadzono badanie ciśnienia tętniczego, które wykazało wysokie ciśnienie 150/100, a prawidłowe powinno wynosić 120/80. Wskazano, że w związku z tym powódka powinna być poddana natychmiastowej operacji cesarskiego cięcia, natomiast lekarze pozwanej placówki medycznej nie podjęli takiej decyzji. Przy kolejnym pomiarze wykonanym o godzinie 13:00, ciśnienie powódki wynosiło 160/100, wówczas podano jej Dopegyt – lek obniżający ciśnienie. Po leku o godzinie 16:00 odnotowano spadek ciśnienia do 150/100. Jednakże o godzinie 16:50 nastąpił gwałtowny wzrost ciśnienia do 200/120. O godzinie 17:10 ciśnienie wynosiło 200/125, w związku z czym podłączono powódce kroplówkę z Nepresoeml. Ze względu na brak poprawy oraz objawy stanu przedrzucawkowego i stwierdzenie obumarcia płodu wykonano o godzinie 20:05 cesarskie cięcie. W efekcie przeprowadzonej operacji oraz utraty znacznej ilości białka przez powódkę doszło do zatrucia białkomoczem. Po operacji powódka zaczęła otrzymywać Fraxiparynę – regularnie raz dziennie aż do 21 marca 2011 roku. Ponadto, raz dziennie, aż do 17 marca 2011 roku otrzymywała Tatriaxion. Ponadto w czasie hospitalizacji, po wykonanym zabiegu powódka nadal otrzymywała takie leki jak: Dopegyt (lek

obniżający ciśnienie), Nepresol (lek obniżający ciśnienie krwi), Metocard (lek obniżający ciśnienie), Bromocorn (lek hamujący produkcję mleka przez gruczoły piersiowe). Na skutek utraty białka otrzymywała lek Protifar. Podawano jej również Calcium. Oprócz tych leków, otrzymywała również leki przeciwbólowe w związku z przebyłym zabiegiem operacyjnym cesarskiego cięcia. Ostatecznie w dniu 21 marca 2011 roku ciśnienie u powódki wynosiło 130/70. S. W. tego dnia została wypisana ze szpitala z zaleceniem przyjmowania Eutyroxu oraz kontroli ciśnienia 2 razy dziennie. W pozwie zarzucono, że na skutek wadliwego postępowania lekarza doszło do stanu przedrzucawkowego, czego konsekwencją było odklejenie łożyska i obumarcie płodu. Ponadto na skutek cesarskiego cięcia doszło do zatrucia białkomoczem. Podniesiono, że w odniesieniu do powódki lekarze świadczący usługi w pozwanej jednostce medycznej tj. S., nie spełnili swojego ustawowego obowiązku dostarczania pacjentowi świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganom wiedzy, o czym stanowi art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Ponadto, pacjentka trafiła do pozwanej jednostki medycznej z zagrożoną ciążą w 29 tygodniu (ciśnienie powódki było bardzo wysokie, natomiast tętno płody obniżało się), co zostało wykazane. Pozwana placówka medyczna, zgodnie ze współczesnymi standardami jest zakwalifikowana do placówki I stopnia referencyjności, co oznacza, że nie jest wyposażona zarówno w sprzęt medyczny, jak i nie posiada odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego. Po przyjęciu powódki do szpitala i przeprowadzeniu wstępnych badań powódka, ze względu na swój stan zdrowia powinna być niezwłocznie przewieziona do szpitala o II a nawet III stopniu referencyjności. W tym celu nie zostały podjęte żadne działania. Podniesiono również, że wysokie ciśnienie stwierdzone u powódki w chwili przyjęcia nakazywało niezwłoczne rozwiązanie ciąży przez cesarskie cięcie. Zarzucono też, że dopuszczono się zwłoki w udzieleniu powódce pomocy lekarskiej, a zatem naruszono art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innym przypadkach niecierpiących zwłoki. W przedmiotowej sprawie lekarze powinni byli powódkę niezwłocznie skierować do specjalistycznej jednostki medycznej posiadającej co najmniej II stopień referencyjności. Po drugie zaniechano przeprowadzenia czynności mających na celu natychmiastowe rozwiązanie ciąży. Po trzecie leki obniżające ciśnienie zostały podane zbyt późno. Kolejnym zarzutem wobec lekarzy pozwanej placówki medycznej, było nie udzielanie powódce podstawowych informacji o stanie jej zdrowia, ryzyku związanym z planowanym i prowadzonym leczeniem oraz diagnostyką. Nie przekazano powódce informacji, że na skutek podjętego przez lekarzy leczenia może dojść do obumarcia płodu. Nie została też uprzedzona o mogących powstać powikłaniach pooperacyjnych, tzn. zatrucia białkomoczem. Stanowi to naruszenie art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 13 i 16 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Podniesiono, że przebyty przez powódkę proces leczenia a także jego skutki, w postaci obumarcia ciąży i zatrucia kwasem moczowym, uzasadniają ustalenie odpowiedzialności pozwanej placówki na przyszłość (pozew k. 3 – 18).

Pozwany S. w L. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazano, że zarzut nieprzetransportowania powódki jest niezasadny. Stan pacjentki w momencie przyjmowania do oddziału ginekologiczno – położniczego nie wskazywał na to, że rozpocznie się kryza ciśnieniowa. Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi u pacjentek w ciąży zdarza się często i wymaga jedynie obserwacji i leczenia. Gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego krwi, pomimo leczenia o godzinie 16:50 był oznaką rozpoczynającego się stanu przedrzucawkowego. Transport pacjentki w takim stanie mógł spowodować jej zgon. Podniesiono również, że powódka była w 29 tygodniu ciąży. Biorąc zatem pod uwagę niedojrzałość płodu wykonanie cesarskiego cięcia byłoby błędem medycznym. Trzeci zarzut o zbyt późnym rozpoczęciu leczenia antyhypertensyjnego również jest pozbawiony podstaw. Jednorazowy wzrost ciśnienia tętniczego krwi nie jest wskazaniem do rozpoczęcia leczenia. Pacjentka otrzymała pierwszą dawkę leku Dopegyt o godz. 13:00, gdy potwierdzono obecność ciśnienia tętniczego krwi na poziomie 150/100. Wskazano, że do stanu przedrzucawkowego i przedwczesnego odklejenia łożyska oraz obumarcia płodu doszło nie z braku staranności lekarzy albowiem są to typowe powikłania mogące występować w nadciśnieniu indukowanym ciążą. Zatrucie białkomoczem podawane przez powódkę nie występuje natomiast jako jednostka chorobowa. Niski poziom białka jest typowy objawem stanu przedrzucawkowego i rzucawki. Zarzut naruszenia prawa do informacji jest oparty na subiektywnych odczuciach powódki po upływie trzech lat od zdarzenia. U pacjentki nie wykonano żadnego postępowania medycznego bez wyjaśnienia i uzyskania zgody ustnej lub pisemnej. Powódka nie mogła być informowana o tym, że jest wymagane natychmiastowe cesarskie cięcie, bo nie było takich

wskazań. Do obumarcia płodu doszło natomiast z powodu powikłań choroby, a nie na skutek leczenia (odpowiedź na pozew k. 64 – 65).

W toku postępowania, strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka - S. W. w okresie od 16 października 2010 roku do 10 marca 2011 roku pozostawała pod opieką lekarza ginekologa – położnika I. M., która w ramach prywatnej praktyki lekarskiej prowadziła (...) w Z. przy ul. (...).

Była to trzecia ciąża powódki. Pierwsza zakończyła się poronieniem we wczesnym okresie, druga zakończyła się pomyślnym rozwiązaniem. Dziecko urodziło się zdrowe, w terminie, w dniu 24 października 2009 roku. Ta ciąża również była prowadzona przez dr I. M..

W trakcie trzeciej ciąży we wskazanym wyżej okresie powódka odbyła 5 wizyt lekarskich oraz miała jedno badanie USG w 13,2 tygodniu ciąży. W dokumentacji lekarskiej brak jest wpisów monitorujących ciśnienie tętnicze i wagę ciężarnej. Okres ciąży przebiegał prawidłowo, aż do 29 tygodnia, kiedy S. W., w dniu 10 marca 2011 roku, stwierdziła, że spuchły jej nogi, ręce, twarz, bolały ją plecy i kości. W związku, z czym zgłosiła się do prywatnego (...) lekarza prowadzącego ciążę dr I. M., która w dniu 10 marca 2011 roku wypisała jej skierowanie do S. w L. na Oddział (...). Powódka następnego dnia zgłosiła się do wskazanej placówki medycznej, gdzie została przyjęta ze stwierdzeniem znacznych obrzęków kończyn dolnych, górnych, twarzy i nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą. W dniu przyjęcia powódki do szpitala dr I. M. nie było, dyżur pełnił lekarz A. M. (1).

W chwili hospitalizacji wobec S. W. zostały podjęte następujące czynności diagnostyczne: przeprowadzono wywiad i ocenę stanu ogólnego ciężarnej, w tym pomiar ciśnienia tętniczego krwi, czynności serca płodu (FHR) – stwierdzając spadki tętna poniżej 120/min, wykonano badania laboratoryjne, w okresie od 10:50 do 11:35 przeprowadzono badanie KTG, które wskazywało na oscylację zawężoną, desceleracje zmienne, akcelerację. Wykonane badanie ciśnienia tętniczego krwi o godzinie 11:00 wykazało 150/100. O godzinie 13:00 wykazało 160/100. Z uwagi na wczesną ciążę S. W. (29 tydzień) lekarz nie stwierdził wskazań do cesarskiego cięcia. Podjął decyzję o wdrożeniu wobec powódki leczenia zachowawczego - farmakologicznego mającego obniżyć ciśnienie tętnicze krwi. O godzinie 13:00 podano powódce Dopegyt - lek obniżający ciśnienie krwi. O godzinie 16:00 ciśnienie spadło i wynosiło – 150/100. Ciśnienie to, jak również tętno płodu wynoszące 140/min utrzymywało się do godziny 16:50, kiedy nastąpił gwałtowny skok ciśnienia tętniczego do 200/120 mmHg. Napięcie macicy było prawidłowe, zachowane wody płodowe, pacjentka nie krwawiła z dróg rodnych i nie zgłaszała także objawów takich jak zaburzenia widzenia, bólu głowy czy bólu brzucha. O godzinie 17:10 ciśnienie tętnicze krwi wynosiło – 200/125, w związku z czym wdrożono leczenie Nepresolem. O godzinie 19:00 stwierdzono nie wysłuchiwanie tonów serca płodu. Wówczas lekarz dyżurny A. M. (1) po konsultacji telefonicznej z dr I. M. i ordynatorem szpitala A. M. (2) podjął decyzję o zakończeniu ciąży przez zabieg cesarskiego cięcia dla ratowania życia matki. Po tym telefonie do szpitala przyjechała dr I. M. (dokumentacja lekarska k. 40-47, opinia k. 168-171, przesłuchanie S. W. k. 26v-27, 88-89, płyta CD k. 28, 90, zeznania I. M. k. 103, płyta CD k. 104, zeznania A. M. (1) – płyta CD k. 104, karta intensywnej obserwacji na oddziale (...) k.25, karta zleceń lekarskich k. 34, zeznania I. S. płyta CD k. 104).

O godzinie 20:05 lekarze A. M. (1) i I. M. wykonali zabieg cesarskiego cięcia u powódki. W trakcie zabiegu stwierdzono obumarcie płodu i oddzielenie się łożyska, co nie było poprzedzone charakterystycznymi objawami (bez krwawienia, bólów twardej macicy). Oddzielenie się łożyska było następstwem gwałtownego niedotlenienia płodu i wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, co nastąpiło po gwałtownym wzroście ciśnienia tętniczego do 200/100 mm Hg.

S. W. po zabiegu cesarskiego cięcia źle się czuła. Ponadto, nie mogła się pogodzić ze stratą dziecka i czuła się pokrzywdzona. Gdy do szpitala przyszedł jej mąż Z. W. powódka płakała i była w szoku. W okresie pooperacyjnym prowadzono dalsze leczenie nadciśnienia i białkomoczu (Prolifar, Albumina 20 %) oraz anemii (Hemofar). Utrzymujący się białkomocz u powódki był jednym z wielu objawów (obok nadciśnienia tętniczego) powstania stanu

przedzrucawkowego. W dniu 21 marca 2011 roku wykonany u powódki pomiar ciśnienia wynosił 130/70. Tego samego dnia S. W. została wypisana z S. z zaleceniem przyjmowania leków: Dopegytu, Netocardu, Fraxipariny, Eutyroxiu, kontrolą ginekologiczną za 2 tygodnie i kontrolą badań TSH, FT3 i FT4 za 6-8 tygodni (opinia biegłego k. 170-171, k. 13 akt (...), karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 22, karta intensywnej obserwacji k. 26-29, karta zaleceń lekarskich k. 30 – 38, zeznania A. M. (2) płyta CD k. 104, zeznania I. M. płyta CD k. 104, zeznania A. M. (1) płyta CD k. 104).

S. W. po niepomyślnym zakończeniu trzeciej ciąży, początkowo nie chciała mieć więcej dzieci. Ponadto, lekarze nie zalecali jej zajścia w kolejną ciążę. Jednakże powódka zdecydowała się na urodzenie kolejnego dziecka. W czwartej ciąży wystąpiły u niej takie same powikłania jak w poprzedniej, to jest nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą. S. W. pozostawała wówczas pod stałą obserwacją lekarską w szpitalu w R., gdzie przebywała przez okres 2 miesięcy. Ciąża została przerwana w 35 tygodniu. S. W. urodziła zdrową córkę, która ma obecnie 2,5 roku. U dziecka nie występują żadne komplikacje zdrowotne. S. W. od czasu zakończeniu trzeciej ciąży stale leczy się na nadciśnienie tętnicze, zażywa leki (zeznania Z. W. płyta CD k. 90, przesłuchanie S. W. k. 90 i 28).

Prokuratora Rejonowa w L. prowadziła śledztwo w sprawie narażenia S. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które zostało umorzone na podstawie art. 17 §1 pkt 2 kodeksu postępowania karnego.(d: pismo Prokuratury Rejonowej w L. k. 126).

Powyższy stan faktyczny odnośnie przebiegu i sposobu leczenia S. W., Sąd ustalił na podstawie dokumentacji medycznej złożonej w toku postępowania (k.22- 47), przesłuchania powódki (k. 88-89, 90, k. 26-27, płyta CD k. 28 akt (...)), zeznań świadków: Z. W. (k. 88-89, płyta CD k. 90), I. M. (płyta CD k. 104), A. M. (1) (płyta CD k. 104), A. M. (2) (płyta CD k. 104), I. S. (płyta CD k. 104).

Sąd za stanowiące podstawy rozstrzygnięcia sprawy uznał także opinię biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. dr hab. n. med. T. P. z dnia 23 marca 2016 roku (k. 168 – 174), wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 17 października 2016 roku (k. 206 – 209) i ustną opinią uzupełniającą złożoną na posiedzeniu jawnym w dniu 18 sierpnia 2017 roku przed Sądem Rejonowym (...) w ramach pomocy sądowej (k. 12, płyta k. 13).

Dowód z opinii biegłego ma charakter szczególny, ponieważ jego celem jest dostarczenie sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy. Jest to dowód tego rodzaju, iż nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka (Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 1999 r., sygn. akt I CKN 223/98, Wokanda rok 2000, nr 3, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 października 2006 roku, sygn. akt I CSK 169/06).

Opinia biegłego podlega tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 §1 k.p.c., lecz to co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Nadaje to pierwszorzędne znaczenie przy tej ocenie kryterium poziomu wiedzy biegłego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 r., sygn. akt V CKN 1354/00, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lipca 1998 roku, sygn. akt II CKN 831/97).

Biorąc powyższe pod uwagę, w ocenie Sądu biegły w sposób jasny, pełny i wszechstronny wyjaśnił swoje stanowisko i wskazał, czym się kierował formułując wnioski. Biegły sądowy prof. dr hab. n. med. T. P. sporządził przedmiotową opinię po dokonaniu pełnej analizy zgromadzonej w aktach sprawy dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia S. W.. Ponadto, wywody opinii były konsekwentne, biegły opiniując ustnie na posiedzeniu jawnym w dniu 17 października 2016 roku podtrzymał dotychczasową opinię. Opinia ta ostatecznie nie była też kwestionowana przez strony niniejszego postępowania. W szczególności strona powodowa po sporządzeniu przez biegłego pisemnej opinii uzupełniającej, a także ustnej opinii uzupełniającej nie zgłaszała innych wniosków dowodów.

Zważyć też należy, iż w aktach sprawy znajduje się również opinia sądowo – lekarska z dnia 22.06.2015 roku sporządzona na potrzeby postępowania przygotowawczego prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w L. w sprawie narażenia S. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (opinia k. 127 – 141). Opinia ta była jednak kwestionowana przez stronę powodową. Podnoszono, że opinia nie jest rzetelna, a strona powodowa, jako poszkodowana zaskarżyła postanowienie Prokuratury Rejonowej odnośnie umorzenia postępowania oparte na ww. opinii.. Dokument ten nie został jednak całkowicie pominięty przez Sąd, albowiem częściowo posłużył do weryfikacji wniosków i stwierdzeń sformułowanych przez biegłego sądowego T. P..

Sąd zważył, co następuje.

W niniejszej sprawie powódka S. W. dochodziła zadośćuczynienia za doznaną krzywdę fizyczną i psychiczną wywołaną nieprawidłowym leczeniem ze strony personelu medycznego S. w L., które skutkowało powstaniem stanu przedrzucawkowego, a następnie odklejenia łożyska i obumarcia płodu, a także zatrucia białkomoczem.

Żądanie powódki oparte jest zatem na przepisie art. 445 §1 k.c.

Tak zakreślona podstawa faktyczna wskazuje na dochodzenie przez stronę powodową roszczeń w oparciu o odpowiedzialność deliktową.

Pozwany jest samodzielną osobą prawną i jednocześnie publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Lekarze i personel pomocniczy są wykonawcami zobowiązań pozwanego i działają na jego rachunek, dlatego odpowiedzialność pozwanego należy rozważać zarówno na gruncie art. 430 k.c., jak i na podstawie art. 415 k.c. Zgodnie 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. Między podmiotem powierzającym wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Poprzez pojęcie podporządkowania należy rozumieć podporządkowanie ogólnie – organizacyjne, co oznacza, że stosunkiem podporządkowania, o którym mowa w art. 430 k.c., obejmuje się również te osoby, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres odpowiedzialności w podejmowaniu decyzji – np. w odniesieniu do działania lekarzy, w zakresie postawienia diagnozy oraz prowadzenia terapii (por. G. Bieniek w: G. Bieniek, H. Ciepla, S. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Sychowicz, T. Wiśniewski, Cz. Żuławska „ Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, tom 1”, Warszawa 2009, s. 470-471).

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany przepis znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek, których lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują powierzone czynności medyczne (wyrok SA we Wrocławiu z dnia 02.03.2012r., I ACa 123/12, LEX nr 1238466).

Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: 1) wyrządzenie szkody przez personel medyczny przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej, 2) zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, 3) normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem, a wyrządzoną szkodą. Przy czym, jak trafnie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 kwietnia 2012 roku, II CSK 402/11, LEX nr 1168538, w tzw. procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa.

Biorąc zatem powyższe pod uwagę oraz okoliczności, na które powoływała się powódka, istotę w rozstrzygnięciu niniejszej sprawy stanowiło ustalenie czy w procesie leczenia S. W. prowadzonego w pozwanym szpitalu w dniach 11 – 21 marca 2011 roku, lekarzom tej jednostki i pozostałemu personelowi medycznemu można przypisać błąd w sztuce lekarskiej w zakresie podjęcia właściwego leczenia oraz poprzez niezapewnienie dostępności do leczenia, zgodnego z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód starannie zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis ten zawiera podstawowe dyrektywy postępowania lekarza i pod ich kątem następuje badanie bezprawności i zawinienia lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej. Należy też wyjaśnić, że błąd w sztuce medycznej jest powszechnie zaliczany do obiektywnych przesłanek zawinienia. Błędem w sztuce medycznej nazywamy takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej.

Przebieg procesu leczenia S. W. został poddany weryfikacji przez biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa T. P.. Analiza pisemnej opinii biegłego sądowego z dnia 23 marca 2016 roku (k. 168 – 174), wraz z pisemną opinią uzupełniającą z dnia 17 października 2016 roku (k. 206 – 209) i opinią ustną (nagranie płyta CD k. 13 akt (...)) prowadzi do wniosku, iż brak jest podstaw do przyjęcia, że w trakcie pobytu powódki w pozwanym szpitalu nie zachowano należytej staranności i dopuszczono się błędów w procesie leczenia. Prof. dr. hab. n. med. T. P. jednoznacznie wskazał, że podjęte leczenie wobec S. W. po rozpoznaniu stanu przedrzucawkowego było prawidłowe (k. 171). Biegły wyjaśnił, że pomimo stosowanego cały czas aktywnego leczenia antyhypertensyjnego (Dopegyt, Nepresol) wystąpiły objawy stanu przedrzucawkowego (...) (k. 170). Biegły opiniując ustnie jednoznacznie wskazał, że działanie lekarzy w L. było prawidłowe, ale nie uzyskali oni pożądanego efektu –zwalczenia nadciśnienia i dlatego doszło do oddzielenia łożyska (nagranie płyta CD k. 13 akt. (...)).

Biegły nie dopatrył się zatem w sposobie leczenia powódki, w szczególności w zastosowanej metodzie leczenia farmakologicznego jakichkolwiek nieprawidłowości. Ponadto, wbrew zarzutom powódki odnośnie postępowania lekarzy w pozwanej jednostce medycznej, w chwili przyjęcia powódki do szpitala nie było istotnych podstaw do rozpoznania zagrażającej rzucawki, a więc wskazań do przeprowadzenia cesarskiego cięcia (k. 171).

Należy zwrócić uwagę, że takie wnioski zawarte zostały również w opinii Zakładu Medycyny Sądowej w B. z dnia 22.06.2015 roku sporządzonej przez trzech lekarzy na potrzeby postępowania karnego (k.133). Nie sposób zatem nie uznać wywodów biegłego sądowego T. P. za prawidłowych w tych zakresie. Biegły sądowy dalej wyjaśnił, że podstaw do wykonania cesarskiego cięcia nie było aż do momentu rozpoznania zagrażającej rzucawki. Jednakże cesarskie cięcie powinno być wykonane po stabilizacji stanu ciężarnej co nie następowało w tym wypadku pomimo podjęcia intensywnego leczenia utrzymującego się nadciśnienia (k.171). Istniejący, gwałtowny rzut nadciśnienia, który wystąpił u ciężarnej z obrzękami, utratą białka a więc stanem zatrucia ciążowego nie dawał możliwości podjęcia decyzji o przeprowadzeniu cesarskiego cięcia (k.172). Wykonywanie cesarskiego cięcia u rodzącej z nadciśnieniem stanowiło poważne zagrożenie dla życia matki (k. 172). Stwierdzone ciśnienie o godzinie 16:50 na poziomie 200/120 jest ciśnieniem grożącym największym powikłaniem, czyli zgonem matki (nagranie płyta CD k. 13 akt. (...)).

Z powyższego wynika, że leczenie S. W. w pozwanej placówce medycznej było prawidłowe jednak nie przynosiło rezultatów w postaci poprawy stanu zdrowia powódki, zaś przesłanki do zakończenia ciąży pojawiły się dopiero po stwierdzeniu znacznego wzrostu ciśnienia tętniczego. Jednakże wykonanie zabiegu cesarskiego cięcia było wykluczone wobec zagrożenia życia matki. Wywieść z tego, zatem trzeba, że wykonanie takiego zabiegu, stanowiłoby błąd medyczny, który mógłby skutkować śmiercią powódki.

W trakcie postępowania w oparciu o opinię biegłego sądowego T. P. ustalono również, że oddzielenie się łożyska, będącego powodem gwałtownego niedotlenienia płodu i obumarcia płodu, nastąpiło po znacznym wzroście ciśnienia tętniczego do 200/120 mm Hg (k.171). Odklejenie się łożyska w tym wypadku nie było poprzedzone charakterystycznymi objawami (bez krwawienia, bólów, twardej macicy) (k. 171). Odklejenie się łożyska, wbrew twierdzeniom strony powodowej jest zatem powikłaniem choroby - nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą a nie zastosowanym przez lekarzy sposobem leczenia.

Jak wskazała świadek I. M. „Gestora to choroba, która często wikła ciężę, objawia się ciśnieniem, może powodować odklejenie się łożyska, obumarcie płodu, zagrożenie życia dla matki i dziecka (nagranie płyta CD k.103). Także świadek A. M. (1) wskazywał, że powikłanie w stanach przedrzucawkowych w postaci odklejenia się łożyska jest

poważnym ale typowym, który może prowadzić do obumarcia płodu. Zatrucie białkomoczem jest konsekwencją stanu przedrzucawkowego (nagranie płyta CD k.103).

Na podstawie wskazanego materiału dowodowego należy zatem dojść do wniosku, iż samo odklejenie się łożyska wskutek nagłego wzrostu ciśnienia tętniczego nie może być uznane za błąd w sztuce medycznej, skoro wymieniane jest jako obserwowane w praktyce typowe powikłanie nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą. Brak jest zatem podstaw to przypisania personelowi medycznemu odpowiedzialności za następstwa choroby przebiegającej u S. W..

Powódka z uwagi na stwierdzone objawy powinna być leczona w ośrodku o wyższym stopniu referencyjności położniczej i noworodkowej. Oddział (...) S. w L. był ośrodkiem na I, to jest podstawowym poziomem opieki prenatalnej. Według biegłego, z uwagi na wczesny stan ciąży powikłanej nadciśnieniem tętniczym S. W. powinna być skierowana do szpitala o III najwyższym poziomie referencyjności (k.174, 206). Tak też wskazywali biegli w opinii Zakładu Medycyny Sądowej w B. z dnia 22.06.2015 roku (k. 199). Z powyższego nie można zatem wnioskować, iż lekarze pozwanej placówki medycznej dopuścili się zaniedbania. Pomimo wskazań do leczenia powódki w szpitalu o wyższym stopniu referencyjności, biegły sądowy T. P., o czym była mowa wyżej ocenił proces leczenia w pozwanym szpitalu jako prawidłowy.

W ocenie Sądu z wnioskiem tym należy się zgodzić. Dodać też należy, że pacjentka zgłosiła się do S. w L. celem uzyskania pomocy medycznej, której jej udzielono. Za nieprawidłową należałoby uznać odmowę przyjęcia powódki do pozwanego szpitala. Stanowiłoby to niewątpliwie naruszenie podstawowych prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych gwarantowanych art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także art. 30 ustawy o zawodach lekarza i dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku (Dz.U. 2017.125, t.j.). Zgodnie z tym ostatnim przepisem, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym wypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszczerbku ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Dodatkowo należy raz jeszcze podkreślić, że w momencie przyjęcia powódki do szpitala nie było wskazań do cesarskiego cięcia, nie było też podstaw do rozpoznania zagrażającej rzucawki (k. 171). Pomimo stosowanego leczenia, wystąpiły objawy stanu przedrzucawkowego (k. 170). Należy też wyjaśnić, że biegły T. P. odmiennie niż biegli z Zakładu Medycyny Sądowej w B. twierdził, że obecny transport sanitarny także lotniczy, jest przygotowany do transportu ciężkich chorych wymagających zabezpieczenia w okresie transportu (k. 206).

Twierdzenia te są jednak z oczywistych względów jedynie hipotetyczne. Nie wiadomo bowiem, czy transport lotniczy w danym dniu był rzeczywiście możliwy, jaki byłby czas oczekiwania, a także czy szpital w R. przyjmujący ciężarne powyżej 32 tygodnia ciąży przyjąłby powódkę, która była wówczas w 29 tygodniu ciąży. Dodatkowo biegły opiniując ustnie, wyjaśnił, że nie można odpowiedzieć na pytanie czy nie było zbyt dużego ryzyka aby przesyłać pacjentkę do innego szpitala (k. nagranie płyta CD k. 13 akt (...)). Okoliczności tych nie sposób obecnie ustalić. Przede wszystkim jednak brak jest podstaw do stwierdzenia, że przyjęcie powódki do szpitala o wyższych stopniu referencyjności i zastosowane tam leczenie dałoby inne efekty, niż leczenie w pozwanej placówce medycznej.

Analiza dowodów zgromadzonych w niniejszej sprawie, w szczególności opinia biegłego sądowego świadczy o tym, że nie można przyjąć, ażeby zachodził związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zaniechaniem lekarzy a skutkiem w postaci obumarcia płodu. Dla wykazania istnienia związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarzy a zgonem dziecka niezbędne byłoby ustalenie możliwości uratowania dziecka. Tymczasem z opinii biegłego sądowego wynika, że wykonanie cięcia cesarskiego u rodzącej z nadciśnieniem stanowiło poważne zagrożenie dla życia matki (k. 172). Stan powódki nie dawał możliwości podjęcia decyzji o przeprowadzeniu cesarskiego cięcia (k. 172). Wiadomo jedynie, że gdyby takie cesarskie cięcie wykonano w szpitalu o III stopniu referencyjności podniosłoby to szanse uratowania noworodka (k. 174). Stwierdzenie to jest jednak jedynie założeniem biegłego. W rozpoznawanej sprawie brak jest możliwości precyzyjnego ustalenia czy noworodka udało się uratować, wobec jednoczesnego istnienia przeciwwskazań do cesarskiego cięcia. Takiego związku nie można nawet ustalić z wysokim stopniem prawdopodobieństwa (patrz orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 17.06.1968 r., II CR 165/69 OSPiKA 1970/7-8, poz. 155 i z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, OSNCP 1968/2 poz. 26).

Należy również wyjaśnić, iż biegły w opinii wskazywał, że stwierdzony u powódki zapis KTG wykonany pomiędzy godziną 10:50, a 11:35 wykazujący zmienne descelacje, pojawienie się akceleracji, umiarkowanej oscylacji był zapisem niepewnym i nietypowym, ale nie patologicznym. W związku z czym wynik ten nie dawał podstaw do wykonania cesarskiego cięcia (k. 173). W takiej sytuacji zalecana była częsta obserwacja zarówno detektorem tętna płodu, jak i wykonywaniem KTG (k. 207). Jednakże zdaniem biegłego badanie KTG ani prowadzenie obserwacji za pomocą KTG nie daje i tak możliwości rozpoznania wzrastającego ciśnienia tętniczego krwi (k. 207). Prowadzenie tych badań w późniejszych godzinach pobytu S. W. w szpitalu nie wpłynęłoby zatem na ewentualną wcześniejszą diagnozę stanu przedrzucawkowego. W związku z czym również stwierdzenie tego uchybienia, nie pozwala na przypisanie związku przyczynowo – skutkowego, pomiędzy tym zaniechaniem a ewentualną możliwością rozpoznania nagłego wzrostu ciśnienia tętniczego krwi.

Reasumując stwierdzić trzeba, że w niniejszej sprawie brak jest dowodów klinicznych na potwierdzenie, iż odklejenie łożyska i obumarcie płodu było następstwem nieprawidłowego leczenia zastosowanego przez lekarzy w pozwanej placówce medycznej. W konsekwencji Sąd uznał, iż powódka nie wykazała w niniejszej sprawie przesłanek odpowiedzialności pozwanego zakładu opieki zdrowotnej w postaci zawnionego działania szkodzącego zatrudnionych tam lekarzy, prowadzącego do stanu przedrzucawkowego, a w konsekwencji odklejenia łożyska i obumarcia płodu.

Tak więc żądanie pozwu oparte na podstawie art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. co do zapłaty zadośćuczynienia nie mogło zostać uwzględnione.

Przesądzenie, że w sprawie niniejszej – w świetle przytoczonej wyżej argumentacji – pozwany nie ponosi odpowiedzialności, stanowił uzasadnioną podstawę oddalenia żądania powódki ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość na podstawie art. 189 k.p.c. Pozwany nie ponosi bowiem odpowiedzialności względem powódki co do samej zasady.

Brak jest również podstaw do uwzględnienia powództwa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. z dnia 8 czerwca 2017 r. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318). Zgodnie z art. 4 powołanej ustawy w razie zawnionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Podkreślić przy tym trzeba, że żądanie odszkodowania oraz zadośćuczynienia oparte o treść art. 415 k.c. oraz żądanie zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta z art. 448 k.c. (do którego odsyła art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) to dwa samodzielne i niezależne roszczenia, mające odrębne umocowanie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2007 roku, V CSK 76/07, OSNC z 2008 r., Nr 7 – 8, poz. 91). Ustawa o prawach pacjenta konstruuje katalog prawa pacjenta, których naruszenie może skutkować przyznaniem zadośćuczynienia. Zdaniem Sądu, jak już wyżej wyjaśniono lekarzom pozwanej placówki medycznej nie sposób przypisać niezachowania należytej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Lekarze zastosowali dostępny sposób leczenia odpowiadający aktualnemu stanowi wiedzy i zasadom staranności, a sam proces leczenia został uznany przez biegłego sądowego T. P. za prawidłowy. Nie można, zatem przypisać lekarzom zaniedbań i zaniechań skutkujących naruszeniem prawa pacjenta.

S. W. zarzucała również, iż personel medyczny pozwanego szpitala naruszył jej prawo do informacji gwarantowanego art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i dentysty. Zgodnie z tym przepisem lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Powódka w pozwie podnosiła, że od chwili przyjęcia do pozwanej jednostki medycznej, aż do chwili jej opuszczenia nie została należycie informowana o ryzykach związanych z planowanym i prowadzonym leczeniem oraz diagnostyką. Nie została informowana o fakcie, że jej stan zdrowia wymaga prowadzenia natychmiastowej operacji cesarskiego cięcia, celem ratowania jej nienarodzonego dziecka, a także, że na skutek podjętego leczenia może dojść do obumarcia płodu. Odnosząc się do powyższego należy wyjaśnić, iż nie sposób uznać, aby powódce nie był znany jej stan zdrowia. S. W. jeszcze przed przyjęciem do pozwanego szpitala, była na prywatnej wizycie lekarskiej, która już wówczas stwierdziła u niej

nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą. Jak wynika z zeznań męża powódki Z. W. „diagnoza była postawiona na skierowaniu, bodajże było rozpoznanie gestora” (k. 88 -89, nagranie płyta CD k. 90). Z. W. zeznał też, że kontaktował się telefonicznie z żoną, która mówiła, że „była informowana przez lekarzy, że wszystko jest dobrze” (k. 88 -89, nagranie płyta CD k. 90). Z jego zeznań wynika zatem, że lekarze w pozwanym szpitalu przekazywali powódce informacje dotyczące jej stanu zdrowia. Ponadto, jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w chwili przyjęcia powódki do szpitala nie było istotnych podstaw do rozpoznania zagrażającej rzucawki, a więc też wskazań do przeprowadzenia cesarskiego cięcia (k. 171). W związku z czym lekarze nie mogli informować powódki o wskazaniach i zagrożeniach, których w danym czasie nie stwierdzili. Zważyć też trzeba, iż w chwili przyjęcia powódki do szpitala jej stan nie pozwalał na stwierdzenie, że leczenie okaże się nieskuteczne i dojdzie do obumarcia płodu. Natomiast wzrost ciśnienia tętniczego krwi u powódki nastąpił nagle, pomimo stosowanego leczenia farmakologicznego.

W ocenie Sądu w okolicznościach niniejszej sprawy przekazanie powódce informacji o wszelkich możliwych powikłaniach nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą, w tym o ryzyku zgonu jej lub dziecka, mógłby jedynie wywołać niepotrzebny stres i poczucie zagrożenia. Ponadto, należy też zwrócić uwagę, iż art. 31 ust. 1 ustawy nie przewiduje bezwzględnego obowiązku lekarza przekazywania wszelkich informacji, w tym dotyczących wszelkich możliwych powikłań. Zgodnie z ust. 4 powołanej regulacji, w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarzy przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. Biorąc pod uwagę powyższe należy wyjaśnić, że nagły wzrost ciśnienia tętniczego, który nastąpił u powódki o godzinie 16:50 niósł ze sobą największe powikłanie w postaci jej zgonu matki. Uznać, zatem trzeba, że zaniechanie lekarzy przekazania S. W. informacji o istniejącym wówczas zagrożeniu zgonem lub stratą dziecka było uzasadnione z uwagi na dobro pacjenta.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu oparto na podstawie art. 102 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Sąd uwzględnił w tym zakresie sytuację majątkową powódki, która jest bezrobotna, utrzymuje się z zasiłku i stypendium socjalnego. W związku z czym, zobowiązano powódkę jako stronę przegrywającą sprawę jedynie do zwrotu kosztów procesu poniesionych przez stronę pozwaną. Na zasądzoną na rzecz pozwanego kwotę 7217 zł składa się: zwrot kosztów zastępstwa procesowego w wysokości 7200 złotych (ustalone na podstawie §2 ust. 1 i 3 w zw. z §6 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu Dz.U. 2013.461.) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 zł. Sąd nie obciążył natomiast powódki pozostałymi kosztami postępowania w kwocie 3 996,32 zł stanowiącej wydatki poniesione tymczasowo przez Skarb Państwa na poczet opinii biegłego sądowego.

Mając zatem powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji.

/-/ Na oryginale właściwy podpis.-