

Sygn. akt **IC 313/13**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 grudnia 2015r.

Sąd Okręgowy w Płocku Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: **SSO Małgorzata Tetkowska**

Protokolant: sekretarz sądowy Izabela Bendig

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 16 grudnia 2015r. w P.

sprawy z powództwa M. B. i A. B.

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w P.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i ustalenie

1. zasądza od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz powódki M. B. kwotę 300.000zł (trzysta tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 6 marca 2013r. do dnia zapłaty;
2. zasądza od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz powódki M. B. kwotę 8.190 zł (osiem tysięcy sto dziewięćdziesiąt złotych) tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od 6 marca 2013r. do dnia zapłaty;
3. zasądza od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz powoda A. B. kwotę 50.000zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych) tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od 6 marca 2013r. do dnia zapłaty;
4. ustala odpowiedzialność pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. za dalsze szkody u powódki M. B., które mogą się ujawnić w przyszłości;
5. w pozostałym zakresie powództwo oddala;
6. zasądza od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz powodów M. B. i A. B. kwotę 3.617zł (trzy tysiące sześćset siedemnaście złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego;
7. zasądza od powodów M. B. i A. B. na rzecz pozwanego kwotę 3.617zł (trzy tysiące sześćset siedemnaście złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego;
8. nakazuje pobrać od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w (...) kwotę 21.450zł (dwadzieścia jeden tysięcy czterysta pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów procesu.
9. koszty postępowania w pozostałym zakresie przejmuje na rachunek Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w (...)

Sygnatura akt IC 313/13

UZASADNIENIE

04 lutego 2013 r. M. B. i A. B. wytoczyli powództwo przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) i wnieśli o zasądzenie od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. na rzecz :

1. powódki M. B.:

- kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia faktycznej zapłaty

- kwoty 8.190 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia faktycznej zapłaty;

- kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem praw pacjenta wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia faktycznej zapłaty.

2. powoda A. B. kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu do dnia faktycznej zapłaty

oraz ustalenie, że pozwany Wojewódzki Szpital (...) w P. będzie odpowiedzialny za dalsze szkody u powódki M. B., które mogą ujawnić się w przyszłości jako następstwa przebiegu leczenia u pozwanego i zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych – pozew i pismo procesowe k. 324-328.

W uzasadnieniu powodowie wskazali, że wskutek zaniedbań pozwanego Szpitala w prowadzeniu porodu M. B. i jej dalszej hospitalizacji doszło do uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia u powódki, ale także do naruszenia jej praw jako pacjenta oraz dóbr osobistych. U powódki podczas porodu naturalnego zastosowano zabieg (...) (wyciskanie dziecka). Ta interwencja medyczna nazywana „szczególnie brutalnym rękoczynem” wiąże się z licznymi powikłaniami mogącymi pojawić się zarówno u matki i dziecka. Zabieg K. wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia u matki uszkodzenia krocza i zwieracza odbytu oraz pęknięcia macicy. Ponadto przeprowadzona u powódki celem ewakuacji krwaka pochwy pierwsza relaparotomia została wadliwie wykonana poprzez niewłaściwe zaopatrzenie miejsca krwawienia, bądź zaopatrzenia nie wszystkich krwawiących naczyń krwionośnych skoro stan powódki po jej wykonaniu uległ pogorszeniu i koniecznym było przeprowadzenie ponownej relaparotomii wraz z usunięciem macicy, a ponadto podczas drugiej relaparotomii zlokalizowano pęknięcie górnej części pochwy po stronie lewej na długości ok. 5 cm. Wskutek niewłaściwie wykonanej operacji stan powódki był tak krytyczny, że realnie zagrażał jej życiu, w rezultacie powódka doznała wielu cierpień i traumatycznych przeżyć z nimi związanych. Pozwany dopuścił się zwłoki w udzieleniu świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej tj. zwłoki w rozpoznaniu wstrząsu hipowolemicznego i rozsianego wykrzepienia wewnątrznaczyniowego – DIC, a w konsekwencji zwłoki w wykonaniu relaparotomii celem podjęcia leczenia przyczynowego krwotoku, a także w leczeniu podczas dalszej hospitalizacji. Pozwany (...)dopuścił zwłoki w udzieleniu świadczeń zdrowotnych odpowiadającym wymaganiom wiedzy medycznej także w trakcie dalszej hospitalizacji powódki. Kiedy powódka dnia 3 lipca 2010 r. ok. godz. 12.00 zgłosiła położnym ból z tyłu głowy oraz zaobserwowano u powódki wysokie ciśnienie, nie podjęto wobec powódki żadnych działań, informacje te zostały przekazane lekarzowi dopiero na nocnej zmianie. Wówczas wobec powódki zastosowano odpowiednie leczenie. Powódka wielokrotnie zgłaszała, że czuje się bardzo źle, bardzo szybko bije jej serce, ma rozwolnienie oraz silny ból brzucha, a mimo to nie podjęto wobec powódki żadnych działań. Dopiero wieczorem na skutek interwencji matki powódki poproszono o konsultację ordynatora oddziału oraz kardiologa, który zlecił Betablock i ok. 23.00 tętno u powódki zaczęło się stabilizować. Wskutek zaniedbań pozwanego(...) w prowadzeniu porodu u M. B. i jej dalszej hospitalizacji u powoda A. B. doszło do naruszenia jego dóbr osobistych. Powód A. B. bardzo ciężko przeżył poród swoje żony, wydarzenia związane z porodem i ich negatywny wpływ na psychikę, a konieczność przejścia większości domowych obowiązków, odbiły także swoje piętno na jego życiu zawodowym.

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) w P. wniósł o oddalenie powództwa, zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych – odpowiedź na pozew k. 294-298.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że w dniu 25 czerwca 2010 r. około godz. 21.00 powódka prosiła o wykonanie cięcia cesarskiego, nie było żadnych wskazań medycznych do jego wykonania, a tzw „cięcie na życzenie” nie jest wykonywane

ze względu na świadomość zagrożeń wynikających i możliwych powikłań przy cięciu cesarskim. Pozwany zaprzeczył, jakoby w trakcie porodu stosowano u powódki metodę leczenia w postaci zabiegu K.. Według wspólnej oceny zespołu ginekologiczno –położniczego, chirurgów oraz zespołu anestezjologów usunięcie macicy było decyzją konieczną i niezbędną w celu opanowania krwawienia w miednicy małej, krwawienia z macicy i zaopatrzenia krwawiącego w łoży krwiaka. Usunięcie macicy było ceną uratowania życia powódki. Przed decyzją o powtórny zabieg operacyjny jak również o leczeniu dotychczasowym był informowany telefonicznie konsultant wojewódzki do spraw położniczo – ginekologicznych prof. M. W., który zaakceptował postępowanie lecznicze.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny :

W dniu 14 czerwca 2010 r. M. B. została przyjęta do Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego w 36/37 tygodniu ciąży oraz EH Gestożą (naciśnieniem). Był to czwarty pobyt powódki w szpitalu w trakcie ciąży. Wdrożono leczenie zachowawcze w oddziale położniczym.

Dowód: dokumentacja medyczna powódki k. 41 i k. 55 , przesłuchanie powódki k. 344v

Ciąża u powódki od samego początku była zagrożona. Termin porodu został wyznaczony na dzień 17 lipca 2010 r.

Dowód: zeznania świadka M. K. k. 553v-555, opinia biegłej ginekolog k. 642

Po kilku dniach obserwacji w szpitalu u powódki wystąpiły skurcze macicy, część pochwowa uległa skróceniu. Z uwagi na E. G. nie hamowano czynności skurczowej. W dniu 25 czerwca 2010 r..rozpoczęła się akcja porodowa ze słabą czynnością skurczową i rozwarciem 1,5 cm . Powódka została przewieziona do Sali Porodowej o godz. 11.00. O godz. 17.00 wykonano, celem nasilenia czynności skurczowej, przebicie pęcherza płodowego, przy rozwarciu 3 cm. . Czynność skurczowa była hipotoniczna, podłączono kroplówkę na-skurczową z oksytocyną. Rozwarcie postępowало, jednak nie obniżała się część przodująca – główka. O godz. 21.00 stwierdzono pełne rozwarcie oraz wtórne osłabienie czynności skurczowej, podano oksytocynę.

Dowód: opinia biegłej ginekolog k. 642, przesłuchanie powódki k. 344v, dokumentacja medyczna k. 41

W II okresie porodu położna zastosowała ucisk na macicę i wypychanie płodu (zabieg K.).

Dowód: przesłuchanie powódki k. 345, powoda k. 349v, opinia biegłej ginekolog k. 782

II etap porodu trwał około 1 - 2 godziny. Położne w tym czasie pomagały powódce zmieniać pozycje w taki sposób, aby ułatwić zejście dziecka do kanału rodnego. Z powodu przedłużania się II okresu zdecydowano o zakończeniu porodu cięciem cesarskim, badaniem stwierdzono pełne rozwarcie, główkę mocno przypartą do wschodu.

Dowód: opinia biegłej ginekolog k. 642, dokumentacja medyczna k. 42, zeznania świadków M. O. (1) k. 572 – 573, J. W. k. 575 – 576, S. W. k. 577, P. J. (1) k. 615 .

Cięcie wykonano w znieczuleniu PP. Powódka skarżyła się na silny ból w okolicy krocza promieniujący do odbytu i biodra , co utrudniało jej pozycję siedzącą w celu umożliwienia wykonania znieczulenia przez anestezjologa

Dowód: przesłuchanie powódki k. 345 i opinia biegłej z zakresu anestezjologii k. 689

Operacja przebiegała rutynowo. Dziecko urodziło się o godz. 23.10 o masie ciała 2.460 kg i 49 cm długości, w stanie dobrym. Podczas cięcia nie zaszło nic co wzbudzałoby niepokojące wątpliwości. Macica się obkurczyła, a stan położnicy był dobry.

Dowód: opinie biegłej ginekolog k.642-643, anestezjologa k. 689,dokumentacja medyczna 41

Po cięciu cesarskim powódka została przeniesiona do sali pooperacyjnej, pozostawała pod opieką położnej i podłączono ją do kardiomonitora , miała mierzone i zapisywane co 15 minut ciśnienie i tętno.

Dowód: przesłuchanie powódki k. 345v, opinia anestezjologa k. 689, zeznania świadka M. T. k. 579

Powódka zgłaszała uczucie zimna, szybkie bicie serca. Przyniesiono dla powódki koc elektryczny. Włączył się alarm w urządzeniu monitorującym. Położna wyłączyła urządzenie po 3 godzinach. Dalszy pomiar był dokonywany ręcznie. Między godziną 9.00 a 10.00 nie było pomiarów.

Dowód: przesłuchanie powódki k. 345v, powoda k. 349v, zeznania świadka K. K. k. 556, zeznania świadka M. T. k. 580, opinia biegłej k. 690

Po około 3 godzinach po operacji położna M. T. (2) zaobserwowała brak prawidłowych odchodów poporodowych, moczu, obkurzoną macicę, która zaczęła się unosić powyżej pępka. Powiadomiła o tym lekarza dyżurnego, który po badaniu powódki, zdecydował o powtórnym otwarciu jamy brzusznej – reoperacji. Lekarze dyżurujący: P. J. (1) i M. O. (1) wezwali telefonicznie ordynatora oddziału położniczego. W dokumentacji nie wpisano rozpoznania i wskazań do operacji.

Dowód: przesłuchanie powódki k. 345v, zeznania świadka M. T. k. 580, P. J. k.615, M. O. k. 573, opinia biegłej ginekolog k. 643, opis operacji z dnia 26.06.2010r.k.33

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że macica prawidłowo się obkurcza, jest twarda, nie stwierdzono krwawienia z rany na macicy. P., po stronie lewej stwierdzono krwiak sięgającego esicy. Skontrolowano miejsca operowane.

Po obserwacji krwiaka śródoperacyjnie, że się nie powiększa, zamknięto jamę brzuszną. W trakcie weryfikacji nie stwierdzono uszkodzeń w jamie brzusznej, natomiast rozpoznano pęknięcie sklepień pochwy, które postanowiono zweryfikować od strony pochwy. Po zmianie pola operacyjnego od strony pochwy stwierdzono krwiak wypełniający całą pochwę, utrudniający wejście do pochwy i prawidłową ocenę miejsca krwawienia. Podkuto i podwiązano krwawiące naczynia i zaszyto pochwę. Operujący ginekolog stwierdził, że krwiak był bardzo duży, co powodowało „, iż tkanki były rozciągnięte i szycie takich tkanek jest trudne, wręcz niemożliwe,, założyliśmy tamponadę” pochwy. Uzupełniono krew, osocze.

Dowód: opis operacji k. 33, opinia biegłej ginekolog k. 643, zeznania świadków: K. K. (2) k. 555 – 556, zeznania świadka W. P. k. 569-571, M. O. (1) k. 573, P. J. k. 615-616.5

U powódki utrzymywała się oliguria i mimo toczenia krwi i osocza nie wyrównała się morfologia. W godzinach rannych stwierdzono, że powódka jest w złym stanie ogólnym, skarży się na ból kroczka i odbytu, nudności. Odnotowano spadek RR do 90/70 mm HG, tachykardię 140/min, wzmożone krwawienie z dróg rodnych. Z powodu pogarszania się jej stanu o godz. 12.45 (26 czerwca) powódka została przeniesiona na blok operacyjny. Podczas operacji odbyła się konsultacja z chirurgiem. Stwierdzono rozległy krwiak w przymaciczu lewym, do którego trudno było się dostać z powodu dużej popołożowej, rozkurczającej się macicy ograniczającej dostęp, żeby go zaopatrzyć. W tej sytuacji zdecydowano o usunięciu macicy bez przydatków. Wtedy stwierdzono pęknięcie sklepienia pochwy o długości około 5 cm. Powódkę operowano jednocześnie od strony pochwy i od jamy brzusznej zaopatrując krwawiącą ranę. W loże krwiaka założono gąbki hemostatyczne i dren.

Dowód: opis operacji k. 34, opinie biegłych k. 643 i k. 681,

Po tej operacji powódka, z powodu ciężkiego stanu, była w Oddziale Intensywnej Terapii. W trzeciej dobie po operacji wróciła na położnictwo. W dalszym położu występowały stany gorączkowe, sączenie z rany, biegunka wystąpiły liczne problemy ze strony układu krążenia (nadcisnienie odporne na leczenie), układu oddechowego (trudności z oddychaniem, płyn w opłucnej, podejrzenie zatorowości płucnej), funkcjonowania układu moczowego (dysfunkcja pęcherza i biochemiczne cechy niewydolności nerek). Była intensywnie leczona. Powódka otrzymała masywne przetoczenie ME i osocza. Wypisana została ze szpitala w 31 dobie po cesarskim cięciu

dowód: przesłuchanie powódki k. 346v – 348, opinia biegłej ginekolog k. 643, biegłej anestezjolog k. 692 zeznania świadków: K. K. (2) k. 555 – 556, 569, M. O. (1) k. 572 – 575, J. W. k. 575 – 576, S. W. k. 577, M. T. (2) k. 579 – 580, zeznania powódki k. 344 – 350, zeznania pozwanego k. 350 -351, P. J. (1) k. 615 - 616).

M. B. ma 38 lat, posiada wykształcenie wyższe, z zawodu jest położną. Od 2000 roku zatrudniona jest w Wojewódzkim Szpitalu (...) w P.. Pracuje w administracji na stanowisku statystyk. Powódka przed zdarzeniem była osobą aktywną życiowo, chętnie podejmująca różne inicjatywy towarzyskie, otwartą na potrzeby innych ludzi, spontaniczną w relacjach społecznych. Planowała razem z mężem, że będzie miała co najmniej dwójkę dzieci. Ciąża u powódki od samego początku była zagrożona, musiała prowadzić bardzo oszczędny tryb życia, przyjmowała leki, kilkakrotnie była hospitalizowana. Po porodzie powódka przez okres trzech miesięcy nie mogła zajmować się swoim dzieckiem, nie karmiła dziecka. Dzieckiem opiekował się mąż, ojciec i matka powódki. Po opuszczeniu szpitala powódka korzystała z pomocy lekarzy o różnych specjalizacjach: ginekologa, hematologa, endokrynologa, nefrologa i psychologa. Podjęła terapię psychologiczną od września 2010 r. do lutego 2013 r. Odbyła 22 sesje, raz w tygodniu, przez okres 5 miesięcy, płacąc 70zł za jedną sesję, łącznie 1540zł.

Gdy poczuła się trochę lepiej zakończyła spotkania, głównie jednak ze względów finansowych. Obecnie, mimo znacznego upływu czasu, od przedmiotowego zdarzenia, wymaga specjalistycznej pomocy psychologicznej.

Dowód : opinia biegłego psychologa k. 753

Powódka po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego nie wróciła do pracy i od grudnia 2010r. do grudnia 2011 roku przebywała na zwolnieniu lekarskim i z w tym czasie otrzymywała wynagrodzenie odpowiednio mniejsze. Różnica między wynagrodzeniem, jakie by otrzymała gdyby wróciła do pracy, a dochodami, które w rzeczywistości otrzymywała zamykają się kwota 6.650,72zł.

Dowód: zestawienie k. 21-22 i zaświadczenia o utraconych zarobkach k. 168,-169/.

Sytuacja związana z porodem, jego komplikacjami bardzo ją zmieniły. Straciła wiarę we własne możliwości, życzliwość ludzi, poczucie szczęścia. Czuje się niepełnowartościową kobietą, silnie ją to frustruje, obniża kondycję psychiczną. Zmieniły się też jej relacje z mężem. Często nie potrafią ze sobą, jak to miało miejsce w przeszłości, spokojnie rozmawiać. Szybko się denerwują, są rozdrażnieni. Ma poczucie, że mąż częściowo się obwinia, zarzuca sobie, że w pełni nie sprostał sytuacji, która ich spotkała. Trudno jej do niego dotrzeć, mąż niechętnie rozmawia o emocjach. Sama po wyjściu ze szpitala zupełnie nie radziła sobie z własnymi emocjami i stanem psychicznym. Miała wtedy złe myśli, lęk był tak silny, że zupełnie sobie z nim nie radziła. Przeżywała silne poczucie winy, że nie jest w stanie należycie opiekować się córką, nie mogła przestać się koncentrować na własnych przeżyciach. Przeżywała silne stany labilności emocjonalnej. Liczne blizny w jamie brzusznej, jakie pozostały po zabiegach i operacjach są dla niej bardzo uciążliwe, dają odczucia bólowe, zwłaszcza przy podejmowaniu współżycia seksualnego. Powoduje to u niej ogromny dyskomfort spowodowany lękiem przed bólem, brakiem pozytywnych doznań seksualnych.

Dowód: zeznania świadka M. K. k. 554v., przesłuchanie powódki k. 349, powoda k. 350-350v

Powódka od czasu zdarzenia straciła zaufanie do służby zdrowia tym bardziej, że czuła się w szpitalu, którego była pracownikiem, bezpiecznie, uważała, że będzie miała dobrą opiekę medyczną. Córka urodziła się jako słabsze niemowlę, przez rok wymagała ćwiczeń rehabilitacyjnych. Każda najdrobniejsza sytuacja związana z chorobą dziecka, czy kogoś z rodziny wywołuje u niej silny lęk i napięcia, że może stać się coś złego. Córka jest obserwowana w kierunku nowotworu CUN, pozostaje pod opieką onkologa. Własne traumatyczne doświadczenia powodują nadmierną koncentrację powódki na chronieniu dziecka, ma świadomość, że jest przewrażliwiona, ogranicza swobodę i spontaniczność dziecka. Dodatkową uciążliwością jest miejsce pracy, gdzie spotyka się z „niemiłymi sytuacjami”, słyszy na swój temat niepocholebne komentarze.

Zdarzenia i sytuacje jakich doświadczyła powódka istotnie wpłynęły i nadal, choć w mniejszym zakresie, na jej samopoczucie i kondycję psychiczną. Powódka miała zalecone przyjmowanie leków uspokajających, ale odmówiła z

uwagi na konieczność opieki nad dzieckiem. Wspierała się lekami ziołowymi. Okoliczności związane ze zdarzeniem nadal wywołują u powódki szereg negatywnych emocji. Wspomnienia lub sytuacje podobne powodują u niej smutek, obniżony nastrój, częste nawracające myśli związane z całym zdarzeniem, obwinianie się, lęk natrętne poczucie beznadziejności sytuacji.

dowód: zeznania świadków: M. K. (2) k. 554 – 555, K. K. (2) k. 555 – 556, R. K. k. 558, J. K. k. 558 – 559, M. N. k. 559 – 560, A. S. 560 – 561, przesłuchanie powódki 348-349 i k. 803 od 00.05.04 do 00.11.28, powoda k. 350v i k. 803v od 00.14.28 do 00.16.09., zastawienie kosztów pomocy psychologicznej k. 21 i zaświadczenie od terapeuty k. 165, opinia psychologiczna k. 751- 752.

A. B. ma 57 lat, wykształcenie wyższe . Od ponad roku pracuje w charakterze inżyniera produktu .. (...) okresie i sytuacji opisywanego zdarzenia z 2010 r. pracował w charakterze asystenta na Politechnice (...). Był w trakcie otwartego przewodu doktorskiego, który był zobowiązany obronić w określonym czasie. Gdy doszło do zdarzenia z przedwczesnym porodem i późniejszymi komplikacjami skoncentrował się na opiece nad żoną i córką. Nie podolał wszystkim obowiązkom, stracił etat na uczelni. Przez ponad 2 lata miał poważne trudności w znalezieniu pracy. Podejmował prace zlecone na zastępstwach w szkole. Powyższe sytuacje mocno go obciążały. Przeżywał obawy już nie tylko o zdrowie i bezpieczeństwo żony i córki ale też i materialno – bytowe. Na skutek tych wydarzeń stał się zdecydowanie bardziej nerwowy, drażliwy. Kiedyś był osobą bardzo spokojną, zrównoważoną. Początkowo po zdarzeniu przeżywał silny lęk o życie żony, później gdy już bezpośrednie zagrożenie minęło czuł bezsilność. Widział jak żona sama sobie z tą sytuacją nie radzi. Aktualnie jest lepiej, ale ich relacje nie są już takie jak przed porodem. Istotnym problemem jest nadal bliskość fizyczna.

dowód: przesłuchanie powoda k. 350 i k. 803v 00.12.56 i 00.14.28, zeznania świadków: M. K. (2) k. 555, K. K. (2) k. 557, R. K. k. 558, J. K. k. 559, M. N. k. 560, A. S. k. 561, opinia psychologiczna k. 752- 753.

Wojewódzki Szpital (...) w P. był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkód związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w (...) spółka akcyjna w W.. Ubezpieczyciel, zawiadomiony o toczącym się postępowaniu, nie zgłosił swojego udziału /okoliczność bezsporna, odpis polisy nr (...) k. 302-303/.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o :

Przesłuchanie powódki k. 344v-349v i k. 803 od 00.04.35 do 00.11.28, k. 804 00.17.11, powoda k. 349v -350v k. 803v - 804 od 00.12.26do 00.16.09, zeznań świadków:

K. K. (2) k. 555 – 556, M. N. k. 560, W. P. k. 569, M. O. (1) k. 572 – 575, J. W. k. 575 – 576, S. W. k. 577, M. T. (2) k. 579 – 580, P. J. (1) k. 615 – 616, M. K. (2) k. 554 – 555, K. K. (2) k. 555 – 556, R. K. k. 558, J. K. k. 558 – 559, M. N. k. 559 – 560, A. S. 560 – 561, zeznania powódki k. 344 – 350 i 803 -803v od 00.04.35, zeznania pozwanego k. 350 -351, opinii biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa A. L. k. 642 – 647, 661 i k. 777, opinii biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii H. P. k. 688 – 697, k. 769 – 774, opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii naczyniowej J. P. (1) k. 724 – 726, opinii biegłego sądowego z zakresu psychologii A. K. k. 749 – 753 oraz na podstawie wyżej wymienionych dokumentów.

Pełnomocnik pozwanego zgłosił pytania do biegłej dotyczące innych przyczyn , przy wykluczeniu zabiegu K., które mogły spowodować uszkodzenie sklepienia pochwy lub pęknięcia naczyń u powódki – k. 674.

Biegła , w opinii uzupełniającej, dokonała wnikliwej analizy możliwości, w których ewentualnie mogło dojść do uszkodzenia sklepienia macicy. W ocenie biegłej mało prawdopodobne jest, że do uszkodzenia macicy mogło dojść przy silnych skurczach i braku postępu porodu. Mało też prawdopodobna była anomalia naczyń w postaci żyłaków w okolicy przymacicza, zwłaszcza, że powódka jest młodą kobietą i była to jej pierwsza ciąża, tym bardziej , że nie opisywano ich występowania podczas cięcia cesarskiego. Nie opisywano również, czy były trudności z wydobyciem płodu, przy których mogło dojść do uszkodzenia dolnego odcinka macicy poniżej granicy cięcia cesarskiego.

Biegła ginekolog stwierdziła, że najbardziej prawdopodobne jest uszkodzenie sklepienia podczas próby porodu i ucisku na dno macicy- zastosowanie zabiegu K.. U powódki stwierdzono pęknięcie sklepienia macicy i na długości 5 cm. W/g biegłej, żeby doszło do takiego urazu, to musiała działać siła zewnętrzna - ucisk na macicę. W ocenie biegłej przodująca główka dziecka do czasu jej wydobycia stanowiła tamponadę miejsca uszkodzonego.

Strona pozwana zakwestionowała także opinię z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, wskazując iż anestezjolog dowiedział się o konieczności znieczulenia ponownie powódki do operacji w chwili, przybycia na salę porodową. Zabieg był pilny, bo powódka krwawiła, ginekolog chciał otworzyć brzuch i znaleźć miejsce krwawienia. W tej sytuacji anestezjolog pozwanego dokonał znieczulenia bez oznaczenia morfologii i układu krzepnięcia.

Strona pozwana polemizuje także ze stanowiskiem biegłej, twierdząc, że opieka nad powódką po cięciu cesarskim była prawidłowa i zgodna z obowiązującymi przepisami, a brak wpisów do karty znieczuleń ilości moczu u chorej z założonym cewnikiem nie miało wpływu na jej stan - k. 715-718.

Biegła specjalista anestezjologii w opinii uzupełniającej jednoznacznie określiła, iż zgodnie z obowiązującym zasadami wynikającymi z kompetencji medycznych (wynikającymi z wiedzy specjalistycznej zawartej w podręcznikach i publikacjach naukowych z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii), w bezpośrednim okresie pooperacyjnym nadzór nad ogólnym stanem pacjenta do czasu ustabilizowania się parametrów życiowych należy do lekarza anestezjologa, natomiast nadzór prawidłowości przebiegu pooperacyjnego w zakresie działalności operacyjnej należały do lekarza specjalności zabiegowej. W bezpośrednim okresie po operacji cięcia cesarskiego i relaparotomii, jak podkreśla biegła, stan ogólny powódki był niestabilny, pojawiły się objawy wymagające oceny anestezjologa.

Biegła w odpowiedzi na zastrzeżenia pozwanego wskazała, że między cięciem cesarskim a reoperacją minęło ponad 4 godziny, podczas których występowały niepokojące objawy, o których nikt nie powiadomił anestezjologa. Anestezjologa wezwano dopiero, kiedy stan powódki był na tyle poważany, że oczekiwanie na wyniki opóźniłoby zabieg i powodowałoby pogłębienie wstrząsu krwotocznego. Taki sposób postępowania personelu pozwanego szpitala, zdaniem biegłej, potwierdza fakt niewłaściwego nadzoru nad pacjentką. Powódka krwawiła od kilku godzin, gdyby nadzór był właściwy, to wcześniej można byłoby ocenić niepokojące objawy u powódki, które wystąpiły po cięciu. Objęcie pacjentki, w tym czasie, właściwym nadzorem, w tym wykonanie kontrolnej morfologii krwi, potwierdzałoby rozpoznanie i przyspieszyłoby podjęcie decyzji o operacji (k. 771).

Pobranie badań przed znieczuleniem, nie oznaczało konieczności oczekiwania na wyniki przed wykonaniem znieczulenia, ale ułatwiłyby ocenę sytuacji wyjściowej i wstępne zaplanowanie ilości krwi, osocza i płynów krwiozastępczych niezbędnych do przetoczenia.

U pacjenta po wstrząsie krwotocznych, tak jak u powódki, monitorowanie diurezy jest bezwzględnie wymagane. Brak informacji o ilości oddawanego moczu, było istotnym błędem, a wykorzystując wiedzę i doświadczenie medyczne można było zapobiec anurii (czyli zaprzestaniu oddawaniu moczu). Przy prawidłowo prowadzonym nadzorze pooperacyjnym i właściwej ocenie stanu pacjentki, wspomniane badania mogłyby być wykonane wcześniej, co ułatwiłoby podjęcie decyzji terapeutycznych, przyspieszając, a nie opóźniając wykonanie operacji- opinia k. 771 i k. 772-773.

W ocenie Sadu, opinie sporządzone w niniejszej sprawie są spójne, dają się zweryfikować w sposób logiczny. Zostały sporządzone rzetelnie i w sposób profesjonalny. Z powyższych względów Sad oparł się nich wydając rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie.

Sąd zważył co następuje :

Postawą prawną odpowiedzialności pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w P. jest art. 430 k.c., zgodnie z którym 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.

Odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom w toku leczenia powstaje zatem, jeśli szkoda zaistniała z winy personelu medycznego s., czy to umyślnej, czy nieumyślnej i pozostaje w normalnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego szpitala (art. 361 § 1 k.c.). W takim przypadku podmiot odpowiedzialny zobowiązany jest do naprawienia szkody pacjenta poprzez przyznanie mu odpowiedniego zadośćuczynienia za krzywdę lub odszkodowania za wyrządzoną szkodę (art. 445 k.c., art. 444 kc).

Odpowiedzialność s., jako osoby prawnej jest więc odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego - art. 415 k.c.,

Odpowiedzialność z. z. opiera się więc głównie na zasadzie winy, którą polski ustawodawca statuuje jako fundamentalną zasadę odpowiedzialności cywilnej. Może to być wina lekarza, personelu medycznego lub wina organizacyjna. Dla odpowiedzialności placówki medycznej wystarczy tzw. wina anonimowa, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu medycznego dopuścił się winy.

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych o charakterze majątkowym, a w przypadkach określonych w ustawie - także o charakterze niemajątkowym, wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym, polegającym na bezprawnym i zawinionym zachowaniu sprawcy szkody, związku przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Ciężar dowodu zaistnienia wymienionych wyżej przesłanek spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na poszkodowanej, albowiem ona wywodzi z tych okoliczności skutki prawne.

Między szkodą a zawinionymi działaniami, zaniechaniami pozwanego musi zachodzić adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. W procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy ustalenie odpowiedniego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia następstw typowych. Jednak nawet tak rozumiany związek określony w art. 361 § 1 k.c. musi zachodzić pomiędzy nieprofesjonalnym i niestarannym, a więc zawinionym zachowaniem strony pozwanej, a szkodą na zdrowiu powstałą u pacjenta (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/2013). Przytoczone przepisy dotyczą jedynie podstawy odpowiedzialności pozwanego, nie przesądzając jakie roszczenia przysługują poszkodowanemu, który doznał szkody na osobie. Kwestia ta została uregulowana w art. 444 i 445 k.c. Zgodnie z pierwszym z tych przepisów w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa. Natomiast zgodnie z art. 445 k.c., który to przepis stanowi, zdaniem Sądu, *lex specialis* w stosunku do art. 448 k.c., w wypadku doznania szkody na osobie sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zgodnie natomiast z treścią art. 448 k.c., który stanowi podstawę żądania powoda w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

Podstawą prawną żądania ustalenia odpowiedzialności na przyszłość jest art. 189 k.p.c., na podstawie którego powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. W wyroku z 24 marca 2009 r. w sprawie III CZP 2/09, Monitor Prawniczy 2009, nr 17, s. 951 SN stwierdził, iż pod

rzędem art. 442¹ § 3 k.c. powód dochodzący naprawienia szkody na osobie może mieć interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości.

Podstawową kwestią dla rozstrzygnięcia w przedmiotowej sprawie jest kwestia, czy pozwany Wojewódzki Szpital (...) w P. ponosi odpowiedzialność. Konkluzje zawarte w opiniach biegłych należy uznać za jednoznaczne i stanowcze, że proces leczenia powódki w pozwanym Szpitalu był nieprawidłowy na wielu płaszczyznach. W tym miejscu należy wskazać, że po pierwsze krwotok poporodowy powódki został spowodowany zastosowaniem przez personel medyczny zabiegu K., który nie powinien być stosowany w położnictwie, gdyż może dawać wiele powikłań (co potwierdza opinia główna oraz uzupełniająca w zakresie ginekologii i położnictwa) – jest to okoliczność o zasadniczym znaczeniu, albowiem rodzi odpowiedzialność po stronie pozwanego szpitala za wszystkie konsekwencje tego krwotoku - nawet jeżeli późniejsze leczenie okazałoby się prawidłowe. Po drugie – proces leczenia krwotoku poporodowego powódki był nieprawidłowy, na co wskazuje w szczególności opinia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Biegła wskazała, że brak było u powódki monitorowania diurezy podczas znieczuleń. W okresie między okołooperacyjnym przed pierwszą relaparotomią, a zwłaszcza w czasie następującym po niej, poprzedzającym drugą operację popełniono błędy (opinia k. 692-693):

1. nie oznaczono morfologii krwi i układu krzepnięcia przed pierwszą relaparotomią (zwłaszcza, że przed znieczuleniem pobierano krew na próbę krzyżową , rezerwując krew);
2. był niewłaściwy nadzór pooperacyjny po pierwszej relaparotomii . Z opisu pierwszej operacji wynikało, że niemożliwe było znalezienie i skuteczne zaopatrzenie wszystkich źródeł krwawienia, stąd założono tamponadę pochwy. Uzasadnione zatem było, że to działanie nie będzie w pełni skuteczne i krwawienie będzie się nadal utrzymywało. Możliwość prowadzenia obserwacji krwawienia z dróg rodnych była ograniczona ze względu na założoną tamponadę pochwy i pozaotrzewnową lokalizację krwiaka. W tej sytuacji niezbędne było objęcie chorej szczególnym nadzorem pod kątem oceny stanu ogólnego, na podstawie którego można byłoby wnioskować, czy krwawienie zostało opanowane skutecznie.

Nadzór ten powinien być prowadzony przez doświadczony personel z wykorzystaniem odpowiedniej aparatury i badań laboratoryjnych. W przypadku M. B. nadzór był prowadzony nieprawidłowo. Nieprawidłowy był zarówno zakres monitorowania, jak i skład personelu prowadzącego monitorowanie. Podstawowe monitorowanie powinno obejmować w sposób ciągły: monitorowanie ekg, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pulsoksymetrię, diurezę godzinową. Monitorowanie powinno być rozszerzone, w zależności od oceny stanu chorej, o pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego (przez założenie wkłucia centralnego). Ponadto należało oznaczać regularnie morfologię krwi, jonogram, gazometrię i układ krzepnięcia z częstością dostosowaną do zmieniającego się stanu chorej. W przypadku M. B. działania te nie zostały wykonane, lub zostały wykonane nieprawidłowo (pomiar ciśnienia tętniczego).

Osoby sprawujące nadzór nad pacjentką nie potrafiły właściwie ocenić jej stanu ogólnego (powierzchnowe, rozbieżne oceny). Opiekę nad chorą powinien nadzorować specjalista anestezjolog . Prawidłowy nadzór i właściwa ocena stanu chorej mogłaby wpłynąć na wcześniejsze wykonanie drugiej relaparotomii, a co za tym idzie szybsze, skuteczne zaopatrzenie krwawienia. W ten sposób można byłoby zapobiec rozwinięciu się wstrząsu hypowolemicznego, masywnemu przetaczaniu krwi oraz ich późniejszych następstw (ostra niewydolność nerek, zaburzenia oddechowe). Opieką anestezjologiczną powódka została objęta dopiero po drugiej relaparotomii i skutecznym zatamowaniu krwawienia, kiedy jej stan ogólnie względnie się ustabilizował. Występujące u powódki 26 czerwca 2010 r. po północy, po operacji cesarskiego cięcia, w tym ciśnienie 100-110/60, dreszcze, uczucie zimna, brak odchodów poporodowych, jeśli występują przejściowo, nie muszą oznaczać powikłań pooperacyjnych lub poporodowych. Po znieczuleniu przewodowym (a takie wykonano u powódki do cięcia cesarskiego) często występują dreszcze spowodowane utratą ciepła przez rozszerzone naczynia (efekt uboczny znieczulenia). Podobne objawy jednakże mogą również sygnalizować krwawienie pooperacyjne lub poporodowe, stąd oczywiste jest zachowanie wzmożonej czujności. Czujność powinna polegać na obserwowaniu wskazań kardiomonitora, mierzeniu ciśnienia tętniczego, obserwowaniu wydalania moczu, ilości odchodów poporodowych oraz ocenie ogólnego samopoczucia chorej. O konieczności powiadomienia lekarza decyduje położna na podstawie powyższych obserwacji. Zasadniczym błędem postępowania położnej wobec M. B.

na tym etapie, było zlekceważenie skarg na szybkie bicie serca i niepokój zgłaszany przez chorą oraz wyłączenie kardiomonitora. Należało baczej obserwować pacjentkę i wymienić aparat na sprawny, o ile uznano, że jest zepsuty. Badania takie jak morfologia krwi, parametry krzepnięcia powinny być częścią prawidłowego monitorowania stanu chorej. Powinny być wykonane bezpośrednio po operacji i powtarzane zgodnie z koniecznością wynikającą ze zmieniającego się stanu chorej. Częstotliwość i rodzaj wykonywanych badań determinuje zmieniający się stan ogólny pacjentki i reakcja na prowadzone leczenie. Badania laboratoryjne są niezbędnym, ale tylko dodatkowym elementem postępowania terapeutycznego. Dla monitorowania skuteczności prowadzonej terapii znaczenie ma przede wszystkim ocena stanu klinicznego pacjenta, która powinna być prowadzona w sposób ciągły przez kompetentny personel. W okolicznościach, w jakich wystąpił spadek ciśnienia tętniczego z towarzyszącym przyspieszeniem tętna (4 godziny po operacji, w czasie której nie uzyskano całkowitego zaopatrzenia źródła krwawienia) należało podjąć wspólne działania zespołu anestezjologicznego i położników, w celu ustalenia dalszego postępowania w tym wskazań do leczenia operacyjnego. Na podstawie zawartych w dokumentacji medycznej informacji o stanie zdrowia pacjentki nie można ustalić, kiedy można byłoby postawić rozpoznanie wstrząsu hipowolemicznego. Gdyby zaś we właściwym czasie, nie tylko wykonano odpowiednie badanie, ale przede wszystkim właściwie oceniono stan ogólny pacjentki (co pociągnęłoby za sobą przyspieszenie decyzji o operacji), do wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego mogłoby nie dojść. Rozpoznanie wstrząsu hipowolemicznego postawił ordynator oddziału ginekologiczno – położniczego w czasie konsultacji o godzinie 12.30. Podjął prawidłową decyzję terapeutyczną o operacji. Decyzja ta powinna zostać podjęta w wcześniej (opinia biegłej anestezjolog). Czas podania preparatu N. nie miał w tym przypadku istotnego znaczenia, albowiem lek ten mógł odnieść skutek w krwawieniu mięszowym, a niewiele mógł pomóc w krwawieniu z uszkodzonych naczyń, które miało miejsce u powódki. U powódki z podejrzeniem krwawienia wewnętrznego interwencja chirurgiczna powinna zostać rozważona niezwłocznie, gdy tylko próby ustabilizowania stanu chorego za pomocą intensywnego uzupełnienia objętości krwi krążącej nie przynosiły spodziewanego efektu. W przypadku powódki stan taki istniał w godzinach porannych 26 czerwca 2010 r. Skutkami opóźnienia interwencji zabiegowej w przypadku utraty krwi jest stopniowe narastanie trudności z wyrównaniem parametrów życiowych. Pojawiają się zaburzenia krzepnięcia krwi, co nasila krwawienie, występują zaburzenia metaboliczne (kwasica metaboliczna) negatywnie wpływające na pracę serca, dołączają się skutki masywnego przetaczania krwi i parametrów krwiozastępczych. Narasta niedokrwienie i niedotlenienie ważnych dla życia narządów, a po wyczerpaniu mechanizmów kompensacyjnych dochodzi do wstrząsu. W kolejnych dobach pooperacyjnych u powódki wystąpiły zaburzenia ze strony układu krążeniowo – oddechowego i układu moczowego będące następstwem powikłania położniczego, jakim był krwotok poporodowy. W tym czasie powódka nie znajdowała się już w stanie zagrożenia życia i leczenie występujących schorzeń należało do specjalistów odpowiednich dziedzin (pisemna opinia biegłego sądownego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii H. P. k. 688 – 697).

Zgodnie z powszechnie obowiązującymi zasadami wynikającymi z zakresu kompetencji medycznych, w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, nadzór nad stanem ogólnym pacjenta do czasu ustabilizowania się parametrów życiowych należy do lekarza anestezjologa, natomiast nadzorowanie prawidłowości przebiegu pooperacyjnego w zakresie działalności operacyjnej należały do lekarza specjalności zabiegowej. W bezpośrednim okresie po operacji cięcia cesarskiego i relaparotomii, stan ogólny chorej był niestabilny, pojawiły się objawy, które wymagały oceny anestezjologa. Oczywiście zaś jest, że równolegle nadzór nad przebiegiem pooperacyjnym powinien prowadzić ginekolog położnik, opieka nad chorą powinna być kompleksowa, co niestety nie miało miejsca w przypadku powódki.

Między cięciem cesarskim, a pierwszą reoperacją minęły 4 godziny, podczas których występowały niepokojące objawy, o których lekarz anestezjolog nie był powiadomiony. Wezwany został dopiero w momencie podjęcia decyzji o reoperacji, kiedy stan chorej, jak to określa sam pozwany, był już na tyle poważny, że oczekiwanie na wynik badania opóźniłoby rozpoczęcie zabiegu, a co za tym idzie powodowałoby pogłębianie wstrząsu krwotocznego. Powyższe tylko potwierdza fakt niewłaściwego nadzoru nad pacjentką w okresie poprzedzającym relaparotomię. Pacjentka krwawiła od kilku godzin, narastał stopniowo krwiak pochwy penetrując do przestrzeni zaotrzewnowej. Gdyby nadzór pooperacyjny był właściwy, to wcześniej można byłoby prawidłowo ocenić niepokojące objawy, które wystąpiły u powódki po cięciu cesarskim. Objawy te mogły wskazywać na postępującą utratę krwi. Objęcie pacjentki w tym czasie wzmożonym nadzorem, w tym wykonanie kontrolnej morfologii krwi, potwierdziłoby rozpoznanie i

przyspieszyło podjęcie decyzji o operacji. Pobranie badań przed rozpoczęciem znieczulenia nie oznaczałoby, że z rozpoczęciem znieczulenia należałoby czekać na wyniki. Oznaczone wartości ułatwiłyby ocenę sytuacji wyjściowej oraz wstępne zaplanowanie ilości krwi, osocza i płynów krwiozastępczych koniecznych do przetoczenia. Znieczulenie i prowadzenie okołoperacyjne chorego z hypowolemią (czyli zmniejszoną objętością krwi krążącej) wymaga ciągłego monitorowania diurezy. Obserwacja wydzielania moczu pozwala ocenić nie tylko funkcję nerek, ale przede wszystkim ocenić prawidłowość nawodnienia pacjenta, prawidłowość objętości krwi krążącej i dostatecznej pojemności minutowej serca. Z obserwacji powyższych wynikają zaś wskazówki diagnostyczne (ocena nawodnienia i funkcjonowania układu krążenia) i terapeutyczne, takie jak określenie wymaganej szybkości o objętości podawania płynów infuzyjnych, ocena konieczności włączenia leków, czy wreszcie określenie właściwego momentu wdrożenia leków diuretycznych. Przy braku intensywnych działań diagnostycznych i leczniczych dochodzi do niedokrwienego uszkodzenia nerek manifestujących się wystąpieniem zmian biochemicznych we krwi, co miało miejsce w przypadku powódki.

Brak informacji o ilości oddawanego moczu, było istotnym błędem, a wykorzystując wiedzę i doświadczenie medyczne można było zapobiec anurii (czyli zaprzestaniu oddawaniu moczu). Przy prawidłowo prowadzonym nadzorze pooperacyjnym i właściwej ocenie stanu pacjentki, wspomniane badania mogłyby być wykonane wcześniej, co ułatwiłoby podjęcie decyzji terapeutycznych, przyspieszając, a nie opóźniając wykonanie operacji -opinia biegłej sądowej z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii H. P. k. 769 – 774).

Należy zatem stwierdzić, że personel pozwanego szpitala swoim nieprawidłowym działaniem (zabieg K.) doprowadził powódkę do ciężkiego stanu (tj, krwotok poporodowy), ale jednocześnie miał możliwość swoistego „naprawienia” swojego błędu przynajmniej w części – poprzez prawidłowe leczenie krwotoku, niestety jednak popełniając dalsze błędy w leczeniu tej możliwości nie wykorzystał. Wprawdzie biegły J. P. (2) nie stwierdził nieprawidłowości w leczeniu powódki. Jednak w tym miejscu należy podkreślić za biegłym, że brak nieprawidłowości dotyczy wyłącznie postępowania stricte chirurgicznego. Opinie dwóch lekarzy tj. opinia biegłego ginekologa, a także opinia biegłego anestezjologa wykazały, że proces leczenia powódki w pozwanym szpitalu był nieprawidłowy i to na wielu płaszczyznach. Dowód z opinii biegłego chirurga w żaden sposób nie podważa poprzedzających go dowodów z opinii biegłych i pozostaje bez wpływu na odpowiedzialność pozwanego szpitala za szkodę powódki.

Wobec powyższego powodowie, zdaniem Sadu, wykazali winę personelu medycznego i związek przyczynowo skutkowy pomiędzy zawinionym działaniem personelu, a zaistniałą u powódki szkodą, co pozwala na przypisanie stronie pozwanej odpowiedzialności deliktowej za szkodę wyrządzoną u powódki.

Oceniając wysokość należnego powódce na mocy art. 445 kc w zw. z art. 444 kc zadośćuczynienia, Sąd miał na względzie, iż ma ono na celu złagodzenie zarówno już doznanych cierpień, jak i tych, które zapewne wystąpią w przyszłości (por. wyr. SN z dnia 4 lipca 1969 r. (...) 178/69, OSNCP 1970/4/71) oraz że musi dla poszkodowanego przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej (por. uzasadnienia wyr. SN z dnia 8 sierpnia 2012 r. I CSK 2/12, i z dnia 14 stycznia 2011 r. I PK 145/10, OSNP 2012/5-6/66). Za decydujące kryterium tej oceny przyjął, zgodnie z najnowszą linią orzecznictwa, rozmiar szkody niemajątkowej, uwzględniając w tym szeroki zakres cierpień fizycznych i psychicznych powódki wywołanych urazem w postaci pęknięcia miednicy, a następnie usunięciem macicy, w szczególności dolegliwości bólowe, jakie odczuwała po porodzie oraz długotrwałość tych cierpień, a także wynikające z nich istotne ograniczenia w dotychczasowym sposobie jej życia (niemożność wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego i spędzania po porodzie, przez okres około miesiąca, w szpitalu oraz konieczność poddania się różnorodnemu leczeniu, ginekologicznemu, nefrologicznemu, psychologicznemu).

Podkreślić należy, że M. B. przeżyła poród i wszelkie późniejsze sytuacje związane z jego komplikacjami oraz skutki działań lekarskich w kategoriach sytuacji bardzo trudnej psychologicznie, traumatycznej w skutkach, które nadal odczuwa. Pomimo upływu czasu, od tego zdarzenia, nadal nie w pełni radzi sobie z przeżyciami i emocjami związanymi z wydarzeniem, nadal wymaga specjalistycznej pomocy psychologicznej. Poczucie zagrożenia życia jakiegoś powódka doświadczyła, lęk o córeczkę, męża, obawy, że zostanie pozbawiona możliwości opieki i wychowania

wyczekanego dziecka, świadomość, że z uwagi na zabieg usunięcia narządu rozrodczego nie będzie mogła mieć więcej dzieci (w tak młodym wieku) oraz istotne trudności i odczuwanie dyskomfortu przy kontaktach intymnych – miały i nadal mają wpływ na samopoczucie psychiczne powódki, co skutkuje ograniczeniami w jej funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym i zawodowym.

Sąd za istotne dla oceny wysokości należnej powódce sumy uznał także fakt, że przed porodem była osobą zupełnie zdrową, zaś po nim cierpi na szereg zaburzeń fizycznych (ginekologiczne, nefrologiczne), a także psychicznych w szczególności na poczucie bycia gorszą, niepełnowartościową jako kobieta, a w konsekwencji na unikanie kontaktu z ludźmi, rezygnacji z dotychczasowych form aktywności, oporów przed podjęciem współżycia fizycznego z mężem. Sąd jednocześnie wziął pod uwagę, że w stanie zdrowia, w tym także i zdrowia psychicznego powódki z biegiem czasu nastąpiła poprawa, która wpłynęła na odnowienie kontaktów z rodziną i częścią znajomych. Powódka nie wróciła jednak w pełni do sposobu życia sprzed porodu.

W ocenie Sądu, mając na względzie następstwa nieprawidłowego leczenia zastosowanego przez personel medyczny pozwanego S. Sąd zasądził na rzecz powódki zadośćuczynienie w kwocie 300.000 złotych. W ocenie Sądu kwota dochodzona przez powódkę jest zdecydowanie wygórowana, nie uwzględnia poziomu zamożności polskiego społeczeństwa, a w konsekwencji uwzględnienie powództwa w tym rozmiarze prowadziłyby nie do kompensaty doznanych szkód, a do wzbogacenia powódki.

Kwota 500.000 złotych stanowi prawie 178-krotność przeciętnych zarobków po potrąceniu składek na ubezpieczenie społeczne i podatków. W odniesieniu do powódki to w jej aktualnej sytuacji kwota taka stanowiłaby nawet równowartość jej 22-letnich dochodów. Po drugie powódka mimo, iż z pewnością poważnie została doświadczona na skutek tych zdarzeń, to jednak jest osobą, która ma perspektywy życiowe. Cały czas pracuje, wspólnie z mężem wychowuje dziecko. Jej stan psychiczny uległ poprawie, a intensywne leczenie przyczyniło się do zmniejszenia trudności związanych z uszkodzeniem ciała i rozstroju zdrowia jakiego doznała. Mając to wszystko na względzie Sąd uznał, iż w przedmiotowej sprawie najbardziej odpowiednią kwotą zadośćuczynienia będzie suma 300.000 złotych i taką kwotę przyznał powódce z tego tytułu. W ocenie Sądu kwota ta przedstawia konkretną wartość ekonomiczną i jest odpowiednia do cierpień, jakie doznała powódka oraz uwzględnia również trudności w codziennym życiu, których doświadcza, będących następstwem zaniedbań pozwanego szpitala.

Powódka zgłosiła także roszczenie o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem jej praw jako pacjenta. Kwestia ta została uregulowana w art. 4 ust 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417), w myśl którego w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c.

W ocenie Sądu w przedmiotowej sprawie niewątpliwie zostały naruszone prawa powódki jako pacjenta, chociażby prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1) czy prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (art. 8 ustawy).

Zdaniem Sadu, każdy przypadek błędu lekarskiego jest jednocześnie naruszeniem praw pacjenta. Nie każde natomiast naruszenie praw pacjenta jest błędem lekarskim . Pojęcie błędu lekarskiego jest więc pojęciem szerszym i zawierającym jednocześnie definicję także zawinionego naruszenia praw pacjenta.

W tej sytuacji różnicowanie zadośćuczynienia, jak czyni to strona powodowa, na zadośćuczynienie z tytułu popełnionego błędu w leczeniu i naruszeniu praw pacjenta jest ,w ocenie Sadu, niezasadne.

Odnosnie roszczenia powoda stwierdzić należy, iż strona powodowa udowodniła, że doszło do naruszenia jego dobra osobistego w postaci zdrowia, prawa do posiadania dzieci, prawa do stabilnego i spokojnego życia rodzinnego (art. 6 kc)

Sąd uznał, iż roszczenie powoda z tytułu zadośćuczynienia jest zasadne w kwocie, 50.000 złotych . W ocenie Sądu za przyjęciem, iż w przedmiotowej sprawie zadośćuczynienie nie może być niższe przemawia szereg okoliczności. Po pierwsze powód bardzo ciężko przeżył poród swojej żony. To wydarzenie, cały jego przebieg łączyło się dla niego z silnym stresem i lękiem o zdrowie swojego dziecka i żony. Taki stan utrzymywał się przez dłuższy okres czasu, ponieważ pomimo pomyślnego przebiegu operacji, stan żony był poważny, ulegał wielu zmianom i wahaniom. Po drugie powód został pozbawiony możliwością posiadania więcej dzieci z żoną. Po trzecie obecny stan zdrowia powódki znacznie utrudnia powodom życie intymne i rodzinne. . Po czwarte powód w 2009 r. otworzył przewód doktorski na Wydziale Budownictwa, Mechaniki i Petrochemii Politechniki (...). Na realizację rozprawy doktorskiej otrzymał w lutym 2010 grant promotorski z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Termin zakończenia grantu został wyznaczony na dzień 31 października 2011 r. Okoliczności związane z porodem żony całkowicie uniemożliwiły mu terminowe do dnia 31 października 2011 r. zakończenie prac nad doktoratem. Fakt niedotrzymania tego terminu był przyczyną utraty przez powoda pracy w Instytucie (...) na Wydziale Budownictwa, Mechaniki i Petrochemii Politechniki (...) w P..

Sąd uznał, że zadośćuczynienie w kwocie żądanej przez powoda było zbyt wysokie. Przede wszystkim kwotą tą (100.000zł), jest stosunkowo wysoką w odniesieniu do sytuacji ekonomicznej naszego społeczeństwa, stanowi prawie 35-krotność przeciętnych zarobków po potrąceniu składek na ubezpieczenie społeczne i podatków. Powód mimo, iż z pewnością został poważnie doświadczony na skutek tego zdarzenia, aktualnie pracuje, zajmuje się dzieckiem i żoną, a jego stan psychiczny uległ znacznej poprawie.

Kwota zadośćuczynienia w przyznanej przez Sad wysokości przedstawia konkretną wartość ekonomiczną i jest odpowiednia do cierpień psychicznych związanych z sytuacją życiową jakiej znalazł się powód.

Odnosząc się do żądania powódki naprawienia szkody (art. 444 § 1 k.c.) Sąd przyjął za udowodnione poniesienie przez powódkę wydatku w kwocie 1.540 zł za terapię psychologiczną (22 spotkania x 70zł). Wydatek ten Sąd uznał za uzasadniony stanem zdrowia powódki oraz spodziewanymi lepszymi rokowaniami jej zdrowia psychicznego po przeżytej traumie związanej z porodem Sąd uznał także, że powódce przysługuje odszkodowanie za utratę zarobków spowodowaną niezdolnością powódki do pracy. Powódka w dniu porodu tj. dnia 25 czerwca 2010 r. była zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu (...) w P. .Gdyby nie zaniedbania personelu medycznego pozwanego Szpitala podczas porodu u powódki i jej dalszego leczenia to powódka wróciłaby do pracy po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego tj. w grudniu 2010 r. Tymczasem powódka po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego nadal nie była w stanie podjąć pracy. Przez kolejne 12 miesięcy po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego tj. do grudnia 2011 r. roku włącznie, powódka pozostawała na zwolnieniu lekarskim. Pozwany jest zatem odpowiedzialny za utracone przez powódkę korzyści w postaci różnicy zarobków, których powódka nie otrzymała za okres od grudnia 2010 r. do grudnia 2011 r. z powodu niezdolności do pracy wywołanej przez pozwanego. Przy ustalaniu należnej wysokości tego świadczenia wziął pod uwagę wysokość jej zarobków jakie osiągnęłaby, gdyby podjęła pracę i porównał z wysokością świadczeń, jakie uzyskiwała w czasie niezdolności do pracy. Wyliczenie przedstawia się następująco (wynagrodzenie netto):

1. grudzień – 2010r. – $1.619,04zł - 1294,97zł = 324,07zł$

2. styczeń 2011r. – $1.750,50zł - 1.205,45zł = 545,05zł$;

3. luty 2011r. – $1.750,50zł - 1.205,45zł = 545,05zł$;

4. marzec 2011r.- $1.750,50zł - 1.205,45zł = 545,05zł$;

5. kwiecień 2011r. – $1.850,83zł - 1.205,45zł = 645,38zł$;

6. maj 2011r. – $1.850,83zł - 1.205,45zł = 645,38zł$;

7. czerwiec 2011r. – $1.850,83zł - 1.307,06zł = 543,77zł$;

8. lipiec 2011r. – 1.850,83zł – 1.408,66zł = 442,17zł;
9. sierpień 2011r. - 1.850,83zł – 1.408,66zł = 442,17zł;
10. wrzesień 2011r. 1.650,83zł – 1.353,12zł = 497,71zł;
11. październik 2011r. – 1.850,83zł – 1.219,71zł = 631,12zł;
12. listopad 2011r.- 1.850,83zł – 1.320, 86zł = 529,97zł;
13. grudzień 2011r. - 1.850,83zł – 1.537,00zł = 313,83zł

łącznie 324,07zł + 545,05zł+ 545,05zł+ 545,05zł + 645,38zł + 645,38zł + 543,77zł +442,17zł + 442,17zł + 497,71zł + 631,12zł +529,97zł + 313,83zł = 6.650,72zł

Wobec powyższego żądana przez powódkę kwota 8.190 zł tytułem odszkodowania z tytułu kosztów leczenia i zmniejszonych zarobków jest uzasadniona (art. 321 kpc) .

Odsetki od zadośćuczynienia Sąd zasądził od 6 marca 2013 r. jako podstawę przyjmując art. 481 k.c. . Doręczenie pozwanemu pozwu nastąpiło 5 marca 2013 r.

Zasadne było również żądanie powódki ustalenie odpowiedzialności pozwanego za przyszłość. Powódka ma interes prawny w uzyskaniu takiego orzeczenia. Jeśli wystąpią w przyszłości jakieś nowe szkody na osobie nie będzie ona zmuszona udowadniać, iż pozwany ponosi odpowiedzialność za nie, a jedynie fakt wystąpienia tych szkód i ich związek przyczynowy z przedmiotowym wypadkiem, co zostało podkreślone w uzasadnieniu wyroku z 24 marca 2009 r., III CZP 2/09, które Sąd w pełni podziela..

O kosztach Sąd orzekł na podstawie 108 § 1 kpc w zw. z art. 100 kpc.

Sąd rozdzielił koszty stosunkowo. Sąd przyjął, iż powodowie wygrali proces w ok. 50%.

Na koszty złożyły się opłata sądowa 32.910zł i 5.000zł, wynagrodzenie biegłych łącznie 4.990,14zł - 1980,86zł (k. 664), 1.455,78zł (k.699), 540,48zł (k.729), 517,58zł (k. 755), 135,12zł (k.794), 360,32zł (k.794) i koszty zastępstwa procesowego 7.234zł

Powodowie byli zwolnieni z opłaty sądowej i wydatków na koszt opinii biegłych ponad kwotę 100zł każdy z nich (k. 282)

Sąd nakazał pobrać od pozwanego kwotę łącznie 21.450zł na którą złożyły się kwota 18.955zł tytułem części opłaty sądowej i kwota 2.495zł tytułem części wynagrodzenia biegłych.

Mając powyższe na uwadze Sad orzekł jak w sentencji wyroku.