

Sygnatura akt I C 210/09

WYROK WSTĘPNY W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Wrocław, dnia 5 grudnia 2013 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Sławomir Urbaniak

Protokolant: Irmina Szawica

po rozpoznaniu w dniu 28 listopada 2013 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa G. L.

przeciwko H. K., J. G. (1), G. W., (...) S.A. w W., Oddziałowi Okręgowemu we W., Powiatowi (...)

o odszkodowanie

I. ustala, że pozwani Powiat (...) i (...) SA w W. ponoszą co do zasady odpowiedzialność za stan zdrowia małoletniej powódki G. L. będący konsekwencją niedotlenienia okołoporodowego;

II. oddała powództwo w całości w stosunku do pozwanych H. K., J. G. (1) i G. W..

I C 210/09

UZASADNIENIE

Przedstawiciele ustawowi małoletniej G. L., M. L. i A. L. w pozwie domagali się zasądzenia solidarnie od pozwanych: (...) Opieki Zdrowotnej w W., H. K., J. G. (1), G. W. i (...) S.A. w W. kwoty 500.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 4.000 zł miesięcznie tytułem renty płatnej do 20-go każdego miesiąca, począwszy od daty wniesienia pozwu, wraz z odsetkami ustawowymi za zwłokę w przypadku uchybienia terminowi płatności.

W uzasadnieniu żądania pozwu wskazano, że powódka G. L. urodziła się (...) r. w Szpitalu w B. funkcjonującym w ramach (...) Opieki Zdrowotnej w W.. Doznała ona utraty zdrowia w związku z powikłaniami w trakcie i bezpośrednio po porodzie, w wyniku których doszło m.in. do niedotlenienia mózgu i zachłyśnięcia się wodami płodowymi, co w konsekwencji skutkowało u powódki wystąpieniem mózgowego porażenia dziecięcego, małopłucia, niedowładu kończyn, epilepsji oraz drastycznego pogorszenia wzroku a tym samym stanu jednoznacznie krytycznego, wyłączającego samodzielne funkcjonowanie i wymagającego stałej opieki nad poszkodowanym dzieckiem, skutkującego uznaniem powódki za osobę niepełnosprawną od urodzenia.

Okoliczności porodu i czynności podejmowane po odebraniu dziecka, wskazują, że stwierdzona u powódki utrata zdrowia była następstwem niedochowania zasad sztuki lekarskiej w tym w szczególności:

-w trakcie przeprowadzania porodu – polegającego w szczególności na niewłaściwym zastosowaniu metody z użyciem próżniociągu,

-w okresie bezpośrednio po urodzeniu się dziecka – polegającego na braku reakcji na stan noworodka (płuca były nieodessane, zanieczyszczone, co potwierdzili lekarze z zespołu pogotowia z W. odbierający powódkę) i dopuszczeniu do kilkugodzinnej zwłoki w podjęciu akcji ratowania powódki trwającej aż do momentu wezwania pogotowia i przewiezienia do W. (karetka przyjechała niezwłocznie po wezwaniu),

-przy diagnozowaniu stanu dziecka i jej matki w trakcie ciąży – polegającego w szczególności na pominięciu zagrożonego stanu matki, w tym zatrucia w końcowym okresie, gdy pomimo stwierdzonych komplikacji i przeprowadzanej hospitalizacji, lekarz ginekolog prowadzący ciążę zaniechał wcześniejszego przeprowadzenia porodu.

Istotny jest w szczególności zawarty w kartach informacyjnych z hospitalizacji w szpitalach we W., opis stanu w jakim powódka została karetką pogotowia przywieziona w dniu urodzenia, w którym wymagała ona podjęcia natychmiastowej akcji ratunkowej, a które to działania, możliwe do szybszego przeprowadzenia zostały zaniechane w okresie bezpośrednio po porodzie, podczas pobytu w Szpitalu w B., gdzie powódka przebywała od 11.30 (poród) do przyjazdu karetki wezwanej dopiero po 4 godzinach (ok. 15.30). Z zapisów tych wynika jednoznacznie jakie następstwa w zakresie utraty zdrowia powstały w początkowym okresie (których później nie udało się odwrócić), czego potwierdzeniem są zapisy w kartach informacyjnych opisujących kolejne, późniejsze hospitalizacje. Poród jak i opieka w trakcie ciąży, w szczególności hospitalizacja matki, a następnie opieka lekarska nad noworodkiem do momentu przewiezienia karetką pogotowia w dniu narodzin do Szpitala we W., odbywała się w Szpitalu w B. wchodzącym w skład pozwanego ad 1 (...) Opieki Zdrowotnej w W.. Pozwani ad 2-4 byli lekarzami uczestniczącymi w opisanych powyżej czynnościach, którzy ponoszą, zdaniem strony powodowej, solidarną odpowiedzialność za powstałą utratę zdrowia powódki.

1. Pozwana ad 2 H. K. jako lekarz pediatra, która zajmowała się dzieckiem po porodzie, przede wszystkim zaniechała niezwłocznej reakcji i podjęcia akcji ratunkowej po porodzie, pomimo krytycznego stanu powódki;
2. Pozwany ad 3 J. G. (1) jako lekarz ginekolog, który prowadził matkę w trakcie ciąży, m.in. podejmował decyzje o hospitalizacji i następnie o zwolnieniu matki ze szpitala (niewłaściwą jak się później okazało) w 36 tygodniu ciąży a jednocześnie pełnił funkcję ordynatora pozwanego ad 1;
3. pozwany ad 1 G. W. jako lekarz ginekolog, który przyjmował poród i jest odpowiedzialny za podjęcie decyzji o przeprowadzeniu porodu z zastosowaniem metody użycia próżniociągu oraz za sposób przeprowadzenia porodu.

Odpowiedzialność pozwanego ad 5 (...) S.A. z siedzibą w W. wynikać miała z tego, że podmiot ten został wskazany przez pozostałych pozwanych jako towarzystwo ubezpieczeniowe obejmujące ochroną ubezpieczeniową skutki działalności medycznej w zakresie odpowiedzialności cywilnej na podstawie polisy nr (...) (polisa odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej –grupa (...)).

Uzasadniając wysokość dochodzonych kwot podano, że kwoty te zostały ustalone w wysokości odpowiadającej zakresowi praktycznie całkowitej utraty zdrowia powódki jak i w przypadku renty, zwiększonym potrzebom wynikającym przede wszystkim z konieczności pokrywania kosztów leczenia, rehabilitacji (w szczególności zakupy leków, odżywek, wyjazdy), sprawowania stałej opieki wykluczającej możliwość wykonywania pracy zarobkowej przez matkę powódki jak również dostosowania warunków bytowych do wymagań wynikających z wyjątkowo ciężkiego stanu powódki. Dla poprawy stanu powódki najbardziej wskazane jest prowadzenie rehabilitacji a wręcz jej zintensyfikowanie. W obecnej sytuacji finansowej rodziców powódki, w granicach ich możliwości mieści się prowadzenie leczenia i rehabilitacji w zakresie opisanym poniżej. Opłaty za pobyty powódki z matką podczas dwutygodniowych turnusów rehabilitacyjnych obejmujące zabiegi (4-5 godzin zajęć, możliwość dodatkowych zajęć i zabiegów do wykupienia) wynoszą odpowiednio 3.500- 4.000 zł. Przy obecnie dostępnych środkach możliwych jest 5-6 turnusów rocznie, bez wykupywania dodatkowych zajęć i zabiegów. Należy podkreślić, że koszty te są pokrywane ze środków gromadzonych na koncie G. w Fundacji „(...)” (baza fundacji obejmuje około 6000 dzieci). Tak więc z istoty swojej środki te jako pochodzące z wpłat indywidualnych darczyńców oraz odpisów z podatku dochodowego są całkowicie niepewnym źródłem przychodu i nie gwarantują zabezpieczenia prawidłowego toku rehabilitacji. We własnym zakresie rodzice pokrywają dodatkowe zabiegi, dojazdy, wydatki na miejscu. Aby rehabilitacja przynosiła oczekiwane skutki, zalecany jest udział w turnusach rehabilitacyjnych minimalnie raz w miesiącu- raz na półtora miesiąca. Tak więc koszty zalecanej ilości turnusów w liczbie od 8 do 12 w roku, dają łączną kwotę 28.000 -32.000 zł do 42.000 – 48.000 zł rocznie. Dla potrzeb prowadzenia bieżącej rehabilitacji powódka jest zawożona 3 razy w

tygodniu do poradni w W. (oddalonym o ok. 30 km). Ponadto konieczne są wyjazdy na konsultacje neurologiczne do W. (oddalonego o ok. 40 km) i okulistyczne do W. (odległość ok. 450 km w jedną stronę). Rehabilitacja bieżąca w W., konsultacje i leczenie we W. pokrywane są w ramach środków pochodzących z NFZ, co powoduje, że wykonywane są w ograniczonym zakresie. Dodatkowe konsultacje lub rehabilitacja (zalecana dla poprawy stanu powódki jest np. co najmniej jedna konsultacja neurologiczna w miesiącu) muszą być opłacane we własnym zakresie, ze środków rodziców, na co ich nie stać. Przykładowe koszty konsultacji lekarskich jednorazowo wynoszą: konsultacja okulistyczna 300 zł, konsultacja neurologiczna 100 zł. Natomiast koszty rehabilitacji jednorazowej -30-60 zł za godzinę (przy rehabilitacji prowadzonej w mniejszej miejscowości jak np. w W.). W związku ze stanem zdrowia powódki konieczne było dostosowanie mieszkania w zakresie umożliwiającym jej funkcjonowanie. Wydatki poniesione na usunięcie barier i utrudnień związanych ze stanem powódki (ponad 32.000 zł) były w części refundowane- w tym w kwocie 17.000 zł ze środków przekazanych z (...) Centrum Pomocy (...) oraz 5.000 zł ze środków samorządu gminnego. Pozostała kwota ok. 10.000 zł pochodziła z własnych środków rodziców powódki. W przypadku konieczności zakupu sprzętu specjalistycznego jak np. wózki (przedział cenowy 4.500 zł- 15.000 zł), pionizator (ok. 7.500 zł), maty, rodzice występują o dofinansowanie w szczególności ze środków starostwa ((...) Centrum Pomocy (...)), które jak wiadomo są ograniczone i dofinansowanie uzależnione jest od budżetu tej jednostki. W braku takich funduszy rodzice powódki zmuszeni są skorzystać ze środków na koncie w Fundacji przez co zmniejszana jest kwota możliwa do wykorzystania na sfinansowanie udziału w turnusach rehabilitacyjnych.

W odpowiedzi na pozew pozwana H. K. (k.89-92) wniosła o oddalenie powództwa w stosunku do niej w całości. Podała, że powódka G. L. urodziła się (...) r. o godzinie 11.30 w Szpitalu w B. przy pomocy próżniociągu (vacuum), z zielonymi gęstymi wodami płodowymi, co według wiedzy medycznej świadczyło o niedotlenieniu wewnątrzmacicznym. Po urodzeniu stan dziecka oceniono jako średni (A. 7 po pierwszej minucie, 3 po 3 minucie, 4 po 5 minucie, 7 po 10 minucie). Pozwana stwierdziła, że nie zgadza się z zarzutem powódki odnośnie braku reakcji na stan noworodka oraz twierdzeniem, iż jego płuca były nieodessane. Podkreśliła, iż po przekazaniu jej noworodka dokonała odessania wydzieliny z dróg oddechowych i żołądka oraz oklepania i ponownego odessania (także na laryngoskopie). Czynność tę pozwana wykonywała do czasu uzyskania czystej wydzieliny z dróg oddechowych. Następnie noworodek został umieszczony w inkubatorze w środowisku zbliżonym do macicy (równocześnie został mu podany tlen „na maskę”). Po 30 minutach tj. o godzinie 12.00 stan dziecka poprawił się. Kolejne podjęte czynności polegały na pobraniu krwi noworodka do badań celem ustalenia czynników infekcji oraz podłączeniu kroplowego wlewu z 10 % glukozy z lekiem ułatwiającym rozprężanie płuc (A.). Rozpoczęto także monitorowanie pulsoksymetrem. W ciągu następnej godziny stan dziecka stopniowo się poprawiał i o godzinie 13.00 został określony jako dobry. O godzinie 14.00 przy próbie odłączenia tlenu stan noworodka nieco się pogorszył tzn. pojawiły się zaburzenia oddychania. Wykonano wówczas badanie gazometryczne (godzina 14.18) uzyskując wynik świadczący o niedotlenieniu, przy czym wyniki pozostałych badań laboratoryjnych (morfologia, glukoza, CRP) były w granicach normy. Jedynie rozmaz krwi mógł wskazywać na istniejące zakażenie wewnątrzmaciczne. Pozwana podała jednocześnie, że laboratorium mieści się w budynku oddalonym od oddziału noworodkowego o około 200 metrów a transport materiału do badania i odbiór wyników odbywa się za pośrednictwem salowej, którą trzeba wezwać telefonicznie z izby przyjęć. Laborantka, która dyżuruje w szpitalu wykonuje badania także dla Szpitala w W. (oprócz Szpitala w B.) dlatego też nie są one uzyskiwane natychmiast. Noworodkowi nadal był podawany tlen, zaś jego stan podlegał obserwacji. Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego noworodka została podjęta decyzja o transporcie dziecka do szpitala specjalistycznego (w tutejszym szpitalu nie było możliwości dalszego leczenia dziecka). Po zgromadzeniu wyników, o godzinie 15.30 uzyskano połączenie ze Szpitalem im. (...) we W., uzgodniono miejsce dla noworodka i zamówiono transport. W czasie oczekiwania na karetkę prowadzono obserwację dziecka. Noworodek został przekazany zespołowi karetki „R” o godzinie 16.30.

Pozwana stwierdziła, że nie zgadza się także z zarzutem kilkugodzinnej zwłoki w podjęciu akcji ratowania dziecka albowiem jego stan po porodzie był średni, zaś po podjętych przez pozwaną działaniach (opisanych powyżej) poprawił się (został określony jako dobry) – nie było zatem potrzeby wykonywania czynności ratujących życie a jedynie wymagana była obserwacja stanu ogólnego dziecka. Pogorszenie się stanu zdrowia noworodka zostało stwierdzone dopiero około godziny 14.00 i wówczas podjęty został szereg czynności opisanych szczegółowo powyżej. Za bezzasadny

pozwana uznała również zarzut powódki, iż jej stan zdrowia był krytyczny albowiem przedmiotowe twierdzenie nie znajduje jakiegokolwiek potwierdzenia w treści zapisów zawartych w historii rozwoju noworodka. Reasumując pozwana stwierdziła, że na oddziale noworodkowym pracuje 25 lat i podczas jej wieloletniej praktyki zdarzały się już przypadki urodzenia dziecka z infekcją wewnątrzmaciczną oraz zielonymi wodami płodowymi i postępowała wówczas tak samo jak w niniejszym przypadku, co zgodne jest z wiedzą medyczną (nigdy wcześniej nie doszło do powikłań mózgowych).

W odpowiedzi na pozew strona pozwana (...) S.A. (k.96-98) wniosła o oddalenie powództwa. Pozwana przyznała, że w dniu 22.11.2005 r. została zawarta z (...) Opieki Zdrowotnej w W. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zoz, z zakresem ubezpieczeniowym od 1.01.2006 r. do 31.12.2006 r. Pozwana podała jednak, iż pozew w niniejszej sprawie wniesiony został przed upływem ustawowego terminu do przeprowadzenia przez zakład ubezpieczeń postępowania likwidacyjnego określonego w art. 817 kc. Wezwanie do zapłaty w przedmiotowej sprawie (...) S.A. otrzymało 12.03.2009 r., natomiast pozew został wniesiony 2.03.2009 r. Dodatkowo pozwana wskazała, iż sprawa ze względu na jej rodzaj i wysokość żądanego zadośćuczynienia oraz renty wymaga podjęcia szeregu czynności celem ustalenia istnienia odpowiedzialności po stronie pozwanych oraz ewentualnego określenia uszczerbku u małoletniej i ustalenia należnych jej kwot z tytułu zadośćuczynienia i renty. Dotychczas przedłożone przez pełnomocnika małoletniej powódki dokumenty nie były wystarczające do przyjęcia, że faktycznie za szkodę małoletniej odpowiedzialność ponoszą pozwani. Brak też dowodów na potwierdzenie wysokości żądanego zadośćuczynienia oraz żądanej renty. W tej sytuacji pozwana ad 5 zarzuciła, iż powództwo jest przedwczesne i z tego powodu nie zasługuje na uwzględnienie. Z ostrożności procesowej pozwane (...) S.A. podało, że jego ewentualna odpowiedzialność za przedmiotową szkodę ograniczona jest do wysokości sumy gwarancyjnej (par. 7 ust. 1 owu), natomiast suma gwarancyjna wynikająca z polisy nr (...) potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynosi na jedno zdarzenie 100.000 euro. Stosownie do zapisu par. 18 ust. 4 owu obowiązujących w niniejszej sprawie w pierwszej kolejności zaspokajane są świadczenia jednorazowe, a następnie renty czasowe i dożywotnie.

Strona pozwana (...) Opieki Zdrowotnej w W. w odpowiedzi na pozew (k.338-340 akt) wniosła o oddalenie powództwa w całości. W uzasadnieniu swojego stanowiska stwierdziła na wstępie, że zaprzecza wszelkim twierdzeniom powódki, poza tymi, które wyraźnie przyznaje. Przede wszystkim pozwana nie zgodziła się z postawioną przez powódkę tezą, że jej uszczerbek na zdrowiu nastąpił w związku z powikłaniami w trakcie i bezpośrednio po porodzie. Powódka nie posiada bowiem specjalistycznej wiedzy medycznej w zakresie położnictwa, ginekologii, neurologii i innych dziedzin medycyny, by móc arbitralnie wypowiadać się w tym przedmiocie. Zatem jej wnioski oceniać należy jako hipotetyczne, które po przeprowadzeniu postępowania dowodowego podlegać będą ocenie sądu. Z tych samych względów nieuprawnione i przedwczesne są twierdzenia powódki, że czynności okołoporodowe podejmowane przez personel medyczny pozwanej ad 1 były obarczone błędami w sztuce lekarskiej oraz błędem zaniechania polegającym na niepodjęciu stosownej akcji porodowej, a także działań poporodowych. Poza sporem jest, iż w dniu (...) r. ciężarna pacjentka – M. L. została przyjęta do szpitala pozwanej ad 1 w stanie ogólnym dobrym. Poród dziecka (powódki) odbył się z użyciem pompy próżniowej (vacuum) i zakończył się o godzinie 11.30. Według kart informacyjnych pierwsze badanie noworodka zakończono o godzinie 11.40. Z przywołanych kart wynika, że stan dziecka był w tym momencie średni. W takiej sytuacji poddano je stałej obserwacji, w szczególności w zakresie tętna, temperatury i oddechu. Pomiędzy godzinami 12.00 a 13.00 odnotowano, że stan noworodka poprawia się. Około godziny 14.00. stwierdzono nieznaczne pogorszenie się stanu zdrowia noworodka, w związku z czym natychmiast zlecono stosowne badania biochemiczne. Oczekiwanie na ich wynik trwało do godziny 15.30. Bezwzględnie po analizie wyników w/w badań podjęto decyzję o konieczności wezwania pogotowia, celem przewiezienia dziecka do szpitala specjalistycznego we W., gdzie było ono następnie hospitalizowane. Wskazując na powyższe okoliczności, zdaniem pozwanej, nie sposób zaaprobować stanowiska powódki o zwłoce w działaniach lekarzy. Mówiąc o zwłocie należy bowiem rozpatrywać to pojęcie w znaczeniu techniczno-prawnym. Zwłoką można więc nazwać jedynie zawinione opóźnienie. Wynikać ono może z zaniedbywania przeprowadzenia niezbędnych badań pomocniczych, zaniechania skierowania pacjenta do specjalisty czy ze zwykłej opieszałości. W realiach niniejszej sprawy taka sytuacja nie miała miejsca. Nie można zgodzić się z twierdzeniami powódki jakoby utrata zdrowia dziecka była następstwem niedochowania zasad sztuki lekarskiej.

Za błąd w sztuce lekarskiej uważa się czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dostępnym dla lekarza. Powódka w żaden sposób nie wykazała, żeby taki błąd miał miejsce. Nadto zgodnie z zasadą rozkładu ciężaru dowodu wyrażoną w art. 6 kc, to na powódce spoczywa obowiązek wykazania przesłanek odpowiedzialności pozwanej ad 1 za zdarzenie i szkodę oraz istnienia związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy porodem i czynnościami okołoporodowymi. Pozwana podniosła, że w niniejszej sprawie powódka ocenia podjęte przez pozwaną ad 1 działania jednostronnie, pozbawiając tę ocenę walorów obiektywności. Traci przy tym z pola widzenia istotne dla przedmiotu niniejszej sprawy okoliczności dotyczące innych możliwych przyczyn uszczerbku na zdrowiu – a tkwiących w organizmie matki dziecka, jej higieny zdrowia i życia, skutkującego niedotlenieniem mózgu dziecka i jego porażeniem mózgowym. Nie można również wykluczyć, iż stan zdrowia dziecka jest następstwem czynników o podłożu genetycznym.

Pozwany G. W. w odpowiedzi na pozew (k.359-360) wniósł o oddalenie powództwa w całości. W uzasadnieniu swojego stanowiska podał, że pacjentkę M. L. po raz pierwszy badał w zaawansowanym pierwszym okresie porodu o godzinie 10.00. w dniu (...) r. i stwierdził rozwarcie na 4 palce (8 cm), następnie przebił wody płodowe, które były zielone. Czynność serca płodu w tym okresie była regularna –ok. 140 uderzeń na minutę. Ocenił, że pacjentka urodzi w ciągu 2 godzin. Przed badaniem wykonanym przez pozwanego i po tym badaniu wykonane były badania KTG. Oscylacja była prawidłowa, falująca o częstości około 140 na minutę. Skurcze macicy były regularne o małej amplitudzie. Przebicie pęcherza nasila czynność skurczową. Odpowiadając na zarzuty powódki pozwany stwierdził, że zielone wody płodowe przy prawidłowej akcji serca płodu i KTG nie są wskazaniem do rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie. Poród drogami natury jest porodem lepszym ze względu na naturalne wyciskanie zielonych wód z drzewa oskrzelowego w czasie przechodzenia płodu przez kanał rodny. Po stwierdzeniu zielonych wód pozwany nakazał położnym częstsze niż normalnie osłuchiwanie akcji serca płodu i po każdym skurczu. O godzinie 11.25 nastąpiło nagle zwolnienie akcji serca do 50/80 uderzeń na minutę. Pozwany stwierdził zagrażającą zamartwicę płodu co jest wskazaniem do natychmiastowego ukończenia porodu. Jeśli główka płodu jest na wychodzie miednicy najlepszym sposobem jest ukończenie porodu poprzez założenie kleszczy na główkę lub vacuum. Pozwany zaznaczył, że w szpitalu jest nowoczesne vacuum, które ma zakończenie kauczukowe, nie działa ono traumatyzująco na główkę płodu. Głównym wskazaniem do zastosowania vacuum jest nagła, ostra zamartwica płodu. Pozwany podkreślił, że ma duże doświadczenie w wykonywaniu tego zabiegu (pracuje 29 lat jako położnik) i nigdy założone vacuum nie było powodem porażenia mózgowego noworodka. Pozwany podjął decyzję o ukończeniu porodu przy pomocy vacuum. Pacjentka o godzinie 11.30. urodziła płód żeński o ciężarze 3850 g, długości 58 cm, w stanie ogólnym średnio dobrym, w skali A. 7 punktów. Odnosząc się do zarzutu nie wykonania cięcia cesarskiego po stwierdzeniu zagrażającej zamartwicy pozwany odparł, że w tym okresie zaawansowania porodu cięcie jest niemożliwe a samo przygotowanie pacjentki do operacji trwałoby około 30-40 minut, tymczasem pozwany ukończył poród w ciągu 5 minut od rozpoznania zamartwicy. Pozwany dodał, że po przekazaniu noworodka pediatrom nie miał dalszego kontaktu z pacjentką M. L..

Pozwany J. G. (1) w odpowiedzi na pozew (k.361-362) wniósł o oddalenie powództwa w całości. W uzasadnieniu swojego stanowiska podał, że pacjentkę M. L., skierowaną do szpitala na oddział patologii ciąży celem leczenia gestozy ciężarnych typu obrzękowego charakteryzującej się u pozwanej nadmiernym przyrostem ciężaru ciała w ostatnim miesiącu przed hospitalizacją, a od początku ciąży do hospitalizacji około 20 kg (57-76,5 kg) przy wzroście ciężarnej wynoszącym 176 cm. Podczas 4- dniowej hospitalizacji (skróconej na prośbę powódki)- zastosowano leczenie polegające na wprowadzeniu diety bezsolnej oraz leżeniu w łóżku co przez zwiększenie diurezy dało pożądaný efekt a mianowicie stabilizację ciężaru ciała. Dodatkowo wprowadzono monitorowanie ciśnienia krwi 3 razy w ciągu doby- wszystkie parametry były prawidłowe co pozwoliło wykluczyć gestozę ciążową typu nadciśnieniowego. Dodatkowo wykonano badania biochemiczne krwi, uzyskane wyniki były prawidłowe co świadczyło o ogólnym dobrym stanie ciężarnej i wykluczało zaburzenia przemiany materii występujące przy gestozie typu nadciśnieniowego lub obrzękowego. Dodatkowo wykonywano monitorowanie tętna płodu codziennie 7-8 razy, a także wykonano 2 zapisy KTG. Uzyskane zapisy świadczyły o dobrym stanie płodu. Nadto przeprowadzono dwukrotne badanie ginekologiczne ciężarnej, które wykazało prawidłowe położenie płodu, prawidłowo uformowaną szyjkę macicy i wydzielinę pochwową. Reasumując pozwany stwierdził, że hospitalizacja pacjentki miesiąc przed terminem porodu była spowodowana nadmiernym przyrostem wagi ciała i wystąpieniem obrzęków podudzi. Miała na celu zatrzymanie

powyższych objawów do chwili porodu i przyniosła pożądany efekt leczniczy a mianowicie stabilizację wagi ciała a dodatkowe badania biochemiczne i monitorowanie ciśnienia krwi wykluczyły gestozę ciążową typu nadciśnieniowego. Monitorowanie tętna płodu i zapisy KTG wykazały dobrostan płodu, a ambulatoryjne usg prawidłowy rozwój płodu – jak wynika z karty przebiegu ciąży. Pozwany stanowczo stwierdził, że nie wystąpiły wskazania do ukończenia ciąży na 5 tygodni przed terminem porodu na przykład drogą cięcia cesarskiego. Pozwany dodał, że podczas pobytu w szpitalu nie wystąpiły żadne dodatkowe komplikacje – sugerowane w pozwie. Wypisana do domu w stanie dobrym przy wypisie otrzymała zalecenia kontroli ambulatoryjnej oraz stosowania odpowiedniej diety.

W piśmie procesowym datowanym na 17.12.2010 r. (k.574) pełnomocnik (...) Opieki Zdrowotnej w W. zawiadomił, że z dniem 31.08.2010 r., zgodnie z uchwałą Nr (...) Rady Powiatu (...) w sprawie likwidacji (...) Opieki Zdrowotnej w W., zmieniającej uchwałę Rady Powiatu Nr (...) z dnia 29.09.2009 r. został zakończony proces likwidacyjny (...) ZOZ w W.. Postanowieniem z 4.10.2010 r. (sygn. akt (...). KRS/(...)), Sąd Rejonowy dla Wrocławia- Fabrycznej podjął decyzję o wykreśleniu (...) ZOZ w W. z Krajowego Rejestru Sądowego. Zgodnie z par. 7 w/w uchwały zobowiązania i należności pozwanego (...) ZOZ po jego likwidacji stały się zobowiązaniami i należnościami Powiatu (...), co sprawiło, że Powiat ten winien wstąpić do procesu po stronie pozwanej w miejsce dotychczasowego pozwanego -(...) ZOZ.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 24.05.2005 r. M. L. będąc w 21/22 tygodniu pierwszej ciąży zgłosiła po raz pierwszy do badania kontrolnego u lekarza medycyny J. G. (1), anestezjologa, specjalisty ginekologa –położnika. Z karty przebiegu ciąży wynika, że w/w miała ostatnią miesiączkę 21.05.2005 r., a datę spodziewanego porodu wyliczono na 27.02.2006 r. Parametry stanu ogólnego pacjentki były dobre- wzrost -176 cm, masa- 65,2 kg, tętno- 76/min., RR-110/70. Podczas następnych wizyt kontrolnych w 25,33,34, 36 i 40 tygodniu ciąży ginekolog J. G. (1) prowadzący ciążę oceniał istotne parametry ciężarnej i jej płodu, które mieściły się w granicach normy. Zlecił również właściwe badania dodatkowe.

Lekarz prowadzący skierował pacjentkę M. L. na miesiąc przed spodziewanym terminem porodu do szpitala na oddział patologii ciąży celem leczenia gestozy ciężarnych typu obrzękowego charakteryzującej się u pozwanej nadmiernym przyrostem ciężaru ciała w ostatnim miesiącu przed hospitalizacją, a od początku ciąży do hospitalizacji o około 20 kg (57-76,5 kg) przy wzroście ciężarnej wynoszącym 176 cm. Podczas 4- dniowej hospitalizacji (skróconej na prośbę pacjentki)- zastosowano leczenie polegające na wprowadzeniu diety bezsolnej oraz leżeniu w łóżku co przez zwiększenie diurezy dało pożądany efekt a mianowicie stabilizację masy ciała. Dodatkowo wprowadzono monitorowanie ciśnienia krwi 3 razy w ciągu doby- wszystkie parametry były prawidłowe co pozwoliło wykluczyć gestozę ciążową typu nadciśnieniowego. Dodatkowo wykonano badania biochemiczne krwi, uzyskane wyniki były prawidłowe co świadczyło o ogólnym dobrym stanie ciężarnej i wykluczało zaburzenia przemiany materii występujące przy gestozie typu nadciśnieniowego lub obrzękowego. Dodatkowo wykonywano monitorowanie tętna płodu codziennie 7-8 razy, a także wykonano 2 zapisy KTG. Uzyskane zapisy świadczyły o dobrym stanie płodu. Nadto przeprowadzono dwukrotne badanie ginekologiczne ciężarnej, które wykazało prawidłowe położenie płodu, prawidłowo uformowaną szyjkę macicy i wydzielinę pochwową. Reasumując, hospitalizacja pacjentki miesiąc przed terminem porodu była spowodowana nadmiernym przyrostem wagi ciała i wystąpieniem obrzęków podudzi. Miała na celu zatrzymanie powyższych objawów do chwili porodu i przyniosła pożądany efekt leczniczy a mianowicie stabilizację wagi ciała a dodatkowe badania biochemiczne i monitorowanie ciśnienia krwi wykluczyły gestozę ciążową typu nadciśnieniowego. Monitorowanie tętna płodu i zapisy KTG wykazały dobrostan płodu, a ambulatoryjne usg prawidłowy rozwój płodu –jak wynika z karty przebiegu ciąży. Nie wystąpiły wskazania do ukończenia ciąży na 5 tygodni przed terminem porodu na przykład drogą cięcia cesarskiego. Podczas pobytu w szpitalu nie wystąpiły żadne dodatkowe komplikacje. Wypisana do domu w stanie dobrym przy wypisie otrzymała zalecenia kontroli ambulatoryjnej oraz stosowania odpowiedniej diety.

Biegli z (...) Uniwersytetu Medycznego stwierdzili w opinii pisemnej sporządzonej w sprawie, że przebieg pierwszej ciąży u pacjentki M. L. do chwili przyjęcia do szpitala w dniu 27.02.2006 r. był prawidłowy i nie stwierdzili żadnych uchybień w działaniach lekarza prowadzącego ciążę –J. G. (1).

(dowód: -karta przebiegu ciąży, k.84-87,

-opinia biegłych, k.786-799,

-przesłuchanie pozwanego J. G. (1), k.441-444,

-przesłuchanie przedstawicielki ustawowej małoletniej powódki, k. 434-437)

W dniu 27.02.2006 r. pacjentkę M. L. będącą w 40 tygodniu ciąży przyjęto na Oddział (...) (...) (...) Opieki Zdrowotnej w W.. Przy przyjęciu stwierdzono u pacjentki rozwarcie pochwy na 2 palce. W ocenie biegłych, w przypadku tzw. pierworódki należy przyjąć, że zaczął się poród, w związku z czym pacjentka winna trafić na salę porodową gdzie ma miejsce ściślejszy nadzór, tymczasem pacjentka znalazła się na oddziale przedporodowym. Pomiedzy godziną 20.40 w dniu 27.02.2006 r. a godziną 7.50 w dniu (...) r. wykonano jedno badanie KTG (w okolicach godziny 21.00- około 20 minut) oraz osłuchano tętno płodu o godzinach 21, 23 i 6 rano. Zdaniem biegłych przy stwierdzonym przy przyjęciu do szpitala rozwarciu kanału szyjki macicy można było (i należało) amnioskopowo ocenić stan wód płodowych.

W dniu (...) r. o godzinie 7.50 ginekolog A. K. zapisał:” rozwarcie na 5 cm, główka nad wchodem z szwem strzałowym w wymiarze skośnym, tętno płodu 140/min., skurcze macicy co 3-5 minut, trwają 20-30 sekund, zlecenie: KTG”. W ocenie biegłych z (...) Uniwersytetu Medycznego z zapisu powyższego wynikało, że na oddziale patologii toczył się poród (bez właściwego nadzoru), który doprowadził do pięciocentymetrowego rozwarcia ujścia kanału szyjki macicy.

(dowód: -dokumentacja medyczna (...) W., k.606,

-opinia biegłych, k.786-799, 866-872, 975-979)

W dniu (...) r. o godzinie 8.00. przyjęto pacjentkę na salę porodową w I okresie porodu, z czynnością skurczową macicy występującą co 3-5 minut. Tętno płodu 136/min. Ujście zewnętrzne kanału szyjki macicy rozwarne na 5 cm. Główka płodu przyparta do wchodu miednicy. Pęcherz płodowy zachowany. O godzinie 8.20. podłączono kroplówkę naskurczową o składzie 5 jednostek oksytocyny w 50 ml glukozy – 3 ml/godz. Tętno płodu wynosiło w tym momencie 144/ min. O godzinie 8.45 podłączono KTG (monitorowano około 40 minut). Tętno płodu -148/ min. Następne KTG trwało od 9.30 do 10.00.

Około godziny 10.00 -10.10 opiekę nad rodzącą przejął ginekolog G. W. i po chwili dokonał przebiccia pęcherza płodowego – odpłynęły gęste, zielone wody płodowe. Natychmiast polecił podłączenie KTG, jednak ze względu na częste zmiany pozycji pacjentki nakazał odłączenie KTG (monitorowanie trwało pomiędzy 10.18 a 10.45) i podjął decyzję o osłuchiowaniu tętna płodu po każdym skurczu macicy. Ujście szyjki macicy było rozwarne na 7-8 cm. Główka płodu została silnie przyparta do wchodu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym lewym. Tętno płodu 142/ min. Nie było wskazań do cięcia cesarskiego. O godzinie 11.00 rozpoczął się II okres porodu. O godzinie 11.10 tętno płodu 140/min. O godzinie 11.25 ze względu na zwolnienie tętna płodu do poziomu 50-80/ min. zdecydowano na skrócenie II okresu porodu przy pomocy wyciągacza próżniowego. Główka płodu na wychodzie, szew strzałkowy w wymiarze prostym.

G. L. urodziła się (...) r. o godzinie 11.30 przy pomocy próżniociągu (vacuum), z zielonymi gęstymi wodami płodowymi, co świadczyło o niedotlenieniu wewnątrzmacicznym.

Zdaniem biegłych po zwolnieniu akcji serca u dziecka wystąpiła konieczność natychmiastowego urodzenia dziecka i lekarz prawidłowo wykonał zabieg przy użyciu stosowanego w tego rodzaju sytuacjach wyciągacza próżniowego.

Po urodzeniu stan dziecka oceniono jako średni (A. 7 po pierwszej minucie, 3 po 3 minucie, 4 po 5 minucie, 7 po 10 minucie). Po przekazaniu jej noworodka neonatolog H. K. dokonała odessania wydzieliny z dróg oddechowych i żołądka oraz oklepania i ponownego odessania (także na laryngoskopie). Czynność tę wykonywała do czasu uzyskania

czystej wydzieliny z dróg oddechowych. Następnie noworodek został umieszczony w inkubatorze w środowisku zbliżonym do macicy (równocześnie został mu podany tlen „na maskę”). Po 30 minutach tj. o godzinie 12.00 stan dziecka poprawił się. Kolejne podjęte czynności polegały na pobraniu krwi noworodka do badań celem ustalenia czynników infekcji oraz podłączeniu kroplowego wlewu z 10 % glukozy z lekiem ułatwiającym rozprężanie płuc (A.). Rozpoczęto także monitorowanie pulsoksymetrem. W ciągu następnej godziny stan dziecka stopniowo się poprawiał i o godzinie 13.00 został określony jako dobry. O godzinie 14.00 przy próbie odłączenia tlenu stan noworodka nieco się pogorszył tzn. pojawiły się zaburzenia oddychania. Wykonano wówczas badanie gazometryczne (godzina 14.18) uzyskując wynik świadczący o niedotlenieniu, przy czym wyniki pozostałych badań laboratoryjnych (morfologia, glukoza, CRP) były w granicach normy. Jedynie rozmaz krwi mógł wskazywać na istniejące zakażenie wewnątrzmaciczne. Laboratorium mieści się w budynku oddalonym od oddziału noworodkowego o około 200 metrów a transport materiału do badania i odbiór wyników odbywa się za pośrednictwem salowej, którą trzeba wezwać telefonicznie z izby przyjęć. Laborantka, która dyżuruje w szpitalu wykonuje badania także dla Szpitala w W. (oprócz Szpitala w B.) dlatego też nie są one uzyskiwane natychmiast. Noworodkowi nadal był podawany tlen, zaś jego stan podlegał obserwacji. Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego noworodka została podjęta decyzja o transporcie dziecka do szpitala specjalistycznego (w szpitalu w B. nie było możliwości dalszego leczenia dziecka). Po zgromadzeniu wyników, o godzinie 15.30 uzyskano połączenie ze Szpitalem im. (...) we W., uzgodniono miejsce dla noworodka i zamówiono transport. W czasie oczekiwania na karetkę prowadzono obserwację dziecka. Noworodek został przekazany zespołowi karetki „R” o godzinie 16.30.

Biegli z (...) Uniwersytetu Medycznego stwierdzili, że od momentu urodzenia dziecka postępowanie neonatologów zarówno na sali porodowej jak i na oddziale było prawidłowe, zgodne ze stanem dziecka, ogólnie przyjętymi standardami, rekomendacjami i najnowszą wiedzą medyczną.

(dowód: -dokumentacja medyczna (...) W., k.606,

-opinia biegłych, k.786-799, 866-872, 975-979)

Z opinii biegłych z (...) Uniwersytetu Medycznego wynika, że zielone wody płodowe są skutkiem oddania smółki przedwcześnie do płynu owodniowego, najczęściej w wyniku niedotlenienia wewnątrzmacicznego lub rzadziej zakażenia wewnątrzmacicznego. W tym przypadku przedwczesne oddanie smółki doprowadziło do zapoczątkowania procesu oddychania wewnątrzmacicznego, co skutkowało zaaspirowaniem smółki do dróg oddechowych. Zwolnienie u noworodka tętna poniżej 60 na minutę jest z punktu widzenia hemodynamicznego traktowane jak zatrzymanie krążenia u dorosłego człowieka, gdyż przepływ krwi do mózgu i innych narządów jest ograniczony. Do wystąpienia dziecięcego porażenia mózgowego może doprowadzić wiele czynników przedporodowych, śródporodowych i poporodowych. Bardzo często nie udaje się znaleźć przyczyny, gdyż ten zespół można rozpoznać dopiero w drugim półroczu życia dziecka. Z badań naukowych i z doświadczenia zawodowego biegłych wynika, że u noworodków donoszonych porażenie mózgowie w 10-15 % przypadków jest wynikiem udokumentowanego niedotlenienia wewnątrzmacicznego. W kontekście wielości czynników taki procent uznać należy za znaczący. W analizowanym przypadku niedotlenienie okołoporodowe, zdaniem biegłych, z pewnością wystąpiło i mogło doprowadzić do wystąpienia porażenia mózgowego dziecięcego, choć nie można wykluczyć też innych czynników. Czynniki, które mogą wywołać dziecięce porażenie mózgowie, mogą pojawić się już około 26-34 tygodnia ciąży. Mogą wystąpić czynniki genetyczne, zapalne, środowiskowe, ale nie jest możliwe udowodnienie zaistnienia tych czynników w tym konkretnym przypadku. W ocenie biegłych, w tej sprawie jedyna udowodniona przyczyna wystąpienia tego zespołu to niedotlenienie okołoporodowe, aczkolwiek nie można na 100 % powiedzieć, że jest to jedyna przyczyna. W praktyce jest też tak, że dzieci, które rodzą się w warunkach niedotlenienia nie mają zespołu dziecięcego porażenia mózgowego. W 1/3 przypadków wystąpienia zespołu nie da się jednoznacznie określić jego przyczyny.

(dowód: opinia biegłych, k.786-799, 866-872, 975-979)

Brak dowodów na istnienie zaburzeń genetycznych, które mogłyby spowodować wystąpienie u powódki dziecięcego porażenia mózgowego.

(okolicość bezsporna)

W dniu 22.11.2005 r. pomiędzy (...) S.A. a (...) Opieki Zdrowotnej w W. zawarta została umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zoz, z zakresem ubezpieczeniowym od 1.01.2006 r. do 31.12.2006 r. Odpowiedzialność (...) S.A. za przedmiotową szkodę ograniczona jest do wysokości sumy gwarancyjnej (par. 7 ust. 1 owu), natomiast suma gwarancyjna wynikająca z polisy nr (...) potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wynosi na jedno zdarzenie 100.000 euro. Stosownie do zapisu par. 18 ust. 4 owu obowiązujących w niniejszej sprawie w pierwszej kolejności zaspokajane są świadczenia jednorazowe, a następnie renty czasowe i dożywotnie.

(dowód: -polisa ubezpieczeniowa i o.w.u. , k.108-121)

Z dniem 31.08.2010 r. , zgodnie z uchwałą Nr (...) Rady Powiatu (...) w sprawie likwidacji (...) Opieki Zdrowotnej w W., zmieniającej uchwałę Rady Powiatu Nr (...) z dnia 29.09.2009 r. został zakończony proces likwidacyjny (...) ZOZ w W.. Postanowieniem z 4.10.2010 r. (sygn. akt (...). KRS/(...)), Sąd Rejonowy dla Wrocławia- Fabrycznej podjął decyzję o wykreśleniu (...) ZOZ w W. z Krajowego Rejestru Sądowego. Zgodnie z par. 7 w/w uchwały zobowiązania i należności pozwanego (...) ZOZ po jego likwidacji stały się zobowiązaniami i należnościami Powiatu (...).

(dowód: -uchwała Rady Powiatu (...) z 31.08.2010 r. i Postanowienie z 4.10.2010 r. (sygn. akt (...). KRS/(...)), Sądu Rejonowego dla Wrocławia- Fabrycznej, k.576-580)

Sąd zważył co następuje:

Na obecnym etapie postępowania materiał zgromadzony w sprawie pozwała, w ocenie Sądu, na rozstrzygnięcie kwestii odpowiedzialności pozwanych wskazanych w pozwie za zdarzenie, które doprowadziło do skutku w postaci rozstroju zdrowia małoletniej powódki G. L.. Wobec tego Sąd na podstawie art. 318 par. 1 kpc wydał wyrok wstępny w którym określił w stosunku do których pozwanych roszczenie zgłoszone w pozwie może zostać za usprawiedliwione co do zasady.

1. Pierwszym wymienionym w pozwie pozwanym był (...) Opieki Zdrowotnej w W.. W toku postępowania, w dniu 31.08.2010 r. , zgodnie z uchwałą Nr (...) Rady Powiatu (...) w sprawie likwidacji (...) Opieki Zdrowotnej w W., zmieniającej uchwałę Rady Powiatu Nr (...) z dnia 29.09.2009 r. został zakończony proces likwidacyjny (...) ZOZ w W.. Postanowieniem z 4.10.2010 r. (sygn. akt (...). KRS/(...)), Sąd Rejonowy dla Wrocławia- Fabrycznej podjął decyzję o wykreśleniu (...) ZOZ w W. z Krajowego Rejestru Sądowego. Zgodnie z par. 7 w/w uchwały zobowiązania i należności pozwanego (...) ZOZ po jego likwidacji stały się zobowiązaniami i należnościami Powiatu (...). Sukcesja generalna, która nastąpiła pomiędzy (...) w W. a Powiatem (...) nie budzi wątpliwości, natomiast samo ewentualne powstanie zobowiązania podlegającego przejęciu tą drogą musi być oceniane przez pryzmat działań zakładu opieki zdrowotnej podejmowanych w początkach 2006 r.

Niewątpliwie odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej, będącego odrębną osobą prawną, za skutki działania bądź zaniechania wywołującego szkodę o charakterze majątkowym bądź niemajątkowym znajduje podstawę w przepisie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega kierownictwu i ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Szczególne znaczenie dla stosunku zwierzchnik – podwładny ma to, że przymiot podwładnego wiąże się z przyjęciem, że nie jest on w wykonywaniu danej czynności samodzielny. W ocenie Sądu należy za trafne uznać te wywody w piśmiennictwie oraz orzeczenia judykatury, które definiują pojęcie podporządkowania w szerszym zakresie, tj. podporządkowania ogólnoorganizacyjnego, obejmujące także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, przykładowo w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii. Źródłem owego podporządkowania

może być ustawa, umowa a nawet stosunki faktyczne. Najczęściej podporządkowanie znajduje wyraz w stosunku pracy, którego źródłem może być umowa o pracę, powołanie, mianowania czy wybór. Art. 430 k.c. znajduje zastosowanie także wówczas, gdy stosunek łączący podwładnego ze zwierzchnikiem ma charakter tylko dorywczy. Przesłankami odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. jest więc szkoda, która została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego, wina podwładnego oraz okoliczność, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności. Wina w art. 430 k.c. została użyta w tym samym znaczeniu co w art. 415 k.c. Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Niedbalstwo polega na niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju, staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać. Trzecią, wspomnianą już przesłanką odpowiedzialności z art. 430 k.c. jest ustalenie, że wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu powierzonej czynności nie zaś przy okazji (sposobności) wykonywania czynności.

Matka małoletniej powódki G. L. trafiła do (...) w W. – a konkretnie do Szpitala w B. będącego częścią Zespołu ZOZ w dniu 27.02.2006 r. o godzinie 20.40. Do porodu doszło następnego dnia o godzinie 11.30. G. L. przebywała w tym Szpitalu do godziny 16.30 kiedy to została zabrana przez zespół karetki ze szpitala we W..

W związku z powyższym, w kontekście roszczenia zgłoszonego przez powódkę analizie należało poddać zachowanie personelu Szpitala w B. w okresie pomiędzy godziną 20.40 w dniu 27.02.2006 r. a godziną 16.30 w dniu (...) r. i ustalić czy działania, ewentualnie zaniechania tegoż personelu nosiły cechy wskazane w rozważaniach poczynionych powyżej na tle analizy art. 430 k.c. i pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z aktualnym stanem zdrowia powódki.

Sąd dokonując ustaleń w tym zakresie oparł się na zeznaniach słuchanych w sprawie świadków, dokumentacji medycznej złożonej do akt sprawy oraz opinii biegłych z (...) Uniwersytetu Medycznego. Sąd uznał za nieprzydatną dla rozstrzygnięcia opinię biegłej R.- R., albowiem przy sporządzaniu tej opinii biegła nie wykorzystała całości zebranej dokumentacji medycznej, nadto należało podzielić większość zarzutów zgłoszonych pod adresem tej opinii przez pozwanych, w szczególności zarzut (nie najistotniejszy) zbyt daleko idącego zaangażowania emocjonalnego biegłej.

Gdy idzie o opinię biegłych z (...) Uniwersytetu Medycznego w jej ostatecznym kształcie (dwukrotnie sporządzana w wersji pisemnej oraz dodatkowo biegli złożyli ustne wyjaśnienia) to Sąd uznał, że opinia ta nie zawiera błędów logicznych czy dostrzegalnych z punktu widzenia doświadczenia życiowego, została ona opracowana po wnikliwym przeanalizowaniu całości dostępnej dokumentacji medycznej oraz dowodów osobowych, znalazła oparcie w szerokim spektrum wiedzy teoretycznej i praktycznej członków zespołu opiniującego. Dodać należy, że ostateczne wnioski biegłych nie zostały skutecznie podważone przez strony tego postępowania.

Jak wyżej podano w dniu 27.02.2006 r. pacjentkę M. L. będącą w 40 tygodniu ciąży przyjęto na Oddział (...) (...) (...) Opieki Zdrowotnej w W.. Przy przyjęciu stwierdzono u pacjentki rozwarcie pochwy na 2 palce. W ocenie biegłych, w przypadku tzw. pierworódki należy przyjąć, że zaczął się poród, w związku z czym pacjentka winna trafić na salę porodową gdzie ma miejsce ściślejszy nadzór, tymczasem pacjentka znalazła się na oddziale przedporodowym. Pomiędzy godziną 20.40 w dniu 27.02.2006 r. a godziną 7.50 w dniu (...) r. wykonano jedno badanie KTG (w okolicach godziny 21.00- około 20 minut) oraz osłuchano tętno płodu o godzinach 21, 23 i 6 rano. Zdaniem biegłych przy stwierdzonym przy przyjęciu do szpitala rozwarciu kanału szyjki macicy można było (i należało) amnioskopowo ocenić stan wód płodowych.

W dniu (...) r. o godzinie 7.50 ginekolog A. K. zapisał:” rozwarcie na 5 cm, główka nad wchodem z szwem strzałowym w wymiarze skośnym, tętno płodu 140/min., skurcze macicy co 3-5 minut, trwają 20-30 sekund, zlecenie: KTG”. W

ocenie biegłych z (...) Uniwersytetu Medycznego z zapisu powyższego wynikało, że na oddziale patologii toczył się poród (bez właściwego nadzoru), który doprowadził do pięciocentymetrowego rozwarcia ujścia kanału szyjki macicy.

Następnie o godzinie 8.00. przyjęto pacjentkę na salę porodową w I okresie porodu, z czynnością skurczową macicy występującą co 3-5 minut. Tętno płodu wynosiło 136/min. Ujście zewnętrzne kanału szyjki macicy rozwarło się na 5 cm. O godzinie 8.20. podłączono kroplówkę naskurczową o składzie 5 jednostek oksytocyny w 50 ml glukozy – 3 ml/godz. Tętno płodu wynosiło w tym momencie 144/ min. O godzinie 8.45 podłączono KTG (monitorowano około 40 minut). Tętno płodu -148/ min. Następne KTG trwało od 9.30 do 10.00.

Około godziny 10.00 -10.10 opiekę nad rodzącą przejął ginekolog G. W. i po chwili dokonał przebiccia pęcherza płodowego – odpłynęły gęste, zielone wody płodowe. Natychmiast polecił podłączenie KTG, jednak ze względu na częste zmiany pozycji pacjentki nakazał odłączenie KTG (monitorowanie trwało pomiędzy 10.18 a 10.45) i podjął decyzję o osłuchiwaniu tętna płodu po każdym skurczu macicy. Ujście szyjki macicy było rozwarło na 7-8 cm. Główna płodu została silnie przyparta do wchodu miednicy, szew strzałkowy w wymiarze skośnym lewym. Tętno płodu wynosiło 142/min. Nie było wskazań do cięcia cesarskiego. O godzinie 11.00 rozpoczął się II okres porodu. O godzinie 11.10 tętno płodu wyniosło 140/min. O godzinie 11.25 ze względu na zwolnienie tętna płodu do poziomu 50-80/ min. zdecydowano na skrócenie II okresu porodu przy pomocy wyciągacza próżniowego.

G. L. urodziła się (...) r. o godzinie 11.30 przy pomocy próżniociągu (vacuum), z zielonymi gęstymi wodami płodowymi, co świadczyło o niedotlenieniu wewnątrzmacicznym.

Zdaniem biegłych po zwolnieniu akcji serca u dziecka wystąpiła konieczność natychmiastowego urodzenia dziecka i lekarz prawidłowo wykonał zabieg przy użyciu stosowanego w tego rodzaju sytuacjach wyciągacza próżniowego.

Po urodzeniu stan dziecka oceniono jako średni (A. 7 po pierwszej minucie, 3 po 3 minucie, 4 po 5 minucie, 7 po 10 minucie). Po przekazaniu jej noworodka neonatolog H. K. dokonała odessania wydzieliny z dróg oddechowych i żołądka oraz oklepania i ponownego odessania (także na laryngoskopie). Czynność tę wykonywała do czasu uzyskania czystej wydzieliny z dróg oddechowych. Następnie noworodek został umieszczony w inkubatorze w środowisku zbliżonym do macicy (równocześnie został mu podany tlen „na maskę”). Po 30 minutach tj. o godzinie 12.00 stan dziecka poprawił się. Kolejne podjęte czynności polegały na pobraniu krwi noworodka do badań celem ustalenia czynników infekcji oraz podłączeniu kroplowego wlewu z 10 % glukozy z lekiem ułatwiającym rozprężanie płuc (A.). Rozpoczęto także monitorowanie pulsoksymetrem. W ciągu następnej godziny stan dziecka stopniowo się poprawiał i o godzinie 13.00 został określony jako dobry. O godzinie 14.00 przy próbie odłączenia tlenu stan noworodka nieco się pogorszył tzn. pojawiły się zaburzenia oddychania. Wykonano wówczas badanie gazometryczne (godzina 14.18) uzyskując wynik świadczący o niedotlenieniu, przy czym wyniki pozostałych badań laboratoryjnych (morfologia, glukoza, CRP) były w granicach normy. Jedynie rozmaz krwi mózgu wskazywał na istniejące zakażenie wewnątrzmaciczne. Laboratorium mieści się w budynku oddalonym od oddziału noworodkowego o około 200 metrów a transport materiału do badania i odbiór wyników odbywa się za pośrednictwem salowej, którą trzeba wezwać telefonicznie z izby przyjęć. Laborantka, która dyżuruje w szpitalu wykonuje badania także dla Szpitala w W. (oprócz Szpitala w B.) dlatego też nie są one uzyskiwane natychmiast. Noworodkowi nadal był podawany tlen, zaś jego stan podlegał obserwacji. Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego noworodka została podjęta decyzja o transporcie dziecka do szpitala specjalistycznego (w szpitalu w B. nie było możliwości dalszego leczenia dziecka). Po zgromadzeniu wyników, o godzinie 15.30 uzyskano połączenie ze Szpitalem im. (...) we W., uzgodniono miejsce dla noworodka i zamówiono transport. W czasie oczekiwania na karetkę prowadzono obserwację dziecka. Noworodek został przekazany zespołowi karetki „R” o godzinie 16.30.

Biegli z (...) Uniwersytetu Medycznego stwierdzili, że od momentu urodzenia dziecka postępowanie neonatologów zarówno na sali porodowej jak i na oddziale było prawidłowe, zgodne ze stanem dziecka, ogólnie przyjętymi standardami, rekomendacjami i najnowszą wiedzą medyczną.

W ocenie Sądu analiza działań podjętych w Szpitalu w B. od momentu przyjęcia matki małoletniej powódki do chwili opuszczenia tegoż Szpitala przez powódkę w karetce prowadzi do wniosku, opartego na stanowisku biegłych, że

zachowanie personelu Szpitala pomiędzy pierwszym wskazanym wyżej momentem przyjęcia do szpitala a godziną 8.00 w dniu (...) r. nie może być uznane za zgodne z ogólnie przyjętymi zasadami postępowania w takich sytuacjach, zgodne ze sztuką medyczną. Biegli jednoznacznie stwierdzili, że stan M. L. w chwili przyjęcia do Szpitala wskazywał na rozpoczęcie się porodu i w związku z tym matka małej powódki winna być umieszczona na sali porodowej nie zaś na oddziale patologii. Przemawiał za tym zarówno stan M. L. z godziny 20.40 27.02.2006 r., a jeszcze dobitniej z godziny 7.50 następnego dnia. Biegli zarzucili, że w przywołanym wyżej okresie zabrakło właściwej opieki, właściwego nadzoru nad porodem. Działania personelu sprowadziły się jedynie do jednokrotnego, krótkiego monitorowania przy pomocy KTG oraz trzykrotnego osłuchania tętna płodu. Dodatkowo biegli podnieśli, że już po przyjęciu do szpitala winno nastąpić amnioskopowe zbadanie wód płodowych.

W kolejnych fazach porodu oraz po urodzeniu dziecka biegli nie dostrzegli błędów w postępowaniu lekarzy i personelu pomocniczego Szpitala w B..

W chwili obecnej nie sposób postawić zarzutów konkretnym osobom odnośnie zaniechań obejmujących okres pomiędzy 27.02. godziną 20.40 a godziną 8.00 następnego dnia. Dla przyjęcia odpowiedzialności osoby prawnej za skutki określonych zdarzeń w kontekście art. 430 kc wystarczy jednak вина anonimowych pracowników tegoż podmiotu.

Jeśli chodzi o związek przyczynowy pomiędzy powyższymi zaniechaniami personelu medycznego Szpitala w B. a aktualnym stanem zdrowia powódki (dziecięce porażenie mózgowe) to należy w pierwszym rzędzie wskazać, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W „procesach lekarskich” jest to bowiem najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje niedbalstwo lekarza. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody można uznać związek przyczynowy za ustalony. Żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód, że jakieś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować pacjentowi szkody, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn szkody było jego niedbalstwo.

W analizowanej sprawie biegli stwierdzili, że do wystąpienia dziecięcego porażenia mózgowego może doprowadzić wiele czynników przedporodowych, śródporodowych i poporodowych. Bardzo często nie udaje się znaleźć przyczyny, gdyż ten zespół można rozpoznać dopiero w drugim półroczu życia dziecka. Z badań naukowych i z doświadczenia zawodowego biegłych wynika, że u noworodków donoszonych porażenie mózgowe w 10-15 % przypadków jest wynikiem udokumentowanego niedotlenienia wewnątrzmacicznego. W kontekście wielości czynników taki procent uznać należy za znaczący. W analizowanym przypadku niedotlenienie okołoporodowe, zdaniem biegłych, z pewnością wystąpiło i mogło doprowadzić do wystąpienia porażenia mózgowego dziecięcego, choć nie można wykluczyć też innych czynników. Czynniki, które mogą wywołać dziecięce porażenie mózgowe, mogą pojawić się już około 26-34 tygodnia ciąży. Mogą wystąpić czynniki genetyczne, zapalne, środowiskowe, ale nie jest możliwe udowodnienie zaistnienia tych czynników w tym konkretnym przypadku. W ocenie biegłych, w tej sprawie jedyna udowodniona przyczyna wystąpienia tego zespołu to niedotlenienie okołoporodowe, aczkolwiek nie można na 100 % powiedzieć, że jest to jedyna przyczyna.

Taka konstatacja biegłych doprowadziła Sąd do wniosku, że za wysoce prawdopodobne należy uznać, iż niewłaściwe monitorowanie rozpoczętego już (jak podkreślali biegli) porodu pomiędzy godziną 20.40 w dniu 27.02.2006 r. a godziną 8.00 w dniu (...) r. doprowadziło do niedotlenienia okołoporodowego a to w konsekwencji do dziecięcego porażenia mózgowego u małej powódki.

Z tego też względu Sąd orzekł jak w punkcie I wyroku.

Z uwagi na treść umowy ubezpieczenia łączącej (...) w W. z (...) S.A., w ocenie Sądu odpowiedzialność gwarancyjną za skutki powyższego zdarzenia ponosi także (...) S.A.

2. Zdaniem Sądu trzem pozostałym pozwany odpowiedzialności takiej przypisać nie można.

Pozwany J. G. (1) według powódki winien odpowiadać jako lekarz ginekolog, który prowadził matkę w trakcie ciąży, m.in. podejmował decyzje o hospitalizacji i następnie o zwolnieniu matki ze szpitala (niewłaściwą jak stwierdzono w pozwie) w 36 tygodniu ciąży a jednocześnie pełnił funkcję ordynatora pozwanego ad 1.

W ocenie Sądu materiał dowodowy zebrany w sprawie nie wskazuje na uchybienia w działaniach podjętych przez tego pozwanego w okresie w którym prowadził ciążę M. L.. Taka ocena nie mogła być dokonana w oparciu o zeznania świadków i stron oraz dokumentację medyczną, zaś biegli z (...) Uniwersytetu Medycznego jednoznacznie stwierdzili w opinii pisemnej sporządzonej w sprawie, że przebieg pierwszej ciąży u pacjentki M. L. do chwili przyjęcia do szpitala w dniu 27.02.2006 r. był prawidłowy i nie stwierdzili żadnych uchybień w działaniach lekarza prowadzącego ciążę –J. G. (1).

Powódka nie wykazała także, iż lekarz ten ponosi odpowiedzialność za błędy popełnione w okresie pomiędzy 27.02.2006 r. godziną 20.40 a (...) r. godziną 8.00. W ocenie Sądu zaś brak dodatkowo normatywnej konstrukcji umożliwiającej przypisanie tejże odpowiedzialności z tej tylko przyczyny, iż pozwany sprawował funkcję ordynatora oddziału na którym toczył się poród.

Pozwany G. W. miał odpowiadać jako lekarz ginekolog, który przyjmował poród i jest odpowiedzialny za podjęcie decyzji o przeprowadzeniu porodu z zastosowaniem metody użycia próżnościągu oraz za sposób przeprowadzenia porodu. Pozwany G. W. przejął opiekę nad rodzącą około godziny 10.00 -10.10 i po chwili dokonał przebicia pęcherza płodowego. Natychmiast polecił podłączenie KTG, jednak ze względu na częste zmiany pozycji pacjentki nakazał odłączenie KTG (monitorowanie trwało pomiędzy 10.18 a 10.45) i podjął decyzję o osłuchiowaniu tętna płodu po każdym skurczu macicy. O godzinie 11.00 rozpoczął się II okres porodu. O godzinie 11.25 ze względu na zwolnienie tętna płodu do poziomu 50-80/ min. lekarz zdecydował o skróceniu II okresu porodu przy pomocy wyciągacza próżniowego i zakończył w ten sposób poród o godzinie 11.30.

Zdaniem biegłych po zwolnieniu akcji serca u dziecka wystąpiła konieczność natychmiastowego urodzenia dziecka i lekarz prawidłowo wykonał zabieg przy użyciu stosowanego w tego rodzaju sytuacjach wyciągacza próżniowego.

Także w tym przypadku biegli nie dopatrzili się w działaniach lekarza podjętych pomiędzy godzinami 10.10 a 11.30 nieprawidłowości.

Ostatnia z pozwanych H. K. - lekarz pediatra, która zajmowała się dzieckiem po porodzie, miała wedle twierdzeń pozwu przede wszystkim zaniechać niezwłocznej reakcji i podjęcia akcji ratunkowej po porodzie, pomimo krytycznego stanu powódki. Tymczasem biegli z (...) Uniwersytetu Medycznego stwierdzili, że od momentu urodzenia dziecka postępowanie neonatologów (w tym pozwanej H. K.) zarówno na sali porodowej jak i na oddziale było prawidłowe, zgodne ze stanem dziecka, ogólnie przyjętymi standardami, rekomendacjami i najnowszą wiedzą medyczną. Nb. w ostatniej fazie procesu w tym zakresie powódka w ogóle nie kwestionowała opinii biegłych przyznając ostatecznie, że prawidłowość zachowania pozwanej H. K. w okresie pomiędzy godzinami 11.30 a 16.30 w dniu (...) r. nie może być kwestionowana.

Mając wszystkie powyższe okoliczności na uwadze Sąd oddalił powództwo w stosunku do pozwanych J. G. (1), G. W. i H. K., o czym orzeczono w punkcie II wyroku.

(...)

(...)

(...)

W-w, 9.01.2014 r.