

Sygn. akt I C 1112/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 marca 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Rafał Wagner

Protokolant: sekretarz sądowy Justyna Chojecka

po rozpoznaniu w dniu 14 marca 2019 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z **powództwa A. E. (1)**

przeciwko **Szpitalowi (...) im. ks. A. M. Samodzielnemu Publicznemu (...) z siedzibą w W.**

o odszkodowanie i zadośćuczynienie

I. oddala powództwo;

II. odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego;

III. nieuiszczone koszty sądowe przejmują na rachunek Skarbu Państwa;

IV. przyznaje radcy prawnemu U. J. ze środków Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie wynagrodzenie w kwocie 10 800 zł (dziesięć tysięcy osiemset złotych) podwyższone o należny podatek od towarów i usług tytułem pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu.

Sygn. akt **I C 1112/16**

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 31 października 2016 r. (data stempla pocztowego) A. E. (1), reprezentowana przez pełnomocnika z urzędu, domagała się:

I. zasądzenia od pozwanego Szpitala (...) im. ks. A. M. (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w W. na swoją rzecz kwoty 400 000 zł wraz z odsetkami za opóźnienie w wysokości ustawowej: od kwoty 300 000 zł od dnia 9 października 2015 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 100 000 zł od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku ze śmiercią jej córki A. E. (2) w dniu 18 marca 2015 r. na skutek zawinonego błędu lekarskiego personelu medycznego pozwanego Szpitala;

II. zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz kwoty 50 000 zł wraz z odsetkami za opóźnienie w wysokości ustawowej od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty tytułem odszkodowania;

a także zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz zwrotu poniesionych przez nią kosztów postępowania, zgodnie ze złożonym na rozprawie spisem kosztów i przyznanie na rzecz powódki kosztów pomocy prawnej w wysokości uzasadnionych wydatków oraz kosztów zastępstwa procesowego w wysokości stawki maksymalnej powiększonej o należny podatek VAT. Jednocześnie złożone zostało oświadczenie, że koszty te nie zostały pokryte w całości ani w części. Nadto strona powodowa wniosła o nieobciążanie powódki kosztami postępowania, bez względu na wynik postępowania w sprawie, na zasadzie art. 102 i 103 k.p.c. (pozew – k. 2-11).

W dniu 28 grudnia 2016 r. (data stempla pocztowego) pozwany Szpital (...) im. ks. A. M. (...) Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (odpowiedź na pozew – k. 85-87).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

A. E. (1) podczas swojej jedenastej ciąży odbyła 3 wizyty w poradni. Ciężarna miała obciążony wywiad położniczy – była to jej jedenasta ciąża, z których cztery zakończyły się niepowodzeniem. Pierwszy poród miał miejsce w 1995 r. – zakończył się porodem siłami natury dziecka o wadze 2800 g, drugi odbył się w 1996 r. – poród siłami natury dziecka o wadze 2800 g, kolejny w 1999 r. – poród siłami natury dziecka martwego z wodogłowiem, w 2000 r. – poród siłami natury dziecka martwego z powodu przedwczesnego oddzielenia się łożyska, w 2001 r. – poród cięciem cesarskim w 28. tygodniu ciąży z powodu zagrażającej zamartwicy płodu, w 2005 r. – poród siłami natury dziecka o wadze 3350 g, w 2008 r. – poród siłami natury dziecka o wadze 3200 g, w 2009 r. – poród siłami natury dziecka o wadze 3380 g, w 2009 r. – poród siłami natury dziecka martwego (przedwczesne odpływanie płynu owodniowego), w 2013 r. – poród siłami natury dziecka o wadze 3400 g. Z uwagi na zagrożenie przedwczesnym porodem z powodu tzw. niewydolności szyjki macicy, A. E. (1) założono pessar szyjkowy.

W dniu 15 marca 2015 r., będąc w 28. tygodniu ciąży, A. E. (1) zgłosiła się do Szpitala (...) im. ks. A. M. przy ul. (...) w W.. Bezpośrednim powodem przyjęcia do Szpitala było zaobserwowanie zaburzeń tętna płodu pod postacią tachykardii na poziomie 170-180/min z okresowymi zwolnieniami tętna do około 80/min. W chwili przyjęcia stwierdzono obecność zapalnej wydzieliny w kanale szyjki macicy – pobrano wymaz z kanału szyjki. Wdrożono obserwację, podano leki hamujące skurcze macicy, sterydy mając na celu przyspieszenie dojrzewania płuc płodu (C.), antybiotyk z powodu przewidywania możliwości zakażenia wewnątrzmacicznego (B.). Zlecono badania laboratoryjne w kierunku infekcji pod postacią: morfologii krwi z rozmazem białokrwinkowym, (...), badania układu krzepnięcia, elektrolity, WR, HIV, przeciwciała HCV. Podjęto kontrolę stanu wewnątrzmacicznego płodu (KTG). Przy przyjęciu określono położenie płodu jako podłużne-główkowe.

W dniu 16 marca 2015 r. wykonano USG z badaniem przepływów w naczyniach płodu – nie stwierdzono nieprawidłowości.

W dniu 18 marca 2015 r. u pacjentki rozpoczęła się samoistna czynność skurczowa macicy. Około godziny 15:30 poproszono lekarzy neonatologów do porodu dziecka. Przeprowadzono poród drogami i siłami natury, który o godzinie 15:50 doprowadził do urodzenia niedojrzałego noworodka o wadze 1400 g i długości 42 cm. Stan noworodka oceniono na skrajnie ciężki – 1 pkt w skali A.. Bezpośrednio po porodzie przeprowadzono stymulację dotykową, odessano wydzielinę z dróg oddechowych, rozpoczęto wentylację aparatem N.. Nie uzyskano poprawy stanu ogólnego noworodka. Akcja serca utrzymywała się poniżej 50 uderzeń na minutę, stwierdzono u dziecka brak własnego napędu oddechowego. Saturacja krwi znajdowała się na poziomie 25-30%, obserwowano narastającą sinicę centralną.

W 2 minucie życia dziecka podjęto próbę intubacji noworodka rurką intubacyjną nr 2. Osluchowo stwierdzono utrzymywanie się nieprawidłowego szmeru oddechowego nad polami płucnymi. Podjęto decyzję o przeintubowaniu dziecka przez usta rurką intubacyjną nr 2,5. Nie uzyskano poprawy parametrów życiowych. Wentylację prowadzono aparatem N.. Rozpoczęto pełną resuscytację krążeniowo-oddechową. Wykonywano masaż serca zewnętrzny, bez efektu. W 3 minucie życia podano 0,3 ml Adrenaliny dotchawiczo. Nie uzyskano poprawy akcji serca dziecka. Podjęto próbę założenia kaniuli do żyły pępowinowej, bez efektu. Prowadzono nadal wentylację N. i masaż zewnętrzny serca. Pobrano krew pępowinową do badania równowagi kwasowo-zasadowej – uzyskany wynik badania wykluczył kwasicę wewnątrzmaciczną (niedotlenienie wewnątrzmaciczne) u noworodka. W 5 minucie życia podano kolejną dawkę Adrenaliny 0,3 ml do rurki intubacyjnej, bez efektu. Około 8 minuty życia założono dostęp obwodowy, podano dożylnie Adrenalinę w dawce 0,5 ml w odstępach 5 minutowych trzykrotnie. Nad polami płucnymi brak było prawidłowego szmeru oddechowego, wobec czego podjęto decyzję o ponownym przeintubowaniu dziecka. Po zaintubowaniu przez lekarza anestezjologa nadal brak było prawidłowego szmeru pęcherzykowego nad polami

płucnymi. Czynności resuscytacyjne prowadzono przez 30 minut, nie uzyskując poprawy parametrów życiowych dziecka.

Próby intubacji i napowietrzania płuc noworodka nie skończyły się powodzeniem. Wobec braku efektów wykonywanych przez 45 minut czynności resuscytacyjnych odstąpiono od dalszych resuscytacji. O godzinie 16:35 stwierdzono zgon dziecka.

W badaniu autopsyjnym dziecka powódki, przeprowadzonym w dniu 24 marca 2015 r., nie stwierdzono niedotlenienia wewnątrzmacicznego oraz oznak uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego – nie doszło do mechanicznego urazu ośrodkowego układu nerwowego podczas porodu. W płycie owodniowej, błonach płodowych i pępowinie zaobserwowano obfity odczyn zapalny. Stwierdzono zapalenie wewnątrzmaciczne płuc.

(dowód: dokumentacja medyczna: karta informacyjna leczenia szpitalnego – k. 97-98; karta noworodka – k. 23-25; historia położnicza – k. 99-120; protokół badania autopsyjnego nr 1/15 – 47-49; wynik badania histopatologicznego – k. 133; indywidualna karta obserwacji pielęgniarstwa- k. 122-127; indywidualna karta zleceń lekarskich – k. 128-131; opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – dr n. med. M. W. – k. 193-197, opinia uzupełniająca – k. 242-246; opinia biegłego z zakresu neonatologii – dr n. med. A. Z. – k. 219-225, opinia uzupełniająca – k. 256-258).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych wyżej dokumentów, których autentyczności i zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy nie kwestionowała żadna ze stron procesu. Zwłaszcza zawarta w aktach sprawy dokumentacja medyczna pozwoliła na zrekonstruowanie przebiegu świadczeń medycznych udzielonych A. E. (1) w dniach od 15 marca do 18 marca 2015 r. oraz jej dziecku w dniu 18 marca 2015 r.

Ponadto Sąd podzielił w całej rozciągłości wnikliwie i szczegółowe opinie biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa – dr n. med. M. W. i z zakresu neonatologii – dr n. med. A. Z.. Opinie te zostały sporządzone przez kompetentne osoby, posiadające dużą wiedzę zarówno teoretyczną, jak i praktyczną z zakresu będącego ich przedmiotem, a nadto zostały wydane na podstawie analizy akt sprawy. Zastosowane metody pozwoliły określić czy Szpital dopuścił się błędów w sztuce medycznej. Przedmiotowe opinie odpowiadały wymaganiami określonym w Kodeksie postępowania cywilnego, a nadto – wbrew twierdzeniom strony powodowej – nie zachodziły żadne powody osłabiające zaufanie do wiedzy, kompetencji, doświadczenia czy bezstronności sporządzających je biegłych.

Sąd na rozprawie w dniu 14 marca 2019 r. oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka S. S. – córki powódki, albowiem wniosek ten był oczywiście spóźniony.

Sąd oddalił również wniosek o dopuszczenie dowodu z ustnych wyjaśnień złożonych na piśmie opinii biegłych, dowodu z opinii innych biegłych, w tym z zakresu psychiatrii, a także wniosek o przesłuchanie powódki w charakterze strony (postanowienie – k. 249v, nagranie: 00:10:34 – 00:12:11). W ocenie Sądu zgromadzony dotychczas materiał dowodowy, w szczególności w świetle sporządzonych opinii, pozwalał na wydanie merytorycznego rozstrzygnięcia w sprawie, a przeprowadzenie wnioskowanych dowodów prowadziłyby jedynie do zwłoki w rozpoznaniu przedmiotowej sprawy (art. 217 § 3 k.p.c.). Ponadto, zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem, przepis art. 286 k.p.c. nie stanowi podstawy do przyjęcia, że sąd jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnego biegłego (lub kolejnych biegłych) w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony domagającej się uzupełnienia postępowania dowodowego. Samo niezadowolenie strony z przygotowanego już opracowania eksperta nie jest dostatecznym powodem do przyjęcia, że sąd powinien zasięgnąć opinii kolejnego biegłego, tej samej specjalności. W orzecznictwie wskazuje się konsekwentnie, że nie uzasadnia prowadzenie kolejnego dowodu z opinii innego biegłego przekonanie strony, że „nowa” opinia pozwoli na udowodnienie korzystnej dla niej tezy (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 14 kwietnia 2015 r., sygn. akt I ACa 119/15, LEX nr 1712675). Z kolei dowód z przesłuchania stron ma charakter posiłkowy, gdyż dopuszczalność jego przeprowadzenia powstaje tylko wówczas, gdy za pomocą innych środków dowodowych nie można dojść do wyjaśnienia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 299 k.p.c.). Subsydiarny charakter dowodu z przesłuchania stron powoduje zatem, że dowód ten powinien być dopuszczony dopiero po przeprowadzeniu pozostałych dowodów w sprawie i tylko co do faktów, które w ten sposób nie zostały jeszcze wyjaśnione. Jeżeli zatem fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy zostały wyjaśnione w toku dotychczasowego

postępowania dowodowego, to brak jest podstaw do przesłuchania stron (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 18 sierpnia 1982 r., sygn. akt I CR 258/82, Legalis nr 23281).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie było uzasadnione i podlegało oddaleniu w całości.

Powódka za podstawę swoich żądań uczyniła błędne decyzje terapeutyczne personelu medycznego pozwanego Szpitala, polegające na zaniechaniu wykonania w trybie natychmiastowym rozwiązania jej ciąży przez cesarskie cięcie oraz brak przeprowadzenia prawidłowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej jej nowonarodzonego dziecka.

Zgodnie z treścią art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłanki odpowiedzialności deliktowej w świetle przywołanego przepisu stanowią zatem wina, szkoda oraz normalny związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem sprawczym wywołującym szkodę a tą szkodą.

Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego lub też – w stosunku do lekarza oraz personelu medycznego – naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania, występował zakaz zaniechania lub też zakaz spowodowania skutku, który przez zaniechanie mógłby być spowodowany. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej – wyrażać się w niewiedzy lekarza (personelu medycznego), nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy czy też personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez wskazane podmioty. Obowiązkiem całego personelu Szpitala jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody, a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej. Przypisanie takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do treści art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce.

Zgłoszone przez stronę powodową żądanie należało zatem zbadać w kontekście zaistnienia błędów medycznych. Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, mianowicie jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54; OSN 1957/7). Na lekarzu (personelu medycznym) spoczywa bowiem szczególny obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny w wielu sferach nauka ta pozostaje w dalszym ciągu bezsilna. Podnosi się, że obowiązująca wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień nastąpienia błędu, w żadnym wypadku – na dzień wyrokowania, ponieważ możliwa jest sytuacja, w której w okresie między wystąpieniem błędu medycznego a wyrokowaniem powstały nowe rozwiązania, które mogłyby zapobiec powstaniu błędu. Błąd medyczny jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza (personelu medycznego) i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to odpowiada tendencjom panującym powszechnie w nauce i orzecznictwie innych państw, które wyłączają z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza (personelu medycznego) nie dotyczące sfery fachowej: diagnozy i terapii, lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym

wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Sąd Najwyższy, oceniając na tle poszczególnych stanów faktycznych kwestię cywilnej odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu odwołuje się do trzech typów (kategorii) błędu, wyróżnionych w oparciu o kryterium czynności, w związku z podjęciem których dochodzi do błędu medycznego. Wyliczyć zatem należy błąd rozpoznania (tzw. diagnostyczny), błąd prognozy (rokowania) oraz błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Ustalenie winy lekarza (personelu medycznego) w procesie diagnostycznym wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Opinią biegłych Sąd nie jest co prawda związany w zakresie zastrzeżonym do wyłącznej kompetencji Sądu, mianowicie co do oceny, czy zachowanie lekarza (personelu medycznego) było obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Jeżeli zachowanie lekarza (personelu medycznego) odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza (personelu medycznego), przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza (personelu medycznego) należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres kształcenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinięciu lekarza (personelu medycznego) może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 marca 2014 r., sygn. akt I ACa 1274/13).

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenia pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współzycia społecznego. Wśród nich mieści się działanie zgodne ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, zacząć należy od tego, że zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia miała ocena postępowania lekarzy pozwanego Szpitala w zakresie procesu diagnostycznego oraz decyzji terapeutycznych względem powódki i nowonarodzonego dziecka w dniach od 15 marca 2015 r. do 18 marca 2015 r., a więc od dnia przyjęcia powódki do Szpitala do dnia porodu.

Na potrzeby rozstrzygnięcia o odpowiedzialności cywilnej strony pozwanej należało w pierwszej kolejności odpowiedzieć na pytanie, czy stan powódki w chwili przyjęcia jej do szpitala i przeprowadzona diagnostyka dawały podstawy do wykonania w trybie natychmiastowym rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie.

W pierwszej kolejności zaznaczyć należy, że bieżąca ciąża A. E. (1) była jej jedenastą z kolei ciążą, zagrożoną porodem przedwczesnym z powodu niewydolności cieśniowo-szyjkowej. W przypadku stwierdzenia niewydolności szyjki macicy zaleca się bardzo wycieczny tryb życia, a gdy szyjka otwiera się nadal – stosuje się założenie pessara szyjkowego lub zaszywanie szyjki szwem. Powódka miała założony pessar szyjkowy, którego celem było przyjmowanie na siebie części obciążeń wynikających z noszenia ciąży. Założenie pessara może jednak doprowadzić do skolonizowania pessara mikroorganizmami (bakteriami, grzybami), co prowadzi do stanów zapalnych pochwy lub pochwy i szyjki macicy, które może spowodować zakażenie wewnątrzmaciczne płodu.

U powódki, w chwili przyjęcia, zaobserwowano zaburzenia tętna płodu pod postacią tachykardii, stwierdzono obecność zapalnej wydzieliny w kanale szyjki macicy i wykonano szereg badań diagnostycznych. Mając na uwadze niedojrzałość ciąży powódki, podano leki hamujące skurcze macicy, antybiotyk z powodu przewidywania możliwości zakażenia wewnątrzmacicznego oraz leki mające na celu przyspieszenie dojrzewania płuc płodu (C.), co stanowiło przygotowanie do ewentualnego porodu przedwczesnego i zwiększenie szans noworodka na przeżycie.

Ciężarna otrzymała więc pełen kurs sterydowy i zlecona została pełna diagnostyka typowo stosowana w podobnych przypadkach, jednocześnie przygotowując płód do urodzenia się przedwcześnie.

Wdrożone postępowanie wypełnia kryteria prawidłowego postępowania diagnostycznego w przypadkach zagrożenia bardzo niedojrzałej ciąży jak u powódki, co potwierdził w swej opinii biegły lekarz specjalista ginekologii i położnictwa. Powódka posiadała też wskazania do porodu siłami natury, takie jak: ciąża pojedyncza, położenie płodu podłużne – główkowe oraz brak innych wskazań położniczych i pozapolożniczych do wykonania cesarskiego cięcia. U powódki nie stwierdzono oznak niewydolności łożyska czy konfliktu pępowinowego. W okolicznościach niniejszej sprawy należy stwierdzić, że postępowanie przedporodowe i śródporodowe wypełnia zasady prawidłowego postępowania.

Wbrew twierdzeniom strony powodowej, w chwili przyjęcia ciężarnej do szpitala, przeprowadzona diagnostyka nie dawała podstaw do wykonania w trybie natychmiastowym rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie. Wcześniejsze rozwiązanie cesarskim cięciem byłoby działaniem niekorzystnym z punktu widzenia płodu, bowiem nie został on jeszcze przygotowany do porodu podaniem leków sterydowych. Szanse na przeżycie płodu, z uwagi na większą niedojrzałość płuc, byłyby niższe niż po podaniu leków sterydowych. Zakończenie ciąży u powódki cesarskim cięciem nie miałoby żadnego korzystnego wpływu na noworodka, natomiast mogłoby wiązać się z licznymi zagrożeniami dla ciężarnej matki, co jednoznacznie potwierdził w swojej opinii dr. n. med. M. W..

W tym miejscu należy wskazać na specyfikę i podłoże problemów zdrowotnych dzieci urodzonych przedwcześnie, do których w uzupełniającej pisemnej opinii szeroko odniósł się lekarz neonatolog – dr n. med. A. Z.. Wyjaśnić należy, że wcześniakiem jest dziecko urodzone przedwcześnie, tj. między 22. a 37. tygodniem ciąży. Poród przed 28. tygodniem ciąży określany jest mianem skrajnego wcześniactwa i powoduje powikłania w sferze niedojrzałości narządowej dziecka. Noworodki najmniej dojrzałe przy urodzeniu, a więc urodzone pomiędzy 22. a 28 tygodniem ciąży, zwykle walczą z niewydolnością oddechową. Ich płuca nie zdążyły się na tyle rozwinąć, aby zapewnić sprawną wymianę gazową. Niemowlęta urodzone przedwcześnie lub z małą masą urodzeniową ciała, narażone są na liczne komplikacje z racji odrębności patofizjologicznych. Rokowania dla noworodków z bardzo niską masą urodzeniową (< 1500 g) oraz ekstremalnie niską masą urodzeniową (< 1000 g) są niepewne. U dzieci urodzonych przed terminem najczęstszym bezpośrednim następstwem porodu przedwczesnego są trudności w oddychaniu, które są tym bardziej nasilone, im krótszy był czas trwania ciąży. Każde nieuzasadnione skrócenie czasu trwania ciąży, w przypadku skrajnie niedojrzałego noworodka, może mieć niekorzystny wpływ na rokowanie bezpośrednio po porodzie i wczesnym okresie noworodkowym oraz na dalszy rozwój dziecka. Przedwczesne urodzenie i dalszy rozwój w нефизjologicznych warunkach powodują, że możliwe są powikłania specyficzne dla noworodków urodzonych przedwcześnie, które u noworodków urodzonych o czasie albo w ogóle nie występują, albo występują sporadycznie. Aktualne poglądy w sposób jednoznaczny wskazują, że niska masa płodu (< 1500 g) nie powinna być jedynym wskazaniem do zakończenia porodu przedwczesnego drogą cięcia cesarskiego, albowiem takie postępowanie nie poprawia rokowania dla przeżycia noworodka.

W niniejszej sprawie poród powódki nastąpił w 28. tygodniu ciąży. Noworodek urodził się z cechami tzw. skrajnego wcześniactwa. Jego układ oddechowy był skrajnie niedojrzały, pozbawiony substancji powierzchniowo czynnej, co uniemożliwiało utrzymanie powietrzności płuc. Noworodek urodził się bez własnego napędu oddechowego w stanie ogólnym ciężkim, o czym świadczy ocena poporodowa 1, 1, 1 punkt w skali A., przyznana za pojedyncze uderzenie serca.

Wbrew zarzutom strony powodowej, zespół, który przeprowadził postępowanie resuscytacyjne nie popełnił błędów. Wszystkie czynności wykonane bezpośrednio po porodzie były wykonane zgodnie z obowiązującymi standardami. Decyzja o podjęciu wentylacji noworodka skrajnie niedojrzałego aparatem N. nie budzi zastrzeżeń. Lekarz prowadzący resuscytację noworodka ma prawo wybrać sposób prowadzenia wentylacji. Postępująca sinica centralna u noworodka mogła świadczyć o nieskuteczności zastosowania urządzenia do przeprowadzenia wentylacji N., nie ze względu na błąd w wyborze metody wentylacji, lecz z powodu występowania licznych dodatkowych uwarunkowań, które spowodowały, że wentylacja mechaniczna okazała się nieskuteczną. Decyzja odnośnie zastosowania aparatu N. była uzasadniona, albowiem zapewniała bezpieczeństwo prowadzonej wentylacji poprzez możliwość kontroli ciśnienia wdechowego (PIP) oraz ustawienia końcowego ciśnienia wydechowego (PEEP). Zdaniem biegłego lekarza

neonatologa prowadzenie wentylacji aparatem N. zapewniało skuteczną i bezpieczną wentylację, co przy skrajnie niedojrzałej tkance płucnej jest szczególnie ważne. Wentylacja aparatem (...) stwarza bowiem ryzyko używania zbyt wysokich ciśnień wdechowych, co może skutkować pękaniem przegród między pęcherzykowych, w przypadku skrajnie niedojrzałej tkanki płucnej. Prowadzenie wentylacji za pomocą worka samorozprężalnego typu (...) nie wpłynęłoby w sposób istotny na poprawę warunków utlenienia krwi noworodka, albowiem to nie rodzaj użytego sprzętu do wentylacji mechanicznej, a schorzenie pierwotne, stanowiły przyczynę niemożności prawidłowej wentylacji tkanki płucnej, a co za tym idzie zapewnienia upowietrznienia płuc. W przypadku dziecka powódki nie było możliwości zastosowania innego rodzaju metod wentylacji, jak maska twarzowa, a następnie intubacja dotchawicza, co wynikało z niskiego wieku ciążowego noworodka oraz bardzo ciężkiego stanu ogólnego bezpośrednio po porodzie.

Podobnie przeintubowanie dziecka rurką o większym rozmiarze, w sytuacji, kiedy wentylacja wydaje się być nieskuteczna, jest prawidłowym postępowaniem terapeutycznym. Decyzja o zmianie rurki intubacyjnej nie była niepotrzebnie opóźniona. Również czas podania Adrenaliny w 3 minucie od rozpoczęcia czynności resuscytacyjnych był prawidłowy, zgodny z zaleceniami (...) (dalej: (...)). Wykorzystano do tego celu jedyną możliwą w danej chwili drogę podania leku, czyli dotchawiczą. Była ona dopuszczalna do zastosowania przez (...). Dawki leku i sposób podania były prawidłowe. Czynności resuscytacyjne prowadzone były wystarczająco długo (45 minut), dłużej niż zalecają standardy postępowania. Wszystkie czynności wykonane bezpośrednio po porodzie były wykonane zgodnie z obowiązującymi standardami.

U noworodka wykluczono też kwasicę wewnątrzmaciczną (niedotlenienie wewnątrzmaciczne) oraz nie stwierdzono oznak uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, a więc nie doszło do mechanicznego urazu ośrodkowego układu nerwowego podczas porodu. W żadnym momencie obserwacji, co potwierdzili biegli w swoich opiniach, nie zaistniała sytuacja, w której należałoby wdrożyć inne działania, niż miało to miejsce w stanie faktycznym. Poród dziecka powódki został przeprowadzony prawidłowo. Noworodek nie podjął własnego oddechu, jak również nie udało się wykonać sztucznego napowietrzenia jego płuc, co stało się bezpośrednią przyczyną zgonu. Sekcja zwłok nie dostarczyła też dowodu do stwierdzeń, że zakończenie ciąży cesarskim cięciem miałoby korzystny wpływ na noworodka i spowodowałoby jego narodziny w innym stanie.

Mając na uwadze powyższe rozważania, nie sposób zgodzić się z twierdzeniami strony powodowej, że bezpośrednią przyczyną śmierci dziecka była źle przeprowadzona intubacja, a pośrednią brak odpowiednio wczesnej reakcji personelu (zaniechanie natychmiastowego rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie). Ocena zarzutów doprowadziła do konstatacji, że nie została spełniona przesłanka odpowiedzialności cywilnej w postaci zawinionego, niezgodnego z zasadami sztuki medycznej działania personelu pozwanego Szpitala. Należało więc stwierdzić, że postępowanie lekarzy nie było obarczone błędem i nie doszło po ich stronie do zaniedbań skutkujących zgonem nowonarodzonego dziecka.

Opinie biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa oraz neonatologii, dopuszczone i przeprowadzone w niniejszym postępowaniu jednoznacznie wskazują, że zarówno działania personelu medycznego pozwanego Szpitala mające na celu przedłużenie czasu trwania ciąży, jak i podjęte po porodzie postępowanie resuscytacyjne dziecka, były działaniami słusznymi. Decyzje opóźniające poród służyły zapobieżeniu temu, co ostatecznie nastąpiło, a więc śmierci dziecka z uwagi na jego niedojrzałość. Sąd podziela ustalenia biegłych, że z perspektywy położnictwa czy ginekologii więcej dla tego dziecka w tym przypadku nie można było zrobić.

Z powyższych względów powództwo, z uwagi na niespełnienie przesłanek odpowiedzialności cywilnej pozwanego Szpitala, należało oddalić w całości, o czym orzeczono w punkcie I sentencji wyroku.

W punkcie II wyroku Sąd orzekł o nieobciążeniu powódki kosztami postępowania w sprawie. Zgodnie z art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Podkreślenia wymaga, iż zastosowanie przez Sąd orzekający art. 102 k.p.c. powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należy zaliczyć zarówno fakty związane

z samym przebiegiem procesu, jak i fakty nie mające bezpośredniego związku z toczącym się postępowaniem, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego (sytuacji życiowej). Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 30 lipca 2015 r., sygn. akt I ACa 279/15).

W toku postępowania o sygn. I Co 164/16 prowadzonego przed tut. Sądem, strona powodowa została zwolniona od kosztów sądowych w całości, z uwagi na niemożność pokrycia kosztów związanych ze wszczęciem niniejszego postępowania. Stan majątkowy powódki do chwili obecnej nie uległ zmianie. W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, iż zastosowanie art. 102 k.p.c. ze względu na sytuację majątkową strony, które może występować jedynie wówczas, gdy znajduje się ona w wyjątkowo trudnej sytuacji majątkowej, a wytaczając powództwo, była subiektywnie przeświadczona o słuszności dochodzonego roszczenia (por. postanowienia SN: z dnia 3 lutego 2011 r., sygn. akt I CZ 171/10; z dnia 11 sierpnia 2010 r., sygn. akt I CZ 51/10; z dnia 19 września 2013 r., sygn. akt I CZ 183/12; z dnia 5 lipca 2013 r., sygn. akt IV CZ 58/13; z dnia 17 kwietnia 2013 r., sygn. akt V CZ 124/12).

Mając na uwadze charakter sprawy (poszukiwanie ochrony prawnej na podstawie twierdzenia o błędzie w sztuce medycznej) i jej szczególne okoliczności, które wyświetlone zostały dopiero wskutek wydania przez biegłych specjalistów opinii lekarskich, zasadne jest nieobciążanie powódki tymi kosztami (postanowienie zawarte w punkcie II wyroku).

Nieuiszczone przez powódkę koszty sądowe Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa w oparciu o art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 623), o czym orzekł w punkcie III wyroku.

Sąd w punkcie IV wyroku, na podstawie § 8 pkt 7) w zw. z § 4 ust. 1, 2 i 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. z 2015 r. poz. 1805), przyznał radcy prawnemu U. J. ze środków Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie wynagrodzenie w kwocie 10 800 zł podwyższone o należny podatek od towarów i usług tytułem pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu. Przyznane wynagrodzenie znajduje się w granicach ustalonych przez § 8 pkt 7) i § 4 ust. 1 i 2 wskazanego rozporządzenia.

Mając powyższe na względzie Sąd Okręgowy, na podstawie powołanych przepisów, orzekł jak w sentencji wyroku.

SSO Rafał Wagner