

Sygn. akt XXV C 1390/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 listopada 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Paweł Duda

Protokolant: sekretarz sądowy Malwina Szcześniak-Adamczuk

po rozpoznaniu w dniu 6 listopada 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. P. (1)**

przeciwko **Instytutowi (...)** z siedzibą w W.

o odszkodowanie, zadośćuczynienie, rentę i ustalenie

I. oddała powództwo;

II. zasądza od A. P. (1) na rzecz Instytutu (...)

z siedzibą w W. kwotę 11.811,48 zł (jedenaście tysięcy osiemset jedenaście złotych czterdzieści osiem groszy) tytułem zwrotu kosztów postępowania;

III. nakazuje pobrać od A. P. (1) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 5.336,07 zł (pięć tysięcy trzysta trzydzieści sześć złotych siedem groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt XXV C 1390/17

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 6 listopada 2019 r.

Pozwem z dnia 21 lipca 2017 r. A. P. (1) wniosła o zasądzenie od Instytutu (...) z siedzibą w W.:

1) kwoty 123.275,10 zł tytułem odszkodowania, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty,

2) kwoty 500.000 zł tytułem zadośćuczynienia, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty;

3) kwoty 1.040 zł miesięcznie, poczynając od dnia doręczenia pozwu, tytułem renty wyrównawczej z powodu zwiększonych potrzeb, płatnej do dnia 10 każdego miesiąca, wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

a także o:

4) ustalenie odpowiedzialności pozwanego za ewentualną dalszą szkodę, jaka może powstać w przyszłości w związku ze zdarzeniem z dnia 22 lipca 2014 r.

Żądania powyższe powódka wywiodła z tytułu urazu doznanego podczas porodu, który odbyła w nocy z 22 na 23 lipca 2014 r. w szpitalu pozwanego Instytutu. Zdaniem powódki, została ona błędnie zakwalifikowana do porodu siłami natury, podczas gdy waga dziecka wskazywała na makrosomię płodu kwalifikującą ją do zabiegu cesarskiego cięcia. Na skutek porodu naturalnego u powódki doszło do rozerwania spojenia łonowego miednicy, przez co przez wymagała stałej opieki innych osób, konieczne było podjęcie przez nią leczenia i rehabilitacji, w tym m.in. trzykrotnie poddana została leczeniu operacyjnemu (dwie operacje zespolenia spojenia łonowego oraz operacja wyjęcia stabilizującej płytki i śrub). Po porodzie powódka nie była w stanie podjąć pracy zarobkowej do 1 stycznia 2017 r. Na dochodzone przez powódkę odszkodowanie składają się poniesione przez nią koszty leczenia i rehabilitacji, zapewnienia opieki osób trzecich i utracone dochody za okres od 23 października 2014 r. do 31 grudnia 2016 r. (pomniejszone o świadczenia otrzymywane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych). Żądane zadośćuczynienie stanowić ma rekompensatę cierpień powódki i trwałego uszczerbku na zdrowiu doznanych w wyniku urazu. Powódka wskazała, że uraz wywołał w jej życiu trwałe i niekorzystne zmiany polegające na rezygnacji z aktywnych form wypoczynku, pogorszenia relacji z mężem, utraty kontaktów towarzyskich, pogorszenia jej stanu psychicznego. Renty powódka domaga się natomiast z tytułu zwiększonych potrzeb, na które składają się koszty rehabilitacji, konsultacji lekarskich, zabiegów i leków.

Instytut (...) z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa .

W uzasadnieniu pozwany podniósł, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego względem pozwanej. Czynności podejmowane przez personel medyczny pozwanego wobec powódki w związku z porodem w dniu 22 lipca 2014 r. jak i świadczenia zdrowotne udzielane powódce po dniu 22 lipca 2014 r. były zgodne z zasadami sztuki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej i przyjętymi standardami. Dokonana przez lekarzy kwalifikacja powódki do porodu siłami natury była prawidłowa, personel szpitala nie dopuścił się naruszenia obowiązujących procedur ani błędu w sztuce lekarskiej. Poród w drodze naturalnej zakończył się powodzeniem, zaś rozejście spojenia łonowego jest jednym z możliwych powikłań okołoporodowych, które występuje w przypadku od 0,005% do 0,8% żywych urodzeń, niezależnie od masy płodu, jak i sposobu porodu. Niezależnie od tego, pozwany zakwestionował fakt poniesienia przez powódkę szkody w rozmiarze określonym w pozwie oraz interes prawny powódki w żądaniu ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia mogące ujawnić się w przyszłości.

W piśmie procesowym złożonym na rozprawie z dnia 6 listopada 2019 r. powódka wskazała, że rozszerza podstawę faktyczną powództwa w ten sposób, że czynem bezprawnym powodującym odpowiedzialność pozwanego był także brak obowiązujących w szpitalu procedur zapobiegających możliwości wystąpienia powikłań wynikających z przeprowadzenia porodu siłami natury w odniesieniu do pacjentek, u których stwierdzano makrosomię płodu zbliżoną do granicy normy, przy której rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zalecają rozwiązanie ciąży przez cesarskie cięcie.

Pozwany podniósł, że stanowisko powódki zawarte w piśmie procesowym z dnia 6 listopada 2019 r. jest bezzasadne i spóźnione.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W 2014 r. A. P. (1) była w ciąży. Lekarzem prowadzącym jej ciążę był dr T. M., będący zarazem dyrektorem Instytutu (...) w W.. Badaniom USG i KTG powódka poddawała się także u lekarza dr J. K.. Badanie USG z dnia 22 lipca 2014 r., kiedy powódka była w dziewiątym miesiącu ciąży, wykazało szacowaną wagę dziecka na 4.449 g, w opisie badania

wskazano makrosomię płodu, badanie KTG wykazywało nieregularne skurcze. W konsekwencji lekarz zalecił powódce zgłoszenie się do oddziału położniczego (nie w trybie pilnym) (przesłuchanie powódki – k. 585v., wyniki badań – k. 558-563, skierowanie – k. 103)

Po badaniach z dnia 22 lipca (...). A. P. (1) zadzwoniła do położnej K. B., zatrudnionej w Instytucie (...) w W., z którą uprzednio zawarła prywatną umowę o udzielenie opieki w czasie porodu i bezpośrednio po nim w wymiarze ponadstandardowym. Z początku K. B. kazała A. P. (1) wrócić do domu, ale po około 30 minutach oddzwoniła i poleciła przyjechać do szpitala prowadzonego przez Instytut (...) w W.. Powódkę do szpitala zawiózł mąż Ł. P.. W szpitalu A. P. (1) została przyjęta na blok porodowy przez lekarza A. P. (2) o godzinie 20:20. Lekarz ten przyjął od powódki dokumentację medyczną, w tym wyniki badań USG i KTG z dnia 22 lipca 2014 r., przeprowadził wywiad, wykonał badania położnicze, w tym określił wymiary obwodu brzucha i wymiary miednicy, skomentował, że płód jest całkiem duży w porównaniu do wielkości brzucha (dokumentacja medyczna – k. 306-312, zeznania świadków: Ł. P. – k. 501v., A. P. (2) – k. 517, przesłuchanie powódki – k. 586).

W szpitalu Instytutu (...) w W. kwalifikowano ciężarne kobiety do cesarskiego cięcia na podstawie zalecenia lekarza prowadzącego ciążę. W takich przypadkach kwalifikacji dokonywano w okolicach 36 tygodnia ciąży, wyznaczając termin porodu. Decyzję o przeprowadzeniu cesarskiego cięcia mógł też podjąć dyżurujący na oddziale położniczym lekarz, w zależności od przebiegu porodu. Powódka nie została zakwalifikowana do porodu przez cesarskie cięcie (zeznania świadków: M. J. – k. 516v., A. P. (2) – k. 517v.).

A. P. (1) została skierowana do sali jednoosobowej (odpłatnej). Czuli się dobrze, a towarzyszący jej mąż Ł. P. zostawił ją pod opieką położnej K. B. i pojechał do domu po jej rzeczy. Powódce założono wenflon z płynem wieloelektrolitowym, bez lekarstwa, zaczęła odczuwać bóle, na polecenie położnej skakała na piłce, a potem położyła się na łóżku. K. B. wykonała badanie palpacyjne kości miednicy, po którym A. P. (1) poszła do toalety, gdzie samoczynnie odeszły jej wody płodowe. Powódka wróciła do sali porodowej, powiedziała położnej o odczuwanym bólu, poprosiła o znieczulenie zewnątrzoponowe, które wykonał lekarz anestezjolog (zeznania świadków: M. J. – k. 516v., K. B. – k. 518, E. H. – k. 585v., Ł. P. – k. 501v., przesłuchanie powódki – k. 586).

W trakcie prowadzonego porodu A. P. (1) nacięto krocze, co jest standardowym postępowaniem służącym ochronie narządów rodnych kobiety i główki dziecka. U powódki wystąpił ponadstandardowy krwotok z jednego naczynia krwionośnego, z tej przyczyny został jej założony dodatkowy szew jeszcze przed wydalaniem łożyska. Wystąpiło też u niej krwawienie ze względu na pęknięcie szyjki macicy. W trakcie porodu położna naciskała na dno krocza rodzącej powódki. Do pewnego momentu poród przebiegał sprawnie i typowo, główka dziecka zstępowała w kanale rodnym. Nie zachodziła potrzeba przeprowadzenia cesarskiego cięcia (dokumentacja medyczna - k. 310, zeznania świadków: M. J. – k. 515-516v., K. B. – k. 517v.).

W pewnym momencie zaobserwowano, że rodzące się dziecko napotkało opór. K. B. poprosiła o pomoc inną położną i razem przytrzymały nogi A. P. (1) w większym rozkroku. Rodząca usłyszała odgłos trzaśnięcia. Doszło wówczas do rozejścia spojenia łonowego miednicy. Cały poród trwał łącznie sześć godzin, skończył się trzynastą minutą po północy 23 lipca. Po porodzie powódka trzymała przez kilka minut nowo narodzonego syna, po czym został on zabrany do innej sali w celu przeprowadzenia pierwszych badań. Następnie powódce zszyto krocze, co trwało do 2-3 godziny w nocy. Noworodek urodził się zdrowy, otrzymał 10 punktów wg. skali Apgar, ważył 4.340 g. (opis porodu w dokumentacji medycznej – k. 309-311, zeznania świadka M. J. – k. 516v., przesłuchanie powódki – k. 586).

Po około dwóch godzinach od urodzeniu dziecka A. P. (1) zaczęła bardzo boleć kość ogonowa, nie była w stanie sama wstać. Lekarz dyżurująca M. J. stwierdziła, że mogło wystąpić u powódki rozejście spojenia łonowego. Zalecono powódce leżenie na boku, przewieziono ją do innej części budynku w celu zrobienia zdjęcia rentgenowskiego, które wykazało rozsunięcie się spojenia. O tym podejrzeniu powiedział powódce lekarz prowadzący jej ciążę T. M.. Powódka została przeniesiona na oddział intensywnej opieki medycznej (OIOM), założono jej cewnik. W tym czasie jej dziecko przebywało na oddziale neonatologicznym (zeznania świadka K. B. – k. 517v., przesłuchanie powódki – k. 586v., karty obserwacji – k. 341, 342).

Postępowanie lekarzy i położnej w czasie porodu było prawidłowe. Z racji przeprowadzenia badania USG tego samego dnia co przyjęcie na blok porodowy, nie było potrzeby ponawiania tego badania w szpitalu. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej

i standardami opieki położniczej, nie wykonuje się rutynowo badania USG w dniu przyjęcia na blok porodowy, gdyż mogą być one obciążone istotnym błędem z uwagi na skurcze porodowe. Oszacowana w wyniku badania USG w dniu porodu waga płodu mieściła się

w dopuszczalnej wadze płodu kwalifikującej do odbycia porodu drogami naturalnymi. Wymiary miednicy kostnej A. P. (1) mieściły się w granicach typowych dla przeciętnej kobiety. Doznane przez powódkę powikłanie w postaci rozejścia się spojenia łonowego jest powikłaniem stosunkowo rzadkim, gdyż występuje w ok. 0,005% - 0,8% urodzeń. Waga noworodka wskazywała na makrosomię, ale nie osiągała granicy wagi wskazanej w Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego jako wymagającej zastosowania cesarskiego cięcia, która wynosi 4.500 g. W okolicznościach niniejszej sprawy, wystąpienia rozejścia się spojenia łonowego powódki nie dało się przewidzieć – makrosomia płodu może sprzyjać wystąpieniu takiego urazowi, ale uraz ten nie jest typowym następstwem urodzenia makrosomicznego płodu siłami natury. Z kolei szerokie rozwarcie ud w końcowej fazie porodu jest bezwzględnie koniecznym warunkiem urodzenia siłami natury. Żadne rekomendacje nie określają właściwego kąta rozwarcia kończyn w okresie porodu i nie można jednoznacznie stwierdzić, że rozwarcie kończyn w końcowym etapie porodu jest ważnym czynnikiem powodującym rozejście się spojenia łonowego. Kwalifikacja A. P. (1) do rodzenia siłami natury nie mogła wynikać wyłącznie z oceny wizualnej jej rozmiarów brzucha. Waga płodu oraz rozmiary miednicy rodzącej nie stanowiły zatem przeciwwskazania do przeprowadzenia porodu siłami natury (opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ginekologii prof. T. P. – k. 601-608, 678-683, 728-732, 775-776).

Po porodzie, konsultacji ortopedycznej udzielił A. P. (1) lekarz pozwanego Instytutu, który zalecił założenie pasa uciskowego, chodzenie o kulach, ale przede wszystkim leżenie. W czasie rozmowy z nim była obecna A. G. (1), matka powódki. Lekarz ten nie wzbudził zaufania powódki. W czasie przebywania na (...)ie powódka miała problemy z karmieniem dziecka piersią, w jej mleku znajdowała się krew, musiała używać laktatora do ściągnięcia mleka lub karmić dziecko sztucznym mlekiem. Otrzymywała silne leki przeciwbólowe, kontakt z nią był utrudniony. Została wypisana ze szpitala w dniu

1 sierpnia 2014 r. W czasie pobytu w szpitalu zaobserwowano zmniejszanie się rozejścia spojenia łonowego. Na zdjęciu RTG wykonanym 23 lipca 2014 r. uwidoczniło się rozejście spojenia łonowego na 22 mm. W KT miednicy z 25 lipca 2014 r. rozejście miało szerokość

20 mm, a w zdjęciu RTG z dnia 29 lipca 2014 r. – 18 mm. W dniu 29 lipca 2014 r. lekarze Instytutu konsultowali się telefonicznie w sprawie powódki z dr. C. ze Szpitala

w O., w którym znajduje się oddział Uszkodzeń i Patologii Miednicy (zeznania świadków: Ł. P. – k. 501v., A. G. (1), k. 503v., przesłuchanie powódki –

k. 586v., karta obserwacji – k. 319, opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ortopedii-traumatologii M. G. – k. 644-649).

Po około 6 tygodniach od wypisu ze szpitala, A. P. (1) udała się na kolejną wizytę do dr. T. M. i badanie rentgenowskie. Ze zdjęcia wynikało, że rozejście spojenia łonowego ma szerokość 23 mm. Po tej wizycie powódka skontaktowała się z dr. C. ze Szpitala (...) w O., w którym znajduje się Oddział Uszkodzeń i Patologii Miednicy, celem leczenia rozejścia spojenia łonowego. Pierwsza wizyta miała miejsce 24 września 2014 r. W trakcie kolejnej wizyty w dniu

22 października 2014 r., lekarz ten stwierdził, że występujące u A. P. (1) rozejście nie jest w stanie samoczynnie się zrosnąć, potrzebne jest leczenie operacyjne. Wskazał też, że noszenie pasa uciskowego nie pomoże jej. W listopadzie 2014 r. A. P. (1) przeszła pierwszą operację założenia czterech śrub i blaszki stabilizującej miednicę. Przed świętami Bożego Narodzenia powódka poczuła, że blaszka i śruby zaczynają się rozchodzić. Po konsultacji z dr. C. i wykonaniu kolejnego zdjęcia rentgenowskiego, w styczniu 2015 r. przeprowadzono u powódki kolejną operację zespolenia spojenia łonowego. Po tej operacji powódka wróciła ponownie do szpitala z uwagi na zapalenie kaletki maziowej, była z tego powodu hospitalizowana w dniach 13-19 lutego

2015 r. (zeznania świadków: P. G. – k. 505, S. G. – k. 515, przesłuchanie powódki – k. 587, karty informacyjne – k. 110, 112, 114, opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ortopedii-traumatologii M. G. – k. 644-649).

Do wakacji 2015 r. A. P. (1) musiała leżeć, bezpośrednio po operacjach poruszała się na wózku inwalidzkim. Na początku 2016 r. rozpoczęła rehabilitację służącą rozluźnieniu ścięgien i stawów biodrowo-krzyżowych. Kilkakrotnie zgłaszała się do szpitala na „ostry dyżur” z powodu nagłych ataków bólu. We wrześniu 2016 r. powódka przeszła w szpitalu operację wyjęcia blaszki i śrub stabilizujących spojenie łonowe. Zalecono jej przeprowadzenie zabiegów wszczepienia komórek macierzystych z osocza, którym poddaje się co kilka miesięcy (karta informacyjna – k. 122-123, przesłuchanie powódki – k. 587v.).

W wyniku podjętego leczenia i rehabilitacji u A. P. (1) doszło do uzyskania stabilnego wygojenia tkanek w obrębie spojenia łonowego i nie doszło do uszkodzenia stawów. Spojenie łonowe miednicy pozostało szersze o 7-8 mm niż fizjologicznie, ale nie wpływa to na wydolność chodu, ruchy bioder, kręgosłup. Działania pojęte przez Instytut (...) po porodzie były prawidłowe i podjęte we właściwym czasie. Rozejście spojenia łonowego, które wystąpiło u powódki, z początku leczy się zachowawczo, czyli poprzez leżenie na boku (lub w hamaku), znaczne ograniczenie chodzenia oraz środki przeciwbólowe. Dozwolone jest poruszanie się o kulach łokciowych lub z assekuracją osób drugih. W przypadku powódki dopiero po pewnym czasie, gdy okazało się, że leczenie w ten sposób nie doprowadzi do samoczynnego zejścia się spojenia, wymagana była interwencja operacyjna. Diagnoza oraz zalecenia lekarza Instytutu (...) i Dziecka były więc prawidłowe, nie doszło do nieprawidłowego leczenia w ramach tej placówki. Zaobserwowane po porodzie rozejście szpar stawów krzyżowo-biodrowych miało charakter przejściowy i typowy, związany z przygotowaniem się organizmu do porodu. Uwidoczniona na zdjęciach RTG zmiana układu kręgosłupa powódki wskazuje na istnienie skoliozy o charakterze idiopatycznym, niezwiązanym z przebiegiem porodu i przebyłym urazem miednicy. Odczuwalny przez powódkę ból w wyniku rozejścia spojenia łonowego wg. analogowej skali bólu WAS można oszacować na 7* (w ciągu pierwszego tygodnia od porodu), 6* (do końca drugiego tygodnia od porodu), 4* (do końca pierwszego miesiąca od porodu), 3* (do upływu sześciu miesięcy od porodu). Na poziomie 1/2* skali WAS ból utrzymuje się do dnia dzisiejszego (opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ortopedii-traumatologii M. G. – k. 644-649, 698-698v., 761-762).

Przez kilka pierwszych miesięcy po wypisaniu ze szpitala po porodzie A. P. (1) wymagała pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu, w tym w czynnościach higienicznych – doprowadzeniu do toalety, posadzeniu na sedes, podaniu basenu. W ciągu 6 tygodni od wypisania wymagała pomocy w wymiarze 6 godzin dziennie. Do połowy stycznia 2015 r. wymagała pomocy w wymiarze 4 godzin dziennie, a następnie do około roku od porodu – w wymiarze 2 godzin dziennie. Po porodzie, od września 2014 r., A. P. (1) wraz z dzieckiem zamieszkała u swoich rodziców w Ł.. Jej mąż Ł. P. pozostał sam w W. ze względów zarobkowych, potem zmienił miejsce zatrudnienia na B.. Powódka mieszkała z rodzicami do lutego 2016 r., kiedy wróciła do W.. Wówczas zamieszkała sama z dzieckiem, korzystała przejściowo z pomocy zatrudnionej opiekunki do dziecka (opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ortopedii-traumatologii M. G. – k. 644-649, 698-698v., 761-762, zeznania świadków: Ł. P. – k. 501v.-502v., A. G. (1) – k. 503v., przesłuchanie powódki – k. 588).

Po wyjściu ze szpitala po porodzie A. P. (1) ze względu na swój stan zdrowia nie mogła zajmować się swoim dzieckiem. Praktycznie wszystkie czynności pielęgnacyjne przy noworodku wykonywali rodzice powódki (czasem jej mąż, teściowie lub bratowa A. G. (1)). Powódka po raz pierwszy wyszła na spacer z dzieckiem po około dwóch latach po porodzie (zeznania świadków: A. G. (1) – k. 503, A. G. (1) z d. F. – k. 504, K. P. – k. 506v., przesłuchanie powódki – k. 588).

Przed porodem A. P. (1) wykonywała zawód adwokata w ramach kancelarii prawnej. Planowała powrócić do pracy po około pół roku po porodzie, czego – z racji swego stanu zdrowia – nie była w stanie uczynić (zeznania świadka P. G. – k. 505v., przesłuchanie powódki – k. 588).

Po roku od rozejścia spojenia łonowego nie było przeciwwskazań medycznych do wykonywania przez powódkę zawodu prawnika (opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ortopedii-traumatologii M. G. – k. 698-698v.).

W wyniku długotrwałej przerwy w pracy po porodzie, A. P. (1) utraciła dotychczasowe kontakty wśród klientów i współpracowników. W pierwszej połowie 2016 r. przyjęła propozycję sprawowania odpłatnej funkcji członka rady nadzorczej w spółce. W 2017 r. powódka uzyskała wpis na listę radców prawnych i wykonuje zawód radcy prawnego w ramach stosunku pracy. W okresie od 1 lipca 2014 r. do 1 czerwca 2015 r. A. P. (1) pobierała zasiłek macierzyński z ZUS, w okresie od 18 czerwca 2015 r. do 17 grudnia 2015 r. pobierała zasiłek chorobowy, a od 17 grudnia 2015 do 10 listopada 2016 r. świadczenie rehabilitacyjne (zeznania świadka P. G. – k. 505v., przesłuchanie powódki – k. 588, pismo z ZUS – k. 546).

Sposób funkcjonowania A. P. (1) po porodzie uległ zmianie. Ze względu na uraz doznany podczas porodu powódka była zmuszona zrezygnować

z dotychczasowego aktywnego trybu życia, nie tańczy, nie chodzi na siłownię, jej kontakty towarzyskie z innymi osobami zostały znacznie ograniczone. Mąż powódki w związku

z sytuacją zaistniałą po porodzie zaczął nadużywać alkoholu, małżonkowie znajdują się obecnie w faktycznej separacji. Powódka po przedmiotowym porodzie zmieniła swoje plany co do posiadania dzieci – uraz miednicy i przeżycia związane z jego leczeniem i rehabilitacją sprawiły, że nie wyobraża sobie kolejnej ciąży. Po porodzie przestała być osobą tryskającą energią, nie mogła cieszyć się macierzyństwem, była przygnębiona, że nie może sprawować osobistej opieki nad dzieckiem, wielokrotnie płakała nad swoim stanem, do tej pory miewa napady płaczu (zeznania świadków: Ł. P. – k. 502v., A. G. (2) z d. F. –

k. 504v., K. P. – k. 506v., S. P. – k. 515, przesłuchanie powódki – k. 587-588).

Na skutek odniesionego urazu rozejścia spojenia łonowego i podjętego leczenia A. P. (1) poniosła koszty zakupu leków, szczepień, sprzętu rehabilitacyjnego, badań i konsultacji medycznych na łączną kwotę 7.060 zł (opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ortopedii-traumatologii M. G. – k. 698-698v., faktury i paragony – k. 82-95, 132-141).

Przebyte rozejście spojenia łonowego spowodowało u A. P. (1) powstanie stałego uszczerbku na zdrowiu w wymiarze 15%, według pkt. 95 załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania. (Dz.U. z 2002 r., nr 234, poz. 1974). Na skutek wdrożonego leczenia operacyjnego u powódki uzyskano prawidłowe ułożenie kości łonowych w obrębie spojenia łonowego, ale utrzymują się dolegliwości bólowe, którym jednak nie towarzyszy ograniczenie ruchomości ani osłabienie siły mięśniowej, a chód jest wydolny. Z ortopedycznego punktu widzenia nie ma przeszkód ani przeciwwskazań, aby powódka zaszła w ciążę, natomiast ze względu na zmniejszenie elastyczności spojenia łonowego, które może utrudnić w przyszłości poród fizjologiczny, należałoby wówczas rozważyć poród cięciem cesarskim (opinia biegłego sądowego lekarza z zakresu ortopedii-traumatologii M. G. – k. 698-698v.),

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie powołanych wyżej dowodów.

Sąd uznał za wiarygodne obiektywne dowody z dokumentów stanowiących materiał dowodowy sprawy, które nie budziły wątpliwości co do ich autentyczności i zgodności stwierdzonych nimi faktów z rzeczywistym stanem rzeczy. W szczególności brak było podstaw do kwestionowania, że – wbrew temu co twierdziła powódka – opisane w dokumentacji medycznej wytworzonej w pozwanym Instytucie rozmiary miednicy powódki (k. 308) są jej rzeczywistymi wymiarami, skoro pomiar miednicy dokonany przez biegłego ginekologa ujawnił bardzo podobne wyniki (k. 679), a niewielkie różnice w tych wymiarach wyjaśnić można możliwą niedokładnością pomiarów. Oba te pomiary wskazują, że rozmiary miednicy powódki nie odbiegały od typowych. Sąd w ogólności uznał dokumentację medyczną powódki zgromadzoną w aktach sprawy za wiarygodną i mogącą stanowić podstawę ustaleń faktycznych, gdyż nie zostały ujawnione żadne takie okoliczności, które by nakazywały poddać w wątpliwość rzetelność tej dokumentacji.

Zeznaniom świadków Ł. P., A. G. (1), S. G., A. G. (2) z d. F., P. G., K. P. i B. F. Sąd dał wiarę co do okoliczności związanych z funkcjonowaniem powódki po doznanym podczas porodu urazie rozejścia spojenia łonowego, leczeniem tego urazu oraz zmianami w życiu powódki, jakie nastąpiły po przedmiotowym porodzie i doznanym urazie. Świadkowie w sposób rzetelny

i spójny opisali sposób życia powódki przed porodem, tryb jej życia w okresie rekonwalescencji po przebyłym urazie i rehabilitacji po usunięciu stabilizującej płytki i śrub

z miednicy. Brak było pomiędzy zeznaniami świadków sprzeczności, które mogłyby podważać ich wiarygodność. Należy jednak zaznaczyć, że co do podjętych przez powódkę sposobów leczenia i rehabilitacji, dat wystąpienia poszczególnych okoliczności lub ich czasokresu, Sąd opierał się przede wszystkim na informacjach zawartych w dokumentacji medycznej, a tylko uzupełniająco na informacjach przekazanych przez świadków. Sąd miał też na względzie, że zasadniczo świadkowie nie mieli własnych spostrzeżeń z przebiegu porodu lub początkowej diagnostyki odniesionego przez powódkę urazu, a ich wiedza na ten temat pochodzi właśnie od samej powódki lub innych członków rodziny (powtarzających to, co usłyszeli od powódki).

Sąd uznał za wiarygodne również zeznania świadków M. J., A. P. (2), K. B. i E. H.. Sąd oceniał ich zeznania z niezbędną ostrożnością, zdając sobie sprawę z tego, że jako osoby uczestniczące w porodzie powódki zeznawali w istocie na okoliczność wypełniania przez siebie swoich obowiązków zawodowych, a zatem mogli mieć hipotetyczny interes w zeznawaniu na korzyść pozwanego (swojego pracodawcy). Jednakże sama taka teoretyczna możliwość nie mogła góry przesądzać o niewiarygodności ich zeznań. Wymienieni świadkowie wyjaśnili procedury obowiązujące w szpitalu prowadzonym przez pozwaną Instytut przy kwalifikacji pacjentek do porodu oraz opisali czynności podejmowane przez personel pozwanego wobec powódki

w związku z porodem. Zeznania świadków były wewnętrznym spójne i niesprzeczne ze sobą nawzajem, a także korespondowały z zapisami w dokumentacji medycznej powódki, składając się wraz z nimi na spójną i logiczną całość.

Wypowiedzi świadków na temat wskazań aktualnej wiedzy medycznej zostały ponadto potwierdzone przez biegłego lekarza ginekologa. Zrozumiałe jest przy tym, że część świadków nie była sobie w stanie przypomnieć powódki lub szczegółów jej przypadku. Jest zrozumiałe, że jako pracownicy oddziału położnictwa na co dzień zajmują się wieloma porodami, a poród powódki – poza tym, że wyrządził jej poważny, ale niewidoczny na pierwszy rzut oka uraz – w swoim przebiegu był prawidłowy i niewyróżniający się znacznie od innych przypadków. Nieprzypadkowo zatem najwięcej na temat doznanego przez powódkę urazu pamiętała dyżurująca lekarz M. J., która wysunęła podejrzenie rozejścia się spojenia łonowego po informacji od położnej, że powódkę boli kość ogonowa. Z jej zeznań wynika,

że posiadała wiedzę o dużych rozmiarach dziecka powódki, ale nie o makrosomii płodu, która mogłaby kwalifikować powódkę do rodzenia przez cesarskie cięcie, co nie budzi wątpliwości, skoro żadna dostępna szpitalowi dokumentacja nie wskazywała na to, by waga płodu przekraczała 4,5 kg, co stanowi wskazanie do rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie (o czym w dalszej części uzasadnienia).

Sąd częściowo oparł się na zeznaniach powódki A. P. (1)

złożonych w charakterze strony postępowania. Za wiarygodne, potwierdzone dodatkowo zeznaniami świadków, należało uznać przekazane przez powódkę informacje na temat następstw doznanego przez nią urazu spojenia łonowego, zwłaszcza długotrwałości leczenia

i rekonwalescencji po tym urazie oraz problemów wywoływanych w wyniku urazu

w życiu osobistym i zawodowym powódki. Treść zeznań powódki, uzupełnionych o zeznania świadków, a także opinię biegłego sądowego lekarza ortopedy, nie pozostawia wątpliwości, że powódka w okresie rekonwalescencji po urazie wymagała stałej opieki innych osób

w życiu codziennym. Nie sposób też kwestionować tego, że uraz i jego skutki sprawiły powódce cierpienia fizyczne i psychiczne, wynikające choćby z konieczności rezygnacji przez dość znaczny okres czasu z dotychczasowego aktywnego trybu życia, a także wywołały perturbacje w jej życiu osobistym i zawodowym, opisane przez świadków i przez powódkę.

Co do przebiegu porodu oraz diagnostyki powódki w okresie przebywania w szpitalu prowadzonym przez pozwanego, Sąd oparł się przede wszystkim na dokumentacji lekarskiej oraz zeznaniach świadków – lekarzy i położnych, a

na zeznaniach powódki tylko w tym zakresie, w jakim nie były one sprzeczne z dokumentacją i wspomnianymi zeznaniami. Opis tych okoliczności w zeznaniach powódki jest bardziej dramatyczny i dynamiczny, a zarazem subiektywny, co jest zrozumiałe z racji ogromu przeżyć, jaki towarzyszy kobiecie podczas porodu (zwłaszcza pierwszego). W ocenie Sądu, większą wiarygodność w tej kwestii należy jednak przyznać relacjom lekarzy i położnej, którzy z racji wykonywanego zawodu są bardziej zdystansowani i dzięki temu mogą z większym obiektywizmem zrelacjonować przebieg porodu i wykonywane wobec rodzącej czynności medyczne. Powódka oraz świadkowie – członkowie jej rodziny, wskazali zresztą, że kontakt z powódką w okresie tuż po porodzie był utrudniony, była ona obolała, dostawała silne środki przeciwbólowe, przez pewien czas widziała „podwójnie”, wobec czego relację powódki co do szczegółów porodu należało traktować ostrożnie, konfrontując ją z zeznaniami innych świadków i zapisami w dokumentacji medycznej.

Nie budziły wątpliwości podane przez powódkę podczas przesłuchania informacje, że w jej rozmowach z dr. T. M. pojawiała się kwestia porodu przez cesarskie cięcie i że lekarz ten informował powódkę, że w przypadku porodu dziecka przekraczającego 4 kg przeprowadzony zostanie ten zabieg. Tym niemniej te stwierdzenia lekarza prowadzącego nie przybrały formy rzeczywistego skierowania do zabiegu, a kwestia prawidłowości kwalifikacji powódki do porodu naturalnego przez szpital podlegała, jako wymagająca wiadomości specjalnych, ocenie biegłego sądowego odpowiedniej specjalności.

Sąd uznał za w pełni wiarygodną opinię biegłego sądowego lekarza ginekologa prof. zw. dr hab. nauk medycznych T. P.. Biegły sporządził opinię w sposób charakterystyczny dla tego rodzaju dokumentów, w oparciu o kompletny materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy, w odniesieniu do zapisów dokumentacji medycznej powódki, swojego doświadczenia i fachowej wiedzy medycznej oraz w sposób przekonujący uzasadnił przesłanki, które doprowadziły go do wniosku, że zachowanie personelu pozwanego przy porodzie powódki było prawidłowe, że nie można zarzucić personelowi błędnego zakwalifikowania powódki do rodzenia siłami natury ani nieprawidłowego postępowania podczas samego porodu i bezpośrednio po nim. O tym, że tezy biegłego znajdują uzasadnienie w aktualnym stanie wiedzy i nauki, świadczy nie tylko dorobek i tytuł naukowy biegłego, ale też znajdujące się w aktach sprawy rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego do cesarskiego cięcia (k. 367-368) i wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Położnych i Ginekologów (k. 369-372). Dokumenty te potwierdzają stanowisko biegłego, że dopiero przy wadze płodu przekraczającej 4.500 g (lub 5.000 g według amerykańskich specjalistów) zachodzi wyraźna podstawa do zastosowania cesarskiego cięcia. Opinia biegłego jest zatem rzetelna, kompletna, udzielająca jednoznacznych odpowiedzi na pytania postawione biegłemu, niezbędne do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy (w zakresie,

w jakim wymagana jest wiedza ginekologa). Ponadto biegły na rozprawie z dnia 27 września 2019 r. odpowiedział ustnie na pytania i zastrzeżenia powódki do opinii. W tej sytuacji nie było żadnych wątpliwości co do wiedzy i fachowości autora opinii, a sama opinia nie budziła zastrzeżeń z punktu widzenia zasad logiki czy też zasad prawidłowego rozumowania i mogła być podstawą ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie.

Nie było przy tym podstaw do powątpiewania w bezstronność i obiektywizm biegłego ginekologa, co zarzucała powódka. Fakt, że biegły zna dr. T. M. (lekarza prowadzącego ciążę powódki i zarazem dyrektorem pozwanego Instytutu) z racji udziału

w Komitecie Naukowym Kongresu Naukowego (...) Towarzystwa (...)

(...)(w którym zasiadał również dr M.) nie jest jeszcze okolicznością, które podważałyby wiarygodność biegłego i rodziłyby uzasadnione podejrzenia

o stronniczość. Biegły wyjaśnił, że z racji prowadzonej pracy naukowej oraz udziału w wielu sympozjach i kongresach z zakresu ginekologii poznał wielu profesorów w tej dziedzinie

i lekarzy tej specjalizacji, przy czym znajomość ta ma zwykle charakter powierzchowny

(na „dzień dobry – do widzenia”) – tak też biegły określił swoją znajomość z dr. T. M.. Sąd nie dostrzega podstaw do kwestionowania tych wyjaśnień, a powódka nie zaoferowała dowodów podważających ich wiarygodność. Nie może być uznany za taki dowód wspólny udział dr. M. i biegłego prof. P. w Komitecie Naukowym (który to komitet liczył, notabene, ponad sto osób) – nie wskazuje to na istnienie pomiędzy nimi znajomości o takim stopniu zażyłości, który

podważałby obiektywizm prof. T. P. jako biegłego. Podkreślić należy, że Sąd celowo skierował niniejszą sprawę do opiniowania przez biegłego spoza rejonu W., po to by uniknąć wątpliwości co do powiązań biegłego z lekarzami świadczącymi pracę w pozwanym Instytucie, którzy dokonywali czynności medycznym w związku z przedmiotowym porodem powódki.

Sąd uznał również za stanowiącą w pełni wartościowy materiał dowodowy opinię biegłego sądowego lekarza ortopedy-traumatologa M. G.. Biegły ten również w sposób przekonujący uzasadnił wnioski opinii, w odniesieniu do dokumentacji medycznej

z leczenia powódki, wiedzy medycznej i doświadczenia w dziedzinie objętej przedmiotem opinii. Argumentacja biegłego, wskazująca na przesłanki, które doprowadziły biegłego do końcowego wniosku o prawidłowości procesu diagnostyki i wstępnego leczenia urazu powódki jest przekonująca. Wywody biegłego są bowiem spójne i logiczne, nie zawierają wewnętrznych sprzeczności, co pozwala uznać opinię za fachową i rzetelną. W tych okolicznościach Sąd podzielił stanowisko biegłego, że uraz został u powódki zdiagnozowany szybko i prawidłowo, wdrożono w pierwszej kolejności leczenie zachowawcze, nieinwazyjne, a fakt, że ostatecznie leczenie to nie okazało się wystarczające i zaszła konieczność przeprowadzenia operacji, nie wynika z przyjęcia złej metody leczenia, lecz z charakteru urazu.

Sąd oddalił wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z kolejnej uzupełniającej opinii biegłego ortopedy, gdyż dotychczas sporządzone opinie uzupełniające w sposób wystarczający odpowiadały na pytania i zastrzeżenia składane przez powódkę. Pytania zawarte w piśmie procesowym powódki z dnia 11 października 2019 r. sprowadzają się do polemiki ze stanowiskiem już wyrażonym przez biegłego, nie zwracają natomiast uwagi na braki lub niejasności w opinii, których uzupełnienie byłoby konieczne. Biegły np. wskazał już w opinii, że ocena stopnia bólu jest niezwykle subiektywna, stąd – należy wnioskować – niecelowe jest stawianie coraz bardziej szczegółowych pytań o jego stopniowanie. Z kolei udzielenie odpowiedzi na pytania o podstawy, na których biegły formułuje swoje twierdzenia, jest dość oczywiste – wiadomo bowiem, że biegły sporządza opinie w oparciu o posiadane wiadomości specjalne. Trudno od biegłego oczekiwać, by w ramach swojej opinii oferował szczegółowe opracowania ze swojej dziedziny nauki, zamiast zwięźle i precyzyjnie odpowiadać na zadane mu przez Sąd pytania (co też biegły ortopeda uczynił w wydanych opiniach).

W ocenie Sądu, dokumenty złożone przez powódkę do akt sprawy nie dowodzą wysokości utraconego przez powódkę dochodu na skutek urazu doznanego w pozwanym szpitalu. Błędna jest bowiem przedstawiona przez powódkę metodyka, wedle której utracony dochód należałoby ustalić w oparciu o przychód powódki za część 2014 r., pomijając w zupełności kwestię kosztów uzyskania tego przychodu.

Z kolei wysokość kosztów opieki osób trzecich, których uwzględnienia w ramach odszkodowania domagała się powódka, do końca postępowania nie została przez nią sprecyzowana. Tym samym żądanie to w ogóle nie mogło poddawać się rozstrzygnięciu i nie dało się poczynić pozytywnych lub negatywnych ustaleń faktycznych na ten temat wysokości konkretnych kosztów takiej opieki w kontekście konkretnego roszczenia. Z materiału dowodowego sprawy wynikało natomiast, że powódka niewątpliwie takiej opieki wymagała w okresach i wymiarach czasu wskazanych w opinii biegłego ortopedy-traumatologa.

Sąd zważył, co następuje:

W rozpatrywanej sprawie oceny istnienia odpowiedzialności pozwanego wobec powódki za skutki wynikające z urazu doznanego podczas porodu należało dokonywać na gruncie art. 416 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zgodnie z art. 416 k.c., osoba prawna jest odpowiedzialna za szkodę wyrządzoną z winy jej organu. Przesłankami odpowiedzialności deliktowej, wynikającymi z ogólnego przepisu regulującego tę kwestię, tj. art. 415 k.c., są: powstanie szkody, zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu (czyn niedozwolony) oraz związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą. Przepis ten statuuje zasadę winy jako naczelną zasadę odpowiedzialności odszkodowawczej.

Zakres odpowiedzialności w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia określa art. 444 § 1 k.c., w myśl którego naprawienie szkody obejmuje w takim wypadku wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Stosownie

do art. 444 § 2 k.c., 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. W wypadkach uszkodzenia ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia sąd może także przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 k.c.).

W sprawie o naprawienie szkody wynikającej z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia zasądzenie świadczenia odszkodowawczego nie wyłącza ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia. Podstawą takiego żądania jest art. 189 k.p.c. Nie wszystkie szkody na osobie powstają równocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Szkada taka może mieć charakter rozwojowy i następstwa tego zdarzenia mogą ujawnić się nawet wiele lat po jego zaistnieniu. Następstw tych, zależnych od indywidualnych właściwości organizmu, przebiegu leczenia i rehabilitacji, rozwoju nauk medycznych czy innych czynników, nie sposób przewidzieć. Poszkodowany występując z powództwem o świadczenie nie jest w stanie określić wszystkich skutków zdarzenia, które mogą pojawić się w przyszłości. Ustalenie w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia wywołującego szkodę na osobie pozwala wyeliminować lub przynajmniej złagodzić trudności dowodowe mogące powstać w kolejnym procesie odszkodowawczym z uwagi na upływ czasu pomiędzy wystąpieniem zdarzenia szkodzącego a dochodzeniem naprawienia szkody. Oznacza to, że powód w procesie o naprawienie szkody na osobie ma co do zasady interes prawny pozwalający na skorzystanie z powództwa o ustalenie także wówczas, gdy jednocześnie żąda zasądzenia świadczenia.

Zawiniony czyn sprawcy, pociągający za sobą odpowiedzialność cywilną, musi wykazywać znamiona niewłaściwości postępowania zarówno od strony przedmiotowej, co określa się mianem bezprawności czynu, jak i od strony podmiotowej, co określa się jako winę w znaczeniu subiektywnym. Bezprawność – jako przedmiotowa cecha sprawcy czynu – jest ujmowana jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który rozumie się nakazy i zakazy wynikające nie tylko z norm prawnych, lecz także wynikające z norm moralnych i obyczajowych określanych jako „zasady współżycia społecznego” lub „dobre obyczaje”. Bezprawność zaniechania następuje wówczas, gdy istniał nakaz działania, zakaz zaniechania, czy też zakaz spowodowania skutku, jaki przez zaniechanie może nastąpić. (por. Gerard Bieniek, w: Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, tom 2, Warszawa 2005, s. 235-236; orz. SN z dnia 19.07.2003 r., V CKN 1681/00, LEX nr 121742). Wina w znaczeniu subiektywnym odnosi się natomiast do sfery zjawisk psychicznych człowieka i rozumie się ją jako naganną decyzję odnoszącą się do podjętego przez niego bezprawnego czynu, z tym że w przypadku osób prawnych kwalifikacja ta odnosić będzie się do członków organu uprawnionego do reprezentacji osoby prawnej. Zatem na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania zarówno z punktu widzenia obiektywnego, jak i subiektywnego – tzw. zarzucalność postępowania (tak SN w orz. z dnia 26.09.2003 r., IV CK 32/02, LEX nr 146462).

W dziedzinie odpowiedzialności cywilnej za wyrządzoną szkodę szczególnie istotne jest zagadnienie miernika staranności, gdyż zgodnie z art. 355 § 1 k.c. dłużnik jest zobowiązany do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). W myśl art. 355 § 2 k.c. należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. Model starannego działania kształtowany jest przez przepisy prawa, zasady współżycia społecznego, zwyczaje, zasady wykonywania zawodu, itp. Wzorzec należytej staranności ma przy tym charakter obiektywny oraz abstrakcyjny.

W praktyce jego zastosowanie polega na wyznaczeniu stosownego modelu, ustalającego optymalny w danych warunkach sposób postępowania, odpowiednio skonkretyzowanego i aprobowanego społecznie, a następnie na porównaniu zachowania danego podmiotu z tak określonym wzorcem. O tym, czy na tle konkretnych okoliczności można danej osobie postawić zarzut braku należytej staranności w dopełnieniu obowiązków decyduje jednak nie tylko niezgodność jej postępowania z wyznaczonym modelem, lecz także empirycznie uwarunkowana możliwość oraz powinność przewidywania odpowiednich następstw zachowania. Miernik postępowania, w istocie odnoszący się do miary należytej staranności, nie powinien być formułowany na

poziomie obowiązków niedających się wyegzekwować, oderwanych od doświadczeń oraz uwzględniających reguły zawodowe i konkretne okoliczności a także – jak tego wymaga art. 355 § 2 k.c. – typ stosunków (tak również SN w orz. z dnia 08.07.1998r., III CKN 574/97, Legalis). W przypadku staranności lekarzy i innego personelu placówek medycznych poziom wymagań w sferze diagnozy i terapii musi wyznaczać stan wiedzy medycznej, który należy pojmować szeroko. Obejmuje on nie tylko metody leczenia, ale również stosowanie leków i wyposażenie medyczne placówek zdrowia (tak SN w orz. z dnia 28.10.1983 r., II CR 358/83, LEX nr 1286409).

Wobec tego, gdy przedmiotem oceny jest przeprowadzenie jakiejś procedury medycznej, za bezprawne należy uznać dokonanie jej niezgodnie ze sztuką lekarską, bez zachowania najwyższej staranności wymaganej od profesjonalistów w zakresie medycyny. 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 nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (por. orz. SN z 10.02.2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561). Za wadliwe i bezprawne należy uznać także stosowanie metod

i środków starych, nie rokujących (czy gorzej rokujących) skuteczności, jeśli są one powszechnie zastępowane innymi metodami leczenia (tak SN w orz. z 01.12.1998 r., III CKN 741/98, LEX nr 35751). Jeżeli więc działanie personelu medycznego w danym przypadku było prawidłowe i zgodne ze sztuką lekarską, to ani ten personel, ani zatrudniający go szpital nie ponoszą odpowiedzialności odszkodowawczej za powikłania wynikłe z zabiegu, choćby istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zachowaniem personelu a wystąpieniem powikłań. Szczególnie w dziedzinie medycyny nawet zachowanie najwyższej staranności nie wykluczy nigdy ze stuprocentową pewnością wystąpienia pewnych negatywnych skutków zabiegu, wynikających już z samej ingerencji w organizm człowieka czy też indywidualnych cech organizmu.

Na gruncie powyższych reguł, w rozpatrywanej sprawie nie istnieją podstawy do przypisania personelowi Instytutu (...) w W. bezprawności postępowania w opisanym wyżej znaczeniu, a w konsekwencji i odpowiedzialności cywilnej związku

z uszkodzeniem ciała doznanym przez powódkę w trakcie porodu. Z materiału dowodowego sprawy nie wynikało bowiem, by lekarze i położna kwalifikujący powódkę do porodu, odbierający jej poród i leczący ją po porodzie podczas pobytu w szpitalu, nie zachowali należytej staranności, postąpili w sposób sprzeczny z aktualną wiedzą medyczną czy zasadami sztuki lekarskiej. Przeciwnie, jak wynika z opinii biegłego ginekologa, działania personelu medycznego w związku z porodem powódki były prawidłowe i miały uzasadnienie w aktualnej wiedzy medycznej w tej dziedzinie, która znalazła wyraz również w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Przewidywana waga dziecka powódki wynosiła mniej niż 4.500 g, a zatem nie miało miejsca wskazanie do przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia, które występuje dopiero po przekroczeniu powyższej wartości. To wagę płodu należało uznać za czynnik decydujący o sposobie porodu, a zawarte w skierowaniu wystawionym przed dr. J. K. wskazanie podejrzenia makrosomii płodu – jako wskazanie okoliczności wymagającej uwagi przy podejmowaniu przez lekarza decyzji co do sposobu porodu. Przewidywania co do wagi płodu potwierdziły się następnie, gdyż po urodzeniu syn powódki ważył mniej niż 4.500 g i mniej, niż prognozowano

w badaniu USG z dnia porodu (gdzie podawano 4.449 g). W chwili porodu nie były znane personelowi medycznemu szpitala żadne takie okoliczności, które mogłyby świadczyć

o występowaniu u powódki szczególnego ryzyka rozejścia się spojenia łonowego w trakcie porodu. Ryzyko to obiektywnie istniało, ale w świetle wiedzy medycznej jego prawdopodobieństwo było tak małe (występowanie takiego urazu występuje w przypadku od 0,005% do 0,8% porodów), że nie stanowiło samo w sobie przesłanki do przeprowadzenia cesarskiego cięcia. Ryzyko rozejścia się spojenia łonowego rodzącej kobiety powstaje podczas każdego porodu w drodze naturalnej, więc tylko całkowite zastąpienie naturalnej metody porodu cesarskim cięciem wyeliminowałoby występowanie przypadków takiego urazu, co oczywiście nie oznacza, że tak należy postąpić.

Nie było błędem ze strony personelu medycznego pozwanego nieprzeprowadzenie ponownego badania USG w dniu przyjęcia powódki do szpitala (22 lipca 2014 r.). Biegły ginekolog potwierdził to, co zeznali w niniejszej sprawie świadkowie – lekarze i położna,

iż badanie USG w dniu porodu – tym bardziej już po rozpoczęciu akcji skurczowej – jest obarczone dużym ryzykiem niedokładności i badania takiego nie przeprowadza się, chyba że wcześniej takiego badania nie wykonano lub od jego wykonania minął okres czasu dłuższy niż dwa dni. W przypadku powódki o zdezaktualizowaniu się badania USG nie mogło być mowy, gdyż takowe zostało wykonane przez lekarza J. K. w dniu porodu, na kilka godzin przed rozpoczęciem akcji porodowej, a więc było ono aktualne w czasie przyjmowania powódki do szpitala. A zatem nieprzeprowadzanie tego badania przez personel medyczny pozwanego nie stanowiło naruszenia zasad sztuki lekarskiej i wskazań wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Materiał dowodowy sprawy nie dawał podstaw do stwierdzenia, aby doszło do błędu personelu medycznego podczas odbierania porodu, w szczególności by personel stosował zbyt dużą siłę fizyczną podczas odwodzenia nóg powódki. Z opinii biegłego lekarza ginekologa wynika, że warunkiem przeprowadzenia prawidłowo porodu jest szerokie odwiedzenie nóg rodzącej, zatem działanie takie było konieczne również w przypadku powódki po to, by nie doszło do uszkodzenia ciała rodzącego się dziecka. Dostępne w niniejszej sprawie dowody nie pozwalały na postawienie zarzutu użycia przez personel medyczny pozwanego nieadekwatnej siły fizycznej podczas odbierania porodu.

Prawidłowe i zgodne z przyjętymi w medycynie zasadami postępowania były też przeprowadzona w szpitalu pozwanego diagnostyka miednicy powódki po doznanym urazie oraz wstępne zalecenia co do sposobu leczenia spojenia łonowego. Dokumentacja medyczna potwierdza, że diagnostyka ta została przeprowadzona niezwłocznie. Podejrzenie rozejścia się spojenia łonowego stwierdziła dyżurująca lekarz po około dwóch godzinach po porodzie (po tym jak powódka skarżyła się położnej na ból kości ogonowej), a po następnych kilku godzinach w dniu 23 lipca 2014 r. powódka była konsultowana przez lekarza ortopedę. Biegły sądowy z zakresu ortopedii-traumatologii w opinii wydanej w niniejszej sprawie wyjaśnił,

że w przypadku rozejścia spojenia łonowego podczas porodu standardem jest wdrożenie w pierwszej kolejności leczenia zachowawczego, służącego temu, by spojenie mogło samoczynnie „zejść się” i zregenerować. Dopiero brak rezultatów w tym zakresie przez okres co najmniej 6 tygodni stanowi przesłankę do leczenia operacyjnego i stabilizacji spojenia przy pomocy śrub i płytki. Nie można więc postawić pozwanemu zarzutu, iż zalecenia lekarza ortopedy udzielone powódce w pozwanym szpitalu, aby leżeć na boku i założyć pas uciskowy, były nieprawidłowe lub mogły zaszkodzić powódce. Zalecenia co do takiego leczenia zachowawczego w pierwszym okresie po porodzie były bowiem zgodne

z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej. Nadmienić też trzeba, że w okresie pobytu powódki w szpitalu pozwanego odbyła się konsultacja telefoniczna z lekarzem specjalistą w dziedzinie urazów miednicy ze Szpitala w O., który potem podjął się leczenia operacyjnego powódki. Konsultacja ta nie spowodowała zmiany zastosowanego przez personel pozwanego leczenia, co wskazuje na to, że w czasie bezpośrednio po doznaniu urazu przyjęcie zachowawczego sposobu leczenia było prawidłowe.

W związku z powyższym stwierdzić należy, że po stronie personelu medycznego pozwanego Instytutu przyjmującego w dniu 22 lipca 2014 r. poród powódki oraz udzielającego powódce konsultacji związanych z rozejściem się spojenia łonowego, nie miało miejsca bezprawne i zawinione działanie lub zaniechanie, które by mogło uzasadniać cywilną odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego wobec powódki. Z materiału dowodowego sprawy wynikało, że postępowanie lekarzy i położnej było prawidłowe, tj. uwzględniało aktualny stan wiedzy medycznej i było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej, natomiast wystąpienie rozejścia się spojenia łonowego u powódki było rzadkim, niemożliwym do przewidzenia i zapobieżenia powikłaniem.

Powódka w piśmie procesowym z dnia 6 listopada 2019 r. wskazała dodatkowo, że bezprawnego działania po stronie pozwanego upatruje w braku obowiązujących w szpitalu procedur zapobiegających możliwości wystąpienia powikłań wynikających z prowadzenia porodu w sposób naturalny w odniesieniu do pacjentek, u których stwierdzono makrosomię płodu zbliżoną do granicy normy, po przekroczeniu której rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zalecają rozwiązanie ciąży poprzez cesarskie cięcie. Treść tego pisma wskazuje, że powódka zarzuca pozwanemu tzw. winę organizacyjną. Obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpiecznego pobytu w zakładzie

lecznictwem i odpowiedzialność tego zakładu za wadliwą organizację, związaną z niewłaściwym funkcjonowaniem placówki

i sposobem świadczenia usług na rzecz pacjentów oraz sprzyjającą powstawaniu po stronie pacjentów szkód na osobie (urazu, infekcji), nie budzi wątpliwości w orzecznictwie sądowym (vide orz. SN z 10.07.1998 r., I CKN 786/97, LEX nr 50228, orz. Sądu Apelacyjnego

w Warszawie z 13.09.2013 r., I ACa 194/13, LEX nr 1416404). Badając kwestię wystąpienia owej „winy organizacyjnej” rozważyć należy, czy obowiązujące w danej dziedzinie (w tym przypadku ginekologii i położnictwie) zasady postępowania narzucają konkretny model organizacji lub procedowania zmierzający do ograniczenia ryzyka wystąpienia szkody oraz czy w danej sprawie funkcjonowanie konkretnej jednostki organizacyjnej naruszało te zasady postępowania.

W świetle opinii biegłego z zakresu ginekologii nie można stwierdzić, by czymś ogólnie przyjętym i rekomendowanym przez specjalistów w tej dziedzinie było opracowywanie przez szpitale odrębnych zasad lub procedur związanych z postępowaniem

w przypadkach, gdy przewidywana waga płodu znajduje się w pobliżu granicy normy kwalifikującej poród do cesarskiego cięcia. Biegły nie stwierdził też, by w nauce z zakresu medycyny opracowano jakąś procedurę czy zestaw badań służących ocenie

i minimalizowaniu ryzyka wystąpienia rozejścia spojenia łonowego. Wręcz przeciwnie, biegły wskazał, że taki uraz jest w zasadzie niemożliwy do przewidzenia, a podawanych

w nauce czynników sprzyjających jego wystąpieniu (np. makrosomia płodu, szerokie rozwarcie nóg podczas porodu) nie należy traktować jako przesądających.

Niezależnie od tego, że zgromadzonych w sprawie dowodów wynika, że u pozwanego istniała procedura związana z kwalifikacją kobiet do planowanego zabiegu cesarskiego cięcia – odbywało się to na wniosek lekarza prowadzącego ciążę. Z kolei o przeprowadzeniu zabiegu nieplanowanego decyduje każdorazowo lekarz dyżurujący. W jednym i drugim przypadku lekarze podejmują decyzję w oparciu o dostępną dokumentację pacjentki. Nie ma więc kontrowersji lub niejasności co do tego, kto jest odpowiedzialny za decyzję

o przeprowadzeniu zabiegu cesarskiego cięcia. Jest też jednoznaczne, że decyzja ta powinna zapadać w oparciu o dane zawarte w dostępnej dokumentacji medycznej pacjentki oraz wynikające z przeprowadzonego z nią wywiadu, w oparciu o aktualne wskazania wiedzy medycznej, zawarte np. w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Zasady te dotyczą jednakowo wszystkich porodów – zarówno tych, gdzie decyzja o podjęciu lub nie cesarskiego cięcia jest jednoznaczna, jak i tych, gdzie mogą nasuwać się pewne wątpliwości (jak w przypadku powódki, gdy waga płodu była bliska granicy 4.500 g).

Z powyższego wynika, że pozwanemu nie można przypisać „winy organizacyjnej” polegającej na braku opracowaniu szczególnej procedury na wypadek porodu dziecka, którego przewidywana waga jest bliska granicy 4.500 g. W nauce medycyny brak jest rekomendacji co do wyodrębnienia tego rodzaju procedury. Aktualny stan wiedzy medycznej nie pozwala też na opracowanie specjalnych procedur ograniczających ryzyko rozejścia się spojenia łonowego, które pozostaje urazem rzadkim, występującym w przypadku mniej niż 1% porodów. W szpitalu prowadzonym przez pozwanego stosowano procedurę podejmowania przez lekarzy decyzji o przeprowadzeniu cesarskiego cięcia dotyczącą każdego porodu, co należy uznać za odpowiadające ogólnym standardom i wystarczające do sprawnego podejmowania decyzji przeciwdziałających występowaniu powikłań podczas porodu.

Z racji tego, że nie można po stronie lekarzy i położnej opiekujących się powódką

w trakcie i po porodzie doszukać się działania bezprawnego, brak jest obowiązku odszkodowawczego po stronie pozwanego. Wobec tego żadne z roszczeń dochodzonych pozwem nie mogło być uwzględnione. Nie zmienia tego fakt istnienia związku przyczynowego pomiędzy decyzją o nieprzeprowadzeniu cesarskiego cięcia a urazem powódki i jego następstwami, jak również fakt wystąpienie u powódki szkody i krzywdy wynikającej z urazu (gdyby nie uraz, powódka z pewnością nie poniosłaby wydatków na leczenie i rehabilitację i mogłaby się w pełni cieszyć macierzyństwem).

Mając to wszystko na uwadze Sąd oddalił powództwo w pkt. I sentencji wyroku na podstawie powołanych wyżej przepisów.

O kosztach postępowania w pkt. II sentencji wyroku Sąd kierował się zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Powódka, jako strona przegrywająca niniejszą sprawę, obowiązana jest zwrócić pozwanemu poniesione przez niego celowe koszty procesu w łącznej kwocie 11.811,48 zł, na którą składają się poniesione przez pozwanego wydatki na opinię biegłych w wysokości 949,48 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa procesowego w wysokości 17 zł i wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 10.800 zł ustalonej na podstawie § 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1800, ze zm.).

Jako że powódka jest stroną przegrywającą sprawę, Sąd w pkt. III sentencji wyroku nakazał pobrać od niej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie wyłożone tymczasowo przez Skarb Państwa wydatki na poczet opinii biegłych i uzyskanie kopii dokumentacji medycznej w kwocie łącznej 5.336,07 zł, na podstawie art. 113 ust. 1 w zw.

z art. 83 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 785, ze zm.).