

Sygn. akt: I C 1780/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

19 czerwca 2019 r.

Sąd Rejonowy w Nysie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Sądu Rejonowego Remigiusz Drzewiecki
Protokolant:	protokolant sądowy Katarzyna Kozłowska

po rozpoznaniu 7 czerwca 2019 r. na rozprawie w N.

sprawy z powództwa K. S.

przeciwko Zespołowi (...) w N.

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej Zespołu (...) w N. na rzecz powódki K. S. 75 000 (siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od:

- kwoty 30 000 zł (trzydzieści tysięcy złotych) od 19 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

- kwoty 45 000 zł (czterdzieści pięć tysięcy złotych) od 9 maja 2019 r. do dnia zapłaty,

II. zasądza od strony pozwanej Zespołu (...) w N. na rzecz powódki K. S. 3600 zł (trzy tysiące sześćset złotych) tytułem zwrotu kosztu wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu oraz 1286,69 zł (tysiąc dwieście osiemdziesiąt sześć złotych sześćdziesiąt dziewięć groszy) tytułem zwrotu wydatków poniesionych przez pełnomocnika z urzędu,

III. nakazuje ściągnąć od strony pozwanej Zespołu (...) w N. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Nysie 3750 zł (trzy tysiące siedemset pięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu opłaty sądowej, od której powódka K. S. była zwolniona oraz 8441,55 zł (osiem tysięcy czterysta czterdzieści jeden złotych pięćdziesiąt pięć groszy) tytułem kosztów opinii biegłego poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa.

UZASADNIENIE

W pozwie złożonym do tutejszego Sądu 29 listopada 2016 roku powódka K. S. reprezentowana przez radcę prawnego, a obecnie adwokata ustanowionego z urzędu, domagała się zasądzenia od strony pozwanej Zespołu (...) w N. 30 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę fizyczną i psychiczną wskutek czynu niedozwolonego z 19 stycznia 2013 roku wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 19 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty. Jednocześnie pełnomocnik z urzędu powódki wniósł o zasądzenie na rzecz pełnomocnika kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu w postaci opłaty według norm przepisanych oraz niezbędnych i udokumentowanych wydatków według spisu kosztów. Jednocześnie oświadczył, że opłata i wydatki nie zostały zapłacone w całości.

Uzasadniając swoje żądanie wskazała, że 18 stycznia 2013 roku będąc w trzeciej ciąży zgłosiła się z nieregularną czynnością skurczową macicy do ZOZ w N., gdzie została przyjęta na oddział ginekologiczno-położniczy. Następnie została przebadana i oceniona przez lekarza dyżurnego A. D. i położną R. K.. Z przeprowadzonego badania jednoznacznie wynikało, że poród się rozpoczął. Pierwszy poród powódki w roku 2005 zakończył się cesarskim cięciem, natomiast drugi odbył się w naturalny sposób w roku 2008. Od powódki została odebrana zgoda na poród siłami natury oraz na jego prowokację, pomimo braku pełnego wyjaśnienia ryzyka jakie może być związane z próbą takiego zakończenia ciąży i jej dziecka. W tym dniu o godzinie 19:40 powódka na zlecenie lekarza dyżurnego A. D. otrzymała kroplówkę, w skład której wchodziło 5 jednostek oksytocyny, pomimo przeciwwskazań do jej podania, tj. stanu po wielu porodach i wcześniejszym cesarskim cięciu. Następnie o godzinie 00:30 następnego dnia podano powódce papawerynę, po trzydziestu minutach wystąpiły u niej zaburzenia w rytmie tętna płodu podczas skurczy macicy, które nie ustępowały pomimo zaprzestania podawania kroplówki. W związku z zagrożeniem zamartwicy płodu o godzinie 01:50 powódkę przygotowano do zabiegu i przewieziono do sali cięć cesarskich. Ciąża została ukończona operacyjnie, po trwającym sześć godzin i 20 minut pierwszym etapie akcji porodowej, w wyniku której urodził się powódce syn, który nie uzyskał pełnej punktacji w skali A.. Dodatkowo z przeprowadzonego w lutym 2013 roku badania USG głowy dziecka wynika, że przebyło ono krwawienie dokomorowe zwykle będące objawem niedotlenienia okołoporodowego. W wyniku błędnie przeprowadzonego pierwszego etapu porodu doszło do kompletnego pęknięcia mięśnia macicy oraz ściany pęcherza moczowego, a w związku z tym doszło do zagrożenia życia i zdrowia zarówno powódki jak i jej nienarodzonego jeszcze dziecka. W efekcie dużej utraty krwi konieczne było jej przetoczenie. W celu zszycia mięśni macicy i ściany pęcherza moczowego konieczne było wezwanie wsparcia przez lekarzy operujących powódkę w osobach ordynatora oddziału ginekologiczno-położniczego N. K. i chirurga lek. med. W. S., co sprawiło wiele trudności. Nie było możliwości wezwania do pomocy lekarza urologa. W drugiej dobie po cesarskim cięciu u powódki wykonano badanie urografię i cystografię stwierdzając nieszczelność pęcherza moczowego. Z tego powodu wraz z urologiem wykonano relaparotomię, w trakcie której zszyto pęcherz moczowy. W kolejnych dniach po operacji stan zdrowia powódki nie poprawiał się. Zamiast zajmować się swoim nowonarodzonym synkiem, sama zmuszona była korzystać z pomocy osób trzecich. Przebieg porodu odebrał powódce radość macierzyństwa, jej synek wymagał z uwagi na niedotlenienie szczególnej opieki, w tym lekarskiej, co wiązało się z podrózami na wizyty do lekarzy z O.. Powódka w poszukiwaniu rozwiązania swoich problemów zmuszona była przechodzić wiele stresujących i bolesnych badań medycznych, w przeciągu krótkiego czasu utraciła na wadze 10 kg. Powódka uzyskała orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności od dnia porodu do 31 lipca 2013 roku. Następnie 18 kwietnia 2013 roku powódka miała przeprowadzoną w ZOZ w N. na oddziale ginekologiczno-położniczym histeroskopię diagnostyczną przez prof. M. G., w wyniku której rozpoznano przetokę pęcherzowo-maciczną o średnicy ok. 2 mm po lewej stronie macicy, będącą stanem po cięciu cesarskim, pęknięciu macicy i pęcherza moczowego. Powódka do chwili wniesienia pozwu nie odzyskała pełnego zdrowia, próbuje wrócić do normalnego funkcjonowania, które zostało jej uniemożliwione w wyniku źle przeprowadzonego porodu. 23 stycznia 2015 roku powódka przeszła badanie urograficzne wskazujące na obecność przetoki maciczno-pęcherzowej, natomiast 28 lutego 2015 roku przeprowadzono u niej zabieg uretrocystoskopii cystoskopem sztywnym wraz z biopsją. W okresie od 15 lutego do 22 lutego 2016 roku powódka przebywała na oddziale urologii, gdzie poddana została cystoskopii i cystografii przezcewkowej, które na obecną chwilę nie potwierdzają obecności przetoki pęcherzowo-maciczej. Z powodu błędnie przeprowadzonego porodu powódka przeszła długą i bolesną rekonwalescencję i w dalszym ciągu boryka się z problemami zdrowotnymi. Pismem z 18 stycznia 2016 roku powódka skierowała do strony pozwanej wezwanie do próby ugodowej i likwidacji szkody poprzez wypłatę kwoty 30.000 zł. Pismem z 19 lutego 2016 roku strona pozwana odmówiła zawarcia ugody.

W odpowiedzi na pozew z 8 lutego 2017 roku (k. 52-55) strona pozwana Zespół (...) w N. wniosła o oddalenie powództwa w całości, wezwanie do sprawy interwenienta ubocznego – ubezpieczyciela strony pozwanej (...) S.A. z siedzibą w O. oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko strona pozwana wskazała, że nie doszło do popełnienia błędu diagnostycznego czy terapeutycznego w trakcie postępowania medycznego. Powódka chciała odbyć poród siłami natury, podpisała wszelkie zgody na postępowanie medyczne w trakcie porodu oraz na podłączenie kroplówki z oksytocyną, wobec braku

regularnej czynności skurczowej i postępu porodu. Powódka była informowana o ewentualnych skutkach podłączenia oksycyny. W trakcie porodu z powodu odpłynięcia płynu owodniowego i objawów grożących zamartwicą płodu zdecydowano o rozwiązaniu drogą cesarskiego cięcia. W trakcie czynności skurczowej doszło do pęknięcia macicy i otwarcia pęcherza moczowego, który był naszyty na dolny odcinek mięśnia macicy, co stwierdzono podczas zabiegu. Pacjentka wymagała kilkakrotnych przetoczeń krwi (4 jednostki). Pacjentka urodziła płód żywy, donoszony, zeszyto pęcherz moczowy w obecności lekarza dyżurnego i trzykrotnie podjęto próbę szczelności pęcherza, wypełniając go solą fizjologiczną. Nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Następnego dnia wykonano urografię, kolejno poproszono urologa o konsultację i ze względu na nieuszczelnienie ciągłości pęcherza moczowego, wykonano z urologiem relaparotomię (otwarcie jamy brzusznej) celem sprawdzenia lub korekty poprzedniego zabiegu, gdzie ponownie zeszyto pęcherz moczowy ze sprawdzeniem szczelności. Zlecono powódce utrzymywanie cewnika F. przez okres 2-3 miesięcy. W poradni dla kobiet w P. powódka była pod troskliwą opieką, przeprowadzono u niej badanie ginekologiczne, które nie stwierdziło przetoki pęcherzowo-pochwowej. Dopiero po dwóch latach ponownie wykonano u powódki cystoskopię i histeroskopię, w wyniku których stwierdzono niewielką przetokę zalecając dalsze leczenie zachowawcze. W każdym momencie porodu mogło dojść do sytuacji pęknięcia mięśnia macicy, a następnie przerwania ciągłości pęcherza moczowego, który naszyty był na ten mięsień. Niebagatelny wpływ na tę sytuację miała również nieprawidłowa budowa anatomiczna pęcherza moczowego, oceniona tak przez urologa w trakcie relaparotomii, gdzie stwierdzono bardzo małą pojemność owego pęcherza. Analiza dokumentacji medycznej nie wskazuje by nastąpiły ze strony pozwanej ZOZ w N. działania lub zaniechania prowadzące do wywołania jakiegokolwiek szkody u powódki.

Pismem z 3 kwietnia 2017 roku (k. 178) (...) S.A. z siedzibą w W. poinformowało, że nie przystępuje do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

Pismem z 8 maja 2019 roku (k. 375) powódka zmieniła powództwo w ten sposób, że wniosła o zasądzenie od strony pozwanej na jej rzecz tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę 75 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 30 000 zł od 19 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, natomiast od kwoty 45 000 zł od 9 maja 2019 roku od dnia zapłaty.

Pismem z 14 maja 2019 r. (k. 380-384) strona pozwana wniosła o oddalenie rozszerzonego powództwa.

Na rozprawie 7 czerwca 2019 r. (k. 409/II, 411) pełnomocnik powódki podtrzymał rozszerzone powództwo w całości, wniósł o zasądzenie kosztów w wysokości 150 % stawki minimalnej oraz domagał się zasądzenia wydatków zgodnie z przedłożonym spisem kosztów (k. 408). Uzasadnił to skomplikowanym charakterem sprawy, wielością terminów rozpraw.

Na rozprawie 7 czerwca 2019 r. (k. 409/II, 411) pełnomocnik pozwanej wniósł o oddalenie powództwa w całości.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

20 listopada 2008 roku (...) Centrum (...) w O. – Ośrodek (...) po zakończonym postępowaniu kwalifikacyjnym w okresie od 1 listopada 2008 roku do 15 listopada 2008 roku skierował lekarza A. D. do odbycia szkolenia specjalistycznego w zakresie położnictwa i ginekologii od 1 grudnia 2008 roku do 31 maja 2015 roku.

2 stycznia 2011 roku zastępca Ordynatora Oddziału (...)Położniczego ZOZ w N. E. L. stwierdził, że lek med. A. D. ma kwalifikacje i wiedzę do samodzielnego pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Ginekologii i Położnictwa.

Dowód:

- pismo z 20.11.2008 r. k. 234,
- pismo z 2.01.2011r. k. 233.

18 stycznia 2013 roku powódka K. S. będąc w trzeciej ciąży zgłosiła się do Zespołu (...) w N., zwanego dalej też Szpitalem w N. (strony pozwanej) z nieregularną czynnością skurczową macicy, gdzie została przyjęta na Oddział (...) Położniczy o godzinie 18:40. Następnie została przebadana przez lekarza dyżurnego A. D. i położną R. K.. Powódka poinformowała lekarza ją przyjmującego - A. D. (ówcześniej rezydenta) o tym, że pierwszy poród powódki w roku 2005 zakończył się cesarskim cięciem, natomiast drugi odbył się w roku 2008 w naturalny sposób.

Powódka - ciężarna powinna zostać poinformowana przez lekarza prowadzącego ciążę o ogromnym niebezpieczeństwie prowadzenia porodu siłami natury po przebytych cięciach cesarskich i realnej możliwości wystąpienia powikłań w bezpośredni sposób zagrażających jej zdrowiu i życiu między innymi w postaci pęknięcia macicy oraz pęcherza moczowego. Jednak powódka po przyjęciu do pozwanego szpitala nie posiadała żadnej wiedzy o w/w niebezpieczeństwie porodu siłami natury po przebytych cięciach cesarskich. Co więcej, powódka nie zdawała sobie sprawy z możliwych skutków stymulacji czynności skurczowej macicy za pomocą oksytocyny w przypadku stanu po cięciu cesarskim. Od powódki została odebrana pisemna zgoda na poród siłami natury oraz na jego prowokację. Powódka nie została jednak pouczona w sposób prawidłowy jakie ryzyko związane jest z próbą naturalnego zakończenia ciąży. Sam lekarz przyjmujący powódkę nie pamiętał dokładnie jakich informacji powódce udzielił.

Zgoda powódki na poród siłami natury po przebytych cięciach cesarskich w postaci wpisu do dokumentacji - 18.01.2013 godz. 18:41 Wieloródka z TP - 15.03.13 zgłosiła się z nieregularną czynnością skurczową macicy; TP 136/min wyrażam zgodę na poród siłami natury oraz na prowokację porodu”, czytelny podpis - S., pieczętka i nieczytelny podpis - lekarz A. D., położna - R. K. - była wadliwa. Powódka nie została poinformowana o niezwykle niebezpiecznych powikłaniach w przypadku porodu po przebytych cięciach cesarskich w postaci realnego zagrożenia pęknięcia macicy i/ lub pęcherza moczowego ze zgonem włącznie. Również odnośnie powikłań stymulacji czynności skurczowej macicy za pomocą oksytocyny po przebytych cięciach cesarskich w postaci przede wszystkim realnego zagrożenia pęknięciem macicy oraz ostrego niedotlenienia płodu z następowym zgonem matki i płodu powódka nie została w sposób należyty poinformowana.

Po przyjęciu powódki do pozwanego szpitala - szczególnie w przypadku kwalifikacji powódki do porodu siłami natury nie dokonano oceny podstawowego parametru w postaci oceny blizny po przebytych cięciach cesarskich za pomocą badania USG.

18 stycznia 2013 roku o godzinie 19:40 na zlecenie lekarza dyżurnego (rezydenta) A. D. powódka otrzymała kroplówkę, w skład której wchodziło 5 jednostek oksytocyny, pomimo przeciwwskazań do jej podania, tj. stan po wcześniejszym cesarskim cięciu. U powódki nie było żadnych wskazań do stymulacji porodu za pomocą oksytocyny, rozumianej według zaleceń (...) (8) jako nasilenie czynności skurczowej macicy w sytuacji, gdy własna czynność skurczowa nie powoduje postępu porodu. Powódka została przyjęta z rozwarciem szyjki macicy na 5 cm przy obecnej czynności skurczowej macicy 18 stycznia 2013 roku o godz. 18:40. Kroplówka naskurczowa z oksytocyny została podłączona po 1-godzinnej obserwacji o godz. 19:40, przy nadal utrzymującym się rozwarciu szyjki macicy na 5 cm. Po tak krótkiej obserwacji powódki nie było żadnych wskazań do rozpoznania braku postępu porodu i podania tak silnego środka naskurczowego jakim jest oksytocyna - dodatkowo przy względnych przeciwwskazaniach do jej zastosowania u ciężarnych w przypadku stanu po przebytych cięciach cesarskich. Z powodu braku zapisu KTG, który został wykonany u powódki bezpośrednio po przyjęciu do pozwanego szpitala brak jest możliwości dokładnego określenia czynności skurczowej macicy, jednak była to na tyle „skuteczna czynność skurczowa macicy”, która rozpoczęła się 18 stycznia 2013 roku o godz. 16:00, że spowodowała rozwarcie szyjki macicy na 5 cm już do godz. 18:40.

Stan płodu u powódki nie był w sposób ciągły monitorowany urządzeniem KTG, postępowanie personelu medycznego było nieprawidłowe, co mogło wpłynąć na istotne ograniczenie rozpoznania zagrożenia płodu i podjęcie właściwej interwencji zmniejszającej ryzyko uszkodzenia dziecka. Po urodzeniu się dziecka w wyniku badania USG głowy stwierdzono w komorze bocznej prawej śladowe zmiany wsteczne po przebytych krwawieniu dokomorowym, w komorze bocznej lewej pogrubiały spłot naczyniowy.

Wlew z oksytocyny podczas porodu u powódki był podany bez ciągłego monitorowania KTG - co było postępowaniem niedopuszczalnym przy dodatkowo opisanym już powyżej braku wskazań. Jego podanie rozpoczęło od dawki 20 kropli na minutę - dodatkowo na granicy rozpoczęcia aktywnej fazy porodu - co było postępowaniem nieprawidłowym. Poród w przypadku stanu po przebytym cięciu cesarskim - dodatkowo stymulowany oksytocyną był porodem patologicznym bardzo wysokiego ryzyka i powinien być prowadzony przez lekarza specjalistę ginekologa – położnika, a nie przez położną i lekarza rezydenta. Podanie oksytocyny mogło doprowadzić do ostrego niedotlenienia płodu w następstwie między innymi wystąpienia zespołu hiperstymulacji, czyli gwałtownej czynności skurczowej macicy lub w następstwie omawianego powyżej pęknięcia macicy. O. z uwagi na swoje silne działanie naskurczowe na mięsień macicy może spowodować nadmierną i niekontrolowaną gwałtowną czynność skurczową, której następstwem jest ostre niedotlenienie płodu lub w/w pęknięcie macicy oraz poniżej opisane urazy płodu i części miękkich kanału rodniego oraz krocza.

19 stycznia 2013 roku o godzinie 00:30 podano powódce papawerynę, po trzydziestu minutach, tj. o godzinie 01:00 w nocy wystąpiły u powódki zaburzenia w rytmie tętna płodu podczas skurczy macicy, które nie ustępowały pomimo zaprzestania podawania kroplówki. W związku z zagrożeniem zamartwicy płodu powódkę przygotowano do zabiegu i przewieziono do sali cięć cesarskich.

Decyzja o zakończeniu porodu cięciem cesarskim miała miejsce 19 stycznia 2013 roku o godz. 01:30 w nocy z wydobyciem płodu o godz. 02:20 w nocy. Poród trwał na oddziale ginekologiczno-położniczym u strony pozwanej przez ponad sześć godzin, w wyniku którego urodził się powódce syn R. Z., który nie uzyskał pełnej punktacji w skali A., tj. 6 pkt. Dodatkowo z przeprowadzonego w lutym 2013 roku badania USG głowy dziecka wynika, że przebyło ono krwawienie dokomorowe zwykle będące objawem niedotlenienia okołoporodowego.

W celu „przerwania, następujących po sobie niekorzystnych dla powódki zdarzeń, których skutkiem było pęknięcie macicy oraz „rozerwanie” pęcherza moczowego należało w odpowiednim momencie zakończyć poród cięciem cesarskim w poniżej wymienionych okresach czasowych : /1/ - przy stwierdzeniu braku postępu porodu 18 stycznia 2013 roku około godz. 23:40 - przy regularnej czynności skurczowej macicy, skurcze co ok. 4 min trw. ok 30 sek., pomimo stymulacji czynności skurczowej macicy za pomocą oksytocyny; /2/ - przy wystąpieniu pierwszych zaburzeń w akcji serca płodu tj. 19 stycznia 2013 r około godz. 01:00 w nocy.

Pęknięcie macicy oraz uszkodzenie pęcherza moczowego wystąpiło przed otwarciem jamy brzusznej i nie było to powikłanie śródoperacyjne. Z jamy brzusznej w następstwie pęknięcia macicy wydobyto syna żywego donoszonego o masie ciała 3300 g w stanie skrajnie ciężkim, który dopiero w dziesiątej minucie życia był średni (6 pkt).

Postępowanie pracowników pozwanego szpitala, tj. stymulacja czynności skurczowej macicy i brak ciągłego monitorowania kardiograficznej akcji serca płodu i czynności skurczowej macicy oraz oceny blizny po uprzednio przebytym cięciu cesarskim było błędne. Zbyt późno podjęto decyzję o zakończeniu porodu operacją cięcia cesarskiego.

Następstwem działania w postaci nieuzasadnionej wskazaniem położniczymi stymulacji czynności skurczowej macicy z zaniechaniem oceny blizny i monitorowania KTG oraz opóźnienia zakończenia porodu cięciem cesarskim była szkoda w postaci „pęknięcia macicy” i „rozerwania pęcherza moczowego” oraz ciężkiego stanu urodzeniowego noworodka.

Obiektywnie przewidywalne jest, że podłączenie bez wskazań i bez odpowiedniego przygotowania oraz kontroli kardiograficznej oksytocyny u rodzącej po cięciu cesarskim zwiększa ryzyko wystąpienia bardzo wielu groźnych powikłań - in concreto - pęknięcia macicy oraz masywnego uszkodzenia pęcherza moczowego z jednoczesnym jej narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Powyższych negatywnych dla powódki skutków, tj. „pęknięcie macicy”, „rozerwanie pęcherza moczowego oraz ciężki stan urodzeniowy płodu można było uniknąć gdyby prawidłowo dokonano oceny blizny po cięciu cesarskim oraz monitorowano za pomocą KTG akcję serca płodu oraz czynność skurczową macicy. W/w skutki nie miałyby miejsca,

gdyby nie doszło do w/w stymulacji i wcześniej poród zostałby zakończony operacją cięcia cesarskiego. Pęknięcie macicy, rozerwanie pęcherza moczowego oraz ciężki stan urodzeniowy płodu miały bardzo poważne skutki zarówno w zdrowiu fizycznym jak i psychicznym powódki.

Pęknięcie macicy i uszkodzenie pęcherza moczowego podczas porodu w szpitalu strony pozwanej wynikało z błędnego postępowania medycznego personelu strony pozwanej w tym zakresie i stanowiło realne zagrożenie dla zdrowia i życia powódki. Z uwagi na negatywne działania ze strony personelu strony pozwanej następna ciąża powódki będzie musiała zakończyć się poprzez cesarskie cięcie i obciążona jest ogromnym ryzykiem wystąpienia ciężkich powikłań wynikających z pęknięcia macicy oraz uszkodzenia pęcherza moczowego podczas porodu z 18/19 stycznia 2013 roku.

Dowody:

- dokumentacja medyczna, k. 16-31, 34-37, 56-68, 73-139, 293-295, w tym w szczególności: karta obserwacji płodu, historia choroby, karta położnicza, karta gorączkowa ogólna, opis zabiegu medycznego z 19 stycznia 2013 roku, reoperacja, przebieg choroby, karta informacyjna leczenia szpitalnego – cięcie cesarskie szycie mięśnia macicy, szycie pęcherza moczowego, laparotomia zwiadowcza, histeroskopia diagnostyczna, cystoskopia, wynik badania – urografia, karta przetoczenia krwi, znieczulenie ogólne, okołoooperacyjna karta kontrolna, karta zleceń lekarskich, przedoperacyjna ankieta anestezjologiczna, histeroskopia, karta znieczulenia premedykacja,
- USG głowy dziecka R. Z. k. 32,
- informacja dla pacjentki, k. 24-25, 295
- opinia biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. k. 242-281,
- karta położnicza k. 18,
- częściowo zeznania świadka K. K. k. 154/II-155, 157,
- częściowo zeznania świadka W. S. k. 193, 198,
- częściowo zeznania świadka T. S. k. 194-195, 198,
- częściowo zeznania świadka M. G. k. 195-196, 198,
- częściowo zeznania świadka A. D. k. 210-212, 217,
- częściowo przesłuchanie dyrektora strony powodowej N. K. k. 214-217,
- częściowo zeznania świadka J. M. k. 225-226, 229,
- przesłuchanie powódki K. S. k. 226/II-228, 229.

Poród powódki nie powinien odbyć się w ośrodku o najniższym stopniu referencyjności, czyli w pozwanym szpitalu (na rok 2013), który dodatkowo nie posiadał odpowiednich możliwości zarówno sprzętowych jak i organizacyjnych do prowadzenia między innymi porodów po cięciach cesarskich z następujących powodów, tj.: brak aparatury USG pozwalającej podczas dyżuru na ocenę blizny po przebyłym cięciu cesarskim, co w sytuacji powódki było postępowaniem obowiązkowym, brak możliwości ciągłego monitorowania KTG - postępowanie niezbędne w przypadku stanu po cięciu cesarskim, a przede wszystkim podczas wlewu kroplowego z oksytocyny, obecność na dyżurze jedynie rezydenta z trzyletnim stażem specjalizacyjnym (w tamtym czasie), który podejmuje się samodzielnie prowadzić skrajnie patologiczny poród w postaci stanu po przebyłym cięciu cesarskim, niedostępność - nawet pod telefonem - lekarza dyżurnego urologa - in concreto - stan po cięciu cesarskim stwarzał ogromne ryzyko uszkodzenia pęcherza moczowego.

Pozwany szpital nie dysponował na dyżurze 18 stycznia 2013 roku aparatem USG do badania dolnego odcinka macicy. Ten sprzęt nie był dostępny przy przyjmowaniu pacjentek w godzinach wieczornych. Powódka po podaniu oksytocyny była chwilowo monitorowana przez KTG i badanie położnicze, w tym ocenę bolesności dolnego odcinka macicy. Na dyżurze lekarze nie dysponują sprzętem do ciągłego monitorowania KTG.

Zabieg naprawy pęcherza moczowego u powódki okazał się skomplikowany i trudny. Podczas zabiegu stwierdzono „strzępki” pęcherza moczowego. Udało się z tych resztek uzyskać pęcherz, który był wielkości jaja kurzego. Fizjologicznie pęcherz dorosłej kobiety i mężczyzny ma pojemność 0,5l. Pęcherz odtworzony u powódki miał pojemność ok. 50 - 60 ml. Był to zabieg, który uratował powódce życie i nie doszło dzięki niemu do trwałego okaleczenia, które zagrażało jej z powodu nieprawidłowego postępowania porodowego. Leczenie powódki po tym zabiegu trwało kilka miesięcy. U powódki wystąpiła przetoka pęcherzowo - pochwowa. W czasie kiedy doszło do operacji powódki pozwany szpital nie miał stałego dyżuru urologicznego. Dopiero przypadek powódki spowodował wprowadzenie dyżurów telefonicznych.

Dowody:

- opinia biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T., k. 242-281,
- dokumentacja medyczna, k. 16-31, 34-37, 56-68, 73-139, 293-295 ,
- częściowo zeznania świadka B. Z. k. 213, 217,
- częściowe zeznania świadka S. Z. k. 213-214, 217,
- częściowo przesłuchanie powódki K. S. k. 226/II-228, 229,
- częściowo zeznania świadka A. D. k. 210-212, 217,
- częściowe zeznania świadka J. M. k. 225-226, 229.

Zastosowanie oksytocyny podczas porodu jest obarczone ryzykiem wystąpienia wielu groźnych powikłań w bezpośredni sposób zagrażających zdrowiu i życiu matki oraz dziecka. Ponadto, wymagana jest konieczność ciągłego monitorowania KTG podczas stymulacji czynności skurczowej macicy. Najbardziej niebezpiecznymi i wręcz dramatycznym powikłaniami stosowania oksytocyny w celu stymulacji czynności skurczowej jest pęknięcie macicy oraz przedwczesne odklejenie łożyska, które mogą doprowadzić do zgonu matki i płodu. Ponadto stosowanie oksytocyny doprowadza do „błyskawicznych”, pod względem czasowym porodów połączonych z masywnymi urazami części miękkich kanału rodnego, natomiast po urodzeniu płodu jest przyczyną atonii macicy - bezpośrednio zagrażającej życiu i zdrowiu matki.

W związku z powyższymi przesłankami zaleca się między innymi podczas wlewu z oksytocyny zastosowania obowiązkowych czynności w postaci ciągłego monitorowania kardiograficznego.

Dane - zapis dokonany przez stronę pozwaną w karcie położniczej powódki:

- początek zapisu - 18 styczeń 2013 r godz. 19:42, koniec zapisu - 18 styczeń 2013 roku godz. 20:02,
- czas trwania - 20 minut, podstawowa akcja serca płodu 180/min,
- w zapisie obecne 4 deceleracje późne,
- skurcze macicy co ok. 1 min o amplitudzie około 90-100 mmHg trwające ok. 1 min.

- świadczą o nieprawidłowym prowadzeniu porodu z następujących powodów: 1/ w zapisie KTG występują dwie podstawowe nieprawidłowości w postaci tachykardii oraz deceleracji późnych, 2/ zapis ten jest wskazaniem do

natychmiastowego podjęcia czynności mających na celu zakończenie porodu cięciem cesarskim, czyli 18 stycznia 2013 roku o godz. 20:02, 3/ w zapisie KTG była tachykardia, która jest definiowana jako przyspieszenie podstawowej czynności serca płodu powyżej 150 uderzeń/minutę w czasie co najmniej 10 minut (3/4).

Po przyjęciu rodzącej do pozwanej placówki, szczególnie w przypadku kwalifikacji powódki do porodu siłami natury, nie dokonano oceny podstawowego parametru w postaci oceny blizny po przebytych cięciach cesarskich za pomocą badania USG. Postęp w zakresie kwalifikacji ciężarnych po cięciu cesarskim do porodu siłami natury dokonał się dzięki ultrasonograficznej ocenie blizny po uprzednio przebytych cięciach cesarskich. Za pomocą badania palpacyjnego w żaden sposób nie można ocenić grubości blizny po przebytych cięciach cesarskich - do tego celu służy badanie USG. Ponadto ocena palpacyjna dolnego odcinka macicy nie została dokonana przez lekarza specjalistę, ale przez lekarza nie posiadającego jeszcze specjalizacji.

Wskazywane przez stronę pozwaną badanie palpacyjne dolnego odcinka, w sytuacji gdy stwierdzamy jego bolesność może wzbudzać podejrzenie „rozejścia” się blizny, które nastąpiło podczas porodu.

Dnia 18 stycznia 2013 r o godz. 19:40 podłączono kroplówkę naskurczową o składzie 5 j. O. + 500 ml 0,9% Na Cl z szybkością 20 kropli /min. Jednak nie było żadnych wskazań do stymulacji porodu za pomocą oksytocyny.

Zgodnie z zaleceniami (...) dopiero o godz. 23:40 19 stycznia 2013 roku były przesłanki wskazujące na rozpoznanie braku postępu porodu pomimo stymulacji czynności skurczowej macicy u rodzącej po cięciu cesarskim - co powinno spowodować podjęcie decyzji o natychmiastowym zakończeniu porodu cięciem cesarskim.

Zasady podawania oksytocyny w celu stymulacji porodu są następujące :

- „konieczny jest nadzór nad częstością czynności serca płodu i aktywnością skurczową macicy poprzez monitorowanie kardiograficzne,
- przed podaniem oksytocyny należy wykluczyć dysproporcję płodowo-miedniczną oraz wszelkie inne przeciwwskazania do porodu siłami natury,
- niedopuszczalne jest podawanie domięśniowe lub dożylnie oksytocyny w bolusie przed urodzeniem dziecka,
- niedopuszczalna jest stymulacja porodu bez wskazań medycznych”.

Analiza zapisu KTG wykonanego w dniu 18 stycznia 2013 roku pomiędzy godz. 19:42 a 20:02 po rozpoczęciu stymulacji skurczowej macicy za pomocą oksytocyny wskazuje na rozpoczynającą się hiperstymulację mięśnia macicy (skurcze macicy co ok. 1 min o amplitudzie około 90-100 mmHg trwające ok. 1 min) - co było bezwzględny wskazaniem przy dodatkowo patologicznym zapisie KTG do natychmiastowego zakończenia jej podawania z powodu dużego ryzyka pęknięcia mięśnia macicy.

Poród w przypadku stanu po przebytych cięciach cesarskich - dodatkowo stymulowany oksytocyną był porodem patologicznym bardzo wysokiego ryzyka i powinien być prowadzony przez lekarza specjalistę ginekologa – położnika, a nie przez położną i rezydenta.

Zastosowania oksytocyny bez wskazań medycznych i kontynuowanie jej podawania pomimo wystąpienia zespołu hiperstymulacji - co wynika z zapisu KTG dołączonego do akt przez stronę pozwaną - która z dużym prawdopodobieństwem doprowadziła do pęknięcia mięśnia macicy. Podanie oksytocyny odbyło się bez kontroli w postaci ciągłego monitorowania akcji serca płodu oraz czynności skurczowej macicy.

Prowadzenie patologicznego porodu odbyło się przez lekarza bez specjalizacji a nawet z dużym prawdopodobieństwem przez położną, którzy nie posiadali uprawnień do wykonywania w/w czynności. W dokumentacji medycznej brak prawnie wiążącej zgody pacjentki w formie pisemnej zarówno na poród siłami natury po przebytych cięciach cesarskich jak i zgody na stymulację czynności skurczowej macicy za pomocą oksytocyny. Brak jest również opisu wyniku badania

USG, jak również zapisu KTG wykonanego przez stronę pozwaną po przyjęciu pacjentki zarówno w formie opisu jak i w formie jego „fizycznej” obecności na papierze.

W stosunku do powódki nie zostało przeprowadzone przez stronę pozwaną badanie USG, nie oceniono więc dwóch podstawowych parametrów, które wskazują ze względów położniczych na możliwość odbycia porodu siłami natury po przebytym cięciu cesarskim w postaci oceny przebiegu i grubości blizny oraz szacunkowej masy płodu. Strona pozwana wykonała czynności w postaci zebrania wywiadu oraz oceny wymiarów miednicy kostnej, ale nie przeprowadziła w/w oceny blizny oraz szacunkowej masy płodu.

W przypadku wystąpienia w/w przesłanek położniczych pojawia się medyczna, a nie na życzenie pacjentki, konieczność kwalifikacji do odbycia porodu na drodze cięcia cesarskiego. U powódki doszło do naruszenia podstawowych reguł postępowania, z którymi była związana realna możliwość przewidzenia wystąpienia skutku w ramach określonego przebiegu przyczynowego. Po przyjęciu brak jest możliwości oceny kwalifikacji ciężarnej przez stronę pozwaną do porodu siłami natury z powodu w/w braku oceny w badaniu USG blizny oraz szacunkowej masy płodu. Jednocześnie - na podstawie oceny zapisu KTG wykonanego bezpośrednio po podłączeniu kroplówki naskurczowej 18 stycznia 2013 roku o godz. 20:02 zaistniały wskazania do natychmiastowego podjęcia czynności mających na celu zakończenie porodu cięciem cesarskim.

Postępowanie personelu pozwanego szpitala było niezgodne z aktualną na 2013 rok wówczas wiedzą medyczną w następujących kwestiach: 1/ zastosowanie oksytocyny w pierwszym okresie porodu bez wskazań, 2/ rozpoczęcie wlewu z oksytocyny od zbyt dużej dawki - 20 kropli na minutę - dodatkowo na granicy rozpoczęcia aktywnej fazy porodu, 3/ kontynuowanie podawania oksytocyny pomimo wystąpienia zespołu hiperstymulacji, który z dużym prawdopodobieństwem na dalszym etapie porodu doprowadził do pęknięcia macicy - przy dodatkowym patologicznym zapisie KTG wykonanym 18 stycznia 2013 roku pomiędzy godz. 19:42 a 20:02, 4/ zaniechanie podjęcia czynności mających na celu zakończenie porodu cięciem cesarskim 18 stycznia o godz. 20:02 - na co wskazywał patologiczny zapis KTG, 5/ zaniechanie podjęcia decyzji o natychmiastowym zakończeniu porodu cięciem cesarskim 18 stycznia 2013 roku o godz. 23:40 kiedy wystąpiły przesłanki wskazujące na rozpoznanie braku postępu porodu pomimo stymulacji czynności skurczowej macicy.

Pęknięcie mięśnia macicy oraz pęcherza moczowego wynikało z przedstawionego powyżej postępowania strony pozwanej niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną oraz z niezachowania należytej staranności. Pęknięcie mięśnia macicy jest bardzo poważnym powikłaniem, którego wystąpienia u powódki można było uniknąć przy zachowaniu należytej staranności i postępowaniu zgodnemu z aktualną wiedzą medyczną.

Dowód:

- uzupełniająca opinia biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T., k.332-358,
- karta obserwacji porodu k. 294.

Powódka po wyjściu ze szpitala przez dłuższy okres czasu miała problemy z prostymi czynnościami, chociażby wchodzeniem po schodach na drugie piętro, przez ból związany z dwukrotnym zabiegiem medycznym nie mogła zajmować się nowonarodzonym synkiem, jak też wieloma innymi czynnościami życia codziennego. Jej jakość życia uległa drastycznej zmianie, bowiem przez okres trzech miesięcy powódka zmuszona była nosić pieluchy, gdyż popuszczała mimowolnie mocz, w nocy popuszczała mocz na łóżko, bardzo często zmuszona była korzystać z toalety, jeśli musiała wyjść z domu na dłużej, musiała nosić pampersy, gdy nie miała przez dłuższy czas możliwości ich zmiany, bardzo często dochodziło do przeniknięcia moczu na odzież, w tym podczas jazdy autobusem, powódka nie miała możliwości wychodzić z dziećmi, w tym z nowonarodzonym synkiem na spacer, wymagała pomocy przy jego opiece, nie mogła w pełni cieszyć się narodzinami synka, w dalszym ciągu miewa bóle związane z przebytymi zabiegami medycznymi.

Dowody:

- zeznania świadka B. Z. k. 213, 217,
- zeznania świadka S. Z. k. 213-214, 217,
- przesłuchanie powódki K. S. k. 226-229.

25 marca 2013 roku powódka uzyskała orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w okresie od 18 stycznia 2013 roku do 31 lipca 2013 roku.

Dowód: orzeczenie o niepełnosprawności k. 33.

16 kwietnia 2013 roku wobec powódki zastosowano leczenie – histeroskopię diagnostyczną miejsca przetoki pęcherzowej. Rozpoznano przetokę pęcherzowo-maciczną z penetracją przestrzeni pęcherza moczowego do okolicy lewego brzegu macicy na wysokości cieśni. Zdiagnozowano przetokę pęcherzowo-maciczną po lewej stronie macicy. Ponadto, 23 stycznia 2015 roku wobec powódki wykonano badanie urografię w wyniku której stwierdzono że obraz odpowiada obrazowi przetoki pęcherzowo-maciczej. Następnie w okresie 15 luty – 22 luty 2016 roku powódka przebywała na Oddziale Urologii i Urologii Onkologicznej w Wojewódzkim Szpitalu (...) we W.. 17 lutego 2016 roku u powódki wykonano zabieg cystoskopii i cystografii, w wyniku których stwierdzono, że brak jest obecności przetoki pęcherzowo-maciczej.

Dowód:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego k 34,
- wynik badania – urografia k. 35,
- karta informacyjna k. 36-37.

30 stycznia 2017 roku lekarz A. D. sporządził oświadczenie odnośnie zdarzenia medycznego z 18/19 stycznia 2013 roku.

Dowód: oświadczenie k. 72.

6 lutego 2017 roku specjalista ginekologii i położnictwa, anestezjolog M. S.. G. sporządził dla strony pozwanej opinię dotyczącą przebiegu porodu i powikłań z nim związanych u powódki w latach 2013-2015.

Dowód: opinia z 6.02.2017r., k. 69-71.

1 lipca 2017 roku lekarz C. P. sporządził opinię w przedmiocie postępowania medycznego z 18/19 stycznia 2013 roku, w której uznał, że brak jest związku przyczynowo-skutkowego między postępowaniem personelu medycznego, a wystąpieniem powikłań porodowych i powódki. Nadto, dnia 27 maja 2019 roku w/w lekarz po zapoznaniu się z dodatkową dokumentacją podtrzymał wcześniejszą opinię, w której stwierdził brak związku przyczynowo-skutkowego między postępowaniem personelu medycznego, a wystąpieniem powikłań porodowych i powódki i wskazała, że nie doszło do popełnienia błędu medycznego.

Dowód:

- opinia prywatna z 1.07.2017 r. k. 299-302.
- opinia prywatna z 27.07.2019 r. k. 393-394.

Pismem z 5 lipca 2017 roku Zespół (...) S.A. z siedzibą w W. w odpowiedzi na wystąpienie przez pełnomocnika powódki z roszczeniem za nieprawidłowości w leczeniu u strony pozwanej stwierdził brak podstaw do przyjęcia

odpowiedzialności przez (...) S.A. i wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczeniowej placówki medycznej – ZOZ w N..

Dowód: pismo z 5.07.2017r., k. 219-222.

Od 1 stycznia 2018 roku do 31 grudnia 2018 roku Oddział Położnictwa i Ginekologii ZOZ w N., hospitalizacja - ma II poziom referencyjny – No1, No2, No3, N20; ma II poziom referencyjny pakiet onkologiczny; ma II poziom referencyjny świadczenia poza pakietem onkologicznym.

Dowód: plan rzeczowo-finansowy, k. 291-292.

Powódka pismem z 18 stycznia 2016 roku zawezwała stronę powodowa do próby ugodowej w postaci wypłaty kwoty 30 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od 19 stycznia 2013 roku tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wyrządzoną jej zabiegiem medycznym z 19 stycznia 2013 roku.

Pismem z 19 lutego 2016 roku strona pozwana nie wyraziła zgody na zawarcie ugody.

Dowody:

- pismo z 18.01.2016 r. k. 38,
- pismo z 19.02.2016 r. k. 39.

23 lipca 2018 roku lekarz A. D. sporządził oświadczenie na okoliczność przyjęcia powódki 18 stycznia 2013 roku na Oddział (...)Położniczy w pozwanym Szpitalu ZOZ w N.. Tego samego dnia położna R. K. również sporządziła oświadczenie na okoliczność przyjęcia powódki 18 stycznia 2013 roku na Oddział (...)Położniczy w pozwanym Szpitalu ZOZ w N..

Dowody:

- pismo z 23.07.2018 r., k. 296,
- pismo z 23.07.2018 r. k. 297.

Kierownik Sekcji Ewidencji, Inwentaryzacji, Likwidacji i Kasacji Zespołu (...) w N. M. P. oświadczył na piśmie, że w Zespole (...) w N. na Oddziale G.-Położniczym w styczniu 2013 roku były trzy aparaty USG. Natomiast na Oddziale Urologicznym był jeden aparat USG w Poradni C., która jest przy Oddziale Ginekologii. Jednakże w tym czasie szpital nie dysponował na dyżurze aparatem USG do badania dolnego odcinka macicy. Ten sprzęt nie był dostępny przy przyjmowaniu pacjentek w godzinach wieczornych. Lekarz A. D. nie prosił ordynatora, żeby udostępnił na wieczornym dyżurze urządzenie KTG oraz USG od stałego monitorowania pacjentki.

Dowody:

- pismo ZOZ w N. k. 298,
- częściowo zeznania świadka A. D. k. 210-212.

W maju 2019 roku na stronie internetowej wyborcza.pl ukazał się artykuł prasowy pt.: Profesor M. G. zesłany do piwnicy. Natomiast na stronie internetowej polityka.pl ukazał się artykuł prasowy pt.: W.: ginekolodzy narażali życie pacjentek. Artykuły opisywały konflikty we (...) środowisku lekarzy ginekologów.

Dowód: wydruki ze stron internetowych k. 385-390.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo K. S. zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Strona pozwana kwestionowała odpowiedzialność za nieprawidłowe postępowanie medyczne w dniach 18 i 19 stycznia 2013 roku, tak co do zasady jak i co do wysokości.

Ustalając stan faktyczny w przedmiotowej sprawie Sąd oparł się na dowodach w postaci: dokumentów dołączonych przez obie strony postępowania opisanych dokładnie pod poszczególnymi elementami stanu faktycznego, zeznań świadków K. K., W. S., T. S., M. G., A. D., B. Z., S. Z., J. M., przesłuchania powódki K. S., przesłuchaniu dyrektora strony pozwanej N. K., jak również pisemnej opinii biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. oraz pisemnej opinii uzupełniającej biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T.. Zgromadzony w niniejszej sprawie dokumentarny materiał dowodowy nie był kwestionowany przez żadną ze stron postępowania. Przedłożone dokumenty, przeprowadzone dowody osobowe, a także dopuszczone dwie opinie biegłego sądowego pozwoliły Sądowi dokonać ustalenia istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności faktycznych. Co prawda opinia biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. z 2 lipca 2018 roku była kwestionowana przez stronę pozwaną, niemniej jednak biegły sądowy w opinii uzupełniającej z 26 marca 2019 roku wyczerpująco, jednoznacznie, rzetelnie i fachowo odniósł się do tych zarzutów i wskazał, że sformułowania strony pozwanej są bezpodstawne, brak przetoki pęcherzowo-pochwowej w roku 2016 w aspekcie opinii z 2 lipca 2018 roku nie miał kompletnie żadnego znaczenia w ocenie postępowania strony pozwanej, kwestia związku przyczynowo-skutkowego została dokładnie przedstawiona w opinii z 2 lipca 2018 roku, natomiast pęknięcia mięśnia macicy, które jest bardzo poważnym powikłaniem można było zapobiec przy zachowaniu należytej staranności i postępowaniu medycznym zgodnym z aktualną na rok 2013 wiedzą medyczną. Biegły sądowy podtrzymał w całości swoją opinię z 2 lipca 2018 roku. Tutejszy Sąd w pełni uznał opinie biegłego sądowego, tj. zarówno z 2 lipca 2018 roku jak i z 26 marca 2019 roku za pełnowartościowy dowód i na ich podstawie dokonał ustaleń faktycznych. Wskazane opinie sądowe są rzetelne i spójne, a zawarte w nich wnioski są poparte wiedzą i doświadczeniem zawodowym biegłego sądowego. Poza tym nie zostały skutecznie zakwestionowane przez stronę pozwaną. Sąd przyjął ustalenia biegłego sądowego za własne.

Zaznaczyć w tym miejscu należy, że opinia biegłego ma na celu ułatwienie sądowi należytą ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego w sytuacji, gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne, jak to miało miejsce w niniejszym postępowaniu. W ocenie Sądu biegły sądowy M. T. dysponuje wiedzą fachową z zakresu problematyki dotyczącej niniejszej sprawy, która dotyczyła ustalenia wadliwości sposobu prowadzenia porodu, wykonania zabiegu cesarskiego cięcia i związku przyczynowego pomiędzy wyżej wymienionymi procedurami medycznymi z 18 na 19 stycznia 2013 roku, a pęknięciem mięśnia macicy u powódki, a także pęknięciem pęcherza moczowego i ponoszonymi w związku z tym przez powódkę konsekwencjami zdrowotnymi, a także wpływu tych zdarzeń na stan zdrowia powódki oraz realne zagrożenia życia i zdrowia powódki. Sąd wskazuje również, że dokonał ustaleń faktycznych w sprawie na podstawie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. albowiem jego opinia jest logiczna, spójna oraz świadczyła o dysponowaniu przez biegłego fachową wiedzą. Istotne okazało się również to, że opinia pod względem merytorycznym była przydatna do rozstrzygnięcia sprawy. Celem przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego w niniejszej sprawie było ułatwienie sądowi rozstrzygającemu sprawę odpowiedzi na pytanie, czy strona pozwana ponosi odpowiedzialność za wadliwie przeprowadzone postępowanie medyczne.

W tym miejscu należy zauważyć, że Sąd nie dokonywał ustaleń w sprawie na podstawie prywatnego dowodu z opinii lekarza C. P. sporządzonej 1 lipca 2017 roku oraz 27 maja 2019 roku, albowiem opinia ta budziła wątpliwości Sądu, które następnie zostały potwierdzone na podstawie pisemnej opinii biegłego sądowego z 2 lipca 2018 roku oraz pisemnej opinii uzupełniającej biegłego sądowego z 26 marca 2019 roku, które zaś były w ocenie Sądu fachowe, spójne i logiczne.

Nadto, Sąd w pełni uznał za wiarygodne zeznania powódki K. S. oraz świadków B. Z. i S. Z., gdyż korespondują one z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, uzupełniają się wzajemnie, a także tworzą spójną i logiczną całość. Sąd nie dopatrzył się podstaw do podważenia ich wiarygodności. Natomiast zeznaniom świadków:

K. K., W. S., T. S., M. G., A. D., J. M. oraz przesłuchaniu dyrektora pozwanej N. K. Sąd dał wiarę jedynie w części, o czym szerzej poniżej.

Przechodząc do oceny zeznań świadków, w pierwszej kolejności należy wskazać, że świadkowie: B. Z. i S. Z. zgodnie opisali okoliczności występujące po przebytych przez powódkę porodzie, jej stan fizyczny i psychiczny bezpośrednio po jak i przez następny rok czasu, ból, którego doświadczyła, z którym zmuszona była się zmagać, smutek z braku możliwości zajmowania się swoim dopiero co urodzonym synkiem, brak możliwości samodzielnego zajmowania się synkiem, upokorzenia z powodu „popuszczania” moczu zarówno w nocy jak i podczas spacerów, zażenowanie z powodu potrzeby noszenia pampersów, potrzebę pomocy nie tylko przy wychowywaniu i opiece synka ale i samej powódki. Sąd nie znalazł żadnych okoliczności przemawiających za odmówieniem tym zeznaniom przymiotu wiarygodnych. W tym miejscu należy również wskazać, że Sąd przy ocenie zeznań tych świadków wziął pod uwagę ich bliskie relacje z powódką, jednakże w ocenie Sądu nie było powodu dyskredytacji ich zeznań w zakresie powyższych okoliczności, albowiem zeznania te pokrywały się w całości z zeznaniami powódki oraz układały się w logiczną całość.

Natomiast oceniając zeznania świadka A. D. wskazać należy, że Sąd dał im wiarę jedynie w zakresie, w jakim świadek opisał okoliczności postępowania medycznego, które zastosował u powódki, problemy jakie u niej wystąpiły, w jakim wskazał, że na dyżurze szpital nie dysponuje na dyżurze aparatem USG do badania dolnego odcinka macicy, sprzęt ten nie jest dostępny przy przyjmowaniu pacjentek w godzinach wieczornych, nie dysponuje na dyżurze sprzętem do ciągłego monitorowania KTG, istniało zagrożenie zamartwicy płodu, nie prosił ordynatora, aby udostępnił na wieczornym dyżurze urządzenie KTG oraz USG do stałego monitorowania powódki, twierdzenia, że u powódki po zabiegu doszło do wydzielania surowicy w drenie, co mogło świadczyć o wycieku moczu do jamy otrzewnej, co zostało potwierdzone poprzez wykonanie urografii, jak również to, że świadek nie pamiętał, jakich dokładnie informacji udzielił pacjentce, oraz nie informował powódki, że przeciwskazaniem do podania oksytocyny jest uprzednie cesarskie cięcie, bowiem zeznania te korelują z pozostałym materiałem dowodowym. W pozostałym zaś zakresie, tj. odnośnie tego, że powódka wyraziła zgodę na cesarskie cięcie, decyzja o zakończeniu ciąży poprzez cesarskie cięcie została podjęta w porę, w chwili podjęcia tej decyzji nie widział zagrożenia życia powódki Sąd odmówił tym zeznaniom przymiotu wiarygodności jako nielogicznym i sprzecznym z pozostałym materiałem dowodowym, zarówno osobowym jak i dokumentarnym, i z tego powodu nie mogły stanowić podstawy ustaleń faktycznych.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadka K. K. co do opisu przebiegu postępowania medycznego zastosowanego u powódki, problemów jakie w związku z tym wystąpiły oraz w zakresie w jakim zeznał, że u powódki występowały zaburzenia tętna płodu, były duże deceleracje i zwolnienia tętna płodu, przy prawidłowej czynności skurczowej macicy, sytuacja ta mogła zagrażać niedotlenieniem, a nawet śmiercią płodu, że stwierdził pęknięcie macicy i rozerwania ścian pęcherza moczowego, płód leżał w jamie brzusznej, pęknięcie u powódki nastąpiło w miejscu blizny pod pierwszym cięciem cesarskim, w drugiej dobie po zabiegu stwierdzono nieszczelność pęcherza co wymagało kolejnej operacji, podczas operacji powódki nie było urologa pod telefonem, świadek dosłownie wbiegł w ostatnich sekundach na salę operacyjną, w przeciwnym razie powódka by się wykrwawiła, zabieg ten uratował powódce życie, bowiem zeznania te są spójne i korelują z pozostałym materiałem dowodowym, zarówno osobowym, którym Sąd dał wiarę, jak i dokumentarnym, w tym z opinią biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T.. Natomiast Sąd odmówił zeznaniom świadka dotyczącym tego, że nie było przeszkód, by powódka odbywała poród siłami natury, podanie oksytocyny nie powodowało wzmożenia krwawienia, a reoperacja powódki mogła być spowodowana jej ruchem, który spowodował nieszczelność pęcherza moczowego wiarygodności, bowiem zeznania te są sprzeczne z pozostałym osobowym i dokumentarnym materiałem dowodowym, w tym z opinią biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T., i z tego powodu nie mogły stanowić podstawy ustaleń faktycznych.

Zeznaniom świadka W. S. Sąd dał wiarę w przeważającej części, tj. co do opisu zastosowanego postępowania medycznego u powódki, jej stanu fizycznego i problemów jakie u niej wystąpiły, faktu, że u powódki doszło do uszkodzenia pęcherza moczowego, z niewiadomych świadkowi przyczyn na miejscu operacji nie był dostępny urolog, sprawdzano szczelność pęcherza moczowego po jego rekonstrukcji, bowiem zeznania te są spójne i korelują z pozostałym materiałem dowodowym, zarówno osobowym, którym Sąd dał wiarę, jak i dokumentarnym, w tym z opinią biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T.. Jednakże zeznaniom świadka co do tego, że

powódka nie była w stanie zagrażającym życiu należało odmówić wiarygodności, bowiem były sprzeczne z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, zarówno osobowym, tj. z zeznaniami świadka K. K. i J. M. jak i dokumentarnym, w tym z opinią biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. i z tego względu nie mogły stanowić podstawy ustaleń faktycznych Sądu.

Co do zeznań świadka M. G. Sąd dał im w pełni wiarę w zakresie w jakim świadek zeznał, że u powódki została wykonana histeroskopia, zasadniczym badaniem oceny blizny po cesarskim cięciu jest aparat USG, konieczna jest obserwacja blizny zarówno bezpośrednio przez porodem jak i w trakcie ciąży, nie powinno się stosować oksycyliny po cesarskim cięciu do tzw. indukcji porodu – wszczęcia akcji porodowej, ciężarnej można podać preparat rozkurczowy papawerynę w celu wspomagania rozwarcia szyjki macicy, bowiem korelują one z pozostałym materiałem dowodowym, zarówno osobowym, którym Sąd dał wiarę, jak i dokumentarnym, w tym z opinią biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T.. Zaś w pozostałym zakresie zeznania te nie miały znaczenia dla niniejszej sprawy i z tego względu nie stanowiły podstawy ustaleń faktycznych Sądu.

Oceniając zaś zeznania świadka T. S. należy wskazać, że Sąd również dał im wiarę jedynie w części, tj. co do opisu przez świadka zastosowanego postępowania medycznego u powódki oraz leczenia pooperacyjnego i wizyt kontrolnych, co do braku nieprawidłowości podczas przebiegu ciąży u powódki, podejrzenia nieszczelności zeszytego pęcherza po zabiegu medycznym, wycieku moczu z kanału szyjki macicy, skierowania powódki na badanie cystoskopowe, które potwierdziło przetokę pęcherzowo-maciczną, oraz wystąpieniem zapalenia pęcherza moczowego, bowiem zeznania te korelowały z pozostałym materiałem dowodowym, zarówno osobowym jak i dokumentarnym, na podstawie których Sąd dokonał ustaleń faktycznych. Natomiast Sąd uznał, że zeznania świadka co do tego, że u powódki nie było bezwzględnych wskazań do cesarskiego cięcia jako sprzeczne z pozostałym materiałem dowodowym, zarówno osobowym jak i dokumentarnym nie mogły otrzymać waloru wiarygodności i z tego względu nie stanowiły podstawy ustaleń faktycznych.

Odnosząc się z kolei do przesłuchania dyrektora pozwanego N. K., Sąd odmówił im wiarygodności w zakresie w jakim świadek zeznał, że powódka wyraziła zgodę na poród siłami natury, nie było wskazań do cięcia cesarskiego, a na oddziale były dostępne trzy aparaty USG, bowiem zeznania te są niezgodne z zeznaniami świadka A. D., który przyjmował powódkę na dyżurze i miał w tym zakresie najszerszą wiedzę, zeznaniami samej powódki oraz zgromadzonym w sprawie materiałem dokumentarnym, w tym z opinią biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. i z tego powodu nie mogły stanowić ustaleń faktycznych. Dowód z przesłuchania w tym zakresie jest sprzeczny z pozostałym materiałem dowodowym, w tym dokumentarnym, tj. z opinią biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. i z tego względu nie stanowił podstawy ustaleń faktycznych.

Na koniec, należy wskazać, że zeznaniom świadka J. M. Sąd dał wiarę w przeważającej części, tj. w zakresie w jakim świadek wskazał, że u powódki z rany w brzuchu oraz z pochwy wyciekał mocz, doszło u powódki do pęknięcia macicy i uszkodzenia pęcherza moczowego, zabieg powódki był skomplikowany i trudny, świadek podczas zabiegu stwierdził, że pęcherz moczowy powódki jest w strzępach, udało się z niego zrekonstruować pęcherz o wielkości 50-60 ml, podczas gdy pęcherz dorosłej kobiety ma pojemność 0,5 l, był to zabieg, który uratował powódkę życie i nie doszło do trwałego okaleczenia, u powódki była przetoka pęcherzowo-pochwowa, na ogół, gdy pacjentka przeszła cesarskie cięcie, to proponuje się rozwiązanie kolejnego porodu również przez cesarskie cięcie, świadek nie mógł powiedzieć, dlaczego u powódki próbowano wywołać poród siłami natury, bowiem jego zdaniem ciąża winna zostać zakończona poprzez cesarskie cięcie. Natomiast Sąd odmówił zeznaniom wiarygodności co do tego, że nie było problemu z dostępnością urządzeń KTG i USG w szpitalu, bowiem okoliczność ta jest sprzeczna z zeznaniem świadka A. D., który miał dyżur 18/19 stycznia 2013 roku i jednoznacznie zeznał, że na dyżurze szpital nie dysponuje aparatem USG do badania dolnego odcinka macicy, sprzęt ten nie jest dostępny przy przyjmowaniu pacjentek w godzinach wieczornych, nie dysponuje na dyżurze sprzętem do ciągłego monitorowania KTG.

Podsumowując ocenę zeznań świadków wskazać należy, że zeznania te w zakresie, w jakim Sąd dał im wiarę, są ze sobą spójne i korelują z pozostałym materiałem dowodowym, w tym dokumentarnym i nie budziły wątpliwości

Sądu, natomiast w zakresie w jakim Sąd odmówił im wiarygodności nie mogły stanowić ustaleń faktycznych, bowiem wzajemnie się wykluczały i były sprzeczne z dokumentarnym materiałem dowodowym.

Natomiast treść zeznań świadków pominięta przez Sąd nie wносиła do sprawy żadnych istotnych okoliczności i z tego względu nie została uwzględniona przy jej ocenie i ustalaniu stanu faktycznego sprawy.

Przechodząc do rozważań prawnych, należy stwierdzić, że podstawą prawną rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie są przepisy art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. z uszczegółowieniem w zakresie zadośćuczynienia - art. 445 § 1 k.c.

Zgodnie z przepisem art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jej kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Z kolei przepis art. 415 k.c. stanowi, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Zaś przepis art. 445 § 1 k.c. stanowi, że w wypadkach przewidzianych w przepisie art. 444 k.c. Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Ponadto, zgodnie z pkt I - Postanowienia ogólne ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem obowiązującego w dacie zdarzenia z 18 na 19 stycznia 2013 r. ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że pierwszy poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, drugi poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, trzeci poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży. Natomiast pkt III – Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych ust. 1 pkt 7 w/w rozporządzenia stanowi, że do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu w szczególności zalicza się stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu moczowego. Ponadto, powyższe rozporządzenie w pkt IV - Plan opieki przedporodowej i plan porodu ust. 1 w/w rozporządzenia stanowi, że podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej oraz plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową z określeniem czasu ich wykonania. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu. Ust. 2 w/w pkt stanowi z kolei, że plan opieki przedporodowej i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki. Zaś ust. 4 w/w pkt rozporządzenia stanowi, że ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo poza szpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania. Natomiast pkt VII ust. 2 w/w rozporządzenia stanowi, że miejsce porodu z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.

Zgodnie zaś z przepisami art. 32-34 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, oraz przepisami art. 15-19 ustawy z 6 listopada 2008 roku o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgoda pacjenta jest podstawą działania lekarza, natomiast w przypadku małoletnich lub osób niezdolnych do świadomego wyrażenia woli wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego lub niekiedy opiekuna faktycznego albo zezwolenia sądu opiekuńczego. Poza w/w przepisami prawnymi kwestia zgody jest podniesiona również w przepisie art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej - Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta, zgodnie z którym zgoda pacjenta powinna być wyrażona w formie pisemnej w przypadku zabiegów przedstawiających wyższe ryzyko od przeciętnego.

Z kolei zgodnie z przepisem art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami

i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Zaś przepis art. 11 ustawy z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany wyżej przepis art. 430 k.c. znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, na rachunek którego lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. wyr. Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 2 marca 2012 roku, sygn. akt I ACa 123/12, Lex nr 1238466). Odpowiedzialność samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie do wyrządzenia szkody doszło przez zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą, przy czym do wyrządzenia szkody doszło przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej. Uwzględniając powyższe, nie można mieć wątpliwości co do tego, że strona pozwana ponosi odpowiedzialność na mocy powyższych przepisów za działania i zaniechania personelu medycznego świadczącego usługi medyczne w Szpitalu strony pozwanej.

W dalszej kolejności należało dokonać ustalenia, czy doznana przez powódkę szkoda i krzywda są wynikiem nieprawidłowego działania lub zaniechania strony pozwanej, a dokładniej personelu medycznego, za który strona pozwana ponosi odpowiedzialność.

Zgodnie z przepisem art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisu art. 11 ustawy z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej zarówno lekarz, jak i pielęgniarka mają obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. O zawinięciu fachowego personelu medycznego może zdecydować nie tylko zarządzenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinna wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza, czy pielęgniarki jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków personelu medycznego należy bowiem 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 narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 14 lutego 2013 roku, I ACa 970/12, Lex nr 1289424, wyr. Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, Lex nr 786500601). Postępowanie odmienne określane jest jako błąd lekarski (błąd w sztuce medycznej).

Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dostarcza jedynie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza jedynie, że postępowanie lekarza wywołuje określony zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi jedynie teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami w jakich miało miejsce jego postępowanie (tak M. Sośniak „Cywilna odpowiedzialność lekarza”, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 98-100).

W piśmiennictwie prawniczym istnieje rozróżnienie błędu diagnostycznego (rozpoznania), błędu prognozy (rokowania) oraz błędu w leczeniu (terapeutycznego). Błąd diagnostyczny polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nie rozpoznaniu rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania, w którym powód zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenie dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechanie konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było

konieczne i możliwe, gdyż nie można od niego wymagać nieomyślności. Zaś błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia. Błąd terapeutyczny może polegać także na przeprowadzeniu zabiegu czy innych czynności medycznych, pomimo istnienia w tym względzie przeciwwskazań lekarskich. Szczególną postacią błędu terapeutycznego jest tzw. błąd operacyjny, polegający na nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Tutaj także odpowiedzialność lekarza zależy od możliwości postawienia mu zarzutu niewłaściwego postępowania w znaczeniu subiektywnego elementu winy.

Wbrew wywodom strony pozwanej, Sąd doszedł do niebudzącego wątpliwości przekonania, że w czasie leczenia powódki w szpitalu strony pozwanej dopuszczono się błędów lekarskich, a wnioski takie wynikają z obiektywnych dowodów w postaci dwóch opinii biegłego lekarza sądowego, które nie zostały przez pozwanego skutecznie podważone oraz częściowych zeznań świadków.

Jedynie na marginesie sprawy należy wskazać, że nawet gdyby hipotetycznie przyjąć, że powikłania postępowania medycznego stosowanego wobec powódki i narażenie jej i jej dziecka w ten sposób na utratę życia i zdrowia jest wynikiem jedynie niekorzystnym następstwem leczenia, o którym powódka została poinformowana i na które wyraziła zgodę, to strona pozwana – wbrew treści przepisu art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. – nie udowodniła, że powódka była przed zabiegiem w sposób właściwy i skuteczny poinformowana o możliwym powikłaniu podania oksytocyny i zabiegu medycznego (cięcie cesarskie) w postaci zagrożenia pęknięcia macicy oraz „rozerwania” pęcherza moczowego, a w takiej sytuacji powódka, która jedynie formalnie wyraziła zgodę na podanie jej oksytocyny i zabieg medyczny (cesarskie cięcie), nie miała faktycznych możliwości wyrażenia świadomej zgody na podjęte wobec niej działania medyczne, zatem zgoda powódki zarówno na powyższe w tych okolicznościach jest zgodą wadliwą, wskutek czego lekarz działał bez jej zgody i narażał placówkę medyczną na odpowiedzialność odszkodowawczą.

Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, że zgoda pacjenta w rozumieniu przepisu art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry musi być zgodą „objaśnioną”, „poinformowaną”, a więc świadomie akceptującą przez pacjenta zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejęcie na siebie tego ryzyka. Dopiero taka zgoda pacjenta wyłącza bezprawność interwencji lekarza. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w jurydycznym tego słowa znaczeniu, a więc jako spełniająca wymogi przepisu art. 31 ust. 1 ww. ustawy, co z kolei skutkuje uznaniem, że działanie lekarza w takiej sytuacji jest działaniem podjętym w warunkach bezprawności (zob. wyr. Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 19 lutego 2019 roku, V ACa 119/18, Legalis nr 1887306, wyr. Sądu Najwyższego z 27 lutego 2004 roku, V CK 282/03, Legalis nr 67905, wyr. Sądu Najwyższego z 15 lutego 2006 roku, IV CK 384/05, Legalis nr 141259). Zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta lub w warunkach zgody wadliwej jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy zostanie wykonany zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. W razie ustalenia, że w wyniku operacji bez należytej zgody stan pacjenta pogorszył się, przysługuje mu co do zasady roszczenie o zadośćuczynienie na podstawie przepisu art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie odszkodowawcze na podstawie przepisu art. 444 k.c.

W dalszej kolejności należy wskazać, że przewidziana w przepisie art. 415 k.c. odpowiedzialność za czyn własny oparta jest na zasadzie winy. Przesłankami tej odpowiedzialności są szkoda, czyn sprawcy noszący znamiona winy oraz związek przyczynowy pomiędzy tymże czynem a szkodą. Ciężar dowodu zaistnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności (zdarzenia - czynu niedozwolonego, szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą) spoczywa - zgodnie z przepisem art. 6 k.c., na poszkodowanym.

Odnosząc się do pierwszej przesłanki, to kwestia zawinionego zachowania personelu medycznego, choć była kwestionowana przez stronę pozwaną, nie budziła wątpliwości Sądu co opisano dokładnie pod poszczególnymi elementami stanu faktycznego.

Jeśli idzie o drugą przesłankę, czyli szkodę, to należy zauważyć, że na tle całokształtu przepisów kodeksu cywilnego przyjmuje się szkodę materialną i niematerialną, (...) jako szkoda niematerialna jest wynikiem naruszenia dobra osobistego, naruszenia czci, obrażeń ciała, itp. Jeżeli takie naruszenie nie oddziałuje ujemnie na sferę majątkową – jest „krzywdą” (szkodą niematerialną).

Wreszcie trzecią przesłanką odpowiedzialności z przepisu art. 415 k.c. jest adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem sprawcy, a powstałą szkodą. W świetle przepisu art. 361 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynika. W niniejszej sprawie i ta przesłanka została spełniona. Gdyby postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w sposób prawidłowy, do szkody niemajątkowej u powódki by nie doszło. Adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem się lekarza, a szkodą można podzielić na związek bezpośredni i pośredni, co oznacza, że pozostaje nieistotne to, czy przyczyna jest dalsza lub bliższa - tylko żeby skutek pozostawał jeszcze w granicach tzw. normalności. W związku z powyższym całkowicie wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (np. zaniedbaniem lekarza), które w/w szkodę spowodowało. Zawinione działanie (zaniechanie) lekarza nie musi stanowić bezpośredniej przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Związek pomiędzy zachowaniem lekarza, a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 4 marca 2008 roku, IV CSK 453/07, Legalis nr 114964). Jednak nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W „procesach lekarskich” jest to najczęściej całkowicie niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków można określić tylko prawdopodobieństwo wysokiego stopnia z rzadkim określeniem w postaci pewności lub wyłączności przyczyny. Związek przyczynowy między zachowaniem pozwanego a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku, a w przypadku wielości możliwych przyczyn - przeważające prawdopodobieństwo związku przyczynowego szkody z jedną z tych przyczyn (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 24 maja 2017 roku, III CSK 167/16, Lex nr 2329438; wyr. Sądu Najwyższego z 5 lipca 1967 roku, I PR 74/67, OSN z 1968 r. Nr 2, poz. 26, wyr. Sądu Najwyższego z 23 lipca 2004 roku, III CS 71/03. Lex nr 174147, wyr. Sądu Najwyższego z 17 czerwca 2009 roku, IV CSK 37/09, Lex nr 599354). Według oceny tut. Sądu z dużym prawdopodobieństwem istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy opisanym powyżej zachowaniem personelu szpitala, a szkodą rozumianą jako pęknięcie macicy oraz masywne uszkodzenie pęcherza moczowego wraz ze wszelkimi innymi skutkami z tego wynikającymi w przyszłości.

W orzecznictwie wskazuje się, że przewidziana w art. 445 k.c. krzywda, za którą sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią kwotę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego, obejmuje zarówno cierpienia fizyczne, jak i cierpienia moralne. Nie tylko trwałe, lecz także przemijające zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu polegające na znoszeniu cierpień psychicznych mogą usprawiedliwiać przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego na podstawie art. 445 § 1 k.c. (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 20 marca 2002 roku, V CKN 909/00, LEX nr 56027).

Zadośćuczynienie z przepisu art. 445 § 1 k.c. powinno być odpowiednie. Pojęcie „sumy odpowiedniej” w istocie ma charakter niedookreślony, niemniej jednak w judykaturze wskazane są kryteria, którymi należy się kierować przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie wysokość ta nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, ale musi być „odpowiednia” w tym znaczeniu, że powinna być – przy uwzględnieniu krzywdy poszkodowanego – utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, LEX nr 52766). Jak stwierdził Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 13 grudnia 2007 roku (I CSK 384/07, LEX nr 351187) zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości, jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł.

Zadośćuczynienie ma zrekompensować straty niemajątkowe wywołane przez dane zdarzenie objęte ochroną. Źródłem szkody jest krzywda wynikła na skutek doznanych uszkodzeń ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, na natężenie cierpień poszkodowanego w momencie zdarzenia i dalszy ich przebieg, w tym zmniejszenie tych doznań w dacie wyrokowania podlega ocenie z nawiązaniem do pozostałych kryteriów decydujących o rozmiarze zadośćuczynienia za krzywdę (zob. wyr. Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 16 czerwca 2015 roku, I ACa 1831/14, Legalis nr 1326340).

Krzywda jest pojęciem nie poddającym się mierzeniu, zaś określenie jej rozmiaru zawsze ma charakter ocenny. W tym zakresie Sąd musi się zatem opierać na zasadach doświadczenia życiowego i w zakresie w jakim jest to możliwe na opiniach biegłych sądowych. Zadośćuczynienie z uwagi na swój charakter kompensacyjny musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną. Pamiętać przy tym należy, że na wysokość zadośćuczynienia składają się cierpienia, którego rodzaj, czas trwania i natężenie, należy każdorazowo określić w kontekście materiału dowodowego sprawy. Podkreślenia wymaga również to, że zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia, czy innymi słowy utrzymania jego wysokości w rozsądnych granicach, ma uzupełniający charakter w stosunku do kwestii zasadniczej, jaką jest rozmiar szkody niemajątkowej (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00, Legalis nr 61715). W orzecznictwie wyraźnie podkreśla się, że potrzeba utrzymania wysokości zadośćuczynienia w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, nie może prowadzić do podważenia kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia, a zatem jego wysokość musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, przy uwzględnieniu skali doznanej krzywdy i sytuacji życiowej osoby najbliższej. Dodatkowo zauważyć należy, że wysokość zadośćuczynienia nie może być symboliczna (zob. wyr. Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 25 kwietnia 2018 r., VI ACa 43/17, Legalis nr 1822138). Rozstrój zdrowia polega na wywołaniu dysfunkcji organizmu człowieka przez doprowadzenie do zakłócenia funkcjonowania jego poszczególnych układów i systemów. Natomiast wstrząs psychiczny doznany w skutek określonego zdarzenia może być źródłem rozstroju zdrowia (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 8 maja 1969 roku, II CR 114/69; wyr. Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 9 lipca 2003 roku, I ACa 396/03, legalis nr 65965).

Choć nie sposób w żadnej mierze dokonać oceny cierpienia powódki, która doznała poważnych obrażeń na skutek postępowania medycznego przeprowadzonego u strony pozwanej, to jednak zdaniem Sądu zasądzona dla powódki kwota tytułem zadośćuczynienia winna stanowić stosowną rekompensatę doznanej przez nią krzywdy, adekwatną do stopnia i rozmiaru poniesionego uszczerbku niemajątkowego w następstwie błędnego postępowania medycznego. I choć zasądzona kwota nie przywróci pełnego zdrowia powódce, to zdaniem Sądu choć w minimalnym stopniu złagodzi doznane cierpienia. Skoro wszak zadośćuczynienie ma stanowić formę rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i ma na celu złagodzenie skutków w postaci doznanej krzywdy, której zakresu, rozmiaru i wielkości nie da się precyzyjnie wyliczyć w pieniądzu, a z drugiej strony ma mieć odczuwalną wartość ekonomiczną, to w ocenie Sądu, kwota zasądzana winna stanowić zasadne i wyważone zadośćuczynienie za doznany skutek błędnego postępowania medycznego krzywdę. W żadnej mierze zadośćuczynienie nie powinno być poczytywane za kwotę zaniżoną, czy zawyżoną. W ocenie Sądu musi być kwotą wyważoną, utrzymaną w rozsądnych granicach, umożliwiającą powódce złagodzenie zaistniałych skutków błędnie przyjętego porodu z 18/19 stycznia 2013 roku.

Nadto, zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej i kompensatę nie tylko cierpien fizycznych, ale również niekorzystnych następstw zdarzenia w sferze psychiki poszkodowanego. Jedyną przesłanką ustalenia jego wysokości jest rozmiar krzywdy, o której decyduje w szczególności rodzaj, natężenie i czas trwania cierpienia poszkodowanego. Zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny i nie może być symboliczne, nie może być jednocześnie niewspółmierne do rozmiaru doznanej krzywdy, nie spełnia bowiem roli represyjnej w stosunku do podmiotu odpowiedzialnego za doznany krzywdę (zob. wyr. Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 25 września 2015 roku, I ACa 431/15; wyr. Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 15 września 2017 roku, I ACa 1027/16). W przypadku zadośćuczynienia z przepisu art. 445 § 1 k.c. sąd orzekający zasądza jego kwotę przy uwzględnieniu dramatyzmu doznań poszkodowanego, cierpienia moralnych i wstrząsu psychicznego wywołanego zdarzeniem, rodzaju i intensywności, oparcia w innych osobach bliskich, wieku osoby uprawnionej do zadośćuczynienia, stopnia w jakim pokrzywdzony będzie umiał się znaleźć w nowej rzeczywistości i zdolności jej zaakceptowania, leczenia doznanej traumy, a także uwzględniając wiek poszkodowanego, możliwość zajmowania się synem, uszczerbku na zdrowiu. Określenie wysokości zadośćuczynienia na podstawie ocennych kryteriów, stanowi istotny atrybut sądów meriti. Ocena rozmiaru krzywdy w związku z odniesionymi obrażeniami, przeżytym bólem, cierpieniem i sytuacją psychiczną związaną z błędnie przeprowadzonym postępowaniem medycznym (porodem), jak i ekwiwalent pieniężny należny z tego tytułu zależy więc każdorazowo od nasilenia tych emocji (zob. post. Sądu Najwyższego z 10 stycznia 2019 roku, I PK 264/17; wyr. Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 13 lipca 2018 roku, I ACa 244/18, Lex nr 2537593).

Należy również wskazać, że przepis art. 445 § 1 k.c. nie określa szczegółowych przesłanek mających wpływ na ustalenie wysokości należnego zadośćuczynienia stanowiąc, iż ma być to kwota „odpowiednia”. Zgodnie z orzecnictwem Sądu Najwyższego wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powinna opierać się na obiektywnych kryteriach, przy jednoczesnym uwzględnieniu indywidualnej sytuacji stron i nie może być to ani kwota symboliczna, ani zawyżona. Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia za krzywdę w związku z przeprowadzonym przez stronę pozwaną postępowaniem medycznym należy uwzględniać przede wszystkim rodzaj i intensywność obrażeń i okres ich trwania, a także wystąpienie późniejszych zaburzeń będących wynikiem tego postępowania (zob. wyr. Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 06 lipca 2018 roku, I ACa 264/17, Lex nr 2549703).

Nie ulega wątpliwości, że w świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego, w tym zwłaszcza opinii biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T. powołanego w sprawie, błędne postępowanie medyczne personelu strony pozwanej spowodowało u powódki pęknięcie macicy oraz „rozerwanie” pęcherza moczowego. Sąd ustalił, że postępowanie medyczne przeprowadzone u powódki w styczniu 2013 roku spowodowało u niej poważne skutki w jej zdrowiu fizycznym i psychicznym oraz w możliwościach funkcjonowania. Jak wynika z opinii w/w biegłego sądowego, zeznań świadków oraz z przesłuchania samej powódki przed porodem, w trakcie ciąży powódka nie miała żadnych komplikacji, przechodziła ciążę w sposób prawidłowy. Natomiast po wyjściu ze szpitala przez dłuższy okres czasu powódka miała problemy z prostymi czynnościami, chociażby wchodzeniem po schodach na drugie piętro, przez ból związany z dwukrotnym zabiegiem medycznym nie mogła zajmować się nowo narodzonym synkiem, jak też wieloma innymi czynnościami życia codziennego. Jej jakość życia uległa drastycznej zmianie, bowiem przez okres trzech miesięcy powódka zmuszona była nosić pieluchy, gdyż popuszczała mimowolnie mocz, w nocy popuszczała mocz na łóżko, bardzo często zmuszona była korzystać z toalety, jeśli musiała wyjść z domu na dłużej, musiała nosić pampersy, gdy nie miała przez dłuższy czas możliwości ich zmiany, bardzo często dochodziło do przeniknięcia moczu na odzież, w tym podczas jazdy autobusem, powódka nie miała możliwości wychodzić z dziećmi, w tym z nowo narodzonym synkiem na spacer, wymagała pomocy przy jego opiece, nie mogła w pełni cieszyć się narodzinami synka, w dalszym ciągu miewa bóle związane z przebytymi zabiegami medycznymi.

Powódka doznała ogromnych cierpień fizycznych i psychicznych, nadal odczuwa dolegliwości bólowe, zaś stan jej zdrowia psychicznego nie wrócił do równowagi. Na skutek błędów lekarskich, powódka była hospitalizowana przez 2 tygodnie celem leczenia, musiała przejść reoperację w celu naprawienia błędnego postępowania medycznego, przez miesiące odczuwała ból i dyskomfort związany z postępowaniem medycznym ze stycznia 2013 roku, miała problemy z poruszaniem się, oraz z niemożnością wykonywania samodzielnie prostych czynności życia codziennego. Przed leczeniem u pozwanej powódka była sprawna fizycznie, natomiast po postępowaniu medycznym do końca życia będzie odczuwała skutki tego leczenia polegające przede wszystkim na ograniczeniu sprawności ruchowej oraz znacznym pogorszeniu jakości życia.

Postępowanie personelu medycznego strony pozwanej charakteryzowało się niezachowaniem należytej staranności z następujących powodów: 1/ niedokonanie po przyjęciu powódki do szpitala w sposób właściwy oceny blizny po uprzednio przeżytym cięciu cesarskim, 2/ podanie oksytocyny bez kontroli w postaci ciągłego monitorowania akcji serca płodu oraz czynności skurczowej macicy, 3/ prowadzenie patologicznego porodu przez lekarza bez specjalizacji, który nie posiadał uprawnień do wykonywania w/w czynności. W tym miejscu dochodzimy do subiektywnego elementu winy, polegającym na działaniu (zaniechaniu) w postaci np. niesprawowania należytej kontroli nad pacjentem, nieskierowaniu do specjalisty, niewykonaniu odpowiednich czynności diagnostycznych - w tym przypadku szkody można byłoby uniknąć, gdyby lekarz dołożył należytej staranności.

Mając na uwadze powyższe rozważania, przy ocenie zasadności żądania przez powódkę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę Sąd uwzględnił przede wszystkim charakter rozstroju zdrowia powódki oraz skutki tego rozstroju, na podstawie dowodów w postaci sporządzonych opinii w sprawie przez biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa M. T., a także zeznań świadków w zakresie w jakim Sąd przyznał im przymiot wiarygodności, oraz - niezwykle istotnych dla tego typu rozstrzygnięcia - zeznań samej powódki, która wskazała na zakres jej cierpień związanych ze zdarzeniem z 18 na 19 stycznia 2013 roku, jak również na przebieg dalszego leczenia. W ocenie Sądu

cierpienie jakiego doznała powódka w związku z błędnie przeprowadzonym postępowaniem medycznym było duże, a jego skutki będą widoczne do końca życia powódki. Z tego względu Sąd uznał, że adekwatną kwotą należnego powódce zadośćuczynienia za doznaną krzywdę będzie stanowić kwota 75 000 zł, co orzeczono w pkt I sentencji wyroku.

W niniejszej sprawie Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie w spełnieniu świadczenia od kwoty 30 000 zł od 19 stycznia 2016 roku oraz odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 45 000 zł od 9 maja 2019 roku do dnia zapłaty zgodnie z przepisem art. 455 k.c. Jeżeli zobowiązany nie płaci zadośćuczynienia w terminie wynikającym z przepisu szczególnego lub w terminie ustalonym zgodnie z w/w przepisem, uprawniony nie ma niewątpliwie możliwości czerpania korzyści z zadośćuczynienia, jakie mu się należy już w tym terminie. Jak wynika z akt postępowania, pismem z 18 stycznia 2016 roku powódka skierowała do strony pozwanej zawiadanie do próby ugodowej i likwidacji szkody poprzez wypłatę kwoty 30 000 zł wraz z odsetkami od 19 stycznia 2016 roku. Strona pozwana odmówiła zgody na zawarcie pomiędzy stronami ugody i wypłaty zadośćuczynienia. Następnie pismem z 8 maja 2019 roku (doreczonym stronie pozwanej w tym dniu na rozprawie) powódka zmieniła powództwo w ten sposób, że wniosła o zasądzenie od strony pozwanej na jej rzecz tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę kwoty 75 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 30 000 zł od 19 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 45 000 zł od 9 maja 2019 roku od dnia zapłaty. Zatem powódka rozszerzyła powództwo o roszczenie z tytułu zadośćuczynienia o kwotę 45 000 zł 8 maja 2019 roku, a skoro odpis rozszerzenia pozwu został doreczony stronie pozwanej w tym dniu, to odsetki zostały zasądzone od dnia następnego, tj. od 9 maja 2019 roku do dnia zapłaty. Wobec powyższego, zgodnie z przepisem art. 455 k.c. strona pozwana od 19 stycznia 2016 roku popadła w stan opóźnienia w spełnieniu roszczenia dochodzonego pozwem w kwocie 30 000 zł, jak również od 9 maja 2019 roku popadła w stan opóźnienia w spełnieniu roszczenia dochodzonego pozwem w kwocie 45 000 zł, zgodnie z przepisem art. 481 § 1 k.c. Z tego względu orzeczono jak w pkt I sentencji wyroku.

Na mocy postanowienia z 12 maja 2016 roku powódka była zwolniona od ponoszenia kosztów sądowych w całości oraz ustanowiono na jej rzecz pełnomocnika z urzędu w osobie radcy prawnego.

Orzeczenie w przedmiocie kosztów, zawarte w pkt II sentencji wyroku, oparto o dyspozycję przepisu art. 98 § 1, 3 k.p.c. i wynikającą z niego zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. Zgodnie z tym przepisem strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez sąd osobistego stawiennictwa strony. Wobec wygrania procesu przez powódkę w całości Sąd zasądził koszty zastępstwa procesowego obecnie adwokata z urzędu od strony przegrywającej na podstawie rozporządzenia przewidującego stawkę ogólną bez zasądzania podatku od towarów i usług (...), a więc od kwoty dochodzonego roszczenia końcowego, tj. od 75.000 zł. W związku z powyższym Sąd w pkt II sentencji wyroku zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 3600 zł tytułem zwrotu kosztu wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu w oparciu o przepis § 2 pkt 5 w związku z § 19 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1800 ze zm.). Wynagrodzenie przyznano w stawce minimalnej ustalonej od pierwotnie żądanej wartości przedmiotu sporu tj. 30 000 zł. Ponadto, zarówno koszty przejazdu wskazane przez pełnomocnika poniesione w niniejszym postępowaniu jak i koszty na korespondencję, które zostały udokumentowane w ocenie Sądu były uzasadnione. W związku z powyższym Sąd w pkt II sentencji wyroku zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 1286,69 zł tytułem zwrotu wydatków poniesionych przez pełnomocnika z urzędu w oparciu o przepis art. 98 § 3 k.p.c.

Nadto, w pkt III sentencji wyroku na podstawie przepisu art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c. Sąd nakazał ściągnąć od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Nysie kwotę 3750 zł tytułem zwrotu opłaty sądowej od pozwu, w zgodzie z przepisem art. 13 ust. 1 w/w ustawy, od której powódka była zwolniona w całości.

Sąd na mocy postanowienia z 11 lipca 2018 roku przyznał biegłemu sądowemu M. T. wynagrodzenie za opracowanie w sprawie opinii pisemnej w kwocie 5931,90 zł. Powyższa kwota została wypłacona tymczasowo ze środków budżetowych

Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Nysie. Nadto, na mocy postanowienia z 29 marca 2019 roku Sąd przyznał biegłemu sądowemu M. T. kwotę 2509,65 zł tytułem wynagrodzenia za opracowanie w sprawie opinii uzupełniającej pisemnej, która również wypłacona została tymczasowo z budżetu Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Nysie. W związku z powyższym Sąd w pkt III sentencji wyroku na podstawie przepisu art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c. nakazał ściągnąć od strony pozwanej kwotę 8841,55 zł - tytułem nieuiszczonych kosztów opinii biegłego pokrytych tymczasowo z budżetu Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Nysie.

Mając powyższe na względzie orzeczono jak w wyroku.