

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 listopada 2015 roku

Sąd Okręgowy w Białymstoku I Wydział Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący:	SSO Joanna Dorota Toczyłowska
Protokolant:	protokolant sądowy Katarzyna Waško

po rozpoznaniu w dniu 10 listopada 2015 roku

na rozprawie

sprawy z powództwa B. B.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w H.

o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia

I. oddała powództwo

II. odstępuje od obciążania powoda kosztami procesu w całości

UZASADNIENIE

Małoletni powód B. B., reprezentowany przez przedstawicieli ustawowych E. B. oraz P. B. (1), wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w H. kwoty 100.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od daty doręczenia odpisu pozwu pozwanemu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, a także zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu według norm przepisanych (k.2-7).

W uzasadnieniu podniesiono, że w dniu 31.10.2010r. drogą cięcia cesarskiego urodził się porów w stanie ogólnym dość dobrym. W 10 dni po urodzeniu jego stan uległ gwałtownemu pogorszeniu, wobec czego skierowano go do szpitala z rozpoznaniem sinicznej wady serca i częstoskurczu nadkomorowego. Bezpośrednio po przyjęciu, zdiagnozowano dolegliwości związane z dusznościami, bladoszarymi zabarwieniami powłok skórnych z zasinieniem warg, cechy odwodnienia, szmer pęcherzykowy zaostrowany, znacznie przyspieszoną czynność serca, niewyczuwalne tętno w obwodzie oraz wysklepiony brzuch ponad poziom klatki piersiowej. Powodowi wykonano zabieg polegający na dożylnym wkłuciu do głowy. Z uwagi na pogarszający się stan zdrowia, powód został przetransportowany na Oddział Intensywnej (...) Uniwersyteckiego (...) Szpitala (...) w B. z widocznym zasinieniem lewej strony głowy. Przeprowadzone badania wykazały zmiany martwicze w lewej okolicy czołowej. Badanie USG potwierdziło obszar hipoechogeniczny odpowiadający torbielce. Następnie, w splocie naczyniówkowym komory bocznej prawej powoda stwierdzono torbiel o średnicy do 4 mm.

Zasadność roszczenia powód wywodził z błędów medycznych popełnionych przez personel pozwanego szpitala podczas leczenia. Nieprawidłowo wykonano dożylnie wkłucie w skórę głowy, a zabieg ten przeprowadzony został pomimo stwierdzonego braku krążenia, w konsekwencji czego doszło do wynacznienia, tj. swoistej destrukcji komórek nieodwracalnie uszkodzonych. W wyniku leczenia doznał znaczącego oszpecenia skóry głowy, skutkiem czego jest brak owłosienia na pewnym obszarze głowy. Dodatkowo, obecny stan jego zdrowia uniemożliwia wykonanie zabiegu przeszczepu włosów.

W odpowiedzi na pozew, pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w H. wnosił o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego (k.146-150).

Uzasadniając swoje stanowisko podniósł, że w dniu 10.11.2010r. na Oddział Pediatryczny został przyjęty powód w stanie zdrowia ocenionym jako bardzo ciężki, a skierowany przez lekarza pediatrę bezpośrednio z wizyty patronażowej. Ratując życie dziecka, zważywszy na trudności z podkłuciem, wykorzystano dostęp naczyniowy na skórę głowy – wcześniej nie powiodło się bowiem podkłucie do żył obwodowych grzbietu dłoni. Z powodzeniem udało się założyć venflon, przez który podano leki ratujące życie. Następnie, powoda przekazano zespołowi karetki z drożnym venflonem w trakcie toczenia lekarstwa. Pozwany podkreślał, że torbiel w splocie naczyniówkowym komory bocznej prawej nie ma żadnego związku z działaniem personelu medycznego. W trakcie zaś samej czynności zajmowania się powoda obecnych było czterech lekarzy, w tym dwóch pediatrów z II stopniem specjalizacji, anestezjolog oraz neonatolog.

Pozwany kwestionował swoją odpowiedzialność co do zasady. Jego zdaniem, nie można mówić o zawinionym działaniu personelu, który podjął udaną próbę uratowania życia dziecka, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami leczenia, należytą starannością oraz obowiązującymi procedurami, zaś prawidłowość wkłucia nie była kwestionowana przez placówki medyczne, w których kontynuowano leczenie dziecka, zaś venflon został wyjęty dopiero w drugiej dobie pobytu w (...) w B.. Z ostrożności procesowej, pozwany zakwestionował również wysokość żądanego zadośćuczynienia podnosząc, że jest nieadekwatne do doznanego uszczerbku, albowiem nie będzie wpływać np. na możliwość uzyskania przez niego wykształcenia. Brak zaś na pewnym obszarze głowy owłosienia może wiązać się z pewnym defektem, a nie oszpeceniem.

Sąd Okręgowy ustalił i zważył, co następuje:

Bezspornym ustaleniem jest, iż małoletni powód B. B. jest dzieckiem E. i P. B. (1). Urodził się w dniu (...) z pierwszej ciąży, drogą cesarskiego cięcia w szpitalu w B., w stanie ogólnym dobrym, oceniony na 9 pkt w skali Apgar, z masą ciała 3800 g. Ok. 7 dnia po dacie jego narodzin, matka zaobserwowała problemy z oddychaniem, słabszy odruch ssania podczas karmienia piersią. W dniu 10.11.2010r. został przyjęty do SP ZOZ w H. na Oddział Pediatryczny, bezpośrednio z wizyty patronażowej lekarskiej, w trybie nagłym z powodu ciężkiego stanu ogólnego z objawami niewydolności krążeniowo – oddechowej i napadem częstoskurczu, którego nie udało się przerwać A.. Badaniem przedmiotowym z odchyleniem od stanu prawidłowego stwierdzono blado-szare zabarwienie powłok skórnych z zasinieniem warg (sinicę), dystalnych części ciała, cechy odwodnienia, przyspieszoną czynność serca, niewyczuwalne tętno na tętnicach obwodowych. W badaniach dodatkowych odnotowano podwyższone stężenie mocznika oraz kwasicyę metaboliczną. Noworodka podłączono do kardiomonitora, zastosowano tlenoterapię, leki wpływające na uregulowanie czynności serca. Stan dziecka wymagał podjęcia natychmiastowego, intensywnego postępowania ratowniczego wymagającego pilnego założenia dojścia do żyły obwodowej, podania dożylnie leków, płynów uzupełniających objętość krwi krążącej, korygujących zaburzenia wodno-elektrolitowe, podaży tlenu 10L/min. Podjęto próby kaniulizacji żył obwodowych na kończynach przy pomocy igieł typu venflon. Jako pierwsze miejsce wkłucia personel szpitala wybrał grzbiet dłoni. Z uwagi na brak możliwości założenia takiego dostępu z powodu pęknięcia naczyń, jako kolejne miejsce wybrano żyłę powierzchowną skóry głowy. Wkłucie funkcjonowało sprawnie i podano przez nie lekarstwa oraz płyny skutecznie poprawiające stan dziecka, uzyskując zwolnienie czynności serca. Na podstawie USG głowy zdiagnozowano widoczny obszarny obszar hipoechogeniczny odpowiadający torbielce. Założenia venflonu dokonała ordynator oddziału dr M. przy kolejnym wkłuciu, albowiem pierwsze próby podejmowane przez personel pielęgniarstwa kończyły się niepowodzeniem. Zgodę przedstawicieli ustawowych małoletniego na w/w czynności ratujące dziecku życie wyraziła

matka w formie ustnej, albowiem wymagała tego sytuacja, pogarszający się jego stan zdrowia oraz konieczność szybkiego reagowania. Następnie, w ślad za poczynionymi ustaleniami pomiędzy placówkami medycznymi, jeszcze tego samego dnia powód, z drożnym, zaopatrzonym opatrunkiem jałowym venflonem w trakcie toczenia leku, został przetransportowany karetką pogotowia na Oddział Intensywnej (...) Uniwersyteckiego (...) Szpitala (...) w B., gdzie przeprowadzono szereg specjalistycznych badań umożliwiających ocenę prawidłowości dotychczas podjętych przez szpital terenowy w H. działań oraz aktualnego stanu zdrowia, wdrożono również procedurę dalszego leczenia. Już przy przyjęciu zaobserwowano u powoda zasinienie powłok skórnych w postaci zmian martwiczych w lewej okolicy czołowej. Po zaintubowaniu, włączono sedację, podłączono do respiratora na oddech kontrolowany a częstoskurcz przerwano dużymi dawkami leków antyarytmicznych, włączono także dubutaminę. Od momentu przyjęcia pacjenta w szpitalu pozwanego aż do umieszczenia go w karetce pogotowia powód pozostawał w asyście personelu pielęgniarstwa, lekarskiego oraz anestezjologa. Wkłucie w głowę wykorzystywano do dnia 12.11.2010r. i usunięto w szpitalu w B., uzyskując dożylne na kończynie. Z dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy wynika, że w trakcie przyjęcia dziecka do w/w placówki zaobserwowano zasinienie powłok skórnych w lewej okolicy czołowej, zmiany martwicze. Przeprowadzone obserwacje potwierdziły zmiany martwicze po wkłuciu dożylnym na głowie. Wdrożone leczenie doprowadziło do poprawy stanu zdrowia, zaś w dniu 16.11.2010r. powoda przekazano na Pododdział Kardiologii Dziecięcej (...), gdzie pozostawał aż do dnia 29.11.2010r. do momentu wypisania go w stanie zdrowia ogólnym dobrym.

Aktualnie powód pozostaje pod opieką Poradni Kardiologicznej (...) w W. oraz Kliniki (...), Endokrynologii, Diabetologii z Pod. Kardiologii (...) w B., wykonuje badania kontrolne. W chwili obecnej, w okolicy skroniowej lewej ma bliznę wielkości 5x4 cm, w części centralnej pokrytą przerzedzonymi włosami. Całkowity brak owłosienia występuje w części górnej oraz dolnej tego obszaru.

Stopień skomplikowania sprawy, konieczność oceny prawidłowości leczenia powoda w pozwanym szpitalu oraz istnienia wskazań bądź przeciwwskazań do wykonywania zabiegu dożylnego wkłucia obwodowego w głowę, sposobu wykonania tego zabiegu, ustalenia stanu zdrowia powoda i jego pogorszenia się pozostającego w bezpośrednim związku z działaniami pozwanego, a także czy szpitalowi można przypisać odpowiedzialność za błąd lekarski we wdrożonym leczeniu bądź niedochowanie należytej staranności determinowało orzeczenie sądu o zasięgnięciu wiedzy specjalistów i dopuszczenie dowodów z opinii szeregu biegłych (postanowienie z dnia 11 marca 2014r.; e-protokół z dnia 11.03.2014r., 00:49:34; k. 290v.).

Opiniująca w oparciu o dokumentację medyczną znajdującą się w aktach sprawy biegła z zakresu pediatrii i neonatologii podkreśliła, że istniały bezwzględne wskazania do pilnego założenia dojścia do żyły obwodowej w SP ZOZ w H. na Oddziale Pediatrii w celu wyrównania i stabilizacji stanu dziecka, zaś założenie dojścia obwodowego do żyły powierzchownej skóry głowy, przy braku możliwości założenia takiego dostępu na grzbietowe żyły dłoni z powodu pęknięcia naczyń, było jak najbardziej prawidłowe. W jej ocenie, personel medyczny pozwanego nie popełnił błędów w założeniu dojścia obwodowego, wręcz przeciwnie – szybkie i sprawne działanie umożliwiło szybką podaż płynów i leków ratując życie noworodka, który został przyjęty do oddziału w stanie zagrożenia życia. Najistotniejsze było niezwłoczne nawadnianie organizmu w celu zapobieżenia wystąpienia powikłań wielonarządowych związanych z odwodnieniem, w tym przednerkowej niewydolności nerek. Biegła wykluczyła, aby wynacznienie na skórze głowy powstałe przy podkłuciu po podaniu małej ilości soli fizjologicznej 0,9% NaCl celem sprawdzenia drożności i natychmiastowym usunięciu venflonu może być powodem martwicy skóry. Przedłużające się natomiast niedotlenienie i kwasica mogą być przyczyną uszkodzenia wszystkich narządów i tkanek, tym samym więc mogą wpływać na powstanie ogniska martwicy w miejscu wynacznienia. Nie zaobserwowano odczynu zapalnego wokół venflonu czy wyciekania płynu infuzyjnego do tkanek, a podawanie leków jeszcze przez prawie 48 godzin nie mogło mieć wpływu na powstanie martwicy, albowiem venflon funkcjonował prawidłowo aż do czasu pojawienia się obrzęku – wówczas został usunięty. Towarzyszące zaburzenia hemodynamiczne i biochemiczne oraz ciężki stan dziecka mogą same w sobie być przyczyną ognisk martwicy bez związku z obecnością prawidłowo funkcjonującej i ustabilizowanej kaniuli. Końcowo biegła podała, że gdyby rodzice pojawili się u lekarza wcześniej, nie zaś po 3 dniach od momentu zaobserwowania niepokojących symptomów u powoda, nie doprowadziłyby to do tak ciężkiego stanu jego zdrowia, wówczas też

personel medyczny nie napotkałby takich trudności w założeniu wenflonu do żył obwodowych ręki. Pozwany nie miał wpływu na progresję zmiany martwiczej (k.341-347).

Uzupełniająco, w odpowiedzi na zastrzeżenia strony powodowej (k.396-397, 417), zaakcentowała determinację personelu medycznego celem umożliwienia podania powodowi leków ratujących jego życie, szybkość i sprawność działania. Nie ma przy tym znaczenia fakt, że założenie dojścia dożylnego stało się po kilku nieudanych próbach. Uniknięto bowiem konieczności zastosowania bardziej inwazyjnych zabiegów. Podkreśliła, że zgodnie z zasadami sztuki medycznej, dojścia dożylna obwodowa zakładane są przez pielęgniarki lub położone, procedurę tą mogą wykonywać również lekarze. W miejscu, o którym mowa w niniejszej sprawie, doszło do wynaczynienia krwi i leku po pęknięciu naczynia, co było przyczyną wystąpienia martwicy i uszkodzenia tkanek z następowym powstaniem blizny, nie mniej jednak nie podanie leków mogło skutkować zgonem, zaś odwodnienie organizmu było bezwzględnie wskazanym do założenia dojścia obwodowego. (k.411-412, 431-432).

Biegły z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej, w oparciu o dokumentację medyczną oraz źródła osobowe w postaci przesłuchiwanego na potrzeby niniejszego postępowania świadków, wskazał, że opisane u powoda zmiany na skórze głowy, jakkolwiek niewątpliwie związane z działaniami personelu medycznego szpitala w H. należy uznać za nieuniknione powikłanie procedury medycznej, które nastąpiło mimo dołożenia należytej staranności i nie może być traktowane jako błąd. Można jedynie sugerować, że do tak niepomyślnego przebiegu powikłania doprowadziły złożone wieloczynnikowe przyczyny, w tym niezależne od postępowania personelu a związane z ciężkim stanem pacjenta. Podkreślił, że postępowanie zespołu szpitala w H. wobec powoda należy uznać za poprawne i prawidłowe w zakresie diagnostyki i terapii stanu zagrożenia życia. Biegły zaznaczył, że w wyniku pęknięcia (przekłucia) żyły w trakcie próby jej kaniulacji doszło do wynaczynienia podskórnej krwi, która spowodowała krwiak w tej okolicy skóry i doprowadziło do jej niedokrwienia, martwicy ze zmianami zapalnymi i procesu gojenia z wytworzeniem się strupa i blizny. Powikłanie takie określił jako „bardzo rzadkie, które najczęściej powstaje przy podaniu poza żyłę leków nie przeznaczonych do podawania pozanaczyniowego przy przemieszczaniu się końca cewnika lub w wyniku zmian zapalnych żyły i jej patologicznej przepuszczalności”. W niniejszej sprawie taka sytuacja nie miała miejsca, albowiem cewnik znajdował się w żyłę, o czym świadczy jego wykorzystywanie do dnia 12.11.2010r. Brak jest także dowodu, aby miały nastąpić zmiany zapalne, mogące doprowadzić do martwicy skóry. Końcowo zaznaczył, że podanie poza żyłę 0,9% NaCl, jak roztworu fizjologicznego prawdopodobnie w niewielkiej objętości nie skutkuje z zasady zmianami o charakterze zapalnym czy martwiczym nawet w przypadku jego pozanaczyniowej depozycji (k.458-467).

W odpowiedzi na zastrzeżenia strony powodowej (k.482-492) zaznaczył, że podanie Amiodaronu (dożylnie) mogło wywołać reakcję miejscową pod postacią zmian zapalnych, co nie może być jednak traktowane jako błąd. W opiniowanej sprawie uczestnicy mieli do czynienia ze stanem nagłym, wymagającym podejmowania szybkich decyzji terapeutycznych. Konsultowanie każdego przedsięwziętego kroku z rodzicami powoda byłoby niecelowe a nawet szkodliwe jako opóźniające leczenie (k.533-537).

Z treści opinii biegłej z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej i leczenia oparzeń, która sporządzona została w oparciu o dokumentację medyczną oraz badanie bezpośrednie powoda, wynika że małoletni B. B. doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wielkości ok. 6%. Do długotrwałego uszczerbku bezsprzecznie doszło, lecz nie w związku z dokonanym zabiegiem dożylnego wkłucia obwodowego a na skutek ogólnego ciężkiego stanu zdrowia dziecka w chwili przyjęcia, zwłaszcza niedotlenienia tkanek z ich kwasicą o znacznym stopniu – rozpychająca krew doprowadziła na przedmiotowym obszarze skóry głowy owłosionej do uszkodzenia jej powierzchownej warstwy i głębokiej, a więc tam, gdzie włosy nie odrastają. Nie doszło jednak do uszkodzenia pełnej grubości skóry, gdyż wówczas niemożliwe byłoby samoistne wygojenie. Biegła podniosła również, że wejście dożylnie założone w pozwanym szpitalu było usunięte w innej placówce po dwóch dniach działania, było więc w żyłę i za jego pomocą podawano płyny i leki, które nie mogły wypłynąć poza nie. Gdyby natomiast tak się stało, substancje drażniące spowodowałybyby szybką martwicę tkanek. Takie zmiany są bardzo charakterystyczne a martwica zazwyczaj głęboka, obejmująca pełną grubość skóry, nie goi się samoistnie, niezbędne jest krycie powstałego ubytku przeszczepami skóry własnej (k.560-566).

Powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego, tj. wymienionych dokumentów, dokumentacji medycznej (k.13-132, 217-219, 226-269v., 271), przesłuchiowanych w sprawie świadków w osobach personelu medycznego asystującego bądź wykonującego czynności medyczne przy powodzie (e-protokół z dnia 13.12.2013r., 00:32:09-01:18:19; e-protokół z dnia 11.03.2014r., 00:03:45-00:49:34), a także częściowych zeznań przedstawicieli ustawowych powoda.

Sąd podzielił w pełni zeznania przesłuchiowanych w sprawie świadków w osobach pracowników pozwanego szpitala: E. O., P. M., D. Ł., K. S., J. M., N. W., B. S. oraz T. O. albowiem wzajemnie się one uzupełniały, w znacznym zakresie pozostawały zbieżne, a przy tym korelowały z treścią dopuszczonych w sprawie dowodów z opinii biegłych oraz dokumentacją medyczną uzyskaną z placówek, w których leczył się małoletni powód. Opisywały charakter przedsięwziętych czynności w stosunku do pacjenta, wykonane badania i zabiegi, jak również przekazanie małoletniego lekarzom z (...) w B..

Zeznania rodziców powoda Sąd podzielił w części, w której opisywali okoliczności przywiezienia dziecka do pozwanego szpitala oraz wykonane zabiegi. Nie zasługiwały na uwzględnienie ich twierdzenia w części, w której zaprzeczali, aby ktokolwiek pytał ich o zgodę na przeprowadzenie konkretnych czynności i badań, albowiem co innego wynika z ustaleń poczynionych przez Sąd, dodatkowo zaś okoliczności sprawy wskazują, że niezbędne było natychmiastowe działanie, zaś omawianie z każdym z rodziców wszystkich planowanych zabiegów zmierzających bezsprzecznie do ratowania zdrowia i życia powoda mogłoby nieść za sobą poważne konsekwencje zdrowotne. Uzasadnionym więc było uzyskanie zgody „ustnej” i takiemu wymogowi pracownicy pozwanego uczynili zadość.

Wobec wyżej opisanych ustaleń poczynionych przez biegłych, niecelowe jest omawianie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej powódki, albowiem została ona poddana analizie specjalistów, dysponujących w tej materii szczególnie bogatą wiedzą i doświadczeniem zawodowym.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. Zdaniem Sądu, strona powodowa nie zdołała wykazać nieprawidłowości po stronie pozwanego oraz związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pracowników SP ZOZ w H. a podnoszonymi przez przedstawicieli ustawowych powoda cierpieniami fizycznymi i psychicznymi B. B. oraz uszczerbkiem na zdrowiu, którego miał doznać wskutek nieprawidłowości podejmowanych działań medycznych.

Zgodnie z treścią art. 415 kc, kto z winy umyślnej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Powyższy przepis normuje podstawową zasadę odpowiedzialności opartej na winie sprawcy szkody. Do przesłanek odpowiedzialności deliktowej należą: zdarzenie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność na określonej zasadzie oraz szkoda i związek przyczynowy między owym zdarzeniem a szkodą. Odpowiedzialność odszkodowawczą w tym zakresie, w przypadku szpitala należy wiązać z art. 416 kc, w myśl którego osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu. Szkodą jest uszczerbek w dobrach prawnie chronionych osoby poszkodowanej. Najczęściej ma ona charakter majątkowy, jednak gdy do tego upoważnia ustawa, może mieć również charakter niemajątkowy. Stosownie do treści art. 444 § 1 kc i art. 445 § 1 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Podstawowe znaczenie dla stosowania art. 415 kc, będącej ogólną podstawą odpowiedzialności, ma określenie zdarzenia, za które podmiotowi przypisywana jest odpowiedzialność (czyn sprawcy) oraz jakie okoliczności pozwalają albo uniemożliwiają uznanie go za czyn zawiniony. Człowiekowi można przypisać określony czyn, jeżeli owo zachowanie (tak działanie jak i zaniechanie) mogło być w ogóle kierowane wolą tego podmiotu. W tradycyjnym ujęciu winy (szerokim) w pojęciu tym ujmowano element obiektywny, czyli bezprawność, oraz subiektywny, czyli winę w ścisłym znaczeniu (określaną też mianem winy sensu stricte). Współcześnie przeważa stanowisko, że należy rozdzielić zakresy winy i bezprawności, a bezprawność ujmować jako przesłankę winy. Przyjmuje się, że pojęcie winy należy odnieść jedynie do opisanego podmiotowych cech zachowania się sprawcy szkody. Jednak dopiero czyn

bezprawny może być oceniany w kategoriach czynu zawinionego w rozumieniu art. 415 kc. Bezprawność stanowi przedmiotową cechę czynu sprawcy. Judykatura wskazuje, że bezprawność zachowania polega na przekroczeniu mierników i wzorców wynikających zarówno z wyraźnych przepisów, zwyczajów, utartej praktyki, jak i zasad współżycia społecznego (wyrok SN z dnia 22 września 1986 r., IV CR 279/86, LEX nr 530539). Pojęcie winy odnosi się do sfery zjawisk psychicznych sprawcy, z tych względów określa się ją jako znamię podmiotowe czynu. Jednakże dopiero czyn uznany za bezprawny może być rozważany w kategoriach winy.

Jednocześnie na uwagę zasługuje zdaniem Sądu fakt, iż „samo przyjęcie winy, którą należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą, a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody” /tak SA w Białymstoku w wyroku z dnia 07.03.2013 roku, I ACa 879/12, Lex nr 1294707/.

W orzecznictwie przyjmuje się, że błędem w sztuce lekarskiej jest działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii sprzeczne z zasadami wiedzy medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym (tak wyrok SN z 1 IV 1955 r., IV CR 39/54, OSN 1957/1, poz. 7). W przedstawionym ujęciu, błąd lekarski reprezentuje obiektywny komponent winy. Jako postępowanie lekarza *contra legem artis* (tj. działanie lub zaniechanie niewłaściwe, naruszające zasady wiedzy medycznej), stanowi jeden z przejawów bezprawności. Jest więc kategorią całkowicie niezależną od osoby konkretnego lekarza (jego indywidualnych cech, skłonności i umiejętności) oraz od okoliczności, w których podejmował on czynności z zakresu diagnozy i terapii. Błąd nie pociąga więc za sobą odpowiedzialności cywilnej z racji samego tylko zaistnienia nieprawidłowości skutkującej jego stwierdzeniem. Obciążenie lekarza odpowiedzialnością za szkodę, czy placówki, w ramach której podejmowane są czynności lekarskie i medyczne, możliwe jest wyłącznie wówczas, gdy błąd jest jednocześnie zawiniony subiektywnie tzn. stanowi następstwo niedochowania przez lekarza należytej staranności. Łagodzenie rygorystycznego wymogu wykazywania winy może także nastąpić poprzez zastosowanie domniemania faktycznego na podstawie art. 231 k.p.c. Na pozwanego przechodzi tym samym ciężar wykazania braku winy. Placówka medyczna, aby uniknąć odpowiedzialności, musi obalić domniemanie wykazując, że nie zawniła powstaniu szkody, ponieważ inne niż niedbalstwo pozwanego okoliczności doprowadziły u powoda do powstania uszczerbku na zdrowiu (zob. wyrok SA we Wrocławiu z 28 IV 1998 r., I ACa 308/98, PiM 2002/12, wyrok SA w Warszawie z 21 III 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7 oraz wyrok SA w Krakowie z 9 II 2000 r., I ACa 69/00). Prawo cywilne wymaga, by związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą miał charakter normalny i adekwatny, co wynika z treści art. 361 § 1 k.c. W sferze odpowiedzialności za szkody wyrządzone w trakcie procesu leczenia czy diagnozowania schorzeń oznacza to, że doznany przez pacjenta uszczerbek na zdrowiu musi pozostawać normalnym następstwem działania szpitala lub personelu medycznego.

Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie wykazało, aby można się było dopatrzyć błędów w działaniach pozwanego. Jego zachowanie należało więc określić w kategoriach prawidłowych, z zachowaniem wymogów sztuki lekarskiej, gdzie na pierwszy plan wysuwała się troska o zdrowie i życie 10-dniowego pacjenta oraz konieczność jak najszybszego wdrożenia leczenia, co determinował ogólny stan zdrowia chłopca określany jako bardzo ciężki. Bezpośrednio po badaniu kontrolnym przez lekarza pierwszego kontaktu, został on skierowany na Oddział Pediatrii, gdzie podjęta została decyzja o konieczności natychmiastowego nawodnienia organizmu powoda przy użyciu

igiel typu venflon. Bezspornie, doszło do martwicy części powierzchni skóry głowy powoda, co nie było przez żadną ze stron kwestionowane. Nie było to jednak efektem zaniedbań po stronie pracowników pozwanego bądź błędnie postawionej diagnozy.

Sąd w tej części uznał opinie sporządzone w niniejszej sprawie przez biegłych, jako opracowane w sposób prawidłowy i rzetelny, w pełni zasługujące na obdarzenie ich walorem wiarygodności. Poddają się one bowiem pozytywnej weryfikacji w oparciu o kryteria takie jak: zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy sporządzającego, podstawy teoretyczne opinii, a także sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opinii wniosków (tak m.in. postanowienie SN z dn.07.11.2000 roku, OSNC2001/4/64, I CKN 1170/98). Biegli w sposób nie budzący wątpliwości przedstawili tok swego rozumowania w dochodzeniu do wniosków końcowych opinii. Nadto podkreślić należy, iż bezspornie są oni specjalistami w swoich dziedzinach, posiadają odpowiednią wiedzę i doświadczenie, a sporządzone treści formułowali na podstawie dokumentacji medycznej, akt sprawy oraz badania bezpośredniego (biegła z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej). Tym samym Sąd w całości podzielił stanowiska wyrażone przez biegłych, zbieżne w zasadniczych kwestiach, omówionych w treści niniejszego postanowienia, a ich wnioski legły u podstaw poczynionych ustaleń faktycznych. Wobec składanych zastrzeżeń przez pełnomocnika strony powodowej, podtrzymali swoje dotychczasowe stanowiska, ustosunkowując się do pytań w opiniach uzupełniających. Ze wszystkich opinii biegłych jednoznacznie wynika, iż nie znaleźli podstaw do stwierdzenia jakichkolwiek zaniedbań bądź uchybień we wdrożonym przez pozwanego leczeniu, wręcz przeciwnie – akcentowali, że do wystąpienia martwicy skóry przyczyniła się w znacznym stopniu bierność rodziców powoda, którzy dopiero 3 dnia od momentu zaobserwowania problemów z oddychaniem i słabszego odruchu ssania podczas karmienia piersią podjęli decyzję o skorzystaniu z pomocy specjalistów. Przeprowadzone z kolei postępowanie dowodowe pozwoliło Sądowi ustalić, że bezspornie lekarze i personel medyczny robili wszystko zgodnie ze sztuką lekarską, z najwyższą starannością, aby ratować w pierwszej kolejności życie małoletniego powoda, a spektrum i charakter powziętych czynności był jak najbardziej adekwatny do okoliczności sprawy.

Zachowanie pozwanego szpitala względem swojego pacjenta B. B. było więc prawidłowe. W diagnostyce, zleczonych badaniach czy powziętych próbach kaniulizacji żył obwodowych nie dopuścił się błędów lekarskich bądź niestaranności, co zdecydowanie potwierdzili opiniujący biegli. Zachowania pozwanego w żaden sposób nie da się zatem uznać za działanie bądź zaniechanie, którego skutkiem miałyby być wystąpienie martwicy części skóry głowy powoda. Sąd nie dopatrywał się w niniejszej sprawie jakichkolwiek podstaw, aby odpowiedzialnością za powyższe obarczać pozwanego.

W świetle powyższego, powództwo jako niezasadne podlegało oddaleniu.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. i zawartej w tym przepisie zasadzie słuszności przyjmując, że sytuacja materialna i finansowa powoda, osoby niespełna 6-letniej, pozbawionej możliwości podejmowania pracy, bez dochodów, a także jego przedstawicieli ustawowych, reprezentujących go w niniejszym postępowaniu rodziców E. i P. B. (2), uniemożliwia uiszczenie należności sądowych, co uzasadnia tym samym odstąpienie od obciążania ich kosztami.