

Sygn. akt: I C 204/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 września 2017 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca:	SSR del. Katarzyna Sztymelska
Protokolant:	Sandra Bień

po rozpoznaniu w dniu 23 sierpnia 2017 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa A. C. (1), A. C. (2)

przeciwko Gminie Miejskiej R.

o zapłatę

- zasądza od pozwanej na rzecz powódki A. C. (2) kwotę 500 000 (pięćset tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 10 stycznia 2013 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku;
- zasądza od pozwanej na rzecz powoda A. C. (1) kwotę 500 000 (pięćset tysięcy) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 10 stycznia 2013 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku;
- oddala powództwo w pozostałej części;
- zasądza od pozwanej na rzecz powodów A. C. (2) i A. C. (1) kwotę 7 234 zł (siedem tysięcy dwieście trzydzieści cztery) złote tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
- nakazuje pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach kwotę 69 519,50 (sześćdziesiąt dziewięć tysięcy pięćset dziewiętnaście złotych i 50/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

SSR del. Katarzyna Sztymelska

Sygn. akt I C 204/13

UZASADNIENIE

Małoletnia powódka O. C. (1), reprezentowana przez rodziców, w pozwie wniesionym do Sądu Okręgowego w Gliwicach w dniu 10 grudnia 2012r., zgłosiła żądanie zasądzenia od pozwanej Gminy Miejskiej R. renty z tytułu zwiększenia potrzeb, kwoty 1 000 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 8 stycznia 2007 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, ustalenie że pozwana będzie ponosić odpowiedzialność za szkody mogące się ujawnić w przyszłości oraz zasądzenia na jej rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu strona powodowa podała, że matka powódki, będąca z nią w ciąży, dnia 6 stycznia 2007r. została przyjęta na oddział (...) Szpitala Miejskiego w R., a po badaniu została skierowana na Oddział (...). Dnia 7 stycznia w godzinach ok. 22.00 oraz 23.00 została zbadana ginekologicznie przez lekarz W. W. (1), otrzymując zalecenie na częste skurcze i udanie się na spoczynek nocny. Podała, że w godzinach od 23.00 do 4.45 nikt z personelu szpitalnego nie przyszedł do A. C. (2). Około 4.40 inna pacjentka przebywająca na sali z matką powódki zgłosiła pielęgniarce zły stan zdrowia A. C. (2), około 4.50 przewieziono matkę powódki na blok porodowy, gdzie wykonano badanie i podłączono aparat KTG, podano tlen i podłączono kroplówkę naskurczową. Około 5 20 przybył lekarz J. K. (1), który wykonał badanie, przebił pęcherze płodowe, zalecił parcie, a następnie napierał łokciem na górną część brzucha pacjentki aż do wypchnięcia dziecka na zewnątrz, co nastąpiło ok. 5 30. Wskazała, że podczas porodu okazało się, że powódka znajdowała się w ułożeniu potylicowo – tylnym. Otrzymała 1/3/5/5 punktów w skali APGAR; funkcje życiowe przywrócono dzięki akcji reanimacyjnej. Następnie została przeniesiona na Oddział (...) z rozpoznaniem zamartwicy okołoporodowej, a następnie przekazana do Kliniki (...) Szpitala (...) w Z.. Rozpoznano zespół niedotleniowo – niedokrwienny, zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej stopnia IV, przewlekłą niewydolność oddechową, nawracające zakażenie dróg oddechowych, masywny zanik korowo – podkorowy. Do czasu wniesienia pozwu powódka była cały czas hospitalizowana. Powódka podniosła, że żądana kwota zadośćuczynienia jest adekwatna do stanu jej zdrowia, stopnia jej kalectwa i całkowitego braku szans na widoki powodzenia na przyszłość.

Strona powodowa podniosła, że w wyniku źle podjętych czynności podczas porodu i zaniedbań, braku stałego monitorowania stanu pacjentki, braku monitorowania tętna płodu i braku podjęcia decyzji o zakończeniu porodu cesarskim cięciem powódka urodziła się w stanie ciężkiego niedotlenienia i zamartwicy. Leczona stale z powodu encefalopatii niedotleniowo – niedokrwiennej, znajduje się w stanie wegetatywnym, bez rokowań na poprawę stanu zdrowia.

Powódka wskazała, że Prokuratura prowadzi śledztwo w sprawie narażenia A. i O. C. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu; śledztwo jest na etapie pozyskiwania opinii biegłych.

Uzasadniając legitymację bierną pozwanej strona powodowa wyjaśniła, że odpowiedzialność za naprawieniu szkód i zadośćuczynienie krzywdom wyrządzonym w wyniku porodu ponosił SPZOZ Szpital Miejski w R. , który udzielał świadczeń powódce i jej matce, na podstawie art. 420 k.c. jako osoba prawna, jednakże zgodnie z uchwałą Rady Miasta R. nr (...) z dnia 30.11.2009r. po likwidacji Szpitala jego zobowiązania stały się zobowiązaniami Miasta R..

W piśmie procesowym z dnia 30 stycznia 2013r. pełnomocnik powódki zawiadomił, iż małaletnia powódka zmarła w dniu 13 grudnia 2012 roku.

Postanowieniem z dnia 4 lutego 2013 roku postępowanie w niniejszej sprawie zostało zawieszona na zasadzie art. 174 § 1 pkt 1 k.p.c.

Pozwana w odpowiedzi na pozew z dnia 6 lutego 2013 roku (k. 193 i n.) wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania.

W uzasadnieniu pozwana odnosząc się do twierdzeń pozwu wskazała, że nie wszystkie znajdują oparcia w dokumentacji medycznej, a nawet są sprzeczne z treścią wpisów, np. okoliczność przebiegu/pęknięcia pęcherze płodowego, występowanie akcji skurczowej w drugim okresie porodu. Zdaniem pozwanej opisany w pozwie stan matki powódki mieści się w granicach dolegliwości odczuwanych przez rodzącą, w szczególności pierwszy raz. Podała, że stan pacjentki nie wskazywał na konieczność wykonania specjalistycznej diagnostyki, nie wystąpiły też wskazania do ciągłego zapisu kardiograficznego; wody płodowe były zachowane, a monitorowane tętno płodu pozostawało w normie. Pozwana podniosła, że działania zespołu medycznego obecnego przy porodzie powódki były podejmowane z zachowaniem zasad staranności zawodowej obowiązującej lekarzy i położne. Podnosiła, że decyzja o zakończeniu porodu siłami natury, a nie cesarskim cięciem, była w okolicznościach sprawy prawidłowa. Pozwana zwróciła uwagę,

że podczas ciąży i porodu należy zawsze liczyć się z możliwością wystąpienia różnego rodzaju powikłań, często o nieustalonej etiologii i trudnych, a nawet niemożliwych do przewidzenia, że zawsze istnieją inne potencjalne czynniki, które mogą odgrywać rolę w etiopatogenezie powikłań i istnieje wiele przyczyn niedotlenienia okołoporodowego. Pozwana podała, że zaprzecza wszystkim zarzutom odnośnie nieprawidłowościom postępowania medycznego przy porodzie powódki. Dodała, że zachowanie A. C. (2) przyczyniło się do tragicznego finału porodu.

Z ostrożności procesowej pozwana podniosła, że kwota 1 000 000 zł zadośćuczynienia jest wygórowana, a żądanie odsetek od dnia 8 stycznia 2007r. stanowi nadużycie. Wskazała, że powódka nie wykazała, aby wzywała pozwaną lub szpital do zapłaty jakiegokolwiek świadczenia, stąd nie można uznać jego wymagalności od stycznia 2007 roku.

Ponadto, także z ostrożności procesowej, pozwana podniosła zarzut przedawnienia dochodzonego roszczenia, nie uzasadniając zarzutu.

Postanowieniem z dnia 25 lipca 2013 roku postępowanie w niniejsze sprawie zostało podjęte z udziałem spadkobierców zmarłej powódki - A. C. (2) i A. C. (1).

Postanowieniem z dnia 5 sierpnia 2013 roku postępowanie w zakresie roszczenia rentowego zostało umorzone (k. 232).

Powodowie A. C. (2) i A. C. (1), jako następcy prawni zmarłej powódki, precyzując żądanie pozwu wnieśli (k. 246 i n.) o zasądzenie od pozwanej na ich rzecz 1 000 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 8 stycznia 2007 roku do dnia zapłaty. Podtrzymując twierdzenia pozwu, dodali że sporządzona w postępowaniu karnym opinia (...) w S. potwierdziła, że w trakcie hospitalizacji A. C. (2) nie zostały podjęte prawidłowe i właściwe czynności lecznicze, nie wykonano należytych badań, co w efekcie doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu O. C. (1), przy czym winę za ten stan ponoszą lekarze sprawujący opiekę medyczną nad rodzącą, a przez to pozwana.

W piśmie procesowym z dnia 5 grudnia 2013r. (k. 313) pozwana wskazała na istnienie opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) J., z której wynika że prowadzenie porodu A. C. (2) było prawidłowe oraz nie doszło od błędu medycznego, zatem w postępowaniu karnym wydano co najmniej dwie opinie sądowno – lekarskie o rozbieżnych konkluzjach.

Powodowie ostatecznie cofnęli żądanie w zakresie wskazanym w punkcie 8 pozwu ustalenia odpowiedzialności pozwanej za szkodę mogące się ujawnić w przyszłości jako bezprzedmiotowe. Pozwana wyraziła zgodę na cofnięcie żądania w tym zakresie, w związku z czym umorzono postępowanie w zakresie roszczenia o ustalenie odpowiedzialności pozwanej na przyszłość (k. 915).

Ostatecznie precyzując żądanie, powodowie wnieśli o zasądzenia na każdego z nich kwoty po 500 000 zł - z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia płatności od dnia 8 stycznia 2007 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku. Sprecyzowali, że kwota ta ma stanowić zadośćuczynienia za cierpienie i ból wyrządzone małoletniej O. C. (1) w związku z rozstrojem zdrowia (k. 909).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. C. (2), będąc w 40/41 tygodniu ciąży pierwszej, 3 dni po orientacyjnym terminie porodu, zgłosiła się przedpołudniem w sobotę 6 stycznia 2007 roku do Izby Przyjęć Szpitala Miejskiego w R. z powodu trwającej od kilku godzin czynności skurczowej macicy. Została przyjęta do Oddziału (...). Z wywiadu dotychczasowy przebieg ciąży prawidłowy, ryzyko ciążyowe - ciąża fizjologiczna. Skierowaną ją na Oddział (...) Badaniem położniczym przeprowadzonym przez lekarza D. P. nie stwierdzono objawów rozpoczynającego się porodu. Rozpoznano: część pochwowa szyjki macicy badalna od kości krzyżowej, skrócona, ale jeszcze zachowana, ujście zewnętrzne rozwarte na opuszkę palca, kanał zamknięty. Stwierdzono prawidłowe położenie płodu, podłużne główkowe. Wymiary miednicy były w normie (24/28/31/20). Wysłuchano i zapisano częstość tętna płodu (140 ud/min) potwierdzając normokardię. Po około 2 godzinach od przyjęcia wykonano pierwsze badanie KTG. Udokumentowany zapis KTG z dnia 6 stycznia 2007r. (sekcje od 37 do 40) prowadzono od godziny 13:57 do 14:30. Interpretacja omawianego zapisu:

- podstawowa częstość pracy serca płodu +/- 130 ud/min - normokardia

- oscylacja zapisu tętna jest falująca, przez 23 minuty zawężona - zapis mało reaktywny (jedna akceleracja); od godziny 14:20, w ostatnich 10-ciu minutach zapisu oscylacja ulega poszerzeniu, pojawiają się akceleracje, zapis staje się reaktywny

- czynność skurczowa macicy nie występuje.

W dniu przyjęcia w badaniu klinicznym i kardiokograficznym nie potwierdzono objawów rozpoczynającego się porodu. Badaniem KTG potwierdziło dobrostan płodu.

Następnego dnia w niedzielę 7 stycznia 2007r. o godzinie 6.00, ze względu na zgłaszane przez ciężarną dolegliwości położna wysłuchała tętno płodu, ustalając je na 140 ud/min, co stanowi normokardię. Nie stwierdziła rozpoczynania się porodu. Po 4 godzinach wykonano drugi zapis kardiokograficzny (sekcje 52-54). Interpretacja zapisu zarejestrowanego w godzinach 10.16 -10.40:

- podstawowa częstość pracy serca płodu +/- 130-140 ud/min - normokardia

- oscylacja zapisu tętna falująca, początkowo zawężona, następnie szeroka z akceleracjami - zapis reaktywny

- tokogram bez wyraźnej czynności skurczowej macicy. Zapis KTG potwierdzał zachowany dobrostan płodu oraz brak regularnej czynności skurczowej macicy prowadzącej do samoistnego porodu.

O godzinie 14:00 ponownie wysłuchano i zapisano częstość tętna płodu (140 ud/min) potwierdzając normokardię.

A. C. (2) źle się czuła. Poskarżyła się spotkanej na korytarzu pielęgniarkie na bóle brzucha. Poinformowana o tym lekarz W. W. (1), przeprowadziła badanie około godziny 22:00, które wykazało wyraźną zmianę parametrów szyjki macicy w stosunku do badania z dnia poprzedniego - stwierdzono całkowite zgładzenie szyjki macicy i jej rozwarcie na 1,5 cm przy zachowanym dolnym biegunie pęcherza płodowego (wody płodowe zachowane, nie odpływają). Macica okresowo o wzmożonym napięciu. Wysłuchane tętno płodu było prawidłowe (140 ud/min). Lekarz położnik zbadała pacjentkę po raz kolejny około godziny 23:30 i stwierdziła brak dalszego postępu rozwierania zgładzonej szyjki macicy. Zdecydowało o zastosowaniu postępowania wyczekującego.

Przedstawione parametry szyjki macicy świadczyły o rozpoczynającym się pierwszym okresie porodu i mogły stanowić podstawę do przeniesienia pacjentki do traktu porodowego celem wdrożenia intensywniejszego nadzoru nad płodem, jak i rodzącą. Pacjentka nie została przeniesiona do traktu porodowego. Nie wdrożono intensywniejszego nadzoru nad płodem, ani nad rodzącą.

Przyjęto postawę wyczekującą, co przy niewielkim jeszcze zaawansowaniu porodu było prawidłowe jednak pod określonymi warunkami. Po wdrożeniu postawy wyczekującej personel średni winien zostać wyczulony i czujnie nadzorować pozostawioną w oddziale patologii ciąży pacjentkę.

W przypadku A. C. (2), na czas przyjęcia postawy wyczekującej, nie podjęto żadnych dodatkowych działań w stosunku do niej. Nie nadzorowano pacjentki w żaden sposób. Nie osłuchiowano tętna płodu, mimo istnienia wskazań do czynienia tego regularnie ze względu na stresogenny wpływ na płód skurczów macicy (tzw. stresowy „test oksytocynowy”). Nie wykonywano zapisów KTG, chociażby okresowo. Płód nie był monitorowany aż do godzin porannych.

Od przyjęcia A. C. (2) do szpitala nie wykonano jej badania USG.

W trakcie badania około godziny 23.32 A. C. (2) została pouczona przez lekarza o zalecanej samoobserwacji czynności skurczowej macicy oraz że w razie jej zintensyfikowania ma zgłosić ten fakt personelowi medycznemu. Lekarz zasugerowała, że rozpoczęcie porodu nastąpi, kiedy skurcze/bóle będą częstsze niż co 3 minuty.

Personel oczekiwał, że rodząca - w razie jeśli uzna, że zachodzi taka potrzeba - sama zawoła położną i że sama zgłosi - po raz kolejny - jakieś niepokojące ją objawy. Oczekując jedynie na sygnał od pacjentki nie wdrożono w godzinach nocnych „obserwacji w kierunku porodu” polegającej na wykonaniu oceny jakości szyjki macicy i napięcia macicy. Odesłano pacjentkę na odpoczynek i nikt z personelu medycznego nie podszedł do rodzącej pacjentki w godzinach od 23.37 do godzin porannych.

Początek pierwszego okresu porodu nastąpił od około godziny 1.00 w nocy. Wówczas rodząca zaczęła odczuwać intensywniejsze i regularne czynności skurczowe, jednak nie poinformowała położnych o tym fakcie. A. C. (2) była pierworódką, niedoświadczoną. Uznała, że skoro skurcze pojawiają się w odstępach większych niż co 3 minuty, to poród się nie zaczyna. Rodząca przez cały czas odczuwała dolegliwości bólowe. Trzymała się za bolący brzuch, była spocona. Inna pacjentka, widząc stan A. C. (2), zaniepokojona poinformowała pielęgniarkę z nocnego dyżuru o stanie rodzącej, co miało miejsce około godziny 4.30. Pielęgniarka J. K. (2) udała się do rodzącej i podjęła decyzję o przewiezieniu jej do traktu porodowego, co uczyniła. Opiekę nad rodzącą przejęła wówczas położna M. G.. Wysłuchała i odnotowała prawidłowe tętno płodu (140 ud/min). W dokumentacji medycznej zapisano: Godzina 04:55 - rodząca przyjęta na salę porodową, wysłuchano miarowe tętno płodu o częstości 140 ud/min - normokardia. O godzinie 04:58 pacjentka została zbadana, stwierdzono zaawansowane rozwarcie (7 cm) zgładzonej szyjki macicy przy napiętym zachowanym dolnym biegunie pęcherza płodowego. Nie rozpoznano potylicowego ułożenia płodu. Wysłuchane tętno płodu wskazywało normokardię (140 ud/min). Rozpoczęto nadzór kardiokograficzny porodu. Dostępny w dokumentacji medycznej śródporodowy zapis kardiokograficzny trwa 24 minuty. Na zapisie widnieje data 08-01-2007 i czas rozpoczęcia monitorowania: 05:33. Zapisana przez aparaturę monitorującą godzina nie pokrywa się z rzeczywistą sytuacją czasową toczącego się porodu. Z początkowego odcinka zapisu wynika:

- w pierwszej minucie podstawowa częstość tętna płodu +/- 140 ud/min
- w drugiej minucie tętno płodu gwałtownie spada do częstości podstawowej +/- 60 ud/min i utrzymuje się na tym poziomie przez co najmniej 7 minut , co wskazuje na głęboką decelerację przedłużoną,
- w ósmej minucie zapisu tętno płodu wraca krótkotrwale do wartości prawidłowych +/- 120- 140 ud/min (kopia zapisu jest niewyraźna, nieczytelna)
- w tym czasie nie mamy prowadzonego zapisu tokograficznego.

Dalsza interpretacja 16-to minutowego odcinka śródporodowego zapisu kardiokograficznego:

- od 8-smej do 24-tej minuty zapisu naprzemiennie występują głębokie deceleracje tętna płodu (do 50ud/min) z okresami wyrównawczej tachykardii (do 170-175ud/min)
- deceleracje pojawiają się z częstością co 2-3 minuty i trwają po kilkadziesiąt sekund; łącznie występuje ich 5-6 (kopia zapisu nie do końca czytelna)
- w tym czasie nie ma prowadzonego zapisu tokograficznego.

Wynik kardiokogramu śródporodowego był nieprawidłowy.

O godzinie 05:15 położna nadzorująca poród powiadomiła telefonicznie lekarz W. W. (1) o zwolnieniu tętna płodu wynikającym z zapisu KTG . Ułożono rodzącą na lewym boku i podano jej tlen do oddychania. Było to postępowanie adekwatne i prawidłowe.

Lekarz W. W. (1) pobiegła wezwać głównego lekarza dyżuru, aby pomógł w porodzie. Po przybyciu około 5.20 na salę porodową główny położnik J. K. (1) zbadał rodzącą i stwierdził pełne rozwarcie szyjki macicy oraz znacznie zaawansowaną w kanale rodnym główkę płodu. Odplynęły wody płodowe o zielonym zabarwieniu. Zielone

zabarwienie wód stanowi objaw przebytego, co najmniej okresowego, niedotlenienia płodu. Dla przebiegu porodu nieistotnym był fakt, czy pęcherz płodowy pękł samoistnie, czy został przebity celowo przez badającego.

Postępowanie lekarza położnika J. K. (1) od przybycia na salę porodową do zakończenia porodu było adekwatne do zastanej na sali porodowej sytuacji.

Podczas badania przez pochwę położnik nie rozpoznał nieprawidłowego ułożenia główki, tj. odmiany tylnej ułożenia potylicowego i założył szybki jej poród „na pierwszym skurczu”.

Potylicowe ułożenie główki zostało zdiagnozowane już po jej porodzie. Takie ułożenie główki powoduje zasadnicze wydłużenie akcji porodowej. Poród wówczas trwa dłużej, co spowodowane jest mniej korzystnym mechanizmem przechodzenia główki przez kanał rodny w porównaniu do ułożenia potylicowego przedniego, będącego ułożeniem prawidłowym (94% wszystkich porodów). W około 80% przypadków poród taki przebiega samoistnie, ale tylko w 35% bez komplikacji. Rozpoznanie omawianej nieprawidłowości ułożenia główki bywa niejednokrotnie bardzo trudne, a w badaniu zewnętrznym (przez powłoki brzuszne) jest wręcz niemożliwe, ponieważ nie istnieją charakterystyczne szczegóły pozwalające na taką diagnozę. W badaniu wewnętrznym natomiast (przez pochwę) łatwo o pomyłkę z uwagi na rzadkość tej odmiany (0,5-1% porodów główkowych) oraz niesprzyjające warunki badania palpacyjnego. Wydłużające się w czasie przechodzenie przez kanał rodny nieprawidłowo ułożonej główki powoduje, że z czasem wytwarza się tzw. długogłowie, na szczycie którego formuje się różnego stopnia porodowy obrzęk tkanki podskórnej. Powstające przedgłowie bardzo utrudnia dokładne badanie położnicze, w znacznym stopniu uniemożliwiając prawidłową identyfikację/rozdzielenie ciemiączek i szwów na główce płodu. Brak wiedzy o rozmieszczeniu owych struktur bywa powodem niezamierzonych błędów diagnostycznych.

Rozpoznanie ułożenia potylicowego tylnego było możliwe jednoznacznie we wcześniejszych stadiach porodu (gdy główka znajdowała się w próżni), kiedy rodząca przebywała w oddziale patologii ciąży. Nie została wówczas zbadana wewnętrznie, a na salę porodową trafiła już z pełnym rozwarciem szyjki macicy i główką na wychodzie. Nierozpoznanie nieprawidłowego ułożenia główki przez lekarza prowadzącego poród po godzinie 5.20 nie stanowiło błędu. Zaniedbaniem było wcześniejsze niewykonanie badań mogących wykazać położenie potylicowe tylne.

Lekarz położnik J. K. (1) został wezwany i dotarł na salę porodową w sam środek toczącego się porodu i był zmuszony do podjęcia natychmiastowych decyzji celem ratowania zagrożonego wewnątrzmacicznym zgonem płodu, a także ratowania życia i zdrowia matki. Podjął decyzję o zakończeniu porodu siłami natury. Zlecono podłączenie kroplowego wlewu oksytocyny, co miało na celu dodatkową stymulację czynności skurczowej macicy i przyspieszenia wikłającego się porodu. Ze względu brak skutków oraz nasilanie się nieprawidłowości w zapisie KTG lekarz przeprowadził rękochny celem wypchnięcia płodu.

O godzinie 05:30 urodził się drogami natury płód, córka, żywa, donoszona wagi 3150g, długości 54cm, oceniony w skali Apgar na 1 punkt.

Od urodzenia prowadzono intensywne, niezbędne dla ratowania życia czynności resuscytacyjno-lecznicze dziecka. Postępowanie kolejnych zespołów medycznych wobec małoletniej O. C. (1) było prawidłowe.

W dostępnej dokumentacji medycznej brak jest danych wskazujących na inne niż niedotlenienie okołoporodowe tło ciężkiego stanu O. C. (1). Stan kliniczny po urodzeniu i dalsze obserwacje kliniczne są charakterystyczne dla obrazu ciężkiego niedotlenienia okołoporodowego. Również wyniki badań obrazowych: USG, MR i KT głowy wskazują na obecność zmian niedotlenieniowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego.

Nie stwierdzono u O. C. (1) infekcji wewnątrzmacicznej. Nie wskazują na jej wystąpienie obserwacje z pierwszych dni po porodzie ani wyniki badań. Późniejsze liczne infekcje u O. C. (1) były wtórne, stanowiły następstwo ciężkiego stanu ogólnego dziecka wynikającego z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz długotrwałego intensywnego leczenia w warunkach oddziałów intensywnej terapii. Z dokumentacji medycznej O. C. (1) nie wynika, aby stwierdzono inną niż niedotlenienie okołoporodowe przyczynę jej późniejszego ciężkiego stanu zdrowia.

W przypadku O. C. (1) biegli wskazali, że mógł zaistnieć jakiś czynnik podstawowy (domniemany czynnik podstawowy), który już przed rodzeniem się główki płodu spowodował deficyt tlenowy i znaczne niedotlenienie rodzącego się płodu. Takiego czynnika nie rozpoznano jednak w badaniach lekarskich.

Kumulacja czynnika podstawowego wraz ze stosunkowo długim prowadzeniem porodu wynikającym z nieprawidłowego ułożenia się płodu w kanale mogły spowodować tak głębokie niedotlenienie O. C. (1). Czynnik taki mogła stanowić na przykładowo okołoporodowa niewydolność łożyska obnażona żywą, intensywną czynnością skurczową (głębokie deceleracje w zapisie tętna płodu). Nie zostało to stwierdzone. Nie monitorowano w nocy tętna płodu. Nie wykonano testu oksytocynowego, który potwierdziłby to, jeśli byłby dodatni. Brak w dokumentacji medycznej powódki badań, z których wynikałoby, że zaistniały inne czynniki podstawowe, np. przedwczesne odwarstwianie się łożyska prawidłowo usadowionego lub konflikt pępowinowy. Wykonanie badań zwiększyłoby prawdopodobieństwo rozpoznania domniemanego czynnika podstawowego. Brak nadzoru nad rodzącą A. C. (2) w godzinach nocnych od 23.37 do 4.57 dnia 08.01.2007 r. stanowił zaniedbanie medyczne. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że gdyby wdrożono obserwację rodzącej w godzinach nocnych, to sytuacja która rozwinęła się po godzinie 4.57, w tym niezawinione nierozpoznanie nieprawidłowego ułożenia główki oraz wynikający z tego przedłużony poród, który skutkowało głębokim niedotlenieniem, byłoby możliwe do uniknięcia. Podobnie rozpoznanie domniemanego czynnika podstawowego pozwoliłoby na podjęcie decyzji odmiennego dalszego prowadzenia porodu, np. rozwiązania w drodze cięcia cesarskiego. Następstwem zaniedbania było urodzenie się O. C. (1) w stanie ciężkiej zamartwicy okołoporodowej.

Regularne osłuchiwanie tętna płodu lub wykonywanie zapisów KTG, chociaż okresowe, dawało szansę wcześniejszego wychwycenia nieprawidłowości, w tym także przeprowadzenia klinicznego badania wewnętrznego u rodzącej i ustalenia nieprawidłowego ułożenia dziecka przed wystąpieniem niedotlenienia, a co za tym idzie przeprowadzenia cięcia cesarskiego zanim doszło do takiego niedotlenienia oraz zaawansowania akcji porodowej, które w praktyce uniemożliwiało już wykonanie zabiegu cięcia cesarskiego.

Ścisłe przestrzeganie przez rodzącą A. C. (2) zaleceń lekarskich co do odstępów między skurczami i niewezwanie przez nią w godzinach nocnych personelu, nie niweluje zaniedbania medycznego. Szpital ma obowiązek być przygotowanym na udzielenie prawidłowej pomocy także pacjentkom niewspółpracującym lub niewłaściwie interpretującym odczuwane dolegliwości. Obserwacja w kierunku porodu nie polega jedynie na zapewnieniu spokoju pacjentkom w godzinach nocnych. W przypadku A. C. (2) zaniechano nocnej obserwacji, pomimo że już od godziny 22.00 rodząca zdecydowanie zgłaszała personelowi dolegliwości bólowe podbrzusza, co było powodem dwóch badań późnowieczornych. Jednak ani podczas wieczornych badań ani po godzinie 24.00 nie przeprowadzono wskazanego badania KTG ani nie wdrożono obserwacji w kierunku porodu, nie oceniano jakości szyjki macicy i napięcia macicy, a jedynie zalecono postawę wyczekującą i skierowano pacjentkę na spoczynek nocny. W okresie nocnego spoczynku wykonanie starannego badania wewnętrznego, którego zaniechano, pozwalało na wykrycie nieprawidłowego ułożenia dziecka, gdy główka dziecka znajdowała się jeszcze w próżni.

Prokuratura Rejonowa w Rudzie Śląskiej prowadziła śledztwo (sygn. 1 Ds. 375/11, późn. 1 Ds. 185/13) w sprawie narażenia A. i O. C. (1) w styczniu 2007 roku w R. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, skutkującego urodzeniem O. C. (1) w ciężkiej zamartwicy okołoporodowej i spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci choroby realnie zagrażającej życiu pokrzywdzonej O. C. (1), a także wystąpienia następstw chorobowych u pokrzywdzonej w postaci ciężkiej choroby długotrwałej. W dniu 31 grudnia 2013r. Prokuratura skierowała akt oskarżenia do Sądu Rejonowego w Rudzie Śląskiej Wydziału VI Karnego przeciwko W. W. (1) o czyn z art. 162 par 2 k.k. w związku z art. 160 § 1 k.k. (sygn. akt VI K 697/13). Sąd Rejonowy w Rudzie Śląskiej wydał w dniu 23 grudnia 2015r. w sprawie VI K 697/13 wyrok na mocy art. 414 par 1 k.p.k. w zw. z art. 17 par 1 pkt 6 kpk – to jest z uwagi na nastąpienie przedawnienia karalności – umarzający postępowanie wobec W. W. (1), oskarżonej o to że w nocy z 7 na 8 stycznia 2007r. w Szpitalu Miejskim w R. , pełniąc obowiązki lekarza na Oddziale (...) oraz przy ciężącym na niej obowiązku opieki nad osobami narażonymi na niebezpieczeństwo, tj. nad ciężarną pacjentką A. C. (2) i jej nienarodzonym dzieckiem, nie podjęła decyzji o przeniesieniu A. C. (2) z sali przedporodowej pod

opiekę wzmożonej obserwacji na salę porodową przy niewątpliwym rozpoczęciu czynności porodowej występującej u A. C. (2) – zgładzonej części pochwowej szyjki macicy i rozwarciu ujścia na 1,5 cm, przez co nieumyślnie naraziła na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu O. C. (1) i A. C. (2), to jest o czyn wyczerpujący znamiona przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k. Sąd Okręgowy w Gliwicach Wydział VI Karny Odwoławczy na skutek apelacji od ww. wyroku z dnia 23 grudnia 2015r. , utrzymał w mocy zaskarżony wyrok. W treści uzasadnienia Sąd wskazał, że przy obecnym stanie dowodów apelacja wniesiona przez obrońcę oskarżonej nie zasługiwała na uwzględnienie, a tym samym zawarty w niej wniosek o zmianę zaskarżonego wyroku i uniewinnienie oskarżonej.

/odpis wyroku Sądu Rejonowego w Rudzie Śląskiej wraz z uzasadnieniem k. 698 i n., odpis wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach wraz z uzasadnieniem k. 860 i n./

W toku postępowania karnego zlecono opinię Uniwersytetowi J.. W opinii z października 2010 roku wskazano, że dostępna dokumentacja medyczna jest niepełna i nie pozwala odpowiedzieć na część pytań. W oparciu o dostępną i częściową dokumentację biegli stwierdzili, iż po badaniu o godzinie 23.32 lekarz mógł zlecić KTG ,lecz nie było to badanie obligatoryjne, a stan zdrowia matki i dziecka nie stawiał przed lekarzem obowiązku ciągłego monitorowania oraz ponawiania badań w krótkich odstępach czasu. Wywnioskowano, że stan zdrowia O. nie pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowo skutkowym z działaniami lekarskimi w zakresie diagnostyki, leczenia i opieki, a w szczególności o charakterze błędów i zaniechań. Po zleceniu opinii uzupełniającej, (...) wskazał m.in. że trudno odnosić się do podawanych przez A. C. (2) okoliczności jako subiektywnych, a zeznania lekarza J. K. (1) są nieprecyzyjne i trudne do oceny. Co do szczegółowych przyczyn okołoporodowego niedotleniania płodu mógłby wypowiedzieć się biegły z zakresu neonatologii, a z takim specjalistą Zakład Medycyny Sądowej(...) nie współpracuje, a nadto wszystkie zapisy badania KTG były kserokopiami, których nieczytelność uniemożliwiła rzetelną analizę wyniku. W sprawie karnej dopuszczono następnie dowód z opinii (...) Instytutu Medycznego w S. - Zakładu Medycyny Sądowej. W skład zespołu wydającego opinię wchodził także neonatolog. W wydanej przez (...) Medycyny w toku sprawy karnej opinii wskazano, że po przyjęciu pacjentki do szpitala z uwagi na niejednoznaczne wyniki KTG istniały wskazania do weryfikacji wyników innymi metodami stosowanymi w położnictwie, czego zaniechano. Wskazano, że brak przeprowadzenia odpowiednich badań we właściwym czasie spowodował nierozpoznanie tylnego potylicowego ułożenia główki płodu. Rozpoznanie ułożenia dopiero po urodzeniu główki przyczyniło się do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dziecka.

/opinia (...) w K. z dnia 19.10.2010 roku - k. 342-351, opinia (...) w S. k. 250-265 i 357-368 /

O. C. (1) urodziła się w ciężkiej zamartwicy, potwierdzonej punktacją w skali Apgar oraz obrazem klinicznym w postaci ciężkich zaburzeń stanu neurologicznego. Z uwagi na utrzymujący się bardzo ciężki stan i niewydolność oddechową przekazano dziecko do Szpitalu (...) w Z. - na Oddział (...), gdzie była hospitalizowana przez 6 lat, do śmierci. Nigdy nie żyła poza szpitalem, nie była w domu. Przewożono ją czasowo na konsultacje, m.in. neurologiczne, do innych szpitali specjalistycznych, na okres do kilku dni. Stan O. nie uległ poprawie przez całe życie. Nie ruszała się, nie mówiła, nie nawiązywała kontaktu. Była spastyczna. Była w stanie ciężkim stabilnym, w kierunku pogarszania się. Była przewlekłe niewydolna oddechowo, wentylowana mechanicznie od urodzenia. Kilkukrotne próby rezygnacji z wentylacji mechanicznej były nieskuteczne. Nie istniała możliwości samodzielnego funkcjonowania i przerwy w specjalistycznej opiece medycznej. Cały czas leczona farmakologicznie – m.in. antybiotykami, także z powodu permanentnego naruszenia ciągłości tkanek z powodu intubacji i PEG. Żywiona pozajelitowo i dojelitowo (sondami, przez cewnik). Uszkodzenia OUN O. miały charakter nieodwracalny. Przy zabiegach dawała reakcje ciałem - siniała, prężyła się, miała drgawki. Miała bardzo liczne infekcje dróg oddechowych. Na stałe miała cewnik, który odprowadzał wydzielinę poza tracheostomię. Czasami zalewała się śliną. Nie miała odruchu połykania, ślina musiała być odsysana. Istniała groźba zasycenia oczu dziecka. Nie było możliwości ułożenia dziecka poza pozycją na wznak bądź na jednym bądź drugim boku ani posadzenia na łóżku czy foteliku.

/przesłuchanie powódki, zeznania świadka J. K. (3) protokół z rozprawy w dniu 30.01.2014r. (k. 372, k. 374)/

Zgodnie z uchwałą Rady Miasta R. nr (...) z dnia 30.11.2009r. po likwidacji Szpitala (...) w R., który udzielał świadczeń małoletniej powódce i jej matce, zobowiązania Szpitala stały się zobowiązania pozwanej.

/okoliczność bezsporna/

Postanowieniem z dnia 20 maja 2013r. Sąd Rejonowy w Gliwicach (I Ns 233/13) stwierdził, że spadek po zmarłej O. C. (1) na podstawie ustawy nabyli matka A. C. (2) oraz ojciec A. C. (1) po 1/2 części każdy z nich.

/okoliczność bezsporna, k. 226/

dowody: zeznania świadków: M. N., M. G., E. T., M. Ł., J. K. (2), A. K. – protokół z rozprawy w dniu 30.01.2014r. (k. 370-372, k. 374), zeznania świadka J. K. (3) – protokół z rozprawy w dniu 30.01.2014r. (k. 372, k. 374); zeznania świadków: M. R., W. W. (1) - protokół z rozprawy w dniu 6.05.2014r. (k. 457-461, 463) ; zeznania świadka D. P. - protokół z rozprawy w dniu 27.08.2014r. (k. 547, 548); B. S. – protokół z rozprawy w dniu 10.12.2014r. (k. 512, 513); przesłuchanie powodów – protokół z rozprawy w dniu 15.10.2014r. (k. 531, 532), przesłuchanie uzupełniające powódki – protokół z rozprawy w dniu 23.08.2017r. – (k 910-912, 913); opinia (...) W.- (...) w O. – Wydziału (...) (k. 658-678) wraz z opiniami uzupełniającymi; ustne wyjaśnienia do opinii pisemnej Uniwersytetu (...) w O. - protokół z rozprawy w dniu 24 maja 2017r. (k. 873-875v.); opinia sądowno-lekarska z oględzin i sekcji zwłok – (k. 262-265), dokumentacja medyczna (k. 266-280), opinia (...) w S. (k. 250-265 i 357-368, k. 718-726) ; dokumentacja medyczna i protokołów z akt sprawy VI K 697/13 ; opinia (...) w K. z dnia 19.10.2010 roku wraz z opinią uzupełniająca - (k. 343-351)

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie wyżej wskazanych dowodów. Przebieg hospitalizacji i porodu ustalono w szczególności na podstawie dokumentacji medycznej, zeznań świadków (w tym lekarzy i położnych pełniących dyżur - zasadniczo spójnych co do chronologii wydarzeń), zeznań A. C. (2), a zwłaszcza opinii Uniwersytetu W.- (...) w O. – Wydziału (...), którą uznano za logiczną, rzetelną, wyczerpującą i niedającą się podważyć. Ewentualne wątpliwości stron zostały wyjaśnione w opiniach uzupełniających, w których podtrzymano i uzupełniono o dodatkowe wyjaśnienia treść i wnioski płynące z opinii głównej. Brak kategoryczności w zakresie niektórych twierdzeń opinii nie wynika z niedokładności lub wątpliwości instytutu naukowego, lecz ze specyfiki niniejszej sprawy i okoliczności opinii, której przedmiotem jest zarzut błędu medycznego w postaci zaniechania. Pomimo zarzutów strony pozwanej, opinia nie została skutecznie podważona. W istocie była to polemika ze stanowiskiem Instytutu zawartym we wnioskach, dodatkowo strona pozwana dość dowolnie wybierała pojedyncze fragmenty wniosków i zestawiała je ze sobą w korzystny dla siebie sposób, gdy tymczasem wnioski stanowią jedną spójną całość. Ponadto należy zauważyć, że ustalenia i ocena dotycząca początkowej fazy porodu zawarte w opinii (...) w O. pokrywają się z dopuszczoną jako dokument, a opracowaną w sprawie karnej toczącej się przeciwko W. W. (1) - opinii (...) w S. (ze stycznia 2013 roku, uzupełniona w październiku 2013r.). Opinia Uniwersytetu J. z października 2010 roku, również sporządzona przywołanej sprawie karnej - na którą to opinię powoływała się pozwana podnosząc, iż wskazywała ona na brak błędu medycznego – okazała się niepełna i niewyczerpująca, oparta na niekompletnej lub nieczytelnej dokumentacji medycznej, bez udziału neonatologa, co stało się przyczyną dopuszczenia dowodu z opinii innego – właśnie (...), która to opinia stała się podstawą do ustalenia stanu faktycznego w sprawie karnej. Pomimo wydania przez trzy różne instytuty medyczne wspomnianych opinii dotyczącej porodu O. C. (2), pozwana wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego Instytutu - (...) na okoliczność w szczególności, czy przyjęcie postawy oczekującej było postawą klinicznie poprawną. Podniosła, że współautor opinii (...) w O. doktor M. dostał specjalizację w zakresie ginekologii w 2009 roku, zatem doświadczenie tego lekarza jest nieadekwatne do sprostania wymogu opinii, które pochodzi z tego okresu - 2007 rok, gdyż wzorce postępowania w 2007, a obecnie są rozbieżne i oparte na rekomendacjach. Umknęło jednak uwadze pozwanej, iż opinia została wydana przez instytut naukowy, a okoliczność, iż wchodzący w skład zespołu opiniujących doktor M. ma siedemnastoletnie doświadczenie w zawodzie lekarza w tym ośmioletnie doświadczenie jako specjalista z zakresu położnictwa i ginekologii nie umniejsza waloru tej opinii. Pozwana zarzuciła, że sporządzona w niniejszej sprawie opinia jest hipotetyczna, niejasna oraz sprzeczna. Powodowie wnieśli o oddalenie wniosku, podnosząc brak podstaw do kwestionowania kwalifikacji jednego z opiniujących oraz wskazując, że każda opinia w sprawach medycznych ma charakter hipotetyczny, a z treści opinii kwestionowanej przez pozwaną jednoznacznie wynika zaniedbanie medyczne w postaci nadzoru nad pacjentką. Sąd oddalił wniosek pozwanej o dopuszczenie

dowodu z opinii innego instytutu medycznego, albowiem zebrany w sprawie materiał był wystarczający dla jej rozstrzygnięcia, a opinia sporządzona w sprawie nie została skutecznie podważona, opinia była kategoryczna co do zaniedbań i braku nadzoru nad pacjentką w porze nocnej, w związku z czym dopuszczenie kolejnej opinii jeszcze innego instytutu w rzeczywistości stanowiłoby nieuzasadnione przedłużenie postępowania.

Sąd zważył :

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

Stan zdrowia małoletniej O., której powodowie - rodzice są spadkobiercami ustawowymi, jest wynikiem nieprawidłowości do jakich doszło w wyniku nieumyślnego, jednakże zawinonego – a tym samym rodzącego odpowiedzialność cywilną - zaniechania w SPZOZ Szpitalu Miejskim w R..

Pozwana nie kwestionowała legitymacji biernej i co do zasady swojej odpowiedzialności za zobowiązania zlikwidowanego SPZOZ Szpitala Miejskiego w R..

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawianie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w przypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Regulacje art. 444 § 1 i 2 i art. 445 § 1 k.c. stanowią jedynie uszczegółowienie zasad odpowiedzialności i nie stanowią samodzielnej podstawy dochodzenia roszczeń, jeżeli stan faktyczny nie spełnia przesłanek art. 415 k.c.

Podstawy odpowiedzialności deliktowej ujęte są w art. 415 k.c., zgodnie z którym kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłankami odpowiedzialności z art. 415 k.c. są:

- powstanie szkody (majątkowej, niemajątkowej),
- bezprawność działania sprawcy (czyn sprawcy noszący znamiona winy)
- związek przyczynowy pomiędzy czynem, a szkodą.

Uszkodzenie ciała w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. polega na naruszeniu integralności fizycznej człowieka (np. rany, złamania). Naruszenie to może dotyczyć nie tylko samej powłoki cielesnej, ale również tkanek oraz narządów wewnętrznych (uszkodzenie narządów wewnętrznych). Z kolei rozstrój zdrowia – w znaczeniu cytowanego przepisu - wyraża się zakłóceniem funkcjonowaniu poszczególnych organów, bez ich widocznego uszkodzenia (np. zatrucie, nerwice, choroba psychiczna). Jest oczywiste, że to samo zdarzenie może wywołać uszkodzenie ciała, jak i rozstrój zdrowia. W praktyce spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest najczęstszą podstawą żądania zadośćuczynienia za krzywdę. Chodzi to o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) lub cierpienia psychiczne (ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia w postaci zeszpecenia, niemożliwości uprawiania określonej działalności, wyłączenia z normalnego życia).

Strona powodowa wywodzi roszczenie z uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia małoletniej O. C. (1) w postaci niedotlenienia i zamartwicy okołoporodowej w wyniku wadliwego przeprowadzenia porodu i nieprzeprowadzenia we właściwym czasie zabiegu cesarskiego.

Znaczenie zaniechania jako źródła szkody jest zasadnicze na obszarze czynów niedozwolonych. Zaniechanie jest brakiem przyczynowości przeciwstawnej, tzn. nieprzeszkodzeniem temu, aby rozwinął się niekorzystny związek przyczynowy. Analizując z tego punktu widzenia zaniechanie, dochodzimy do wniosku, iż brak zdarzenia należy skonfrontować z jego realizacją. Jeżeli realizacja powinnego zachowania spowodowałaby, że nie doszłoby do naruszenia sfery dóbr poszkodowanego, wówczas zaniechanie pozostaje w związku przyczynowym warunkowym

(sine qua non) z naruszeniem. Relacja ta może dodatkowo zostać zakwalifikowana pozytywnie, gdy chodzi o jej adekwatność, o ile podjęcie działania każdorazowo podwyższa prawdopodobieństwo niewystąpienia naruszenia. Pomimo, że zagadnienie przyczynowości zaniechania jest dyskusyjne, to jednak w odniesieniu do omawianej kwestii w prawie cywilnym przyjmuje się, iż zaniechanie może stanowić przyczynę stanowiącą w łańcuchu zdarzeń początkowe ogniwo, z którym należy łączyć skutek w postaci szkody. W konsekwencji aprobuje się tezę o przyczynowości zaniechania. Niekiedy jednak idzie się dalej i uznaje przyczynowość zaniechania nie tylko w przypadku ustalenia, że podjęcie określonych działań, których zaniechano, wyłączyłoby powstanie szkody, ale także wówczas, gdy zmniejszyłoby prawdopodobieństwo jej nastąpienia (por. wyr. SA w Poznaniu z 10.8.2011 r., [I ACA 1082/10](#), *Legalis*). Ze względu na to, iż przebieg zdarzeń ma charakter hipotetyczny, nie wymaga się jednoznacznego stwierdzenia, że gdyby podjęto nakazane działanie, szkoda z całą pewnością nie wystąpiłaby (Zob. P. Sobolewski, w: Osajda (red.), *Komentarz KC 2012*, s. 124).

Przenosząc powyższe rozważania o przyczynowości zaniechania na grunt niniejszej sprawy należy uznać za wykazane, iż w okresie pobytu A. C. (2) w SPZOZ w Szpitalu Miejskim w R. doszło do zaniechania pozostającego w związku przyczynowym z głębokim niedotlenieniem okołoporodowym O. C. (1). Przywołane zaniechanie, określane przez biegłych zaniedbaniem, wynika jednoznacznie z wniosków opinii (...) w O.. Opinie ta jest - wbrew twierdzeniu pozwanej - spójna, logiczna, konsekwentna i jednoznaczna. Podkreślić przy tym należy, iż powszechnie w orzecznictwie sądowym przyjmuje się, iż stwierdzenie związku przyczynowego jeśli chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, w związku z czym do przyjęcia tego związku wystarcza, że jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (por. np.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 04 listopada 2005r., V CK 182/05, LEX nr 180901, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 23 listopada 2006r., I ACa 503/06, LEX nr 298565 oraz z dnia 17 stycznia 2006r., I ACa 1983/04, LEX nr 186503). W ramach niniejszej sprawy w świetle przywołanej opinii udowodnione zostało z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa zawinione zaniechanie personelu medycznego szpitala co uzasadniało przypisanie pozwanej odpowiedzialności cywilnoprawnej w ramach niniejszej sprawy.

Podstawowym zaniedbaniem medycznym w przedmiotowej sprawie był brak nadzoru nad rodzącą w godzinach nocnych od 23.37 do 4.57 dnia 08.01.2007 r. Sytuacja, która rozwinęła się po godzinie 4.57, cały dramatyzm tej sytuacji - niezawinione nierozpoznanie nieprawidłowego na sali porodowej ułożenia główki, wynikający z tego przedłużony poród, który w tym przypadku skutkował głębokim niedotlenieniem, z dużym prawdopodobieństwem byłoby możliwe do uniknięcia, gdyby wdrożono obserwację rodzącej w godzinach nocnych. Należało uczulić personel średni do czujnego nadzorowania pozostawionej w oddziale patologii ciąży rodzącej pacjentki. Przyjęcie postawy wyczekującej przez lekarzy położników było zasadne, ale pod pewnymi warunkami, których nie spełniono. Biegli stanowczo podkreślili, iż nie bez powodu odbyły się dwa późnowieczorne badania położnicze. Odbyły się, ponieważ rodząca zgłaszała personelowi dolegliwości bólowe. Brak też wytłumaczenia dla niewykonania zapisu kartograficznego obok przeprowadzanych badań położniczych. Lekarze dyżurni badali dwukrotnie pacjentkę zdecydowanie zgłaszającą, że utrzymują się dolegliwości bólowe podbrzusza. W przypadku gdyby ciężarna zdecydowanie negowała nasilenie dolegliwości, obserwację w kierunku porodu można by było uznać za negatywną. Obserwacja w kierunku porodu nie polega jedynie na zapewnieniu spokoju w godzinach nocnych, a w przypadku rodzącej przyjęto właśnie taką postawę. Ze względu na stresogenny wpływ na płód skurczów macicy (stresowy „test oksytocynowy”) należało chociaż regularnie osłuchiwać tętno płodu, a już najlepiej trzeba było wykonywać chociaż okresowe zapisy KTG. Takie postępowanie dawało duże szanse wcześniejszego wychwycenia nieprawidłowości, w tym także przeprowadzenia klinicznego badania wewnętrznego u rodzącej i ustalenia nieprawidłowego ułożenia dziecka przed wystąpieniem niedotlenienia, a co za tym idzie przeprowadzenia cięcia cesarskiego zanim doszło do takiego niedotlenienia oraz zaawansowania akcji porodowej, które w praktyce uniemożliwiałoby już wykonanie zabiegu cięcia cesarskiego.

Odnosząc się do wywodzonej przez pozwaną kwestii braku sygnalizacji rodzącej o zaczynającej się akcji porodowej, należy za biegłymi wskazać, iż rodząca dosłownie przyjęła ogólne zalecenia lekarskie - jako niedoświadczona pierworódka (k. 763). A. C. (3) zgłaszała jednak już wcześniej utrzymujące się dolegliwości bólowe podbrzusza, co skutkowało dwoma nocnymi badaniami. Jednak wówczas nie przeprowadzono badania KTG i wysłano pacjentkę na odpoczynek nocny pomimo odczuwania przez nią dolegliwości skurczowych. Każdy skurcz mięśnia

macicy jest przejściowym niedotlenieniem dla jednostki maciczo łożyskowej w mechanizmie zaciśnięcia naczyń doprowadzających do niej tlenioną krew. Stąd tak ważne jest, co wielokrotnie powtarzali biegli, monitorowanie tętna płodu w przypadku regularnie powtarzających się coraz silniejszych napięć macicy. Personel medyczny w godzinach nocnych od 23.37 do 4.57 dnia 08.01.2007 r. miał obowiązek dochowania należytej staranności i zapewnienia należytej opieki. Powinien był minimum co dwie, trzy godziny podejść do pacjentki, najlepiej zbadać, a przynajmniej zapytać o samopoczucie i objawy i gdyby pacjentka negowała nasilenie dolegliwości pozwolić jej dalej odpoczywać. Położna na dyżurze miała obowiązek czuwać nad pacjentką i informować lekarza o każdej zmianie jej stanu ogólnego. A. C. (2) przebywała w szpitalu na oddziale patologii ciąży, co mogło dawać jej poczucie, że jest pod staranną i fachową opieką medyczną na czas porodu. A. C. (2) sygnalizowała dolegliwości bólowe i ściśle zastosowała się do zaleceń danych jej przez lekarza, mierzyła częstotliwość skurczów i czekała, aż będą występowały co 3 minuty. Tymczasem w oparciu o brak sygnalizacji przez A. C. (2) dolegliwości strona pozwana konstruuje zarzut przyczynienia matki do zaistniałego zdarzenia, co zważywszy na wskazany przez biegłych brak elementu zawinienia, jak i okoliczność, iż poszkodowaną jest małaletnia O. C. (1) nie stanowi przyczynienia w rozumieniu art. 362 k.c., a tym samym nie stanowi podstawy obniżenia zadośćuczynienia należnego małaletniej powódce. Brak nadzoru nad rodzącą w godzinach nocnych od 23.37 do 4.57 dnia 08.01.2007 r. stanowi zaniechanie pozostające w związku przyczynowym z dramatycznym przebiegiem porodu, a w konsekwencji głębokiego niedotlenia małaletniej O.. Ścisłe przestrzeganie przez rodzącą zaleceń lekarskich co do odstępów między skurczami nie umniejsza wagi zaniedbania we wskazanym wyżej nadzorze i zaniechania wykonania badań KTG.

O. C. (1) urodziła się w ciężkiej zamartwicy, na co wskazuje punktacja w skali Apgar oraz obraz kliniczny w postaci ciężkich zaburzeń stanu neurologicznego, którego opis znajdujemy w dokumentacji z pierwszych dób życia dziecka. W dostępnej dokumentacji medycznej brak jest danych wskazujących na inne niż niedotlenienie okołoporodowe tło ciężkiego stanu O. C. (1). Stan kliniczny po urodzeniu i dalsze obserwacje kliniczne są charakterystyczne dla obrazu ciężkiego niedotlenienia okołoporodowego. W ocenie biegłych brak było również podstaw do przyjęcia, by stan zdrowia matki powódki A. C. (2) mógł mieć wpływ na wystąpienie niedotlenienia O. C. (1).

Zaniechanie było przyczyną stanowiącą w łańcuchu zdarzeń początkowe ogniwo, z którym należy łączyć skutek w postaci szkody. Należy przy tym uwypuklić ponownie, iż w sytuacjach gdy chodzi o życie lub zdrowie ludzkie nie można mówić o całkowitej pewności, lecz co najwyżej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa faktu, iż szkoda wynika z określonego zdarzenia. Tym samym jeśli chodzi o zdrowie ludzkie z reguły uznaje się przyczynowość zaniechania nie tylko w przypadku ustalenia, że podjęcie określonych działań, których zaniechano, wyłączyłoby powstanie szkody, ale także wówczas, gdy zmniejszyłoby prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Ze względu na to, iż przebieg zdarzeń ma charakter hipotetyczny, nie wymaga się jednoznacznego stwierdzenia, że gdyby podjęto nakazane działanie, szkoda z całą pewnością nie wystąpiłaby. Biegli dokonują analizy całościowego przebiegu porodu, łącznie z poprzedzającą hospitalizacją i wyraźnie wskazują na konkretne zaniechania, które z dużą dozą prawdopodobieństwa pozwoliły uniknąć tragicznego finału na sali porodowej. Należało zachować wymaganą staranność i wcześniej wykryć potylicowe tylne czyli nieprawidłowe ułożenie dziecka, gdy główka była w próżni, a także należało podejść w nocy do pacjentki, bo wówczas stałoby się jasne, że pacjenta rodzi, ma mocne skurcze, należało wykonać badanie KTG, które pozwoliłoby lub ułatwiłoby wykrycie domniemanego czynnika podstawowego. Ustalenie jednej z tych nieprawidłowości, okoliczności, jednego z tych czynników, których niewykrycie stanowi zaniechanie jak i wyraz braku staranności personelu medycznego, z dużą dozą prawdopodobieństwa wyłączyłoby powstanie szkody i pozwoliło na podjęcie adekwatnych czynności medycznych w stosownym czasie.

Na tym tle należy wskazać również na kwestię domniemanego czynnika podstawowego. Biegli wskazali, że mógł zaistnieć jakiś domniemany czynnik podstawowy, który już przed rodzeniem się główki płodu spowodował deficyt tlenowy i znaczne niedotlenienie rodzącego się płodu. Zaniechanie badań lekarskich uniemożliwiło jednakże rozpoznanie takiego czynnika. Nie wykonano testu oksytcynowego. Od 24.00 nie monitorowano tętna płodu. Brak nadzoru nad rodzącą A. C. (2) w godzinach nocnych od 23.37 do 4.57 dnia 08.01.2007 r. stanowił zaniedbanie medyczne. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że rozpoznanie domniemanego czynnika podstawowego, które było możliwe jeszcze w godzinach nocnych, pozwoliłoby na podjęcie decyzji odmiennego dalszego prowadzenia

porodu, np. rozwiązania w drodze cięcia cesarskiego. Następstwem zaniedbania było urodzenie się O. C. (1) w stanie ciężkiej zamartwicy okołoporodowej. Personel medyczny nie zachował wymaganej staranności przez co nie rozpoznano postępu porodu, ułożenia dziecka, jak i możliwych innych czynników (w tym domniemanego czynnika podstawowego), przy czym już sam przebieg porodu oraz nieprawidłowe ułożenie płodu wpłynęły na stan niedotlenienia dziecka. Brak staranności personelu medycznego i zaniechanie przeprowadzenia badań nie pozwoliło na wykrycie ewentualnych innych czynników (obok ułożenia dziecka i przebiegu porodu, które są pewne), a ich wykrycie możliwe jeszcze w godzinach nocnych, pozwoliłoby wówczas na podjęcie działania adekwatnego do poczynionych ustaleń.

Za niezasadny należało uznać podniesiony przez pozwaną zarzut przedawnienia.

W myśl art. 442¹ § 1 k.c. roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Przepis ten został wprowadzony ustawą nowelizującą z dnia 6 lutego 2007r. i wszedł w życie z dniem 10 sierpnia 2007r. (Dz. U. z 2007r. Nr 80 poz. 538). Przy czym bieg przedawnienia dla roszczeń, które w dniu 10 sierpnia 2007r. nie były przedawnione ustala się zgodnie z art. 442¹ k.c. Jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia – art. 442¹ § 2 k.c. W razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Nadto z zgodnie z art. 442¹ § 4 k.c., przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności.

Pozwana, podnosząc zarzut przedawnienia, nie uzasadniła swojego twierdzenia. Według cytowanego art. 442¹ § 4 k.c., przedawnienie roszczenia osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się przed upływem 2 lat od uzyskania przez poszkodowanego pełnoletności. Jest to konstrukcja wstrzymania biegu okresu przedawnienia, podobna do zastosowanej w art. 122 k.c. Ustawodawca przewiduje dwa podstawowe terminy przedawnienia roszczeń deliktowych – 3-letni termin a tempore scientiae, liczony od chwili dowiedzenia się przez poszkodowanego o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia, oraz 10-letni termin bezwzględny a tempore facti, liczony od chwili wystąpienia zdarzenia wyrządzającego szkodę. Podstawowe terminy ulegają modyfikacji w zależności od charakteru zdarzenia szkodzącego, typu szkody oraz wieku poszkodowanego. Artykuł 442¹ § 4 k.c. znajduje zastosowanie zarówno do okresu przedawnienia a tempore scientiae, jak i a tempore facti.

Podniesienie zarzutu przedawnienia stanowi realizację prawa podmiotowego i podlega ocenie zgodności z zasadami współzycia społecznego (art. 5 k.c.) [por. uchw. SN z 11.10.1996 r., III CZP 76/96, OSNC 1997, Nr 2, poz. 16; uchw. SN (7) z 29.11.1996 r., II PZP 3/96, OSNAPiUS 1997, Nr 14, poz. 249 oraz wyr. SN z 7.4.2011 r., I PK 244/10, OSNAPiUS 2012, Nr 11–12, poz. 135]. Sąd w niniejszej sprawie zakwalifikował podniesienie zarzutu przedawnienia jako działanie niezgodne z zasadami współzycia społecznego i przez to nieskuteczne. Stwierdzając, iż podniesienie zarzutu stanowi nadużycie prawa, sąd powinien pod uwagę charakter szkody na osobie, jak niemożność postawienia małoletniej powódce czy jej przedstawicielom ustawowym zarzutu braku należytej staranności w zakresie ochrony jej interesów. Proces cywilny został zainicjowany w okresie ciężkiej choroby dziecka, gdy rodzice zmagali się z ciężkim lecz stabilnym stanem dziecka z tendencją do pogorszenia, nieprzerwaną hospitalizacją połączoną z licznymi pobytami w innych placówkach medycznych, jak i różnymi zabiegami wykonywanym u dziecka. W tle toczyły się postępowania karne, które przy założeniu, iż doszłoby do przypisania występku, to termin przedawnienia ulegałby przedłużeniu do 20 lat. Szczególne potraktowanie roszczeń o naprawienie szkody na osobie, wyrażające się bardziej restrykcyjnymi zasadami przedawnienia roszczeń o naprawienie takiej szkody, nie stanowi argumentu przemawiającego za ograniczeniem możliwości uznania zarzutu przedawnienia wobec roszczenia o naprawienie szkody na osobie za nadużycie prawa, ale wręcz przeciwnie. Jeśli ustawodawca uznaje określone roszczenie za zasługujące na szczególną ochronę (np. tworząc

mniej korzystne dla dłużnika zasady przedawnienia tego roszczenia), przyznanie takiej szczególnej ochrony nie może być argumentem za ograniczeniem stosowania art. 5 k.c. do prawa niweczącego roszczenie podlegające szczególnej ochronie (zarzutu przedawnienia) (tak też Komentarz do Kodeksu Cywilnego pod redakcją Osajdy wydanie 17).

Wymienione wyżej przepisy art. 444 i 445 k.c. nie wskazują kryteriów, jakie należałoby uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, niemniej wypracowało je orzecznictwo, szczególnie Sądu Najwyższego. I tak należy wskazać, że suma „odpowiednia” w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. nie oznacza sumy dowolnej, określonej wyłącznie według uznania sądu, a jej prawidłowe ustalenie wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności, mogących mieć w danym przypadku znaczenie. Nadto zarówno okoliczności wpływające na wysokość zadośćuczynienia, jak i kryteria ich oceny powinny być rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą pokrzywdzonego (por. wyrok SN z dnia 26 listopada 2009 r., III CSK 62/09, OSNC-ZD 2010, Nr 3, poz. 80, wyrok SN z dnia 8 października 2008 r., IV CSK 243/08, wyrok SN z dnia 22 czerwca 2005 r., III CK 392/2004.; wyrok SN z dnia 17 września 2010 r., II CSK 94/10,). Podkreślić też trzeba, że ustalając wysokość zadośćuczynienia, pamiętać należy, iż ma ono mieć charakter kompensacyjny, a więc przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, jego wysokość musi być ustalona w rozsądnych granicach. Ustalając wysokość zadośćuczynienia należy mieć zatem na uwadze wiek poszkodowanego, stan jego zdrowia, rodzaj i rozmiar doznanych obrażeń, stopień i rodzaj cierpień fizycznych i psychicznych, intensywność (natężenie, nasilenie) i czas trwania tych cierpień, ewentualnie stopień kalectwa, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpecenie), skutki uszczerbku w zdrowiu na przyszłość, konieczność korzystania ze wsparcia innych, w tym najbliższych, przy prostych czynnościach życia, czy też trwałość kalectwa, powodującego cierpienia fizyczne oraz ograniczenie ruchów i wykonywanie czynności życia codziennego (wyrok SN z dnia 3 maja 1972 r., I CR 106/72).

Z powyższego wynika zatem, że Sąd ustalając wysokość należnego zadośćuczynienia, powinien wziąć pod uwagę różnego rodzaju okoliczności istotne w danej sprawie, a następnie je ze sobą zestawzić i z tego zestawienia wyprowadzić odpowiednie wnioski. Okoliczność, iż zadośćuczynienie przysługuje spadkobiercom pokrzywdzonej nie uzasadnia obniżenia jego wysokości.

Abstrahując jeszcze od okoliczności sprawy, o których dalej, nie sposób zaakceptować stanowiska pozwanej, które sprowadza się do tego, że ze względu na następstwa uszkodzenia centralnego układu nerwowego, mimo bardzo znacznych uszkodzeń, poszkodowana miałaby nie doznać krzywdy, gdyż ze względu na te następstwa miałaby być niezdolna do odczuwania cierpienia fizycznego i psychicznego albo odczuwałaby je w stopniu mniejszym ze względu na właściwości ciała i umysłu będące skutkiem naruszenia jej dobra osobistego w postaci zdrowia. Cierpienia O. C. (1), wywołane następstwami zaniechań personelu medycznego, były ogromne. Dalsza dokumentacja medyczna oraz zeznania lekarza specjalisty anestezjologa i intensywnej terapii oddziału, na którym O. została przeniesiona bezpośrednio po urodzeniu i pozostała do śmierci, świadczy o ogromnych następstwach uszkodzenia mózgu małej powódki oraz o tym, że choć z punktu widzenia medycznego nie jest możliwa ocena jej cierpień fizycznych i psychicznych, również są one ogromne. O. C. (1) już bezpośrednio przez porodem, jak i w chwili porodu, poddawana była niepotrzebnym cierpieniom fizycznym i psychicznym, możliwym do uniknięcia w przypadku prawidłowego nadzoru nad rodzącą matką. Od urodzenia się stan zdrowia małej był krytyczny, a później stabilny ciężki w kierunku pogarszania się. Z powodu stanu drgawkowego i licznych bezdechów dziecko wymagało intubacji i wentylacji mechanicznej z przyczyn neurologicznych. Dalsze kilkakrotne próby rezygnacji z wentylacji mechanicznej okazały się nieskuteczne. Skutkiem zaniechania personelu medycznego było uszkodzenie mózgu, wywołujące następstwa fizyczne i psychiczne (umysłowe). O. nie była w stanie funkcjonować poza oddziałem intensywnej terapii dziecięcej. Jej stan kliniczny w kolejnych latach życia był niezmiennie ciężki w kierunku pogarszania się. Wymagała wszechstronnej i wzmożonej opieki medycznej we wszelkich czynnościach życiowych. Nie poruszała się, nie miała świadomości, nie nawiązywała żadnego kontaktu z otoczeniem, wymagała zabezpieczenia powiek przed zbyt długim otwarciem. Stwierdzono zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej 4 stopnia, od kwietnia 2007r. została zaopatrzona w tracheostomię, a od sierpnia 2011r. w gastrostomię PEG. Małoletnia cierpiała na przewlekłą niewydolność oddychania i nawracające zakażenia dróg oddechowych, a także schorzenia związane z naruszeniem ciągłości tkanek z powodu tracheostomii i innych zabiegów. Wszystkie negatywne konsekwencje nieprawidłowo przeprowadzonego porodu

występowały od początku jej życia i nie ustąpiły. Trwały przez niemal sześć lat do śmierci dziecka. Oznaczają jednocześnie, że małaletnia była pozbawiona tego, czego zdrowy człowiek doznaje w życiu osobistym, społecznym przez wszystkie etapy życia. Wymagając hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii pozbawiona typowych przeżyć dzieciństwa, możliwości nawiązywania kontaktów z rodziną, rówieśnikami, zabawy właściwej dzieciom zdrowym. Dotyczyło to wszystkich kolejnych etapów życia oraz wszystkiego tego, co wymaga sprawnego ciała i umysłu. Przez całe życie była zmuszona przebywać na oddziale klinicznym pod wzmożoną opieką medyczną z uwagi na niezdolność do samodzielnego oddychania, przyjmowania pokarmów i płynów. Została, jak wskazano, poddana zabiegowi tracheostomii i następnie gastrostomii. Jej uzależnienie od osób z otoczenia było zupełne. Wegetatywny stan dziecka od chwili urodzenia, rozwój dziecka pod ścisłą kontrolą specjalistycznego oddziału w sposób oczywisty pozbawiło dziecka tych wszystkich przeżyć i doznań, na jakie miałyby szansę, gdyby nie następstwa nieprawidłowo przeprowadzonego porodu, we wszelkich aspektach życia. Wszystko to wpływa przecież na rozmiar krzywdy O. C. (1), która taki stan znieść musiała niemal 6 lat życia. Naprowadzone już okoliczności sprawy prowadzą do wniosku o ogromie krzywdy, jakiej doznała małaletnia powódka. Pamiętać też trzeba o tym, że w procesie idzie o jedno z najbardziej wartościowych dóbr osobistych człowieka - zdrowie. Przecież O. C. (1), a następnie jej spadkobiercy domagają się zadośćuczynienia pieniężnego właśnie z uwagi na naruszenie tego dobra. Poziom krzywdy małaletniej powódki wywołanej naruszeniem tego dobra osobistego oraz następstwami jego naruszenia wyznacza rozmiar zadośćuczynienia. Inaczej mówiąc, nie może być tak, by ogromna krzywda miała być kompensowana nieodpowiednią sumą pieniężną, zaniżoną względem rozmiaru krzywdy i rangi naruszonego dobra osobistego. Odnosząc się do podniesionej w toku procesu przez pozwaną kwestii zamożność społeczeństwa, jako kryterium wysokości zadośćuczynienia, w aktualnych warunkach społecznych i ekonomicznych nie da się obronić stanowiska, że ma mieć wpływ na rozstrzygnięcie o zadośćuczynieniu. W sprawie idzie o konkretną osobę i jej krzywdę, nie zaś o wyznaczanie jej sytuacji życiowej przez odniesienie do zróżnicowanego ekonomicznie społeczeństwa. Nie ma też jakiegokolwiek znaczenia dla określenia odpowiedniej sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia to, że kwota zadośćuczynienia została zasądzona na rzecz spadkobierców poszkodowanej. Wszystko powyższe przemawia za uznaniem, że zadośćuczynienie w zasądzonej kwocie uwzględnia okoliczności konkretnego przypadku i jest odpowiednie.

Odsetki zasądzono na zasadzie art. 481 k.c., od dnia doręczenia odpisu pozwu, oddalając powództwo w tym zakresie w pozostałej części, tj. za okres od dnia urodzenia dziecka 8 stycznia 2007r. do dnia 9 stycznia 2013r. O roszczeniu strona pozwana dowiedziała się po doręczeniu odpisu pozwu, wcześniej strona powodowa nie wzywała do spełniania świadczenia, a zatem roszczenie nie stało się wymagalne przed doręzeniem pozwu. Oddalenie żądania odsetkowego za wymieniony okres uzasadnia również fakt, że ustalając wysokość odpowiedniego zadośćuczynienia Sąd brał pod uwagę również okoliczności w tym rozwój i stan zdrowia O., które powstały po jej urodzeniu i trwały, przez niepełne sześć lat jej życia, a więc w latach 2007-2012.

Koszty postępowania zasądzono na zasadzie art. 98 k.p.c. Powodowie korzystali ze zwolnienia z kosztów sądowych. Kwotą nieuiszczonych kosztów sądowych Sąd obciążył w całości stronę pozwaną (opłata od pozwu, wypłacone koszty opinii biegłych).

Na zasadzie art. 98 k.p.c. Sąd zasądził na rzecz powodów jako spadkobierców poszkodowanej kwotę 7 234 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.