

## UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 7 lutego 2014 roku, powódki M. M. (1) i A. M. (1), wniosły o zasądzenie od pozwanych: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki zdrowotnej Szpitala (...) w O., oraz (...) Spółki Akcyjnej w W., in solidum:

- na rzecz powódki M. M. (1): kwoty 100.000 zł tytułem częściowego zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 29 września 2013 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 1.300 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu pozwany do dnia zapłaty;
- na rzecz powódki A. M. (1): kwoty 100.000 zł tytułem częściowego zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 29 września 2013 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 2.679 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu pozwany do dnia zapłaty;

Strona powodowa wniosła również o ustalenie odpowiedzialności pozwanych za dalsze, mogące powstać w przyszłości skutki błędu lekarskiego popełnionego podczas porodu powódki M. M. (1) w dniu 4 grudnia 2012 roku oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódek kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podano, iż powódki dochodzą rekompensaty pieniężnej, w związku ze szkodą doznaną na skutek niedołożenia przez personel pozwanego szpitala należytej staranności, przy udzielaniu świadczeń medycznych związanych z opieką okołoporodową powódki oraz samym przebiegiem porodu. W ocenie strony powodowej, podczas pobytu powódki M. M. (1) na Oddziale (...) pozwanego szpitala doszło do wielu zaniedbań i nieprawidłowości, skutkujących szkodą zarówno po stronie matki (M. M. (1)), jak i jej nowonarodzonego dziecka (A. M. (1)).

(pozew, k. 2-11)

Odpis pozwu został doręczony każdemu z pozwanych w dniu 16 kwietnia 2014 roku.

(zwrotne poświadczenia odbioru, k. 82-83)

W odpowiedzi na pozew, (...) S.A. w W. (w dalszej części wyводу: „Pozwany ad.2”), oświadczył, iż nie uznaje powództwa, wnosi o jego oddalenie oraz o zasądzenie od powoda swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wraz z opłatą od pełnomocnictwa według norm przepisanych. Pozwany ad. 1 potwierdził okoliczność, iż w okresie objętym żądaniem pozwu, udzielał Samodzielnemu Publicznemu ZOZ Szpitalowi (...) w O. ochrony ubezpieczeniowej. W ocenie ubezpieczyciela, brak jest danych, wskazujących ażeby stan zdrowia fizycznego powódek był następstwem niedołożenia staranności przez personel pozwanego szpitala.

(odpowiedź na pozew P ozwanego ad. 1 , k. 84-86 )

W odpowiedzi na pozew, Samodzielny Publiczny ZOZ Szpital (...) w O. (dalej: „Pozwany ad.1”) wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od strony powodowej na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany ad.1 zakwestionował żądanie powódek zarówno co do zasady, jak i wysokości. Według niego, wyłącznie winną powstałej szkody jest powódka M. M. (1), z racji tego, że podczas akcji porodowej nie współpracowała z personelem medycznym, nie stosowała się do poleceń lekarza i położonej. Pozwany zaprzeczył przy tym okoliczności, nieprawidłowej pielęgnacji małej A. M. (1) ze strony personelu medycznego.

(odpowiedź na pozew pozwanego ad. 2, k. 106-110)

**Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny,**

W dniu 4 grudnia 2012 r., około godziny 9:00 M. M. (1), będąca w 38 tygodniu ciąży, udała się do SPZOZ Szpitala (...) w O.. Na Izbie Przyjęć, powódka zasygnalizowała personelowi szpitala okoliczność odejścia wód płodowych oraz rozpoczęcie akcji porodowej. Po wypełnieniu stosownej dokumentacji, powódka udała się na blok porodowy. Stan powódki był dobry, bez odchyień u normy, z prawidłowym ciśnieniem krwi, oraz tętnem matki i płodu. Powódka była zaziębiona, od trzech dni uskarżała się na katar i kaszel.

Powódka została zbadana ginekologicznie - stwierdzono rozwarcie na ok. 2 cm (1 palec), wykonano również badanie KTG, które nie wykazało nieprawidłowości. Badania wykonywał D. O. (1), który nie stwierdził, ażeby powódce odeszły wody płodowe (ustalił, iż pęcherz płodowy był zachowany), nie zaobserwował również czynności skurczowych. Zlecił wykonanie badania USG, jednakże uznał, iż nie jest ono pilne. Lekarz wykonał u powódki chwyt Leopolda, oceniając wagę dziecka na ok. 4 kg. Uznał, iż nie zachodzą wskazania do cesarskiego cięcia. Około godziny 10:00 powódka została przyjęta na Oddział (...). (zeznania świadka A. M., e-protokół, k. 216, adnotacja – 00:08:40, k. 202v; zeznania powódki M. M., e-protokół, k.216, adnotacja – 00:39:59, k. 203v-204, 00:45:08, k. 204, 01:16:24, 01:30:26, k.205, w zw. z 02:23:38, k.396 e-protokół, k.397a; zeznania świadka D. O., e-protokół, k. 216, adnotacja – 02:00:29, 02:04:44, k.206; dokumentacja medyczna, k. 14, 16, 19-24; 112-116, 127-129)

Od momentu przyjęcia na Oddział, powódka odczuwała skurcze co 45 minut. Następnie, około godziny 15:00, skurcze miały miejsce co pół godziny. Lekarka badająca powódkę stwierdziła, że akcja porodowa jeszcze się nie rozpoczęła. Wykonano badanie KTG, które nie wykazało nieprawidłowości. Około godziny 22:45 powódka zaczęła odczuwać skurcze macicy, jednakże nie zostały one potwierdzone zapisem takograficznym. Powódka została zbadana ginekologicznie. Stwierdzono rozwarcie na 3 cm. (zeznania powódki M. M., e-protokół, k.216, adnotacja – 00:47:48, k. 204 w zw. z 02:23:38, k.396, e-protokół, k. 397a; zeznania świadka E. S., e-protokół, k. 216, adnotacja – 02:09:00, k.206v dokumentacja medyczna, k. 14, 16, 19-24;112-116)

Powódka została przyjęta na Salę Porodową o godzinie 2:30, następnego dnia tj. 5 grudnia 2012 roku, z samoistną czynnością skurczową oraz rozwarciem 4 cm. Powódka została podłączona do KTG. Ustalono, że przebieg porodu jest prawidłowy. Na 40 – 50 minut przed porodem, przy 7 cm rozwarcia, położna zauważyła czyste wody płodowe o czym poinformowała powódkę. Powódka zapytana o wagę płodu, odpowiedziała, że lekarz prowadzący ciążę (doktor N.) oszacował wagę dziecka na 2700 – 2800 gramów. Skurcze macicy doprowadziły do pełnego rozwarcia o godzinie 4:20. Poród dziecka rozpoczął się o godzinie 4:30. Ustalono, iż nie zachodzą wskazania do cesarski ego cięcia. (zeznania świadka W. R., e-protokół, k. 216, adnotacja – 01:48:33, k. 205v; zeznania świadka E. S., e-protokół, k. 216, adnotacja – 02:09:00, k.206v; dokumentacja medyczna, k. 14, 16, 19-24 )

W trakcie II okresu porodu stwierdzono, że powódka nie prze, jest zdenerwowana i rozhisteryzowana. Odnutowano częściowo urodzenie główki (w momencie pojawienia się główki, położna – W. R. (2) nacięła powódce krocze) i zatrzymanie porodu na etapie rodzenia się barków. Rozpoznano dystocje barkową. Zastosowano zabieg Mc Robertsa oraz podano rodzącej dożylnie jedną jednostkę oksytocyny, po czym po ok. 10 minutach, Powódka urodziła dziecko o masie 4.800 grama. (zeznania świadka W. R., e-protokół, k. 216, adnotacja – 01:48:33, k. 205v; zeznania świadka E. S., e-protokół, k. 216, adnotacja – 02:12:27, k.206v; dokumentacja medyczna, k. 14, 16, 19-24)

Czas przebiegu porodu M. M. (1) był prawidłowy: I okres trwał 3 godziny i 20 minut, II okres 10 minut, zaś III okres – 10 minut. (pismo pozwanego ad. 1 z 6.09.2013 r., k.39)

M. M. (1) miała złą przeszłość położniczą – raz rodziła, raz poroniła, raz stwierdzono ciążę pozamaciczną. W pierwszej ciąży powódka przytyła 25 kg. Starsza córka powódki urodziła się z wagą urodzeniową na poziomie 3,5 kg i 10 punktami w skali Apgar. U starszej córki nie stwierdzono cukrzycy noworodkowej. (zeznania powódki, e-protokół, k. 216, adnotacja – 01:23:35, k.205 i 01:38:47, k.205v w zw. z 02:23:38, k.396, e-protokół, k. 397a)

Ostatnia ciąża powódki M. M. (1) przebiegała normalnie. Powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim, była pod stałą opieką lekarza, raz w miesiącu uczęszczała na wizyty do doktora J. N. (1). Podczas ciąży powódka przytyła ok. 30 kg. Lekarz prowadzący ciążę nie sygnalizował powódce jakichkolwiek zagrożeń dla dziecka i matki, związanych

z przybraną wagą. Około 2 tygodnie przed porodem (w 35 tygodniu ciąży) powódka udała się na konsultację ginekologiczną do doktora N.. Powódka była przeziębiona. Nie stwierdzono wówczas zagrożenia przedwczesnym porodem. Powódce wykonano badanie USG, na podstawie którego lekarz stwierdził, iż dziecko waży ok. 2.800 grama. (karta przebiegu ciąży powódki M. M. (1), k. 235-238; zeznania świadka A. M., e-protokół, k. 216, adnotacja – 00:33:54, k. 203v; zeznania powódki, e-protokół, k. 216, adnotacja – 01:23:35, k.205, w zw. z 02:23:38, k.396, e-protokół, k.397a. zeznania świadka J. N., e-protokół z 3.02.2015 r., adnotacja – 00:04:39, 00:07:40, k.231v; dokumentacja medyczna, k. 14, karta przebiegu ciąży, k.26-27)

W wieku ciążowym, w jakim w chwili wykonywania ostatniego badania USG była powódka, szybkość wzrostu płodu wynosi od ok. 180 do 260 grama na tydzień. W oparciu o wyniki ostatniego badania, szacowana masa dziecka, wynosiłaby ok. 3.5 kg z dużą rezerwą. (ustna uzupełniająca opinia biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., k. 391 v, e-protokół, k. 397 a, adnotacja – 00:22:14, k.392)

Standardy medyczne publikowane w tak zwanych Rekomendacjach (...) Towarzystwa Ginekologicznego zalecają wykonania tzw. elektywnego cięcia cesarskiego (cięcia cesarskiego z wyboru), w przypadkach gdy wielkość płodu przekracza 4500g (lub 4250 g u ciężarnych cukrzycą). (pisemna opinia biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., k.245-248)

Powódka M. M. (1), przy przyjęciu do szpitala, nie wypełniała kryteriów do wykonania badania USG w trybie pilnym. Obowiązek wykonania badania USG i szacowania na tej podstawie ryzyka wystąpienia dystocji, według standardu opracowanego przez PTG dotyczy ciężarnych, hospitalizowanych po terminie porodu. Powódka w momencie hospitalizacji była przed terminem porodu. U takich pacjentek należy wykonać badania USG jeżeli lekarzowi jakiś element ciąży wyda się podejrzany, np. duży brzuch, dłuży płód. (ustna opinia uzupełniająca biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., e-protokół, k. 397a adnotacja – 00:11:48, 00:14:22, 00:22:14, k. 392)

Z punktu widzenia położnictwa i ginekologii, brak było przesłanek uzasadniających możliwość podejrzenia płodu powódki o makrosomię. Nikt z obecnych nie miał podstaw by podejrzewać, że masa urodzeniowa noworodka wyniesie 4800 g. Żadne dane pochodzące z okresu ciąży oraz dane z wywiadu położniczego i chorobowego, jak również wyniki ostatniego badania USG nie sugerowały możliwości makrosomii płodu. Decyzja o prowadzeniu porodu drogami natury, w świetle posiadanych wówczas danych, była słuszna. (pisemna opinia biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., k.245-248 ustna opinia uzupełniająca, e-protokół, k.397 a, adnotacja – 00:01:53,k. 391 v; 00:56:23, 01:01:03, k. 393, 393v, 01:40:50, k. 394)

Po porodzie oceniono stan narządów rodnych powódki jako dobry, macica była dobrze obkurczona. Nie stwierdzono wypadania pochwy. Po porodzie krocze powódki zostało zeszyte w sposób typowy. Powódka do końca pobytu w szpitalu nie zgłaszała dolegliwości ze strony pochwy. (zeznania świadka W. R., e-protokół, k. 216, adnotacja – 01:55:05, k. 206; zeznania świadka E. S., e-protokół, k. 216, adnotacja – 02:15:47, k.206v; dokumentacja medyczna, k.125-126)

W pierwszych dniach czerwca 2013 r., powódka M. M. (1) zgłosiła się do doktora B. K. (1), który stwierdził u niej zaburzenie statyki narządu rodowego pod postacią wypadania ścian pochwy. W dniu 10.06.2013 roku w (...) w Ł., wykonano u powódki operację założenia implantu prolenowego systemem pro lift anterior, który polega na wszyciu siatki od strony pochwy za pomocą prowadnic, co ma zastąpić funkcję więzadeł. Jest to zabieg, który wykonuje się u kobiet starszych, w okresie okołomenopauzalnym.

Po zabiegu powódka uskarżała się na dolegliwości bólowe oraz częste stany zapalne pochwy. W dniu 11 grudnia 2013 roku, stwierdzono u niej erozję części siatki. W dniu 14 stycznia 2014 roku wykonano u powódki operację naprawczą usunięcia erozji siatki. W dniach 16.06.2014 do 18.06.2014 roku powódka ponownie przebywała w (...) z powodu kolejnej erozji siatki prolenowej. Wykonano ponowną operację usunięcia erozji oraz operację plastyki tylnej ściany pochwy i krocza. Ponowny zabieg naciągania siatki miał miejsce na koniec czerwca 2015 roku. (zeznania świadka B. K., protokół rozprawy z dnia 13.01.2015 r., k.227-227v; zeznania powódki, e-protokół, k.397 a, adnotacja – 02:23:55,

k.396, historia choroby Poradni Ginekologicznej, k.2; karta informacyjna leczenia szpitalnego, k.28; dokumentacja medyczna, k. 163-185)

W związku z dolegliwościami ginekologicznymi, powódka M. M. (1) zmuszona jest ponosić dodatkowe wydatki związane z zakupem leków oraz prywatnymi wizytami lekarskimi rzędu 200 – 300 zł. Koszt jednej prywatnej wizyty u ginekologa – dr K. to wydatek 150 zł. W 2013 r., powódka była na trzech, a w 2014 – na czterech wizytach. (zeznania powódki, e-protokół, k. 397a, adnotacja – 02:34:22, k. 396 v)

**Z punktu widzenia ginekologii**, w wyniku porodu, powódka M. M. (1) doznała pęknięcia szyjki macicy oraz szerokiego nacięcia krocza. Takie obrażenia należą do typowych obrażeń związanych z porodem fizjologicznym. Powódka doznała również obniżenia ściany pochwy, co jest typowym powikłaniem w przypadku dużej wagi dziecka i brutalności porodu. Powódka nie doznała wypadnięcia macicy. Wykonanie cesarskiego cięcia zmniejszyłoby u powódki ryzyko występowania obniżenia narządu rodniego, zwłaszcza ścian pochwy jak i wysiłkowego nietrzymania moczu.

Nieprawidłowy przebieg gojenia pochwy i występowanie tzw. erozji siatki (co jest typowym powikłaniem po zabiegu założenia siatki prolenowej prolift anterior, która podtrzymuje ściany pochwy oraz macicę i zabezpiecza przed dalszym obniżaniem się) są niezależne od porodu i nie ma z nim bezpośredniego związku przyczynowo – skutkowego.

Obniżenie ścian pochwy i wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje częściej u kobiet, które rodziły i rośnie wraz z liczbą porodów i wielkością urodzonych dzieci. Dotyczy to wszystkich kobiet, które kiedykolwiek rodziły - i należy do grupy powszechnych powikłań związanych z odbytymi porodami – nawet porodami dzieci o „typowej” masie urodzinowej. Porody stanowią jeden z czynników ryzyka obniżenia ścian pochwy i/lub wysiłkowego nietrzymania moczu. Porody dużych dzieci statystycznie zwiększają to ryzyko.

W chwili obecnej powódka jest kobietą w pełni sprawną w sensie społecznym i zawodowym. Ograniczenia wynikają głównie z bolesności podczas współżycia seksualnego. Powódka może ponownie zajść w ciążę, jest osobą płodną. Wówczas jednak, poród winien nastąpić w drodze cesarskiego cięcia. (pisemna opinia biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., k.245-248 ustna opinia uzupełniająca, e-protokół, k. 397a. adnotacja – 00:01:53, k. 391 v, 00:42:17, 00:44:31,00:50:04 k. 393)

Małoletnia A. M. (1) urodziła w 39 tygodniu ciąży, drogami natury, z wagą urodzeniową 4800 g, 5 punktów w skali Apgar. Po urodzeniu u dziecka stwierdzono uszkodzenie w zakresie lewego splotu barkowego. Dziecko na buzi miało wybroczyny, słabo podnosiło lewą rączkę. W pierwszej i drugiej dobie życia zaobserwowano drżenie i hipoglikemię, którą wyrównywano wlewami dożylnymi glukozy. Ze względu na infekcję powódki (matka dziecka była przeziębiona) oraz podwyższoną leukocytozę włączono antybiotykoterapię. W związku z porażeniem splotu barkowego, zachodziła konieczność poddania małej rehabilitacji, o czym matka dziecka została poinformowana. (zeznania powódki M. M., e-protokół, k.216, adnotacja – 01:02:35, k. 204v w zw. z 02:23:38, k.396, e-protokół, k.397a. zeznania świadka E. S., e-protokół,k.216, adnotacja – 02:15:47, k. 206v; zeznania świadka B. Z., protokół rozprawy z dnia 13.01.2015 r., k.227; dokumentacja medyczna, k.14-15; 32v-34, 134-142)

Małoletnia powódka, w wyniku porodu doznała urazu okołoporodowego pod postacią porażenia splotu barkowego lewego. Obrażenia małej powódki są następstwem nieprawidłowego przebiegu mechanizmu porodowego (zwrotu poszczególnych części płodu w kanale rodnym, które dopasowują się do kształtu i przebiegu kanału rodniego i umożliwiają odbycie porodu). Mechanizm porodowy odbywa się samoistnie, jest zdefiniowany przestrzeniami miednicy matki oraz wielkością i budową płodu. U małej powódki doszło do dystocji barkowej: płód „zahaczył się” barkiem o brzeg kości łonowych matki i poród zatrzymał się. Z chwilą rozpoznania dystocji barkowej należy, zgodnie z rekomendacją, wdrożyć postępowanie dyktowane Algorytmem Postępowania w Dystocji: kolejno wykonywać następujące po sobie czynności, z których każda kolejna może uwolnić barki i doprowadzić do urodzenia płodu, choć każda kolejna z nich jest dla tego płodu bardziej niebezpieczna. Pierwsze 4 manewry nazywane są zewnętrznymi i są względnie bezpieczne dla płodu. Kolejne nazywane są wewnętrznymi i każdy następny wiąże się z rosnącym niebezpieczeństwem urazu dziecka i/lub matki aż do niezwykle brutalnych zabiegów włącznie.

Pomoc ręczna w przypadkach dystocji barkowej należy do najtrudniejszych zabiegów położniczych. Protokół pomocy ręcznej w takich przypadkach obejmuje konieczność zwolnienia zaklinowanego barku. Działania muszą być wykonane precyzyjnie, niezwłocznie i w sposób, który finalnie musi doprowadzić do urodzenia się noworodka. Następujące po sobie działania są początkowo jak najmniej urazowe, a w razie ich nieskuteczności, następują działania coraz silniej ingerujące w fizjologiczny mechanizm porodowy. Celem działań w Algorytmie jest konieczność urodzenia płodu. Położnik wykonuje czynności określone Algorytmem, a odbierająca poród położna pociąga za urodzoną główkę płodu w kierunku na zewnątrz i ku dołowi usiłując, współpracując z lekarzem, powoli i stopniowo urodzić przedni (zaklinowany) bark spod spojenia łonowego – ten sam bark, który lekarz usiłuje wtłoczyć pod spojenie łonowe różnymi manewrami opisanymi w Algorytmie.

Podczas porodu małoletniej powódki, z zasad Algorytmu Postępowania w Dystocji zastosowano jedynie manewr Mc Robertsa (polega on na odpowiednim ułożeniu nóg rodzącej – wysoko, tak aby wyprostować kręgosłup i kanał rodny, do ułożenia ciała potrzebne są dwie osoby, trzecia wykonuje zabieg, po ułożeniu ciała, kobieta winna przeć), płód zaś urodził się w trzecim skurczu po dożylnym podaniu 1 jednostki Oksytocyny. Takie postępowanie nie wypełnia zasad określonych Algorytmem i nie jest z nim zgodne, nie może więc być uznane za prawidłowe. Po nieudanym zabiegu Mc Robertsa powinien być zastosowany inny algorytm. Operator winien spróbować wprowadzić bark do miednicy działając z zewnątrz - należało ucisnąć bark płodu tuż za miejscem gdzie doszło do zahaczenia, ucisk wykonuje się w trzech różnych wersjach. Drugim elementem jest ucisk nadłoniowy. Jeśli ucisk ten jest nieskuteczny należało przystąpić do ucisków wewnątrz pochwy – bark tylny od strony brzusznej należy wrócić do jego położenia we schodzie macicy. Jeśli okaże się to nieskuteczne to świadomie łamie się dwa obojczyki. Kolejne czynności są ostateczne i dość drastyczne: polegają na wepchnięciu główki dziecka do macicy i wykonaniu cesarskiego cięcia.

Uchybienie personelu medycznego, podczas obierania porodu, polegało również na sposobie podania rodzącej oksytocyny. Podanie hormonu winno nastąpić w pompie infuzyjnej lub kroplówce, czyli mniejszym przepływie. Podanie środka bezpośrednio do żyły jest działaniem ryzykownym, nie stosuje się go w praktyce. Skutkiem takiego podania jest wywołanie silnego skurczu, który pokona zahaczenia barku, czego skutkiem są obrażenia. Fakt podania oksytocyny i wywołania bardzo silnego skurczu, bez uwolnienia barku za pomocą chwytu zgodnego z algorytmem, mógł mieć wpływ na uszkodzenie dziecka. (pisemna opinia biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., k.245-248 ustna opinia uzupełniająca, e-protokół, k. 397a, adnotacja – 00:01:53, 00:06:33; 00:09:10; k.391v; 00:56:23, 01:01:03, k.393 -393v; 01:03:49, 01:07:44, 01:10:49,01:19:54, k. 393v; 01:23:56, 01:28:32, k. 394 )

Przedłużenie czasu porodu, poprzez wykonanie wszystkich elementów algorytmu, mogłoby wpłynąć na niedotlenienie płodu, jednakże takie niedotlenienie nie jest groźne dla dziecka. Noworodki lekkie niedotlenienie znoszą bardzo dobrze. Noworodek urodzony w stanie kwasicy oddechowej na ogół wychodzi z tego bez szkód. (ustna opinia uzupełniająca biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., e-protokół, k.397a., adnotacja – 01:26:41, k.394)

Siła wkładana w zabiegi położnicze dyktowana na jest doświadczeniem lekarza – położnika oraz współdziałającej z nim położnej, zatem jest z definicji wartością niepoliczalną i niemożliwą do dokładnego zdefiniowania. Zbyt duża siła zastosowana przez położną, która ciągnąc główkę ku dołowi „naciąga” splot barkowy i może doprowadzić do jego uszkodzenia, stąd też złamanie obojczyka, złamanie kości ramiennej, czy też porażenie splotu barkowego należą do typowych powikłań po zabiegowych. (pisemna opinia biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., k.245-248; ustna opinia uzupełniająca, e-protokół, k. 397a, adnotacja – 00:01:53, 00:06:33, 00:09:10, k.391v-392)

Dystocja barkowa należy do rzadkich powikłań porodu (jego częstość w populacji w literaturze fachowej jest oceniana na około 0,1% porodów). Nie ma możliwości rozpoznania dystocji barkowej przed porodem, jeszcze w okresie ciąży. Rozpoznanie dystocji barkowej następuje dopiero z chwilą „zatrzymania się” postępu porodu po urodzeniu się główki płodu. Możliwe jest jedynie oszacowanie ryzyka, prawdopodobieństwa pojawienia się dystocji barkowej. Czynnikiem ryzyka są: wielorodność, wystąpienie dystocji przy poprzednim porodzie, otyłość matki, wymiary miednicy, wzajemna relacja obwodu brzucha i obwodu główki płodu (jeśli płód jest donoszony, a obwód brzuszka przekracza wymiar obwodu głowy, czyli barki są szersze niż głowa, a różnica ta sięga więcej niż 4 cm), a także masa płodu. Częstość dystocji barkowej wzrasta drastycznie wraz ze wzrostem masy płodu. Jeśli masa urodzeniowa płodu/novorodka wynosi

4000g, to częstość dystocji barkowej wynosi około 2%, przy masie płodu 4500g wzrasta do 10% i dalej rośnie wraz ze wzrostem masy urodzeniowej płodu/novorodka. Stan taki ma miejsce w przypadkach płodów makrokosmicznych – czyli wyjątkowo dużych, jednakże zdarza się także, że dystocja barkowa występuje również przy porodzie płodów o „typowej” masie urodzeniowej.

Wykonanie cesarskiego cięcia uchroniłoby noworodka przed urazem polegającym na porażeniu splotu barkowego, gdyż wówczas nie doszłoby do dystocji barku. (pisemna opinia biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., k.245-248; ustna opinia uzupełniająca, e-protokół, k. 397a, adnotacja – 00:01:53, 00:06:33, 00:09:10, k.391v-392)

Po ułożeniu ciała rodzącej sposobem Mc Roberts'a rodzi się 40 % dzieci bez uszkodzenia barku. Po zastosowaniu rękoczynów zewnętrznych z 20-procentową skutecznością udaje się uniknąć porażenia. (ustna opinia uzupełniająca biegłego ginekologa – położnika dr n. med. M. W., e-protokół, k. 397a, adnotacja – 01:21:39, k. 393 v )

Od trzeciego tygodnia życia małoletnia A. M. uczęszczała na prywatne wizyty do rehabilitanta, celem zminimalizowania skutków porażenia splotu barkowego. Rehabilitacja zaczynała się masażem, następnie uciskano bark dziecka. Przez miesiąc ręka Ani nie funkcjonowała, po dwóch miesiącach funkcjonowała w 50%. Powódka jeździ z córką na rehabilitację, do K., około 33 km od swojego miejsca zamieszkania, raz w tygodniu, samochodem osobowym. Ćwiczenia kontynuowane były również w domu, dwa razy w ciągu dnia po 40-60 minut. Dziecko jest leworęczne. Małoletnia była również konsultowana ortopedycznie i neurologicznie, pod kontem dalszego leczenia porażenia splotu barkowego. Została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego, który odbył się w czerwcu 2015 roku. (zeznania powódki, e-protokół, k. 216, adnotacja – 01:23:35, k.205, w zw. z 02:23:38, k.396. e-protokół, k.397a; zeznania świadka I. M. – Skoczek, e-protokół, k.216, adnotacja – 01:39:59, 01:44: 08, k. 205v; zaświadczenie, k.239; zaświadczenie z Gabinetu Rehabilitacyjnego, k.35)

**W aspekcie neurologicznym**, małoletnia A. M. (1) doznała okołoporodowego uszkodzenia lewego splotu barkowego, prawdopodobnie, w przebiegu jego naciągnięcia. Uszczerbek na zdrowiu powódki, związany z w/w urazem, jest jedynie długotrwały i wynosi łącznie 30 %, z czego:

- 10% dotyczy uszkodzenia części nadobojczykowej górnej splotu barkowego lewego (wg punktu 181 l Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r.)
- 20 % dotyczy uszkodzenia części dolnej podobojczykowej, splotu barkowego lewego (wg. punktu 181 m Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r.)

Wartości przewodzenia we włóknach ruchowych i czuciowych w zakresie splotu barkowego lewego są prawidłowe. Widoczne jest obniżenie amplitudy w nerwie pachowym lewym, nerwie skórno – mięśniowym lewym i promieniowym lewym – co potwierdza przebyte uszkodzenie splotu barkowego lewego. Innymi słowy, nerw nie jest uszkodzony, nie mniej jednak niewielka ilość aksonów ma mniejsze przewodzenie. Nie wpływa to jednakże na stan dziecka.

W chwili obecnej sprawność ruchowa lewej kończyny górnej powódki jest dobra. Istnieje możliwość powrotu małoletniej do pełnej sprawności lewej kończyny górnej lub niewielkich ograniczeń w tym zakresie. A. M. (1) nie musi obecnie zażywać leków neurologicznych.

Rokowania na przyszłość małoletniej powódki, w związku z przebyтым urazem są dobre – świadczą o tym dotychczasowe, bardzo dobre efekty rehabilitacji. (pisemna opinia biegłego neurologa M. N., k. 293-299; ustna opinia uzupełniająca, e-protokół, k. 397a, adnotacja – 01:50:50, k. 394v ; 01:51:35, k. 394v; 01:53:20, k. 395 )

**Z punktu widzenia rehabilitacji medycznej**, u A. M. (1) występuje stan po poporodowym uszkodzeniu lewego splotu barkowego, prawdopodobnie, w przebiegu naciągnięcia.

Długotrwały uszczerbek na zdrowiu powódki, wynosi łącznie 30% (na który składają się: 10% wg pkt 181 l oraz 20% wg pkt 181m wg Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18.12.2002 roku). Nie ma podstaw do orzeczenia

trwałego uszczerbku na zdrowiu. Lewo, bądź praworęczność powódki w okresie występowania naruszenia sprawności jej organizmu nie miała znaczenia.

Zakres cierpień fizycznych powódki wynikający z okołoporodowego uszkodzenia splotu barkowego mógł być znaczny we wczesnym okresie życia i mógł wynikać z niedogodności związanych z prowadzoną rehabilitacją. Powódka była rehabilitowana metodą Wojty (torowanie prawidłowych wzorców ruchowych, poprzez uciskanie punktów motorycznych i wykonywanie ruchów według określonych wzorców ruchowych, naciska się również punktu kostne na żebrach i mostku, które wysyłają impuls do OUN i mają na celu przetorować prawidłowy wzorec ruchowy) i metodą Bobat (nie wpływa na dolegliwości bólowe). Rehabilitacja w przypadku powódki nie powinna być bolesna pod warunkiem właściwego wykonania.

Aktualnie stan zdrowia małoletniej powódki jest dobry. Nie występują u niej ograniczenia życiowe. Rokowania na przyszłość małoletniej powódki są dobre: sprawność ruchowa lewej kończyny górnej jest dobra, brak jest objawów naruszenia sprawności. Funkcjonalnie u powódki nie występuje naruszenie sprawności w związku z przebyłym uszkodzeniem splotu, natomiast poprawa parametrów neurofizjologicznych (badanie EMG) może nastąpić jeszcze w najbliższym roku. Nie ma wskazań do farmakoterapii w związku przebyłym uszkodzeniem splotu barkowego. Nie zachodzi również konieczność prowadzenia wobec małoletniej dalszej rehabilitacji. (pisemna opinia biegłego rehabilitanta K. K., k.322-326; ustna opinia uzupełniająca, k. 395, adnotacja – 01:56:55, k. 395; 01:57:28, k. 395; 02:05:45, k. 395v)

**W aspekcie ortopedycznym,** małoletnia Powódka w związku z przebyłym urazem nie doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu. Powstały na ciele dziecka krwiak, był spowodowany urazem okolicy nadobojczykowej poprzez pociąganie, skutek zastosowania manewru wydobycia barków, nie zaś ułożeniem dziecka.

Nie można również mówić o istnieniu u małoletniej powódki cierpień fizycznych związanych z porażeniem Erba, gdyż niedowład spowodowany uszkodzeniem splotu ramiennego nie powoduje dolegliwości bólowych. Uszkodzenie splotu barkowego, nie spowodowało u małoletniej żadnych ograniczeń życiowych. Małoletnia jest osobą leworęczną co nie ma związku przeprowadzoną rehabilitacją a jest uwarunkowane konstytucjonalnie. Powódka nie wymaga stosowania leków. Aktualny stan zdrowia małoletniej A. M. (1) jest dobry. Objawy porażenia splotu ramiennego ustąpiły całkowicie. U małoletniej wróciła pełna czynna ruchomość w stawach lewej kończyny górnej i sprawność chwytnej ręki. Rokowanie na przyszłość jest dobre. U A. M. (1) nastąpił pełen powrót do zdrowia w sensie całkowitego ustąpienia objawów porażenia splotu ramiennego, jednakże w toku wzrostu może u niej dojść do pewnego skrócenia lewej kończyny górnej (co obserwuje się niekiedy u dzieci z porażeniem Erba). ( pisemna opinia biegłego ortopedy J. F., k.348-349; ustna opinia uzupełniająca, e-protokół, k. 397a, adnotacja – 01:44:52, k. 394 v, 01:48:47, k. 394 v)

(...) S.A w W., w okresie objętym żądaniem pozwu, udzielał Samodzielnym Publicznemu ZOZ Szpitalowi (...) w O. ochrony ubezpieczeniowej. (niesporne)

Pismem datowanym na dzień 22 sierpnia 2013 r. (doręczonym w dniu 28 sierpnia 2013 roku), powódki wezwały pozwanego Szpitala do zapłaty na ich rzecz zadośćuczynienia oraz odszkodowania. Pozwana placówka odmówiła jednak wypłaty rekompensaty pieniężnej. (wezwanie do zapłaty, k.37-38; pismo z 6.09.2013 r., k.39-40)

Szkoda pozwanemu ad. 2 została zgłoszona w dniu 28 października 2013 roku. Pozwany ubezpieczyciel, odmówił jednak wypłaty świadczenia. (okoliczność przyznana przez pozwanego ad. 2 - kserokopia koperty, k. 99; pismo (...) SA z 10.12.2013 r., k.41)

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach z dokumentów, w tym dokumentacji medycznej, zeznaniach powódki M. M. (1), a także opiniach biegłych sądowych lekarzy: ginekologa, neurologa, ortopedy i rehabilitanta, które w pełni wyjaśniły konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Wydane przez biegłych lekarzy opinie Sąd uznał za rzetelne i wyjaśniające wszystkie, konieczne do rozstrzygnięcia sprawy, kwestie. Zostały one wykonane zgodnie z тезami dowodowymi, w oparciu o analizę akt sprawy, w tym złożoną dokumentację medyczną, wszelkie zaś zgłaszane przez strony wątpliwości zostały wyjaśnione w ustnych opiniach uzupełniających. Nie ulega

wątpliwości, że dowód z opinii biegłych podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. - na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64). Złożone w rozpoznawanej sprawie opinie biegłych sądowych sporządzone przez lekarzy specjalistów w swoich dziedzinach, odznaczają się pełną przydatnością dowodową w świetle powołanych kryteriów. Tym samym należało uznać je za w pełni miarodajne dla poczynienia ustaleń faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia.

Biegli ocenili procentowy uszczerbek na zdrowiu małoletniej powódki w oparciu o załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. Nr 234, poz. 1974). Biegli neurolog i rehabilitant stwierdzili u małoletniej jedynie długotrwały uszczerbek na zdrowiu na poziomie 30 % (długotrwały uszczerbek stwierdzony przez biegłego rehabilitanta /30%/ pokrywa się w całości z uszczerbkiem stwierdzonym przez biegłego neurologa /30 %/). Wobec tak kategorycznych wniosków, Sąd uznał, że właśnie na takim poziomie kształtuje się uszczerbek na zdrowiu powódki, związany z nieprawidłowościami zaistniałymi podczas przeprowadzonej w pozwanej placówce medycznej akcji porodowej.

Sąd oddalił wniosek strony powodowej o powołanie innego biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa. Należy mieć na uwadze, że składane przez strony w toku procesu wnioski dowodowe muszą być uzasadnione, zaś sam fakt niezadowolenia strony z wniosków opinii nie jest wystarczającą przesłanką dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego tej samej specjalności.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje,**

Powództwo podlegało uwzględnieniu jedynie częściowo.

Podstawę przypisania odpowiedzialności (...) S.A. z siedzibą w W. (pozwanemu ad. 2) należy wywieść z przepisu art. 822 i nast. k.c. W § 1 przepis ten stanowi, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o których mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia. W myśl zaś § 4 uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Odpowiedzialność pozwanego towarzystwa ubezpieczeniowego będzie zatem wchodziła w grę w razie zaistnienia określonego wypadku ubezpieczeniowego. W tym miejscu konieczne jest zatem przesądzenie odpowiedzialności ubezpieczonej placówki medycznej tj. pozwanego ad 1.

Podstawę odpowiedzialności Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w O. (pozwanego ad. 1) stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.). Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować, wskazując na



brak winy w nadzorze lub w wyborze. Co do zasady zwierzchnik z podwładnym ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Zasada solidarnej odpowiedzialności doznaje wyjątku w stosunkach pracy. (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego zaistnienie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego. Ściślej biorąc, błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Na gruncie niniejszej sprawy, powódki wystąpiły z żądaniem zadośćuczynienia i odszkodowania za szkody wyrządzone im w pozwanej placówce medycznej, przy udzielaniu świadczeń medycznych związanych z opieką okołoporodową oraz samym przebiegiem porodu. W ocenie strony powodowej, personel pozwanego szpitala dopuścił się wobec powódek szeregu nieprawidłowości, które w rezultacie doprowadziły do powstania, zarówno po stronie matki (M. M. (1)), jak i jej nowonarodzonego dziecka (A. M. (1)) poważnych dolegliwości zdrowotnych. Błędy w postępowaniu pracowników pozwanego szpitala, miały polegać na: nieprawidłowym oszacowaniu masy płodu, co w efekcie doprowadziło do zakwalifikowania powódki do porodu naturalnego, zamiast do cesarskiego cięcia (co w rezultacie doprowadziło do powstania u rodzącej wstydlivych, stwarzających dyskomfort dolegliwości ginekologicznych) oraz podjęciu przez personel – w momencie stwierdzenia dystocji barkowej - zachowań sprzecznych z zasadami wiedzy medycznej, (które w rezultacie doprowadziły do powstania u dziecka – upośledzenia narządu ruchu).

Ocena prawidłowości postępowania personelu medycznego winna dotyczyć dwóch kwestii. W pierwszej kolejności koniecznym jest poczynienie ustaleń, co do zaistnienia w momencie przyjęcia powódki do szpitala obiektywnych przesłanek, przemawiających za zasadności przeprowadzenia porodu w drodze cesarskiego cięcia (w szczególności, czy dostępne dane i wiedza medyczna personelu dawały podstawy do podejrzenia wystąpienia dystocji barkowej), w drugiej zaś – ocena postępowania personelu w sytuacji stwierdzenia powikłania w postaci dystocji barkowej.

Stosownie do treści opinii biegłego ginekologa – położnika - dystocja barkowa jest powikłaniem związanym z przebiegiem porodu i niezależnym od sposobu jego prowadzenia, którego rozpoznanie następuje dopiero z chwilą zatrzymania się postępu porodu, po urodzeniu się główki dziecka. Nie jest zatem możliwe przewidzenie „z góry” zaklinowania się barku dziecka w kanale rodny matki. Możliwe jest jedynie oszacowanie ryzyka, prawdopodobieństwa jej wystąpienia, w danych, konkretnych okolicznościach sprawy. Jednym z czynników ryzyka jest masa płodu - częstość dystocji barkowej wzrasta bowiem drastycznie wraz ze wzrostem masy dziecka.

M. M. (1) trafiła do (...) szpitala, w 38 tygodniu ciąży, przed planowanym terminem porodu. Powódka zasygnalizowała personelowi szpitala okoliczność odejścia wód płodowych oraz rozpoczęcia akcji porodowej, co jednakże nie znalazło potwierdzenia w wykonanych przy przyjęciu badaniach (ustalono, że pęcherz płodowy jest zachowany, nie odnotowano czynności skurczowych). Powódce wykonano zasadne, wymagane w zaształonych okolicznościach oraz stosowne do stwierdzonych objawów badania, z wyjątkiem badania USG, którego obligatoryjne wykonanie - według standardów opracowanych przez Państwowe Towarzystwo Ginekologiczne dotyczy ciężarnych hospitalizowanych po terminie porodu.

Sąd, posiłkując się wnioskami opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa stanął na stanowisku, iż w świetle całokształtu okoliczności sprawy, brak było jakichkolwiek podstaw, ażeby podejrzewać dziecko powódki o makrosomię (stwarzającą ryzyko zaistnienia dystocji barkowej – w przypadku porodu naturalnego), uzasadniającą konieczność przeprowadzenia porodu w drodze cesarskiego cięcia. Standardy medyczne publikowane w tzw. Rekomendacjach (...) Towarzystwa Ginekologicznego zalecają wykonanie cesarskiego cięcia z wyboru w przypadkach, gdy wielkość płodu przekracza 4.500 g, (bądź 4250 g u ciężarnych z cukrzycą, co jednak nie miało miejsce na gruncie niniejszej sprawy). Przy przyjęciu powódki do Szpitala, masę dziecka oceniono na ok. 4.000 gramów. Wielkość ta zdawała się być uzasadniona, w świetle przeszłości położniczej powódki, jej stanu zdrowia oraz dotychczasowego przebiegu ciąży. Odpowiadała również danym zawartym w dotychczas wykonanych powódce badaniach. Warto zauważyć, że wykonane na trzy tygodnie przed rozwiązaniem (w 35 tygodniu ciąży) badanie USG, określiło masę dziecka na 2.800 gramów. Na tym etapie ciąży, średni przyrost masy płodu to ok. 250 gramów tygodniowo, co w 38 tygodniu ciąży dawałoby przewidywaną masę dziecka w wysokości ok. 3500 gramów. A zatem, dane te również nie sugerowały wystąpienia tak wysokiej masy urodzeniowej dziecka.

W ocenie Sądu, okolicznością uzasadniającą podejrzenie płodu o makrosomię nie mogła być także otyłość jego matki. Owszem, powódka w czasie ciąży sporo przytyła, nie mniej jednak - stwierdzony przyrost wagi nie odbiegał od tego stwierzonego u M. M. (1) przy poprzedniej ciąży. Wówczas powódka urodziła dziecko o masie poniżej 4.000 gramów. Przyrost wagi matki w czasie ciąży, nie stanowi zatem stanowczego wyznacznika wysokiej masy urodzeniowej noworodka.

Sąd nie dopatrzył się uchybienia personelu szpitala, w okoliczności niewykonania powódce aktualnego badania USG. Owszem badanie takie pozwoliłoby na oszacowanie ryzyka wystąpienia dystocji barkowej, nie mniej jednak - w momencie przyjęcia do szpitala, M. M. (1) nie spełniała kryteriów do obligatoryjnego wykonania badania. Obowiązek wykonania badania USG, i szacowania na tej podstawie ryzyka wystąpienia dystocji barkowej, według standardów opracowanych przez Państwowe Towarzystwo Ginekologiczne dotyczy ciężarnych hospitalizowanych po terminie porodu. Powódka została przyjęta do szpitala przed planowanym terminem rozwiązania. Wykonanie badania było zatem fakultatywne, uzależnione od decyzji lekarza, powodowanej podejrzeniem co do któregoś elementu ciąży. U powódki nie stwierdzono nieprawidłowości, jej stan zdrowia był dobry bez odchyień od normy, ciśnienie krwi oraz tętno matki i płodu było prawidłowe.

A zatem, decyzja personelu medycznego o prowadzeniu porodu drogami natury – w świetle posiadanych wówczas danych, w ocenie Sądu była słuszna, zwłaszcza, że przebieg pierwszego okresu porodu był prawidłowy i mieścił się w ustalonych normach czasowych. Sąd nie dopatrzył się w tym zakresie jakichkolwiek uchybień personelu medycznego. Trudno zatem przypisać stronie pozwanej winę za powstałe w wyniku porodu uszkodzenia narządu rodnego powódki. Stwierdzone u M. M. (1) pęknięcie szyjki macicy, czy też obniżenie ściany pochwy stanowią bowiem typowe obrażenia związane z porodem fizjologicznym dużego płodu. Tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej wobec M. M. (1) i uwzględnienia powództwa w tym zakresie.

Odmierna konstatacja dotyczy roszczeń małoletniej A. M. (1). Z przeprowadzonego postępowania dowodowego, w szczególności opinii biegłego ginekologa - położnika wynika bowiem, że postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala w momencie stwierdzenia dystocji barkowej nie było prawidłowe - naruszono bowiem standardy postępowania opisane „algorytmem postępowania w dystocji” : po wykonaniu chwytu McRoberts'a nie przystąpiono do rękoczynów zewnętrznych, mających na celu „odbarczenie” (wypchnięcie z kanału rodnego zablokowanego barku) dziecka. W miejsce przewidzianych algorytmem czynności, podano rodzącej dożylnie jedna jednostkę oksytocyny, co było niedopuszczalne. Hormon ten, z racji skutków swojego działania – winien być podawany wyłącznie w pompie infuzyjnej lub w kroplówce (w mniejszym przepływie), tak ażeby wywołany jego działaniem skurcz nie był nazbyt gwałtowny i nie powodował uszkodzenia dziecka.

W realiach stanu faktycznego sprawy, po nieudanym chwycie McRoberts'a, personel jak najbardziej miał czas i możliwość bezurazowego uwolnienia barku dziecka (poprzez wdrożenie rękoczynów zewnętrznych), bowiem

małoletnia, mimo podania oksytocyny urodziła się w dopiero trzecim skurczu, po 10 minutach. Warto przy tym zauważyć, że przedłużenie czasu porodu – poprzez wykonanie wszystkich, wymaganych czynności algorytmu, mogłoby co prawda doprowadzić do tego że dziecko urodzi się niedotlenione, nie mniej jednak takie lekkie niedotlenienie, nie spowodowałoby uszczerbku na zdrowiu, bowiem płody bardzo dobrze sobie radzą nawet z ostrym niedotlenieniem (uszczerbek na zdrowiu powoduje jedynie przewlekłe niedotlenienie, powodujące kwasicę metaboliczną). Powódka urodziła się w dobrym stanie, jeśli chodzi o kwestie związane z oddechem.

Wskazane okoliczności dają podstawę do przyjęcia, iż w stosunku do małoletniej A. M. (1) miało miejsce zawinione zaniedbanie, ze strony personelu medycznego, a co za tym idzie spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej.

Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia stanowi przepis art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c.

Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwyciężenie ujemnych przeżyć. Dzięki niemu winna zostać przywrócona równowaga, zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności sprawy w tym rozmiarze doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną, o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. Nie ma natomiast podstaw do uwzględnienia żądania w takiej wysokości, by przyznana kwota stanowiła ponadto, ze względu na swoją wysokość represję majątkową (vide: uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 roku, OSNCP 1974 ,poz. 145).

Analizując okoliczności faktyczne rozpatrywanej sprawy Sąd, kierując się treścią opinii biegłych lekarzy wydanych w sprawie, uznał za zasadne żądanie zasądzenia na rzecz powódki A. M. (1) zadośćuczynienia w kwocie 30.000 złotych.

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia Sąd miał na względzie, że personel pozwanego szpitala, dopuścił się względem powódki błędu medycznego, skutkującego okołoporodowym porażeniem splotu barkowego. Niedopełnienie przez personel szpitala – a więc osoby posiadające fachowe przygotowanie do wykonywania czynności medycznych, ciążących na nich (stosownie do okoliczności) obowiązków, doprowadziło w rezultacie do upośledzenia czynności lewej kończyny górnej dziecka oraz konieczności (celem odzyskania sprawności) wdrożenia wobec małoletniej - praktycznie od pierwszych dni życia – systematycznej rehabilitacji. Rehabilitacja, jak i sam uraz nie wiązał się co prawda z dolegliwościami bólowymi po stronie dziecka (a zatem nie można powiedzieć, że uraz oraz jego konsekwencje powodowały u małoletniej cierpienie), nie mniej jednak, wiązał się z pewnymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu A. M. (1), która od najmłodszych lat, odmiennie niż jej rówieśnicy, poddawana była rygorowi systematycznej rehabilitacji – co niewątpliwie wiązało się z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu małego dziecka.

Bez wpływu na ocenę wysokości należnego powódce zadośćuczynienia nie może pozostać również wielkość uszczerbku na zdrowiu, który został oceniony przez biegłego neurologa i rehabilitanta na poziomie 30 %. Z drugiej jednak strony nie można pomijać faktu, że stwierdzony przez biegłych uszczerbek ma charakter jedynie długotrwały, a więc przemijający. W chwili obecnej powódka jest osobą w pełni zrehabilitowaną. Sprawność ruchowa lewej kończyny jest dobra, objawy porażenia splotu ustąpiły całkowicie – wróciła pełna ruchomość w stawach oraz sprawność chwytna ręki. Rokowania na przyszłość są dobre. Powódka w pełni powróciła do zdrowia.

Odpowiednia suma, o której mowa w art. 445 § 1 k.c. nie może stanowić wartości symbolicznej; musi to być kwota stanowiąca realną rekompensatę za doznaną krzywdę. Z drugiej strony, zadośćuczynienie nie powinno być źródłem nieusprawiedliwionego wzbogacenia. Z tych względów przy jego określeniu należy brać pod uwagę zarówno sytuację

materialną pokrzywdzonego, jak i stosunki ekonomiczne panujące w społeczeństwie. Mając na względzie przytoczone argumenty, Sąd uznał, że adekwatnym zadośćuczynieniem jest kwota **30.000 zł** i orzekł, jak w pkt. 1 wyroku.

W pozostałym zakresie roszczenie powódki A. M. (1) o zadośćuczynienie podlegało oddaleniu jako nadmiernie wygórowane.

Kolejne żądanie pozwu – zasądzenia **odszkodowania** – znajduje oparcie w przepisie art. 444 § 1 k.c., zgodnie z którym, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Dokonując rozstrzygnięcia w tym zakresie, Sąd uznał za celowe posłużenie się normą art. 322 k.p.c. Zgodnie z powołanym przepisem, jeżeli w sprawie o naprawienie szkody Sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy.

Strona powodowa z tytułu odszkodowania żądała zapłaty kwoty 2.679 zł, co odpowiadało poniesionym przez rodziców małoletniej – do dnia założenia pozwu - kosztom dojazdów na rehabilitację, którą małoletnia powódka odbywała od 3-go tygodnia życia raz w tygodniu. Zajęcia odbywały się w miejscowości (...) km od miejsca zamieszkania powódki (miejscowości D.). Z uwagi na powyższe, należy przyjąć, iż: w grudniu 2012 roku, A. M. (1) odbyła jedną wizytę, w roku 2013 odbyła 48 wizyt (przyjmując średnio cztery wizyty w miesiącu, tj. 4 x 12 miesięcy = 48 wizyt), zaś od stycznia 2014 roku do momentu złożenia pozwu (tj. do 7 lutego 2014 r.) odbyła 5 wizyt (4 wizyty w styczniu 2014 roku oraz 1 wizyta do momentu złożenia pozwu).

Mając na uwadze wskazaną przez powódkę liczbę przejechanych kilometrów (33 km w jedną stronę, tj. 66 km w obie strony) oraz stawkę ryczałtu paliwowego za 1 km przebiegu pojazdu wskazaną w Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. nr 27, poz. 271 ze zm.), tj. 0,8358 za 1 km, co daje przy uwzględnieniu ilości przejechanych kilometrów kwotę 2.758,14 zł (50 razy x 66 km x 0.8358), Sąd uznał, iż wyliczenie kosztów dojazdu przez powódkę było prawidłowe.

Mając jednak na względzie treść art. 321 § 1 k.p.c, Sąd zasądził na rzecz powódki żadaną w pozwie kwotę **2.679 zł**, o czym orzekł w punkcie 2. wyroku.

Wobec tego, że odpowiedzialność pozwanego szpitala wynika z deliktu, a ubezpieczyciela z umowy, sąd orzekł iż pozwani odpowiadają według zasady in solidum.

W myśl art. 359 § 1 k.c. odsetki od sumy pieniężnej należą się tylko wtedy, gdy to wynika z czynności prawnej albo z ustawy, z orzeczenia sądu lub decyzji innego właściwego organu. W niniejszej sprawie źródłem roszczenia o odsetki jest przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym dłużnik, który nie spełnia świadczenia w odpowiednim terminie dopuszcza się opóźnienia i wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego. Należy podkreślić, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym staje się wymagalne dopiero po wezwaniu dłużnika do wykonania świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 1973 r. I CR 55/73, niepublikowane).

Dłużnik ma obowiązek spełnić świadczenie pieniężne w chwili, gdy wskazana została jego wysokość i dopiero od tej chwili można mówić o „świadczeniu pieniężnym” w rozumieniu art. 481 k.c. Dla prawidłowego określenia daty początkowej płatności odsetek konieczne jest ustalenie, przy zastosowaniu zasad art. 481 § 1 k.c., jaka część ze zgłoszonych roszczeń była zasadna, co do wysokości w dacie ich wymagalności. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 września 1995 r., I ACr. 393/95, OSA 1995/9/66)

Należy w tym miejscu wskazać, że ubezpieczyciel winien zlikwidować szkodę w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia szkody. Jednak w przypadku, gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia w tym terminie było niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w terminie 14 dni od

dnia wyjaśnienia tych okoliczności (art. 14 ust.1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003r., o ubezpieczeniach obowiązkowych (...)).

W rozpoznawanej sprawie – z uwagi na różne terminy wysuwania przez stronę powodową poszczególnych roszczeń, terminy ich wymagalności przedstawiają się następująco.

Żądanie zapłaty **zadośćuczynienia** w kwocie 100.000 zł na rzecz A. M. (1), pozwanemu ad. 1, zostało doręczone w dniu 28 marca 2013 r. W tym stanie rzeczy należało uznać, że pozwany ad. 1, pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia dochodzonego pozwem najwcześniej od dnia następnego po dniu 28 sierpnia 2013 roku i zasądzić odsetki ustawowe, zgodnie z żądaniem pozwu, tj. od 29 marca 2013 r. Pozwany ad. 2 dowiedział się o szkodzie i wysokości roszczeń małoletniej z pisma doręzonego pozwanemu ubezpieczycielowi w dniu 28 października 2013 r. Dlatego też Sąd, stojąc na stanowisku, że pozwany ten winien szkodę zlikwidować w terminie 30 dni od daty wezwania, zasądził odsetki ustawowe od zasądzonej kwoty od dnia 28 listopada 2013 roku.

Odsetki za opóźnienie w zapłacie **odszkodowania** Sąd zasądził od dnia następującego po dniu, w którym nastąpiło doręczenia pozwanym odpisów pozwu (co nastąpiło w stosunku do obu podmiotów w dniu 16 kwietnia 2014 r.) tj. od 17 kwietnia 2014 r. (zgodnie z żądaniem pozwu), gdyż od tego momentu pozwani poinformowani o żądaniu pozostają w opóźnieniu w co do obowiązku jego spełnienia.

W ocenie sądu na uwzględnienie nie zasługiwało żądanie ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej za szkody jakie mogą ujawnić się u małoletniej powódki w przyszłości. Z opinii biegłych lekarzy: neurologa, rehabilitanta i ortopedy wynika, że powódka jest osobą zdrową, rokowania na przyszłość, co do jej stanu zdrowia są dobre, przewodzenie nerwów w kończynie prawidłowe, A. M. (1) jest w pełni zrehabilitowana. W związku z czym, w ocenie sądu brak jest podstaw na uwzględnienie żądania w tym zakresie.

Odpowiedzialność pozwanego ad. 2 wynika z zawartej z pozwanym ad. 1 umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku ze świadczeniem usług medycznych. W tym stanie rzeczy pozwani: (...) Spółka Akcyjna w W. i Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) w O., ponoszą względem siebie odpowiedzialność w ten sposób, że każdy z nich jest zobowiązany do zapłaty całej zasądzonej w pkt 1. i 2. wyroku należności głównej wraz z odsetkami, z tym, że zapłata przez jednego z nich zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

W toku procesu, w związku ze zwolnieniem każdej z powódek od kosztów sądowych, w części powyżej 250 zł każdorazowej należności, powstały nieuiszczone koszty sądowe, obejmujące: opłatę sądową od pozwu oraz wydatki na poczet wynagrodzenia biegłych lekarzy: ortopedy, neurologa oraz rehabilitanta, w łącznej kwocie 7.938 zł. Obowiązkiem ich poniesienia, stosownie do dyspozycji art. 113 ust. 1 i 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2005 r., Nr 167, poz. 1398 z późniejszymi zmianami) należało obciążyć strony, proporcjonalnie do tego w jakiej części każda z nich wygrała i odpowiednio – przegrała proces. Na tej podstawie Sąd nakazał pobrać od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w O. i (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 2.540zł, jako, że strony te przegrały sprawę w ok. 32%.

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd odstąpił od obciążania powódek obowiązkiem zwrotu kosztów procesu (w tym kosztów, jakie są należne pozwanym). Zgodnie z brzmieniem powołanego przepisu, w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

W odniesieniu do zasady słuszności zawartej w art. 102 k.p.c. określone zostały przesłanki, których zaistnienie warunkuje możliwość obciążenia strony przegrywającej jedynie częścią kosztów albo nieobciążania jej w ogóle tymi kosztami. Obejmują one wystąpienie w sprawie wypadków szczególnie uzasadnionych, które powodują, że zasądzenie kosztów na rzecz wygrywającego przeciwnika w całości, a nawet w części, byłoby sprzeczne z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego. Podkreślić przy tym należy, że wskazany przepis nie precyzuje pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawiając w tym zakresie, przy uwzględnieniu

całości kształtu okoliczności danej sprawy, sądowi orzekającemu swobodę oceny (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r., IV CZ 61/13).

Zgodnie z poglądami doktryny i orzecznictwa jako okoliczności brane pod uwagę przez sąd przy ocenie przesłanek zastosowania dyspozycji omawianego przepisu wskazuje się na te związane z samym przebiegiem postępowania, jak przedawnienie roszczenia, charakter dochodzonego roszczenia, jego znaczenie dla strony, okoliczność, iż strona przegrywająca znajduje się w wyjątkowo trudnej sytuacji majątkowej, a wytaczając powództwo była subiektywnie przeświadczona o słuszności dochodzonego roszczenia, natomiast strona wygrywająca korzystała ze stałej obsługi prawnej i nie poniosła dodatkowych nakładów na prowadzenie procesu, ale także leżące poza procesem, dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej strony (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2011 r., I CZ 13/11, wyrok Sądu Najwyższego z 17 listopada 1972 roku, I PR 423/72, uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 19 września 2013 r., I CZ 183/12). Zakwalifikowanie konkretnego przypadku jako "szczególnie uzasadnionego" wymaga rozważenia całości kształtu okoliczności sprawy łączących się z charakterem żądania poddanego pod osąd, przy uwzględnieniu zasad współżycia społecznego.

Dokonując rozstrzygnięcia w zakresie odstąpienia od obciążenia obu powódek obowiązkiem zwrotu kosztów procesu, Sąd wziął pod uwagę sytuację majątkowo - życiową M. i A. M. (1) (w tym okoliczność, iż A. M. (1) jest osobą małoletnią), charakter przedmiotu postępowania, jak również okoliczność, że ewentualność zweryfikowania zasadności wysuniętych roszczeń była możliwa dopiero po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa.