

Sygn. akt I C 583/14

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2018 roku

Sąd Rejonowy w Drawsku Pomorskim I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSR Marcin Myszka

Protokolant: Stażystka Agnieszka Swęd

po rozpoznaniu w dniu 12 stycznia 2018 roku w Drawsku Pomorskim

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. T. (1)**

przeciwko **Powiatowi (...)**

o zadośćuczynienie

I. zasądza od pozwanego Powiatu (...) na rzecz powoda M. T. (1) kwotę 20 000 (dwudziestu tysięcy) złotych;

II. zasądza od pozwanego Powiatu (...) na rzecz powoda M. T. (1) rentę w kwocie 2000 (dwóch tysięcy) złotych miesięcznie, płatną z góry do 10 (dziesiątego) dnia każdego miesiąca, począwszy od kolejnego miesiąca po uprawomocnieniu się niniejszego wyroku, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w przypadku uchybienia terminowi płatności poszczególnych świadczeń;

III. w pozostałej części oddala powództwo;

IV. zasądza od pozwanego Powiatu (...) na rzecz powoda M. T. (1) kwotę 3 617 (trzech tysięcy sześciuset siedemnastu) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

V. nakazuje pobrać od pozwanego Powiatu (...) na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Drawsku Pomorskim kwotę 9 323,83 złotych (dziewięciu tysięcy trzystu dwudziestu trzech zł 83/100 gr) tytułem zwrotu kosztów sądowych.

SSR Marcin Myszka

## UZASADNIENIE

W imieniu małoletniego powoda **M. T. (1)** wniesiono o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego Powiatu (...) kwoty 20 000 złotych tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wywołaną błędem lekarskim podczas porodu oraz kwoty 3 000 złotych miesięcznie tytułem renty ze względu na zwiększenie potrzeb powoda i zmniejszenie się widoków jego powodzenia na przyszłość, a także zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazano, że matka powoda M. T. (2) podczas ciąży korzystała z pomocy i leczyła się u lekarza A. J. (1) – specjalisty ginekologa-położnika. Korzystała z wizyt lekarskich regularnie i realizowała wszystkie zalecenia lekarza. W 30 tygodniu ciąży, po przeprowadzeniu badań, lekarz stwierdził, że waga dziecka wskazywała ok. 3000 g. Lekarz stwierdził, że dziecko jest zdrowe, co wynikało z badań USG, twierdził, że dziecko dobrze się rozwija i jest duże. W trakcie ciąży matce powoda puchły nogi i przytyła 40 kg, wcześniej ważyła 45 kg. W lipcu i sierpniu 2003 roku lekarz kierował ją do szpitala z powodu napiętego brzucha i obrzęku, gdyż obawiał się zatrucia ciążowego. Matka powoda przebywała wówczas w Szpitalu (...) z K. w D., gdzie czuła się dobrze. W dniu 9 września 2003 roku matka

powoda sama zgłosiła się do wskazanego szpitala z powodu silnych bólów pleców. W dniu 10 września 2003 roku przeprowadzono rutynowe badania, zaś następnego dnia rozpoczął się poród. Nie zwrócono uwagi na wielkość dziecka i drobną budowę matki. W trakcie porodu, który nastąpił w dniu 11 września 2003 roku, dziecko zablokowało się. Na sali porodowej powstało zamieszanie. Byli obecni doktor B., jego żona i doktor M., wszyscy lekarze, którzy byli na dyżurze. Jeden z nich ręką zgietą w łokciu uderzył M. T. (2) w brzuch po prawej stronie żeber. Urodziła o godzinie 15.15, jednak na Sali porodowej pozostała do wieczora. Bezpośrednio po porodzie nikt nie rozmawiał z matką powoda o problemach związanych z porodem oraz o stanie zdrowia dziecka, pomimo że dopytywała, dlaczego jest w szpitalu tak długo, tj. przez okres 4 dni. Podczas wizyty babki powoda K. T., poinformowano ją, że dziecko było duże i podczas porodu nastąpiło porażenie splotu barkowego, lecz w szpitalu nie ma specjalisty w tym zakresie, w związku z czym powinna zasięgnąć konsultacji neurologicznej po wyjściu ze szpitala. Dziecko miało zabandażowany bark, bandażem wokół brzucha. Po wyjściu ze szpitala M. T. (1) zgłosiła się z powodem do neurologa dziecięcego w SPZOZ w S. – ósmego dnia po opuszczeniu szpitala. Lekarz kazał być dobrej myśli i zlecił rehabilitację powoda. W wieku pięciu lat lekarz stwierdził, że dziecko nie powróci do pełnej sprawności, zaś skutki uszkodzenia są nieodwracalne.

Powód ma znaczne ograniczenia ruchowe, jego prawa ręka jest krótsza o 2 cm, jej ruchy są ograniczone, nie może wykonywać wszystkich czynności jak osoba zdrowa, przykładowo umyć głowy. Powoda uczono używania chorej, prawej ręki, jednakże dziecko buntowało się i używało lewej. Z powodu trudności w przeżegnaniu się prawą ręką, czyniło to lewą, co powodowało nieporozumienia. Żeby dotknąć chorą ręką twarzy, powód musi podnieść całe ramię, musi pomagać sobie zdrową ręką. Zdarza się, że podnosząc chore ramię uderza inne dzieci łokciem. Lekarz neurolog stwierdził, że powód nie będzie mógł wykonywać pracy we wszystkich zawodach.

Od 2003 roku powód był rehabilitowany w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej – Centrum (...) w Ł.. Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Ł. – Gabinetcie Fizykoterapii, (...) Sp. z o.o. – Gabinetcie (...) i Fizykoterapii. Cały czas jest pod opieką neurologa.

Zdarzenie wywołujące szkodę zostało spowodowane w Szpitalu (...) z K. w D.. Uchwałą Rady Powiatu (...) nr (...) z 20 grudnia 201 roku szpital ten został zlikwidowany, zaś zobowiązania, należności i majątek szpitala według stanu na dzień zamknięcia likwidacji przeszły na Powiat (...).

Powód dochodzi kwoty 20 000 złotych zadośćuczynienia z tytułu doznawanego cierpienia związanego z rehabilitacją i stygmatyzacją w środowisku, jaką powoduje niesprawność ręki. Powód doznaje przykrości ze strony rówieśników, nie będąc tak sprawnym jak inne dzieci, spotyka się z niezrozumieniem również wśród dorosłych, jak choćby krytyką ze strony nauczyciela religii. Domaga się również renty miesięcznej w wysokości 3000 złotych ze względu na zwiększenie potrzeb i zmniejszenie widoków powodzenia w przyszłości. Powód cały czas wymaga rehabilitacji, której koszty są wysokie. Łączny koszt zabiegów, które mogłyby być wykonywane w trakcie dnia to 145 złotych, natomiast najlepsze efekty można osiągnąć właśnie stosując zabiegi codziennie. Zaprzestanie rehabilitacji spowoduje, że powód nie będzie mógł w przyszłości wykonywać wielu zajęć, co ograniczy możliwość wyboru wykonywanego zawodu.

Moment, w którym uzyskano wiedzę o nieodwracalnych skutkach zdarzenia z dnia urodzenia nastąpił po upływie 5 lat od dnia urodzenia powoda, tj. w 2009 roku. Wówczas lekarz stwierdził, że skutki działań lekarzy podczas porodu będą nieodwracalne, zaś niesprawność powoda będzie trwać do końca życia, zaś jedynie rehabilitacja pozwoli podnieść sprawność ręki. Przedawnienie roszczeń osoby małoletniej nie może nastąpić wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności.

W imieniu pozwanego **Powiatu (...)** w odpowiedzi na pozew wniesiono o oddalenie powództwa w całości, domagając się zasądzenia od powoda zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazano, że z dołączonej do pozwu dokumentacji medycznej z pobytu matki powoda w szpitalu nie wynika, by personel medyczny szpitala dopuścił się w czasie ciąży oraz porodu zaniedbań, które możnaby zakwalifikować jako zawiniony błąd lekarski. Mając na uwadze rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, w zakresie wskazań do cięcia cesarskiego, podniesiono, że wskazaniem do cięcia cesarskiego jest waga powyżej 4,5 kg. Zatem uwzględniając wagę urodzeniową powoda – 4380 g, nie sposób zgodzić się z twierdzeniem

pozwu, że do porażenia splotu barkowego doszło w efekcie zawinionego, pomimo istnienia wskazań medycznych, zaniechania cięcia cesarskiego i dopuszczenia do naturalnego porodu. Dokumentacja wskazuje, że ciąża przebiegała prawidłowo i nie było przeciwwskazań, by poród przebiegał siłami natury. Brak tam potwierdzenia, by którykolwiek z lekarzy obecnych przy porodzie uderzył matkę powoda w brzuch. Szczegółowy opis porodu, podpisany przez położną i ordynatora M. B., nie wskazuje na jakiegokolwiek powikłania w czasie porodu czy stosowanie nagłego nacisku (uderzenia) na brzuch rodzącej. Nic nie wskazywało na to, że istnieje ryzyko powikłań przy naturalnym porodzie.

Mając na uwadze powyższe podniesiono, że w trakcie hospitalizacji matki powoda w Szpitalu (...) z K. w D. w 2003 roku, w szczególności w czasie porodu - 11 września 2003 roku, personel szpitala nie dopuścił się żadnych zawinionych uchybień czy zaniedbań, które uzasadniałyby odpowiedzialność szpitala za szkody spowodowane okołoporodowym porażeniem splotu barkowego powoda. Wskazano, że w imieniu powoda nie udowodniono przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego. Z ostrożności procesowej zarzucono, że dochodzone kwoty zadośćuczynienia i renty są rażąco zawyżone.

Wniesiono o przypozwanie (...) S.A. w W., jako zakładu ubezpieczeń, z którym szpital miał zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Wskazane towarzystwo ubezpieczeń, pomimo zawiadomienia (k. 134, 138) nie zgłosiło akcesu do postępowania w charakterze interwenienta ubocznego.

#### Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Matka małoletniego powoda M. M. T. urodziła się (...). W dniu urodzenia powoda miała niespełna 21 lat (bez 2 miesięcy), wzrost – 154 cm, przed ciążą ważyła 47 kg, bezpośrednio przed porodem – 69 kg (przyrost o 22 kg). Rodziła po raz pierwszy.

Ciąża przebiegała bez poważnych powikłań. Wizyty w poradni następowały w odstępach 5-21 dniowych. W trakcie wizyt ujawniono u pacjentki: nadżerkę szyjki macicy na początku ciąży, bóle okolicy krzyżowej w 12 tygodniu ciąży, zapalenie pochwy w 16 tygodniu ciąży, infekcję górnych dróg oddechowych w 17-18 tygodniu ciąży, bóle okolicy lędźwiowej lewej w 19-20 i 21 tygodniu ciąży, bóle kości ogonowej, okresowe bóle brzucha i ucisk w nadbrzuszu w 26-27 tygodniu ciąży, dolegliwości nadbrzusza problemy z oddychaniem i bezsenność w 29-30 tygodniu, obrzęki narastające od 35 tygodnia ciąży i okresowo powracające, w trzecim trymestrze dolegliwości bólowe nadbrzusza. Większość schorzeń była leczona ambulatoryjnie, choć matka powoda była dwukrotnie w trakcie ciąży hospitalizowana w Oddziale Położniczym Szpitala (...) z K. w D.: za pierwszym razem w 30 tygodniu ciąży - z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego i obrzęków ciążowych, zaś w 37 tygodniu ciąży - z powodu nasilonych obrzęków ciążowych. Badania diagnostyczne prowadzone w trakcie hospitalizacji, nie ujawniły dodatkowych powikłań ciąży dla matki i płodu. Ostatnie udokumentowane badanie USG zostało przeprowadzone w 30-31 tygodniu ciąży z oszacowaniem masy płodu na 2 267 g, co odpowiadało 32 tygodniowi ciąży.

W dniu 10 września 2003 roku M. T. (2) została przyjęta na oddział położniczy. Lekarz przyjmującą była dr J. S.. Nie przeprowadzono badania USG płodu. Badania wymiarów miednicy kostnej dały wyniki:

- wymiar międzykolewowy: 22 cm,
- wymiar międzygrzebieniowy: 25 cm,
- wymiar międzykrętarzowy: 30 cm,
- sprzężna zewnętrzna: 20 cm.

Pacjentkę zakwalifikowano do porodu siłami natury, który odbył się w dniu 11 września 2015 roku, gdy przekazano ją na salę porodową z regularną czynnością skurczową macicy oraz 4 cm rozwarcia szyjki macicy. Po przekazaniu na salę porodową założono partogram, gdzie odnotowano parametry stanu ogólnego rodzącej, w tym pomiary ciśnienia tętniczego, temperatury i czynności serca rodzącej, czynność serca oraz postęp porodu. O godzinie 14:30 podłączono wlew kroplowy z 5 jednostkami oksytocyny. Czas trwania poszczególnych okresów porodu wynosił: I okresu – 6 godzin

i 30 minut, II okresu – 40 minut i III okresu – 5 minut. Poród siłami natury nastąpił o godzinie 15:10 po nacięciu krocza. Stan urodzonego syna o masie 4 380 g oceniono na 9 punktów w skali Apgar.

O godzinie 14:30 doktor Z. M. odnotowała stan rodzącej jako dobry. O 15:20 dr A. B. (1) dokonał wpisu: szycie krocza, rozwarstwienie wokół cewki oraz dotyczącego obecności gazika w pochwie.

W karcie porodu nie odnotowano zablokowania się barków dziecka (dystocji barkowej).

(dowody: dokumentacja medyczna z przebiegu ciąży i porodu k. 17-53, 161-181, 187)

W trakcie porodu doszło do sytuacji zablokowania się dziecka w kanale rodnym (dystocji barkowej). Niespokojne zachowanie położnych spowodowało, że M. T. (2) poczuła, że dzieje się coś niedobrego. Personel biegle wokół niej, położna prowadząca poród - A. J. (2) - nakazała matce powoda podciągnięcie nóg do klatki piersiowej za pomocą chwytu rękoma za kolana, tj. wykonanie tzw. manewru McRobertsa. Na salę oprócz położnych zostali wezwani lekarze, m.in. Z. M., ordynator oddziału - M. B. oraz jego żona, również będąca lekarzem, a także doktor A. B. (1). Ostatecznie to M. B. wykonał czynności, które spowodowały uwolnienie dziecka. M. T. (2) odczuła to jako uderzenie w prawą część brzucha, w okolicę podżebrawą.

W badaniu dziecka wykonanym następnego dnia, tj. 12 września 2003 roku, lekarz R. stwierdził niedowład prawej kończyny górnej, odnotował również wątpliwości co do uszkodzenia kości obojczykowych (zapis: obojczyki całe opatrzone znakiem zapytania).

Małoletni powód M. T. (1) urodził się z całkowitym porażeniem splotu barkowego, związanym z urazem i obrzękiem. Ramię było całkowicie wiotkie.

M. T. (2) wraz z małoletnim powodem przebywali w szpitalu 4 dni po porodzie. Z uwagi na ciężki przebieg porodu, matka długo dochodziła do siebie. Dopiero czwartego dnia poinformowano ją o wystąpieniu porażenia barkowego u dziecka. W tym dniu informację taką przekazano również babce powoda K. T., którą poproszono o nabycie bandaża elastycznego celem zabezpieczenia dotkniętego porażeniem ramienia dziecka, gdyż materiału tego brakowało na oddziale szpitalnym.

W wypisie sygnowanym przez doktora R. wskazano diagnozę: porażenie splotu barkowego. Zlecono konsultację u neurologa, wystawiając skierowanie do poradni specjalistycznej w K.. Po udaniu się tam przez matkę powoda z synem wyszło na jaw, że urzędujący tam lekarz neurolog – dr C. nie posiada stosownej specjalizacji. Lekarz ten skierował rodzinę powoda do doktora R. w S. (wówczas (...)), który odtąd objął powoda stałą opieką neurologiczną. W wyniku podjętego leczenia i rehabilitacji nastąpiła poprawa, obrzęk się zmniejszył, pozostało natomiast trwale schorzenie w postaci porażenia górnej części splotu barkowego prawego. W pierwszym okresie zlecono utrzymywanie ramienia w specjalnym rękawie, celem utrzymywania go w cieple. W kolejnych latach powód przechodził rehabilitację w różnych ośrodkach, zarówno płatną, jak i refundowaną.

Obecnie u małoletniego powoda brak pełnej sprawności prawego ramienia. Utrudnia to czynności życia codziennego, jak mycie i ubieranie, podczas których powód jest zmuszony wspierać się zdrową lewą ręką. Nie jest w stanie unieść prawej dłoni wyciągniętej ku górze, wymaga to podtrzymania drugim ramieniem. Mimo że naturalnie był praworęczny, dokonano przestawienia na lewą rękę, którą obecnie pisze.

W związku z widocznym schorzeniem małoletni powód był dyskryminowany w środowisku rówieśników, zdarzało się, że naśmiewali się z jego niepełnosprawności, co M. T. (1) bardzo przeżywał, szukając pocieszenia u matki. Powód wychowuje się bez ojca, który opuścił rodzinę jeszcze przed porodem. Również konieczność wspomagania M. T. (1) przez matkę wywoływała negatywne reakcje rówieśników, w związku z czym ta starała się podczas wizyt w szkole trzymać na uboczu obserwując syna z daleka. Skutkiem zwracania uwagi rówieśnikom przez nauczycieli było dalsze wykluczenie powoda z grupy i odwet ze strony karconych uczniów. Obniżenie sprawności powodowało problemy z wykonywaniem ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego, gorszą sprawność, w szczególności w zakresie gier

zespołowych, w związku z czym rówieśnicy okazywali powodowi niechęć w przypadku konieczności grania z nim w jednej drużynie. Powodowi zdarzało się także niechcący potrącać i uderzać inne dzieci łokciem, gdyż niektóre ruchy prawą ręką wymagają uniesienia całego ramienia. W przypadku upadków powód nie był w stanie amortyzować ich oparciem na chorym ramieniu. Podczas lekcji religii, nie będąc w stanie żegnać się prawą ręką, czynił to lewą, z czego wynikało nieporozumienie. Dopiero po wytłumaczeniu problemu nauczycielce przez matkę, powodowi pozwolono żegnać się lewą ręką.

Powód stale ma problemy z ubieraniem i rozbieraniem, w związku z czym jego mama musi ubierać go w stroje ułatwiające te czynności. Powód wstydzi się poprosić o pomoc innych, nawet osób dorosłych, mając w pamięci naśmiewanie się przez rówieśników. W IV klasie były okresy, gdy powód przechodził moczenia nocne z uwagi na problemy emocjonalne.

(dowody: zeznania świadków – K. T. k. 146v.-148, A. J. (1) k. 229-229v., częściowo – A. J. (2) k. 272v.-274, K. R. – w aktach IV Po 138/15, zeznania przedstawicielki ustawowej małoletniego powoda M. T. (2) k. 261v.-263v.)

Sprawujący opiekę pediatryczno-neurologiczną nad powodem lekarz specjalista K. R. stwierdził u powoda okołoporodowe uszkodzenie splotu barkowego prawego typu Duchenne'a-Erba. Choroba ma jego zdaniem charakter trwały i nie rokuje poprawy, sprawność na obecnym poziomie mogą utrzymać systematyczne ćwiczenia rehabilitacyjne: masaże klasyczne, masaże wirowe i elektroterapia. W celu dokładnego opisu uszkodzenia mięśni i nerwów zaleca wykonanie badania EMG. Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda winno się jego zdaniem ocenić na 25%. Chłopiec urodził się praworęczny z lateralizacją prawostronną (dominującą półkulą mózgową lewą). W związku z niepełnosprawnością ręki prawej musiał przestawić się na lewą rękę, przy nadal dominującej lewej półkuli mózgowej. Lekarz stwierdził ograniczenie supinacji ręki prawej o 50%.

(dowód: zaświadczenie lekarza specjalisty pediatry-neurologa K. R. k. 364)

Sprawujący opiekę rehabilitacyjną nad powodem mgr fizjoterapii P. K. (1) przedstawił listę wybranych zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w ramach jego działalności w Ł..

Fizykoterapia:

- kąpiel wirowa kończyn górnych – 15 zł,
- prądy Kolt'a – 10 zł,
- naświetlanie IR – 10 zł,
- krioterapia – 13 zł,
- laser – 10 zł.

Kinezyterapia:

- masaż tkanek głębokich – 50 zł,
- mobilizacja łopatek – 20 zł,
- ćwiczenia indywidualne metodą PNF – 70 zł.

Dla zwiększenia efektywności terapii, jego zdaniem zachowana powinna być ciągłość oraz cykliczność wykonywanych serii zabiegów, każdy powinien być wykonywany raz dziennie przez kolejnych 15 dni, a seria powtarzana po czterech tygodniach, z wyjątkiem ćwiczeń PNF, które najefektywniejsze są powtarzane codziennie.

(dowód: zaświadczenie mgr fizjoterapii P. K. (2) k. 365)

W sprawie dopuszczono dowody z opinii biegłych lekarzy specjalizacji ginekologii- położnictwa i rehabilitacji.

Ze złożonej w sprawie opinii biegłego ginekologa położnika Prof. dr hab. M. S. wynika, że oszacowanie masy płodu oraz ewentualne przewidzenie trudności podczas porodu możliwe jest po przeprowadzeniu kilku badań diagnostycznych, które zazwyczaj wykonuje się w momencie przyjęcia pacjentki do oddziału porodowego. Należą do nich: pomiary miednicy ciężarnej, pomiar obwodu brzucha ciężarnej, badanie przedmiotowe przy użyciu chwytów Leopolda oraz ocena masy płodu i stosunków obwodów poszczególnych części ciała płodu, a dokładniej stosunku obwodu brzucha do obwodu główki, w badaniu USG. Największą czułością i swoistością cechuje się w opinii biegłego to ostatnie. Ostatnie badanie tego typu (USG) u matki powoda przeprowadzono w 30-31 tygodniu ciąży z wynikiem masy płodu 2 267, co odpowiadało 32 tygodniowi ciąży. Badanie przeprowadzone w tym okresie nie stanowi podstawy do szacowania masy płodu w momencie porodu. Przewidzieć to można jedynie wykonując badanie USG w momencie przyjęcia pacjentki do oddziału porodowego, ewentualnie dysponując badaniem wykonanym w przeciągu ostatniego tygodnia przed porodem. Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (publikacje z 2008 i 2009 roku), dotyczących opieki okołoporodowej i przeprowadzenia porodu, u pacjentki przyjętej do szpitala zalecane jest wykonanie badania oceny miednicy kostnej. W przypadku podejrzenia niewspółmierności płodowo-matczynej zalecane jest wykonanie badania USG z oszacowaniem masy płodu. W przypadku podejrzenia makrosomii płodu, tj. masy przekraczającej 4 500 g, zalecane jest ukończenie ciąży drogą cesarskiego cięcia.

Biegły wskazał, że na podstawie dokumentacji medycznej dołączonej do akt sprawy można stwierdzić, że przebieg porodu powoda był prawidłowy. Czas trwania poszczególnych okresów porodu mieścił się w normach przyjętych dla pierwiastki (matki rodzącej po raz pierwszy). Nie odnotowano przeprowadzenia jakichkolwiek zabiegów, poza nacięciem krocza.

Uszkodzenie górnej części spłotu barkowego występuje jako powikłanie porodów drogami natury, najczęściej tych powikłanych dystocją barkową (uwięzieniem barków dziecka w kanale rodnym), ale może też wystąpić u płodu przed porodem na skutek nieprawidłowego ułożenia kończyny w jamie macicy, jak również u noworodków urodzonych drogą cesarskiego cięcia. Dokumentacja nie zawiera jakiegokolwiek wzmianki na temat wystąpienia trudności w rodzeniu barków płodu, w związku z czym nie można dopatrywać się związku przyczynowego pomiędzy działaniami personelu medycznego a uszkodzeniem spłotu barkowego powoda. M. T. (2) została prawidłowo zakwalifikowana do porodu drogami natury, na podstawie danych dokumentacji medycznej można wnioskować, że nie było wskazań do ukończenia ciąży drogą cesarskiego cięcia.

W charakterze błędu zdaniem biegłego można rozpatrywać dwie okoliczności: po pierwsze niedokonanie ultrasonograficznej oceny masy płodu przy przyjęciu matki powoda do porodu oraz - po drugie - uderzenie matki powoda podczas porodu w brzuch w okolicę prawego podżebrza. Pierwsza jest bezsporna, natomiast druga, której zweryfikowania biegły nie ma możliwości, rodziłaby niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia matki i płodu, natomiast nie mogło ono przybrać formy skutku, który rzeczywiście wystąpił po stronie powoda (nie mogła być jego przyczyną).

Co do uchybienia w postaci braku badania USG biegły zauważył, że masa płodu wynosząca 4380 g nie stanowi przesłanki do ukończenia porodu drogą cesarskiego cięcia, toteż ewentualne przeprowadzenie takiego badania najprawdopodobniej nie wpłynęłoby na kwalifikację pacjentki do porodu drogami natury.

Zagrażający poród przedwczesny nie stanowi przeciwwskazania do porodu siłami natury w ciąży donoszonej. Izolowane obrzęki ciążowe również nie stanowią takiego przeciwwskazania.

Istotną informacją z wywiadu, na którą powinien być zdaniem biegłego zwrócić uwagę personel oddziału porodowego był duży przyrost masy ciała matki w czasie ciąży (według karty ok. 21 kg), co stanowi jeden z czynników ryzyka dużej masy urodzenia płodu.

Według rekomendacji PTG dotyczących cięcia cesarskiego, wskazaniami do porodu tą drogą są: niewspółmierność płodowo-matczyzna oraz makrosomia płodu, czyli jego masa wynosząca 4500 g lub więcej. Ocena budowy ciała

pacjentki jako drobnej jest subiektywna. Podczas pracy na oddziale porodowym należy posługiwać się wymiernymi wartościami takimi jak: wymiary miednicy, pomiar obwodu brzucha rodzącej czy badanie USG z oceną masy płodu. Przyrost masy płodu w trzecim trymestrze jest największy, a zatem pomiar z początku trzeciego trymestru nie powinien stanowić podstawy do przewidywania ostatecznej masy urodzeniowej płodu. Gdyby po przeprowadzeniu badania USG pomiaru obwodu brzucha wysunięto podejrzenie dużego płodu, skorelowano ten fakt z nieprawidłowymi wymiarami miednicy matki powoda i wysunięto podejrzenie niewspółmierności płodowo-matczynej, mogłoby to stanowić wskazanie do ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego.

Prawidłowe wymiary miednicy kostnej wynoszą:

- wymiar międzykolcowy: 25-26 cm,
- wymiar międzygrzebieniowy: 28-29 cm,
- wymiar międzykrętarzowy: 31-32 cm,
- sprężna zewnętrzna: co najmniej 20 cm.

Przy przyjęciu pacjentki 2 lipca 2003 r. w 30 tygodniu ciąży zmierzono wymiary:

- wymiar międzykolcowy: 24 cm,
- wymiar międzygrzebieniowy: 26 cm,
- wymiar międzykrętarzowy: 31 cm,
- sprężna zewnętrzna: 18,5 cm.

Przy przyjęciu pacjentki 20 sierpnia 2003 r. w 37 tygodniu ciąży zmierzono wymiary:

- wymiar międzykolcowy: 23 cm,
- wymiar międzygrzebieniowy: 25 cm,
- wymiar międzykrętarzowy: 27 cm,
- sprężna zewnętrzna: 20 cm.

Przy przyjęciu pacjentki do porodu w dniu 10 września 2003 roku zmierzono:

- wymiar międzykolcowy: 22 cm,
- wymiar międzygrzebieniowy: 25 cm,
- wymiar międzykrętarzowy: 30 cm,
- sprężna zewnętrzna: 20 cm.

Gdyby dokonano dokładnej analizy wskazanych wymiarów można by podejrzewać miednicę zwężoną, a tym samym poddawać w wątpliwość powodzenie próby prowadzenia porodu siłami natury. Biorąc pod uwagę, że wymiary miednicy kostnej M. T. (2) były poniżej normy, zaś ostatnie badanie USG z oceną masy płodu, według dokumentacji było przeprowadzone między 30 a 31 tygodniem ciąży, badanie USG powinno zostać wykonane w momencie przyjęcia pacjentki do porodu.

Podsumowując biegły stwierdził, że lekarze szpitala przy przyjęciu M. T. (2) do porodu nie przeprowadzili wszelkich niezbędnych badań dla podjęcia prawidłowej decyzji co do sposobu ukończenia ciąży – nie wykonano badania USG z oceną masy płodu, choć fakt dwukrotnego hospitalizowania pacjentki w trakcie ciąży wydaje się nie mieć znaczenia.

Biegły nadmienił, że według piśmiennictwa do porażenia splotu barkowego dochodzi w około 30% porodów, zwłaszcza tych powikłanych dystocją barkową, która jest uznawana za jeden z najcięższych urazów okołoporodowych. Do trwałego uszkodzenia dochodzi w około 0,002% przypadków. Do porażenia splotu barkowego może dojść również w trakcie porodu drogą cięcia cesarskiego, jak również jeszcze przed porodem - z uwagi na nieprawidłowe ułożenie kończyn płodu w jamie macicy. Podsumowując biegły wskazał, że ukończenie porodu drogą cięcia cesarskiego mogło zmniejszyć ryzyko wystąpienia porażenia splotu barkowego u powoda, choć nie wyeliminowałoby go całkowicie.

Dalej biegły opisał, że zablokowanie się płodu w kanale rodny po urodzeniu główki zwane dystocją barkową jest stanem spowodowanym niemożnością urodzenia barków płodu wynikającą z nadmiernej ich szerokości, zwężenia miednicy kostnej lub nieprawidłowego mechanizmu wstawiania się barków do miednicy mniejszej. Zazwyczaj bark przedni płodu zatrzymuje się na górnym brzegu spojenia łonowego. Jest to powikłanie trudne do przewidzenia, niekiedy dramatyczne w skutkach, mogącym prowadzić do przejściowego lub trwałego kalectwa płodu, a nawet śmierci matki lub płodu. Jest często przyczyną porażenia splotu barkowego. Do czynników ryzyka należą: otyłość matki, przyrost masy ciała pacjentki w trakcie ciąży 20 kg i więcej, cukrzyca ciążowa, makrosomia płodu, wady płodu, nieprawidłowa budowa miednicy u matki (w tym miednica zwężona), niski wzrost matki (poniżej 150 cm), ciąża po terminie porodu, mięśniaki macicy, wielorodność, a także obwód brzucha płodu większy o więcej niż 4 cm od obwodu głowy płodu w badaniu USG. Do śródporodowych czynników ryzyka dystocji należą: indukcja porodu, brak postępu porodu, przedłużający się okres II porodu, zabieg Kristellera i poród operacyjny drogą pochwową.

W przypadku wystąpienia dystocji barkowej obowiązuje ściśle określony algorytm postępowania, który obejmuje kolejno: zawiadomienie personelu Sali porodowej, lekarza nadzorującego oddział porodowy, lekarza anestezjologa i najbardziej doświadczonej położnej sali porodowej oraz wykonanie następujących manewrów:

- manewru McRobertsa w postaci odwiedzenia i maksymalnego zgięcia kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych, zaś w razie jego nieskuteczności:
- poszerzenia nacięcia krocza lub wykonania szerokiego nacięcia,
- ucisku nadłonowego – silnego ucisku nad spojenie łonowe pacjentki mającego na celu ułatwienie rotacji barku lub sprowadzenie go pod spojenie łonowe,
- podanie tokolityku,
- próby rotacji wewnętrznej barków w kanale rodny,
- próby wytoczenia rączki,
- przyjęcia pozycji kolanowo-łokciowej,
- złamanie obojczyka płodu,
- manewru Zavanelly'ego w postaci próby wprowadzenia główki z powrotem do kanału rodny i wykonania cięcia cesarskiego.

Obowiązkiem lekarzy przyjmujących poród powikłany dystocją barkową jest dokładne opisanie sytuacji położniczej, w tym: godziny urodzenia główki, godziny rozpoznania dystocji, wykonanych manewrów i rękoczynów, godziny wytoczenia barków i urodzenia całego noworodka. W dokumentacji z sali porodowej z akt sprawy nie widnieje żaden wpis potwierdzający wystąpienie zablokowania się płodu w kanale rodny oraz wykonanie jakichkolwiek rękoczynów mających usprawnić akcję porodową.

Jakiegokolwiek uderzenia, próby uciskania na macicę ciężarnej (tzw. manewr Kristellera) nie są standardem postępowania w przypadku dystocji barkowej. Co więcej, poprzez zwiększanie ryzyka okołoporodowego pęknięcia macicy, są w przypadku dystocji barkowej niedopuszczalne.

Może istnieć związek przyczynowy między działaniem personelu medycznego podczas porodu a uszkodzeniem górnej części spłotu barkowego powoda, jednak nie oznacza to, że powstało ono na skutek błędu medycznego podczas opieki nad rodzącą, a raczej jako powikłanie toczącej się akcji porodowej.

Potencjalne uderzenie rodzącej w brzuch poniżej łuku żebrowego, jak i zaniechanie wykonania badań mających na celu określenie masy płodu (pomiar obwodu brzucha, USG) są niezgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej i w tym sensie, jako niezgodne z obowiązującymi regułami postępowania mogą być poczytywane za błąd medyczny.

W opinii uzupełniającej, złożonej po przeprowadzeniu dowodów z zeznań świadków oraz z zeznań matki powoda, biegły wskazał, że po wykonaniu pomiarów miednicy – międzykolcowego, międzygrzebieniowego, międzykrętarzowego i sprężnej zewnętrznej można z łatwością zauważyć, że u matki powoda we wszystkich wykonanych pomiarach wartości te były poniżej lub na dolnej granicy normy. Gdyby dokonano dokładnej analizy wymiarów miednicy pacjentki możnaby podejrzewać miednicę zwężoną, a tym samym szybciej podjąć decyzję o rozwiązaniu cięciem cesarskim. Dodatkowym wskazaniem do operacyjnego ukończenia porodu była masa płodu 4 380g i niski wzrost rodzącej. Niewątpliwie brak wyciągnięcia prawidłowych wniosków klinicznych, prowadzenie porodu drogami naturalnymi, może mieć związek przyczynowo-skutkowy z porażeniem spłotu barkowego powoda. Mimo rozbieżności w pomiarach miednicy, biegły uważa postępowanie zespołu lekarskiego za prawidłowe, choć wyciągnięcie wniosków klinicznych co do sposobu ukończenia porodu uważa za błędne. Należało podjąć decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego, choć jak wskazał w opinii zasadniczej – porażenie spłotu barkowego stwierdza się również już w czasie cięcia cesarskiego lub w czasie ciąży. Tym niemniej niski wzrost matki, przyrost masy ciała w czasie ciąży i duża masa płodu kwalifikowały rodzącą do rozwiązania cięciem cesarskim, którego wykonanie – jak uważa biegły – pozwoliłoby uniknąć ryzyka dystocji barkowej i porażenia spłotu barkowego powoda.

Uzupełniająco biegły wskazał, że stwierdzenie w dokumentacji „w pierwszym badaniu lekarskim stwierdzono poporodowe prawostronne porażenie spłotu barkowego oraz krwiak podkostny czaszki” nie jest równoznaczne z wystąpieniem w czasie porodu dystocji barkowej i porażenia spłotu barkowego, natomiast prowadzenie prawidłowo rzetelnej dokumentacji medycznej jest podstawowym obowiązkiem lekarzy i położnych. Ocena w skali Apgar w chwili porodu nie obejmuje oceny barków, tym bardziej, że porażenie takie w pierwszych minutach życia pozostaje nierozpoznane. Ocena noworodka na 9 punktów w skali Apgar była prawidłowa. Z dokumentacji nie wynika, by w czasie rodzenia płodu zastosowano zabieg Kristellera, choć nie jest on w Polsce zakazany, zatem w takim przypadku trudno mówić o błędzie.

Biegły skonkludował, że w chwili rozpoznania powikłania dystocji zespół lekarski i położnych działał prawidłowo. Powikłanie to ma związek przyczynowo-skutkowy z porażeniem spłotu barkowego u powoda.

(dowody: opinia główna k. 202-211, uzupełniająca k. 304)

Ze złożonej w sprawie opinii biegłego neurologa J. M. wynika, że przyczyną uszkodzenia górnej części spłotu barkowego powoda było uszkodzenie okołoporodowe. Związek uszkodzenia z porodem jest zdaniem biegłego bezsporny.

Z uwagi na ograniczoną sprawność prawej kończyny górnej w zakresie rotacji ramienia, unoszenia ramienia ponad poziom, skrócenia kończyny prawej, przy zachowanym pełnym chwycie ręki badany ma istotne ograniczenia w zakresie ćwiczeń „WF” wymagających sprawności w zakresie ruchu obu kończyn, balansu ciała. W zakresie wyboru zawodu nie może wykonywać zawodów wymagających pełnej sprawności (kierowcy, operatora sprzętu ciężkiego, żołnierza, policjanta) oraz wykonywać ciężkiej pracy fizycznej). W zakresie życia codziennego ograniczenie sprawności nie ma istotnego znaczenia, bowiem podnoszone trudności z czynnościami higieny kompensuje zdrową kończyną,

jakkolwiek stanowi to utrudnienie wykonywania tych czynności. Konieczne było przestawienie badanego na pisanie lewą ręką. Badany winien wykonywać wyuczone ćwiczenia usprawniające stale celem utrzymania sprawności w stawie barkowym. Rokowanie co do poprawy jest złe. Oczywiście tego typu uszkodzenie będzie, poza samym stawem barkowym, powodowało powstanie nieprawidłowych krzywizn kręgosłupa, skrócenie kończyny górnej, asymetrię ustawienia barków i łopatki po prawej stronie. W przyszłości niewątpliwie przyspieszy to wystąpienie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Okresowo badany będzie potrzebował leczenia w poradni rehabilitacyjnej. Świadczenia są dostępne i refundowane w ramach NFZ. Podstawowym leczeniem są codzienne, systematyczne ćwiczenia rehabilitacyjne wykonywane w domu. Brak w świetle obecnej wiedzy zabiegów rehabilitacyjnych, które mogłyby poprawić sprawność funkcji uszkodzonej części splotu barkowego. Uszkodzenie jest trwałe i nie można przewidywać odzyskania pełnej sprawności przez badanego. Obecnie można ustalić stały uszczerbek na zdrowiu na 20 % według pozycji 181 ppkt. 1 załącznika do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18 grudnia 2002 roku.

W opinii uzupełniającej biegły wskazał, że badanie elektromiograficzne jest zbędne w obliczu oczywiście neurogenego uszkodzenia splotu barkowego.

W odpowiedzi na zarzuty biegły podtrzymał opinię, wskazując, że stałe ćwiczenia domowe spowodują utrzymanie sprawności kończyny, natomiast żadne postępowanie nie spowoduje poprawy funkcji. Zaproponowany przez mgr P. K. (1) schemat rehabilitacji nie może być traktowany jako standard, przy czym ze względu na wątpliwości w tym zakresie, biegły wskazał na konieczność konsultacji z biegłym z zakresu rehabilitacji.

(dowody: opinia główna k. 346-348, uzupełniająca k. 372-373)

Biegła lekarz specjalista rehabilitacji medycznej A. P. wskazała, że konsekwencje uszkodzenia splotu ramiennego dzieli się na pierwotne oraz późne (wtórne). Pierwotne to niedowład lub porażenie mięśni oraz zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego. Wtórne (późne) to:

- przykurcze w obrębie stawów kończyny (łokciowego i ramiennego przy uszkodzeniu górnej części),
- nieprawidłowe ustawienie oraz nieprawidłowy ruch łopatki,
- zmniejszenie masy mięśniowej i niedowład kończyny,
- słabszy wzrost kostny,
- strukturalne skrócenie kończyny,
- asymetria w budowie ciała (asymetryczne ustawienie głowy, barków, łopatek, tułowia, miednicy i kończyn),
- zaburzona ruchomość kręgosłupa,
- wada postawy,
- skolioza,
- gorsze poczucie i wyobrażenie „schematu ciała”, zespół „pomijania” i „dyskryminacji ruchowej” uszkodzonej kończyny w czynnościach życia codziennego,
- zaburzony wzorzec motoryczny,
- zaburzony wzorzec postawy ciała,
- gorsza koordynacja ruchu uszkodzonej kończyny w mechanizmie lokomocji,

- w przyszłości przyspieszone zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.

W związku z odległymi konsekwencjami uszkodzenia splotu poszkodowany będzie wymagał stałej, przewlekłej i kompleksowej rehabilitacji. Okresowo będzie również konieczna opieka Poradni Rehabilitacyjnej. NFZ oferuje rehabilitację w warunkach oddziału stacjonarnego, ośrodka/oddziału dziennego oraz ambulatoryjnych, jak również świadczenia sanatoryjne.

Zabiegi refundowane przez NFZ:

- kinezyterapeutyczne, które mogą być stosowane u powoda: ćwiczenia ogólnousprawniające (zwiększające zakres ruchu w stawach, wzmacniające, stretching obręczy barkowej, kończyny górnej i mm. Tułowia, ćwiczenia ogólnokondycyjne, mobilizacja tkanek miękkich, ćwiczenia neurofizjologiczne metodą PNF,

- szereg zabiegów fizykoterapeutycznych, wśród proponowanych znajdują się te z zakresu: ciepłolecznictwa, światłolecznictwa, hydroterapii, krioterapii, masażu klasycznego, elektrolecznictwa, może być również stosowane pole magnetyczne, biostymulacja promieniowaniem laserowym,

- aktywizacja pacjenta w zajęciach terapii zajęciowej.

Częstotliwość zabiegów uzależniona jest od wyboru formy usprawniania, którą oferuje NFZ. W ośrodku/oddziale dziennym i oddziale stacjonarnym rehabilitacja może być stosowana od 3 do 6 tygodni i obejmuje cykl min. 5 zabiegów dziennie. W warunkach ambulatoryjnych do 5 zabiegów w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym. Wg biegłej 2 razy do roku kompleksowa rehabilitacja przez 6 tygodni oraz ambulatoryjna jest zalecana u pacjenta. Wyuczone ćwiczenia powinny być prowadzone również w atrakcyjnej dla pacjenta formie, np. tenis, pływanie, itp.

Rehabilitacja komercyjna: zabiegi, które mogą być stosowane to m.in.:

- neuromobilizacja (30-50 zł)

- biostymulacja laserem wysokoenergetycznym (około 5 zabiegów 120 zł),

- kinesiotaping – plastrowanie dynamiczne – 30-60 zł,

- ćwiczenia metodą PNF – 30-100 zł,

- mobilizacja tkanek miękkich – 30-50 zł.

Cena zabiegów jest uzależniona od ośrodka rehabilitacyjnego.

Zalecenia wymienione w zaświadczeniu dr K. R.: masaż wirowy pkg (15X), masaż klasyczny pkg (10x), prądy Kotza mięśni (20X), są trafne i stosowane, aczkolwiek jest możliwość rehabilitowania powoda w szerszym zakresie (zabiegi wymienione powyżej).

Choroba ma charakter trwały i nie rokuje poprawy. Sprawność na obecnym poziomie mogą utrzymać systematyczne ćwiczenia rehabilitacyjne, masaże klasyczne, masaże wirowe, elektroterapia. W opinii biegłej poszkodowany rzeczywiście wymaga rehabilitacji przewlekłej, ciągłej w ośrodkach rehabilitacyjnych oraz kontynuacji ćwiczeń wyuczonych w warunkach domowych. Wskazane ćwiczenia i zabiegi mogą być stosowane w szerszym zakresie.

EMG (badanie elektromiograficzne) jest zabiegiem ważnym, choć obciążającym dziecko (długi czas trwania badania i ból). Przy wielu niedogodnościach stosowanych metod wprowadzane są nowe sposoby diagnostyczne, jak badanie z użyciem rezonansu magnetycznego, które nie niesie żadnych zagrożeń zdrowia dziecka.

Wg biegłej supinacja przedramienia prawego ograniczona jest w niewielkim stopniu (deficyt -20/25 st. w badaniu), co w znaczącym stopniu nie ogranicza funkcji kończyny. Biegła zgodziła się z oceną upośledzenia sprawności prawej

kończyny biegłego neurologa, uzasadniająca stwierdzenie dwudziestoprocentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu w oparciu o pozycje 181 ppkt I.

(dowód: opinia k. 392-395)

#### Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie złożonych w niniejszej sprawie dokumentów, których treść nie była kwestionowana, wyjąwszy dokumentację z przebiegu porodu, co do której rzetelności zaistniały wątpliwości, a nadto na podstawie zeznań przesłuchanych świadków i zeznań przedstawicielki ustawowej powoda, z wyjątkiem zeznań lekarzy oddziału porodowego szpitala, w którym przyszedł na świat powód. Sąd oparł się również na dopuszczonych w sprawie opiniach biegłych lekarzy ginekologa-położnika, neurologa oraz biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej.

W sprawie bezsporne było wystąpienie u małoletniego powoda M. T. (1) porażenia górnej części splotu barkowego prawego. Spór dotyczył odpowiedzialności pozwanego Powiatu (...) jako następcy prawnego odpowiedzialnego za zobowiązania zlikwidowanego Szpitala (...) z K. w D., co do zasady, jak i co do wysokości. W imieniu pozwanego zaprzeczono bowiem, jakoby doszło do błędu lekarskiego skutkującego w okolicznościach sprawy odpowiedzialnością za wystąpienie u małoletniego powoda przedmiotowego schorzenia, jak również by zaistnienie takiego błędu wykazało przeprowadzone postępowanie dowodowe. Z ostrożności procesowej uznano zgłaszane w imieniu powoda roszczenia za rażąco wygórowane.

Powództwo należało uznać za słuszne w zasadniczej części.

Wstępnie zaznaczyć należy, że odpowiedzialność placówki medycznej za tzw. anonimowy błąd lekarski, znajdująca podstawę w art. 430 K.c., opiera się na zasadzie wykazania winy personelu medycznego w formie działania lub zaniechania w sferze diagnozy i terapii sprzeczne z zasadami aktualnej, dostępnej wiedzy medycznej, pozostającego w adekwatnym związku przyczynowym z wystąpieniem szkody, jako normalnym następstwem określonego działania albo zaniechania personelu. Obiektywny element winy w postaci postępowania *contra legem artis* (wbrew sztuce lekarskiej) stanowi w tym sensie jeden z przejawów bezprawności i jest kategorią niezależną od osoby konkretnego lekarza bądź zespołu medycznego (ich indywidualnych cech, skłonności lub umiejętności). W określonych przypadkach tzw. odpowiedzialności zastępczej szpitala za zatrudniony w nim personel medyczny, gdy zaniedbania nie da się przypisać konkretnemu zatrudnionemu lekarzowi czy członkowi personelu, wystarczające jest wykazanie, że dopuścił się go niezidentyfikowany członek zespołu medycznego.

Łagodzenie rygorystycznego wymogu wykazania winy w tego typu sprawach może następować poprzez zastosowanie domniemania faktycznego wynikającego z zastosowania konstrukcji dowodzenia poszlakowego z art. 231 K.p.c., przenoszącego ciężar obalenia przyjętego domniemania faktycznego, tj. wykazania braku winy w wystąpieniu określonych skutków w zakresie zdrowia pacjenta na stronę pozwaną odpowiedzialną za potencjalny błąd (por. wyrok SA we Wrocławiu z 28.04.1998 r., I ACa 308/98, PiM 2002/12, wyrok SA w Warszawie z 21.03.1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7, oraz wyrok SA w Krakowie z 9.02.2000 r., I ACa 69/00).

Nie wymaga się przy tym by związek przyczynowy między zdarzeniem a szkodą był absolutnie pewny, albowiem w sytuacjach gdy chodzi o zdrowie i życie ludzkie z reguły nie można mówić o całkowitej pewności, lecz co najwyżej o wysokim prawdopodobieństwie (por. wyrok SN z 13.06.2000 r., V CKN 34/00).

Przechodząc do meritum, w pierwszej kolejności należało odnieść się do kwestii dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych sprawy. W związku z zaistnieniem zdarzeń skutkujących stwierdzonym schorzeniem małoletniego powoda w stosunkowo znacznej odległości czasowej od chwili wszczęcia procesu (poród nastąpił 11 września 2003 roku, natomiast pozew złożono 17 września 2014 roku) kwestia ustaleń co do faktycznego przebiegu tych zdarzeń była z oczywistych względów znacznie utrudniona. Należało mieć przy tym na uwadze, że zarówno ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej z przebiegu porodu, jak i z zeznań przesłuchanych w toku postępowania lekarzy – ówczesnego ordynatora oddziału położniczego M. B., jak również uczestniczących w czynnościach medycznych

związanych z przyjęciem matki powoda M. T. (2) do porodu, w przebiegu porodu oraz w dalszych czynnościach lekarzy: Z. M. i A. B. (1), nie wynika, by w trakcie tych czynności dopuszczono się jakichkolwiek zaniedbań. Do faktów tych należało jednakże podejść ze szczególną ostrożnością, a wręcz sceptycyzmem, z uwagi na oczywisty interes, jaki mógł przyświecać wskazanym osobom w potencjalnym zatuszowaniu zaistniałych uchybień. Zaznaczyć należy przy tym, że Sąd nie zakładał w niniejszej sprawie złej woli po stronie wskazanych świadków. Niewykluczone bowiem, że zatarcie się w ich pamięci przedmiotowych zdarzeń wyniknęło właśnie z upływu znacznego czasu od chwili ich wystąpienia. Natomiast w przeciągu wskazanego okresu, z uwagi na wykonywanie obowiązków służbowych w określonym zakresie, z pewnością spotykają się oni z tysiącami przypadków porodów, w tym tych związanych z powikłaniami. Zrozumiałym jest zatem, że swoje zeznania oparli oni w zasadniczej mierze na okazanej im dokumentacji medycznej, która, jak już wskazano, co potwierdził powołany w sprawie biegły ginekolog-położnik Prof. dr hab. M. S., nie zawiera wzmianek o wystąpieniu podczas porodu jakichkolwiek problemów.

Tym niemniej w sprawie istnieją dowody, które pozwoliły z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością stwierdzić, że wbrew zapisom dokumentacji z sali porodowej, jak i opartym na niej zeznaniom wzmiankowanych członków personelu medycznego, podczas porodu małoletniego powoda M. T. (1) faktycznie doszło do istotnego powikłania w postaci zaistnienia dystocji barkowej, tj. zablokowania się płodu w kanale rodny poprzez zaparcie się barku rodzącego się powoda o spojenie łonowe matki, które skutkowało bezpośrednio schorzeniem w postaci porażenia górnej części prawego splotu barkowego powoda.

Przede wszystkim wskazuje na to dowód z przesłuchania matki powoda M. T. (2), potwierdzony pośrednio przesłuchaniem babki powoda K. T.. M. T. (2) opisała mianowicie, że w pewnym momencie ewidentnie doszło do zaistnienia zakłócenia przebiegu akcji porodowej. Określiła to używając sformułowań – powstało zamieszanie, osoby wokół niej biegały gdzieś, na salę porodową wezwano lekarzy. Zasadniczym elementem tych zeznań, wskazującym, że przedmiotowe powikłanie przybrało postać dystocji barkowej, tj. zablokowania się płodu w kanale rodny, było wskazanie przez M. T. (2), że w pewnym momencie położna nakazała jej przygięcie nóg do klatki piersiowej za pomocą chwytu za kolana. Innymi słowy świadek opisała, że podczas akcji porodowej zastosowano wobec niej ewidentnie opisany następnie przez biegłego M. S. manewr Mc Roberta (vide: fragment opinii na k. 209 u dołu), będący według biegłego podstawowym manewrem wykonywanym w przypadku zablokowania się barków płodu. Zaznaczyć należy, że świadek zrelacjonowała przebieg zdarzeń na sali porodowej całkiem spontanicznie, posługując się językiem potocznym, zatem brak jest podstaw do stwierdzenia, by konfabulowała ona na podstawie wcześniej zdobytej wiedzy dotyczącej przedmiotowego powikłania porodu. Następnie M. T. (2) opisała, że przybyły celem wzięcia udziału w akcji porodowej lekarz M. B. miał dokonać uderzenia łokciem w okolice jej strefy podżebrowej, czemu ten - zeznając w charakterze świadka - kategorycznie zaprzeczył, wskazując, że nigdy nie dokonałby takiego czynu, sprzecznego z wiedzą medyczną. W tym zakresie do zeznań matki powoda należało podejść z ostrożnością, mając na uwadze, że znajdowała się ona w szczególnej sytuacji motywacyjnej, z pewnością zaburzającej percepcję i utrudniającej trzeźwą ocenę sytuacji. Sąd nie wyklucza zatem, że doktor M. B. mógł wykonać jakąś czynność, którą M. T. (2) odczuła jako uderzenie, tym niemniej zapewne był to element manewrów zmierzających do uwolnienia zablokowanego barku płodu, które zresztą ostatecznie okazały się skuteczne. Nie należy zatem dopatrywać się w tym zakresie bezprawnego działania lekarza wbrew wskazaniom wiedzy medycznej. Niezależnie od tego, sama konieczność dokonywania tego rodzaju manewrów świadczy dodatkowo o rzeczywistym zaistnieniu w okolicznościach sprawy powikłania w postaci dystocji barkowej. Kolejnym dowodem, który to potwierdza, są zeznania świadka A. J. (2), będącej położną prowadzącą poród. Wprawdzie również ona co do zasady zasłoniła się niepamięcią przedmiotowych zdarzeń, tym niemniej na podstawie lektury dokumentacji medycznej z przebiegu porodu, wskazała, że najprawdopodobniej przy porodzie było obecnych dwóch lekarzy (choć świadek wskazała, że sama tego nie pamięta), co sugeruje, że coś działało się nie tak (vide: zeznanie świadek k. 273 u dołu). Spostrzeżenie to należy uznać za wysoce prawdopodobne, szczególnie że matka powoda kategorycznie wskazała, że w porodzie uczestniczył doktor M. B., czemu ten nie zaprzeczył, wskazując, że może to potwierdzać złożenie przez niego podpisu na karcie porodowej. W tej sytuacji jednoczesna obecność drugiego lekarza, A. B. (1) jest prawdopodobna o tyle, że to on wykonywał czynności związanych z poporodowym opatrzaniem uszkodzonych organów rodnych matki powoda. Gdyby w porodzie uczestniczył jeden lekarz, należy domniemywać, że to właśnie on dokonałby następnie wskazanych czynności opatrunkowych. Mało

tego, z zeznań M. T. (2) wynika, że przez salę porodową przebiegła się również dwójka lekarek – Z. M. i żona M. B., co może dodatkowo świadczyć o tym, że sytuacja na sali porodowej nie była typowa, na co wskazywałyby zapisy w karcie porodu. Zważywszy zatem, że ze złożonej w sprawie opinii ginekologa-położnika wynika bezsprzecznie, że jednym z zasadniczych źródeł porażenia splotu barkowego jest powikłanie porodowe w postaci dystocji barkowej, na podstawie wskazanej wyżej analizy dowodów uznać należało z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że w okolicznościach sprawy do takiego właśnie powikłania rzeczywiście doszło, a jedynie - wbrew obowiązującym zasadom - nie zostało to odnotowane w karcie porodu. Podkreślić należy bowiem, że wszyscy zeznający w sprawie przedstawiciele personelu medycznego, jak również biegły ginekolog-położnik byli zgodni co do tego, że zaistnienie tego rodzaju powikłania winno być znaleźć odzwierciedlenie w zapisach dokumentacji medycznej.

Kolejną istotną okolicznością wynikającą z osobowych źródeł dowodowych jest kwestia związana z genezą uszkodzenia splotu barkowego powoda. Z opinii biegłego M. S. wynika bowiem, że źródłem takiego uszkodzenia może być równie dobrze jak wystąpienie dystocji barkowej w trakcie porodu, również złe ułożenie płodu w łonie matki jeszcze w życiu płodowym. Wątpliwości w tym zakresie pozwoliły jednakże rozwiać zeznania lekarza specjalisty pediatrii-neurologa K. R., sprawującego praktycznie od urodzenia opiekę medyczną nad małoletnim powodem (akta odezwy IV Po 138/15). Zeznał on mianowicie, że do uszkodzenia splotu barkowego powoda nie mogło dojść w życiu płodowym, bo po porodzie występowało u niego porażenie całkowite, które wiązało się z urazem i obrzękiem, przy czym w wyniku podjętego leczenia obrzęk się zmniejszył i nastąpiła poprawa. Przy uszkodzeniu w czasie życia płodowego rokowania są gorsze, zaś poprawa mniej ewidentna. Wniosek ten należy uznać za logiczny również z punktu widzenia zasad doświadczenia życiowego, które wskazują, że do obrzęku dochodzi z reguły bezpośrednio po uszkodzeniu, zaś leczenie jego źródła prowadzi z reguły do zmniejszenia obrzęku. Zważywszy, że świadek, będąc neurologiem dziecięcym, posiada z pewnością znaczne doświadczenie w przedmiotowym zakresie, a zarazem trudno uznać by miał jakikolwiek interes w składaniu fałszywych zeznań na korzyść powoda, jego twierdzenia w przedmiotowym zakresie Sąd uznał za miarodajne. Prowadzi to do przekonania, że w okolicznościach sprawy do porażenia splotu barkowego powoda doszło bezsprzecznie właśnie wskutek powikłania porodu w postaci dystocji barkowej, co wywołało obserwowalny po urodzeniu obrzęk, a zarazem nie doszło do niego wcześniej, tj. w życiu płodowym.

W dalszej kolejności, celem stwierdzenia, czy w okolicznościach sprawy doszło do błędu lekarskiego, należało odwołać się do złożonych w sprawie opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa prof. dr. hab. M. S.. Spostrzeżenia i wnioski opinii zostały szczegółowo opisane w części uzasadnienia dotyczącej ustaleń faktycznych, stąd też niniejszym należy dokonać jedynie polemicznej analizy wniosków opinii w świetle ustalonego stanu faktycznego sprawy.

Podnieść należy mianowicie, że w opinii pierwotnej biegły nie dostrzegł co do zasady okoliczności, które pozwoliłyby negatywnie ocenić działania podjęte przez personel medyczny Szpitala (...) z K. w D. w stosunku do matki powoda M. T. (2) w związku z przyjęciem i przebiegiem porodu. Należy jednakże zauważyć, że biegły oparł się w tym zakresie w zasadniczej mierze na przedstawionej mu dokumentacji medycznej, która – jak wykazano powyżej – była dotknięta istotnymi brakami. Biegły wskazał mianowicie, że postępowanie zespołu medycznego było prawidłowe, zaś w kategorii błędu można postrzegać wyłącznie dwie okoliczności. Pierwszą z nich było domniemane uderzenie matki powoda w okolicę podżebrą. Jak jednak wskazano powyżej, istnieją poważne wątpliwości co do możliwości stwierdzenia, że do takowego rzeczywiście doszło w trakcie porodu. Przede wszystkim jednak biegły wskazał kategorycznie, że nawet gdyby do takiego działania rzeczywiście doszło, to nawet jeśli stanowiłoby ono poważne zagrożenie zdrowia, a nawet życia matki i płodu, nie mogło skutkować przedmiotowym uszkodzeniem splotu barkowego małoletniego powoda.

Jako drugie uchybienie, które mogło zdaniem biegłego zostać ocenione w charakterze błędu lekarskiego, wskazał on uchybienie w postaci braku badania USG podczas przyjęcia do porodu. Biegły wskazał, że w tym momencie personel dysponował jedynie wynikiem badania USG z przełomu 30 i 31 tygodnia, wskazującego na masę 2 267 g, odpowiadającą normie na 32 tydzień. Biegły podniósł, że ocena budowy ciała pacjentki jako drobnej jest subiektywna, jednak podczas pracy na oddziale porodowym należy posługiwać się wymiernymi wartościami takimi jak: wymiary miednicy, pomiar obwodu brzucha rodzącej czy badanie USG z oceną masy płodu. Przyrost masy płodu w trzecim trymestrze jest największy, a zatem pomiar z początku trzeciego trymestru nie powinien stanowić podstawy do przewidywania ostatecznej masy urodzeniowej płodu. Gdyby po przeprowadzeniu badania USG pomiaru

obwodu brzucha wysunięto podejrzenie dużego płodu, skorelowano ten fakt z nieprawidłowymi wymiarami miednicy matki powoda i wysunięto podejrzenie niewspółmierności płodowo-matczynej, mogłoby to stanowić wskazanie do ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego. Istotną informacją z wywiadu, na którą zdaniem biegłego powinien być zwrócić uwagę personel oddziału porodowego był duży przyrost masy ciała matki w czasie ciąży (według karty ok. 21 kg), co stanowi jeden z czynników ryzyka dużej masy urodzenia płodu. Biorąc pod uwagę, że wymiary miednicy kostnej M. T. (2) były poniżej normy, zaś ostatnie badanie USG z oceną masy płodu, według dokumentacji było przeprowadzone między 30 a 31 tygodniem ciąży, badanie USG powinno zostać wykonane w momencie przyjęcia pacjentki do porodu.

Jednocześnie biegły zauważył, że masa płodu wynosząca, jak się okazało, 4380 g nie stanowi co do zasady przesłanki do ukończenia porodu drogą cesarskiego cięcia, toteż ewentualne przeprowadzenie badania USG najprawdopodobniej nie wpłynęłoby na kwalifikację pacjentki do porodu drogami natury. Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (publikacje z 2008 i 2009 roku) dotyczących opieki okołoporodowej i przeprowadzenia porodu, u pacjentki przyjętej do szpitala zalecane jest wykonanie badania oceny miednicy kostnej. W przypadku podejrzenia niewspółmierności płodowo-matczynej zalecane jest wykonanie badania USG z oszacowaniem masy płodu. W przypadku podejrzenia makrosomii płodu, tj. masy przekraczającej 4 500 g zalecane jest ukończenie ciąży drogą cesarskiego cięcia. Biegły podkreślił równocześnie, że porażenie barkowe stwierdza się również w przypadku prowadzenia porodu drogą cesarskiego cięcia, choć jego zdaniem ten sposób rozwiązania porodu mógłby w sposób istotny ograniczyć ryzyko wystąpienia tego skutku.

Podsumowując biegły stwierdził jednak, że lekarze szpitala przy przyjęciu M. T. (2) do porodu nie przeprowadzili wszelkich niezbędnych badań dla podjęcia prawidłowej decyzji co do sposobu ukończenia ciąży – nie wykonano badania USG z oceną masy płodu. Zaniechanie wykonania badań mających na celu określenie masy płodu (pomiar obwodu brzucha, USG) są niezgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej i w tym sensie, jako niezgodne z obowiązującymi regułami postępowania mogą być poczytywane za błąd medyczny.

Wniosek ten biegły potwierdził już bardziej kategorycznie w opinii uzupełniającej, złożonej po przeprowadzeniu dowodów z zeznań świadków oraz z zeznań matki powoda. Biegły wskazał wówczas, że po wykonaniu pomiarów miednicy – międzykolewowej, międzygrzebieniowej, międzykrętarzowej i sprężnej zewnętrznej można było z łatwością zauważyć, że u matki powoda we wszystkich wykonanych pomiarach wartości te były poniżej lub na dolnej granicy normy. Gdyby dokonano dokładnej analizy wymiarów miednicy pacjentki można by podejrzewać miednicę zwężoną, a tym samym szybciej podjąć decyzję o rozwiązaniu cięciem cesarskim. Dodatkowym wskazaniem do operacyjnego ukończenia porodu była masa płodu 4 380g i niski wzrost rodzącej. Biegły wskazał, że niewątpliwie brak wyciągnięcia prawidłowych wniosków klinicznych, prowadzenie porodu drogami naturalnymi, może mieć związek przyczynowo-skutkowy z porażeniem splotu barkowego powoda. Mimo rozbieżności w pomiarach miednicy, biegły uważa postępowanie zespołu lekarskiego za prawidłowe, choć wyciągnięcie wniosków klinicznych co do sposobu ukończenia porodu uznał za błędne. Należało podjąć decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego, choć jak wskazał w opinii zasadniczej – porażenie splotu barkowego można stwierdzić również w czasie cięcia cesarskiego lub w czasie ciąży.

Biegły ocenił jednocześnie, że w chwili rozpoznania powikłania dystocji zespół lekarski i położnych działał prawidłowo, a zarazem, że powikłanie to ma związek przyczynowo-skutkowy z porażeniem splotu barkowego u powoda.

Przystępując do oceny merytorycznej opinii już na pierwszy rzut oka stwierdzić należy, że ich treść wskazuje przede wszystkim na to, że problem poddany opiniowaniu miał charakter zdecydowanie skomplikowany, wykluczający w zasadzie sformułowanie jednoznacznych i bezsprzecznych wniosków co do możliwości przypisania odpowiedzialności personelowi medycznemu. Podkreślić przy tym należy, że biegły posiada tytuł profesora doktora habilitowanego w przedmiotowym zakresie, a zatem z pewnością nie można przypisać mu nieposiadania wystarczającej wiedzy i doświadczenia w opiniowanych kwestiach. Zatem brak sformułowania kategorycznych wniosków w opinii pierwotnej, a zarazem swoista ewolucja stanowiska biegłego w kierunku potwierdzenia błędnego charakteru zaniechania dokonania oceny masy płodu przy przyjęciu do szpitala wskazują na to, że były one wynikiem długotrwałych przemyśleń biegłego. Co istotne, wskazana ewolucja stanowiska zmierza wyraźnie w kierunku przypisania personelowi

zaniedbań. Choć bowiem w pierwotnej opinii biegły wskazał, że nawet wykonanie badań USG, które ujawniłyby masę płodu poniżej 4 500 g nie prowadziłyby prawdopodobnie do sformułowania wniosku o konieczności rozwiązania porodu drogą cesarskiego cięcia, to już w opinii uzupełniającej wniosek biegłego w tym zakresie nie jest tak kategoriyczny, a zmierza raczej do wykazania, że w konkretnym przypadku matki powoda, przy jej drobnej budowie ciała, wymiarach miednicy kostnej mieszczących się poniżej lub w dolnej granicy norm, a także znacznym przyroście jej masy w trakcie ciąży (ok. 21 kg), stwierdzenie niewspółmierności płodowo-matczynej było uzasadnione, nawet w sytuacji, gdy masa płodu wyniosła ostatecznie, jak się okazało 4 380 g. Zauważyć należy przy tym, że zgodnie z opiniami – główną i uzupełniającą, istotną informację dającą się zweryfikować w badaniu USG stanowiłaby ocena obwodu brzucha płodu, której nie dokonano również po urodzeniu, a zatem pozostała ona poza możliwościami kognicyjnymi biegłego oraz Sądu. Podnieść przy tym należy, że wskazana w rekomendacjach PTG norma 4500 g masy płodu jako prowadząca do rozwiązania drogą cesarskiego cięcia nie może być uznawana za bezwzględna z tego oczywistego dla Sądu powodu, że nie bierze pod uwagę zróżnicowania gabarytów ciała matek. Nie miało w tym kontekście zdaniem Sądu istotnego znaczenia w sprawie, że powołane przez biegłego zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego co do okoliczności, które winny skutkować rozwiązaniem porodu drogą cesarskiego cięcia, pochodziły z publikacji z lat 2008 i 2009. Zdaniem Sądu bowiem konieczność oceny możliwości wystąpienia niewspółmierności matczyno-płodowej na podstawie gabarytów zarówno rodzącej, jak i mającego urodzić się dziecka, jest oczekiwaniem o tyle logicznym i oczywistym, że nie wymaga sformułowania w tym zakresie jakichkolwiek wytycznych, lecz jest naturalnym przejawem wymaganej w danych okolicznościach od personelu medycznego należytej staranności. Zatem nawet jeśli w okresie, gdy miał miejsce przedmiotowy poród, takowe wytyczne nie były sformułowane, nie oznacza to jeszcze, że działań w tym kierunku nie należało oczekiwać od personelu medycznego przedmiotowego szpitala. Dlatego zdaniem Sądu w okolicznościach sprawy zaniechanie przeprowadzenia badania USG i wynikającej z takiego badania oceny masy i gabarytów płodu w stosunku do parametrów pomiarów ciała i masy matki, a w konsekwencji niepodjęcie decyzji o rozwiązaniu porodu drogą cesarskiego cięcia, stanowiło zaniechanie personelu medycznego o charakterze błędu lekarskiego, które w konsekwencji z prawdopodobieństwem granicznym z pewnością prowadziło do wystąpienia dystocji barkowej, skutkującej schorzeniem w postaci porażenia barkowego powoda. Podkreślić należy, że analogicznego orzeczenia Sądu Apelacyjnego, który uznał za błąd lekarski zaniechanie dokonania przez pozwany szpital prognozy dystocji barkowej w drodze badania ultrasonograficznego, co stanowiło niewłaściwość postępowania lekarskiego skutkującą nie podjęciem właściwej decyzji o cesarskim cięciu i w konsekwencji doprowadziło do uszkodzenia u powoda splotu barkowego, dotyczy wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07 (publ. Lex).

Zwrócić należy uwagę na jeszcze jeden aspekt opinii biegłego. Otóż przyjął on całkiem bezkrytycznie, że postępowanie personelu w chwili stwierdzenia dystocji barkowej było prawidłowe, co jednak zdaniem Sądu nie jest wcale tak oczywiste. Oczywistym jest w tym zakresie jedynie fakt, że przedstawicielka ustawowa małoletniego powoda nie była w stanie wykazać, jakie czynności zostały podjęte po dokonaniu przedmiotowego rozpoznania. Opisała ona jedynie, jak już wzmiankowano, językiem potocznym swoje spostrzeżenia co do zdarzeń na sali porodowej, określając je generalnie rzecz biorąc jako powstanie ogólnego zamieszania. W tej sytuacji w opinii Sądu należało skorzystać z procesowej konstrukcji przyjęcia domniemania faktycznego, bazującego na wnioskowaniu z poszlak, że skoro na sali porodowej panowało ogólne zamieszanie, zaś u powoda wystąpił negatywny skutek w postaci porażenia splotu barkowego, to mogło to również dobrze wynikać z prowadzenia nieprawidłowych czynności ratunkowych w tym zakresie. Oczywiście bowiem matka powoda w swojej sytuacji nie była w stanie ocenić czy nawet zapamiętać, jakie konkretnie czynności były wykonywane, w jakiej kolejności i w jakim okresie czasowym. W tej sytuacji zaś ciężar udowodnienia, że czynności ratunkowe wykonano prawidłowo należało przypisać stronie pozwanej. Tymczasem sporządzona w okolicznościach sprawy dokumentacja medyczna nie pozwala na takie stwierdzenie z tego prostego powodu, że uchylono się od opisanie tam zaistniałego powikłania w postaci dystocji barkowej, nie wspominając już o dokonaniu szczegółowego opisu podjętych czynności, który w opinii biegłego M. S. jest w takich sytuacjach nieodzowny, również co do szczegółowego opisanie czasu podjęcia poszczególnych czynności (vide: fragment opinii na k. 210 u góry). Również zeznający w charakterze świadków członkowie zespołu medycznego szpitala: A. B. (2), Z. M., M. B. i A. J. (2), nie byli w stanie opisać podjętych czynności, powołując się w tym zakresie na niepamięć. Tym samym nie sposób wykluczyć, że również działania podjęte już po stwierdzeniu dystocji barkowej w trakcie porodu

były nieprawidłowe oraz że podjęcie prawidłowych czynności w tym zakresie nie pozwoliłoby na uniknięcie skutku w postaci schorzenia.

Nie sposób przy tym oprzeć się refleksji, że od personelu szpitala w okolicznościach sprawy, gdy zgodnie z opinią biegłego istniały przesłanki do wysnucia podejrzenia niewspółmierności maczyno-łożdżowej należałoby oczekiwać przynajmniej pozostawania w podwyższonej gotowości podjęcia działań ratowniczych w przypadku wystąpienia skutku w postaci dystocji barkowej, przejawiającej się przede wszystkim w stałej asyście lekarza od początku porodu. Tymczasem z zeznań matki powoda wynika, że dopiero w momencie, gdy doszło do obstrukcji, wszczęto ogólne zamieszanie przejawiające się, jak to opisała M. T. (2), w tym, że osoby asystujące w porodzie biegały wokół rodzącej i wołały lekarzy. Nie można zatem wykluczyć, że gdyby personel był lepiej przygotowany na wystąpienie przedmiotowego powikłania i zareagował natychmiast, można by przynajmniej ograniczyć skutki dystocji poprzez sprawniejsze oswobodzenie barków dziecka, co być może mogłoby przynajmniej ograniczyć zakres schorzenia, które wystąpiło u małoletniego powoda.

Powyższe rozważania implikowały zdaniem Sądu przypisanie personelowi szpitala, a w konsekwencji pozwanemu, jako następcy prawnemu placówki szpitalnej odpowiedzialności odszkodowawczej w niniejszej sprawie.

W dalszej kolejności należało zatem ocenić wywodzone z tej odpowiedzialności roszczenia. Zgodnie z art. 445 K.c., Sąd może przyznać osobie wskazanej w art. 444 K.c., tj. osobie, która doznała uszkodzenia ciała lub której zdrowie uległo rozstrojowi na skutek czynu niedozwolonego, zadośćuczynienie za doznaną krzywdę. Regulację tę należy odnieść analogicznie do skutków szkody będącej wynikiem błędu medycznego. Celem zadośćuczynienia pieniężnego jest przede wszystkim złagodzenie cierpień i towarzyszących im ujemnych uczuć związanych z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia. Przy ocenie wysokości zadośćuczynienia za krzywdę należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (por. wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 681/98, OSNAP 2000/16/626). Oczywistym warunkiem przyznania zadośćuczynienia jest przy tym wykazanie istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy danym zdarzeniem a jego konkretnymi skutkami powodującymi określone cierpienia.

Zgromadzone w sprawie dowody potwierdzają, że niewątpliwie rozmiar cierpień małoletniego powoda wynikający ze skutków był znaczny i wynikał z wielu okoliczności związanych z przedmiotowym wypadkiem, którego trwałe następstwa w dalszym ciągu rzutują na samopoczucie fizyczne i psychiczne małoletniego M. T. (1). Trudno przecenić druzgoczący rozmiar następstw, jakie implikuje przedmiotowe schorzenie w życiu młodego człowieka, a które rzutować będą w zasadniczym stopniu na dalsze jego życie, w znacznym stopniu ograniczając choćby możliwość wyboru drogi rozwoju zawodowego.

Rozmiar praktycznych trudności, z jakimi małoletni powód musi borykać się w trakcie rozwoju wynika z zeznań jego matki i baci, które jak należy przypuszczać opisały jedynie tę część z nich, które przyszyły im do głowy w trakcie składania zeznań, a które zapewne stanowią jedynie część problemów na jakie napotykają na co dzień osoby dotknięte niepełnosprawnością podobną do stwierdzonej u powoda. Jak wynika z tych zeznań, obecnie u małoletniego powoda brak pełnej sprawności prawego ramienia. Utrudnia to czynności życia codziennego, jak mycie i ubieranie, podczas których powód jest zmuszony wspierać się zdrową lewą ręką. Nie jest w stanie unieść prawej dłoni wyciągniętej ku górze, wymaga to podtrzymania drugim ramieniem. Mimo że naturalnie był praworęczny dokonano przestawienia na lewą rękę, którą obecnie pisze. W związku z widocznym schorzeniem był dyskryminowany w środowisku rówieśników, zdarzało się, że naśmiewali się z jego niepełnosprawności, co powód bardzo przeżywał, szukając pocieszenia u matki (powód wychowuje się bez ojca, który opuścił rodzinę). Również konieczność wspomaganie przez matkę wywoływała negatywne reakcje rówieśników, w związku z czym ta starała się podczas wizyt w szkole trzymać na uboczu obserwując syna z daleka. Skutkiem zwracania uwagi rówieśnikom przez nauczycieli było dalsze wykluczenie powoda z grupy i odwet ze strony karconych uczniów. Obniżenie sprawności powodowało problemy z wykonywaniem ćwiczeń na zajęciach wychowania fizycznego, gorszą sprawność w zakresie gier zespołowych, w związku z czym rówieśnicy okazywali powodowi niechęć w zakresie konieczności grania z nim w jednej drużynie. Powodowi zdarzało się niechęć

potrącać i uderzać inne dzieci łokciem, gdyż niektóre ruchy prawą ręką wymagały uniesienia całego ramienia. Przy upadkach powód nie był w stanie amortyzować ich oparciem na ramieniu. Podczas lekcji religii nie będąc w stanie żegnać się prawą ręką czynił to lewą, z czego wynikało nieporozumienie. Dopiero po wytłumaczeniu problemu nauczycielce przez matkę, powodowi pozwolono żegnać się lewą ręką. Powód stale ma problemy z ubieraniem i rozbieraniem, w związku z czym jego mama musi ubierać go w stroje ułatwiające te czynności. Wstydzi się poprosić o pomoc innych, nawet osób dorosłych, mając w pamięci naśmiewanie się przez rówieśników. W IV klasie były okresy, gdy powód przechodził moczenia nocne z uwagi na problemy emocjonalne.

Rozmiar negatywnych następstw potwierdzają zresztą złożone w sprawie, niekwestionowane co do zasady opinie biegłych neurologa oraz lekarza z zakresu rehabilitacji, którzy zgodnie ocenili wystąpienie u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 20%. Aby lepiej oddać rzeczywisty wymiar tej dość abstrakcyjnie określonej niepełnosprawności powoda wystarczy uświadomić sobie, że czyni to powoda aż w piątej części mniej sprawnym od przeciętnie sprawnego człowieka. Biegły neurolog wskazał nadto, że tego typu uszkodzenie będzie, poza samym stawem barkowym, powodowało powstanie nieprawidłowych krzywizn kręgosłupa, skrócenie kończyny górnej, asymetrię ustawienia barków i łopatki po prawej stronie, co w przyszłości niewątpliwie przyspieszy wystąpienie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa.

W tych okolicznościach Sąd nie miał absolutnie żadnych wątpliwości, że żądana w imieniu powoda tytułem zadośćuczynienia kwota 20 000 złotych nie może być uznana za wygórowaną, a wręcz należy uznać ją za oszacowaną dość ostrożnie. Dodać można, że w dotychczasowym orzecznictwie, które było co do zasady akceptowane przez Sąd Okręgowy w Koszalinie, będący Sądem odwoławczym wobec orzeczeń tego Sądu, przyjęto zasadę przyznawania zadośćuczynienia w kwocie 1 000 złotych za każdy procent stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu, przy czym podkreślić należy w niniejszej sprawie kwestia orzeczenia trwałego dwudziestoprocentowego uszczerbku w związku z niepełnosprawnością jest tylko jedną z dolegliwości powoda, nie uwzględniającą jednakże trudu związanego z koniecznością rehabilitacji oraz stygmatyzacji w środowisku rówieśników ze względu na chorobę. Zbędne byłoby w tych okolicznościach stwierdzenie, że zapewne rodzina powoda, jak i on sam z pewnością zrezygnowaliby z o wiele wyższej kwoty zadośćuczynienia, gdyby pozwoliło mu to na odzyskanie pełnej sprawności. Niestety, jak wynika z opinii biegłych, charakter schorzenia powoda nie rokuję wyleczenia, a co najwyżej utrzymanie dotychczas wypracowanego stopnia sprawności poprzez regularną rehabilitację.

W powyższym kontekście należało ocenić drugie z roszczeń sformułowanych w pozwie - o rentę z tytułu zwiększenia potrzeb i zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość powoda.

Zgodnie z art. 444 §2 K.c., jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty.

Podnieść należy, że ściśle kwotowe wykazanie wartości wzmiankowanych w przepisie potrzeb, czy widoków związanych z kwestią niepełnosprawności jest znacznie utrudnione. Składa się na to bowiem cała masa czynników, w tym również o charakterze niewymiernym czy też trudnym do przewidzenia. W tej sytuacji zasadnym jest posiłkowanie się regulacją art. 322 K.p.c., zgodnie z którym, jeżeli (w sprawie m.in. 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.

W tej sytuacji należało zatem oszacować właściwą sumę renty, kierując się rozważeniem okoliczności wynikających z dowodów. Wynika z nich natomiast bezspornie, że utrzymanie obecnego stopnia sprawności małoletni powód zawdzięcza w dużej mierze aktywnej, systematycznej rehabilitacji, która jednakże w oczywisty sposób niesie za sobą znaczne koszty. Jakkolwiek bowiem matka powoda przyznała, że część zabiegów podlega refundacji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, to jednak należy mieć na uwadze kwestię konieczności oczekiwania na tego rodzaju nieodpłatne świadczenia, które z oczywistych względów nie mogą być realizowane non stop. Podkreślić należy również, że powód jako dziecko zdaniem Sądu nie jest w stanie wyrobić w sobie należytej motywacji do

samodzielnych ćwiczeń w domu, nawet pod nadzorem matki. Dopóki zatem nie będzie osobą na tyle świadomą, by zdać sobie w pełni sprawę z konieczności podejmowania rehabilitacji we własnym zakresie i konsekwencjach potencjalnego jej zaniedbywania, konieczne jest prowadzenie go przez osoby posiadające właściwe wykształcenie i doświadczenie, co zagwarantuje nadto odpowiedni poziom precyzji wykonywanych ćwiczeń i ustrzeże powoda przed wyrobieniem niewłaściwych nawyków. Nadto należy zważyć, że powód jako małoletni podejmuje naukę, zatem konieczne jest właściwe gospodarowanie czasem by pogodzić edukację z rehabilitacją. Za pożądane należy w tej sytuacji uznać umożliwienie powodowi podejmowania zajęć rehabilitacyjnych możliwie najbliżej miejsca zamieszkania oraz w ten sposób, by możliwe było dostosowanie godzin zajęć do planu szkolnego. Podnieść należy, że w imieniu powoda przedstawiono harmonogram prywatnych zajęć oraz zabiegów rehabilitacyjnych, zaproponowanych przez prowadzącego przedsiębiorstwo w miejscu zamieszkania powoda fizjoterapeuty P. K. (1), wraz z oszacowaniem kosztów poszczególnych świadczeń (k. 365). Opiniująca w sprawie biegła z zakresu rehabilitacji zaakceptowała go jako trafny, przy czym dodała, że istnieje możliwość rehabilitowania powoda także w szerszym zakresie, przedstawiając w swej opinii alternatywne zabiegi wraz z ich orientacyjną wyceną i wskazując na konieczność odbywania 2 razy do roku turnusów rehabilitacyjnych. Biorąc pod uwagę, że terapeuta P. K. (1) wskazał, iż zaproponowane przez niego zabiegi winny być wykonywane w seriach przez kolejnych 15 dni, zaś serie te należy powtarzać co 4 tygodnie, daje to mniej więcej 9 serii zabiegów w ciągu roku. Wystawione zaświadczenie pozwala również określić szacunkowy koszt każdej z serii zabiegów, poprzez sumowanie ich wartości i pomnożenie przez liczbę dni (128 zł x 15) na kwotę 1920 złotych, co daje koszt rzędu 17 280 złotych rocznie, nie uwzględniający jednak jeszcze ćwiczeń metodą PNF zalecanych przez terapeutę do codziennego wykonywania (za cenę 70 złotych). Podnieść należy jednakże, że kwestia możliwości codziennego podejmowania tych ćwiczeń jawi się jako wątpliwa, choćby ze względu na konieczność jednoczesnego kontynuowania nauki, jak również ze względu na możliwość posiłkowania się przez powoda bezpłatnymi zabiegami refundowanymi. Nawet gdyby jednak przyjąć, że ćwiczenia te powód mógłby wykonywać przynajmniej raz w każdym tygodniu, stanowi to dodatkowo koszt ok. 3360 złotych. Łączny koszt takiej rehabilitacji prywatnej, wykonywanej w miejscowości zamieszkania powoda wynosi zatem ponad 20 000 złotych, czyli w przeliczeniu na miesiąc ponad 1650 złotych. Do tego dochodzi jednakże zalecana przez biegłą konieczność podejmowania co najmniej 2 razy w roku turnusów rehabilitacyjnych oraz możliwość korzystania z innych zaproponowanych zabiegów rehabilitacyjnych oraz ogólnodostępnych zajęć sportowych jak tenis czy pływanie. Szacować zatem należy, że kwotą adekwatną, pozwalającą wyrównać powodowi zwiększone potrzeby związane z rehabilitacją będzie kwota 2 000 miesięcznie, uwzględniająca zarówno wzmiankowane stałe koszty rehabilitacji, jak i możliwość poczynienia oszczędności na ponadnormatywnych turnusach, zabiegach i zajęciach sportowych. Podkreślić przy tym należy, że w przyszłości, w miarę jak powód będzie uzyskiwał większą świadomość i doświadczenie w ramach samodzielnej rehabilitacji, kwota przeznaczana dotąd na stałą rehabilitację pod okiem terapeuty będzie z kolei kompensować powodowi zmniejszone możliwości zarobkowe. Wątpliwym jest przy tym, by powód mógł kiedykolwiek w całości zrezygnować z odpłatnych świadczeń w rodzaju choćby masażu, kąpieli, prądów i tym podobnych zabiegów fizykoterapeutycznych. W powyższym kontekście zgłoszone roszczenie w kwocie 3000 złotych miesięcznie należało wszelako uznać za nadmiernie wygórowane i nieuzasadnione w aż tak znacznym zakresie.

Z powyższych powodów Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda rentę w kwocie 2 000 złotych miesięcznie, ustalając harmonogram jej zapłaty z góry do 10-go dnia każdego miesiąca, zabezpieczając ją jednocześnie zobowiązaniem do zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie w przypadku uchybienia poszczególnym terminom płatności (możliwość tego rodzaju uzupełnienia żądania z urzędu jest akceptowana w orzecznictwie). W pozostałym zakresie natomiast roszczenie rentowe podlegało oddaleniu.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 K.p.c., wkładając na pozwanego całość kosztów postępowania, albowiem roszczenia pozwu zostały uwzględnione w zasadniczej części, natomiast częściowe nieuwzględnienie wynikało z konieczności zastosowania przez Sąd instytucji szacowania z art. 322 K.p.c.

Małoletni powód poniósł ostatecznie koszty ustanowienia profesjonalnego pełnomocnika w kwocie 3 600 złotych (wg. przepisów obowiązujących w dacie złożenia pozwu) oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych. Koszty te zatem winien mu zwrócić pozwany.

Kierując się powyżej wskazaną zasadą, na podstawie art. 113 ust 1 i ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. - Dz.U. z 2018 r., poz. 300), Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Drawsku Pomorskim od strony pozwanej koszty sądowe w postaci opłaty od pozwu, od której małoletni powód był zwolniony, obejmujących zsumowane opłaty od obu zgłoszonych roszczeń (2800 złotych) oraz poniesionych tymczasowo ze środków Skarbu Państwa kosztów wynagrodzeń biegłych (6 523,83 złotych).

SSR Marcin Myszka