

Sygn. akt II C 119/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 grudnia 2013 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach Wydział II Cywilny Ośrodek (...) w R.

w składzie:

Przewodniczący : Sędzia Sądu Okręgowego Elżbieta Kaziród

Protokolant: Iwona Mucha

po rozpoznaniu w dniu 11 grudnia 2013 r. w Rybniku

sprawy z powództwa małoletniego R. Z., J. Z.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpitalowi (...) im. dr. J. R. w R.

o zapłatę

- 1) powództwo oddała;
- 2) oddała wniosek pozwanego zasądzenia zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt II C 119/12

UZASADNIENIE

Powodowie J. Z. i małoletni R. Z. wnieśli o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) im. dr J. R. w R. na rzecz małoletniego 200 000 zł oraz na rzecz powódki 20 000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia pozwanemu pozwu do dnia zapłaty, także zasądzenie na rzecz małoletniego renty w kwocie 1 372,50 zł miesięcznie płatnej do 1-go dnia każdego miesiąca począwszy od 1 maja 2012 r. wraz z odsetkami ustawowymi w razie opóźnienia w zapłacie którejkolwiek z rat.

W uzasadnieniu pozwu zostało wskazane, że powódka J. Z. w dniu 13 października 2009 r. została przyjęta do Szpitala (...) im. dr J. R. w R. kiedy to oczekiwała na rozwiązanie ciąży. Poród, który rozpoczął się następnego dnia po przyjęciu powódki do pozwanego Szpitala, przebiegał nieprawidłowo. Poród ten był wywołany dzień po terminie przez podanie w kroplówce środków temu służących. Zdaniem powódki Miało to miejsce przy wystąpieniu innych okoliczności towarzyszących, obok przedłużającego się porodu, które zwiększają ryzyko wystąpienia porażenia splotu barkowego u noworodka, a mianowicie cukrzycy i wysokiej masy płodu. Powódka podkreśliła, że lekarz prowadzący był przy przyjęciu powódki do szpitala poinformowany przez powódkę i jej męża, że ich pierwsze dziecko urodziło się w 9 dni po terminie porodu. Nadto u powódki stwierdzono konieczność przeprowadzenia badania USG, a to w celu ustalenia masy płodu. Badanie to miało zostać przeprowadzone 13 października 2009 r. (zgodnie z wpisem w karcie położniczej L. ks. głównej (...), s. 2), co jednak nie nastąpiło. W ocenie powódki ustalenie wysokiej masy płodu miało istotne znaczenie w diagnostyce ryzyka wystąpienia dystocji i poporodowego porażenia splotu barkowego noworodka.

Poród zakończył się 14 października 2009 r. U dziecka stwierdzono wówczas porażenie splotu barkowego lewego, co obecnie wiąże się z niedowładem lewej ręki małoletniego. Porażenie splotu barkowego lewego u powoda, jest skutkiem zerwania lub uszkodzenia nerwów obwodowych, które nastąpiło na skutek dystocji barkowej. Stan dziecka po urodzeniu według skali A. oceniono na 6 pkt.

Zdaniem powódki w okolicznościach towarzyszących porodowi względy medyczne wskazywały jednoznacznie na konieczność przeprowadzenia porodu poprzez wykonanie cesarskiego cięcia, celem uniknięcia komplikacji porodowych. W pozwie zostało podniesione, iż obecnie medycyna zna zasadnicze przyczyny porażenia splotu barkowego u noworodka w wyniku dystocji barkowej. Wskazuje się bowiem na dużą wagę płodu (powyżej 4 kg), cukrzycę ciężarnej, przedłużający się poród siłami natury i przypadek porażenia splotu ramiennego u starszych dzieci rodzącej. Poza ostatnim czynnikiem w przypadku porodu małoletniego powoda występowały wszystkie pozostałe. Prowadzący poród pracownicy pozwanego Szpitala, w ocenie powódki, zlekceważyli ich znaczenia. Zastosowano szkodliwy dla dziecka zabieg pomocy położniczej, który wśród znawców ginekologii i położnictwa oceniany jest negatywnie. Powódka stoi na stanowisku, że przy tak dużym ryzyku porażenia splotu ramiennego noworodka należy przeprowadzić cesarskie cięcie. Uzasadnione jest zatem jej twierdzenie, że podjęte przez pracowników pozwanego działania lecznicze nie były prowadzone przy dochowaniu należytej staranności w świetle ówczesnej wiedzy medycznej. Wobec powyższego związek przyczynowy pomiędzy błędem w sztuce lekarskiej popełnionym przez pracowników pozwanego Szpitala a niepełnosprawnością małoletniego powoda jest oczywisty.

Według strony powodowej należy uznać, że odpowiedzialność pozwanego obejmuje krzywdę doznaną przez obojga powodów. Na krzywdę powoda składają się cierpienia fizyczne i psychiczne, których doznaje on obecnie i doznawać będzie w przyszłości. Ponadto niepełnosprawność dotknęła w niniejszym przypadku dziecko już u progu jego życia, co powoduje życie z poważnym dyskomfortem przez wiele lat. Liczne też będą ograniczenia małoletniego powoda w realizowaniu się przez niego w typowych rolach społecznych ucznia, członka grupy rówieśniczej dzieci, a dalej nastolatka i kiedyś dorosłego mężczyzny. Powód domaga się zatem na podstawie art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 § 1 kc w zw. z art. 430 kc zadośćuczynienia za tą krzywdę. Krzywda powódki obejmuje zaś cierpienia fizyczne i psychiczne w czasie porodu, jak i w okresie poporodowym. W pierwszej kolejności związane są one z faktem rozcięcia dróg rodnych i ich zasycia, co spowodowane było przeprowadzeniem porodu bez cesarskiego cięcia przy przewidywalnym wystąpieniu dystocji barkowej. Nadto u powódki nastąpiły cierpienia psychiczne związane z negatywnym przebiegiem porodu i uszczerbkiem na zdrowiu jej i małoletniego powoda, który spowodowany został błędem w sztuce popełnionym przez pracowników pozwanego. Stąd też powódka na podstawie art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 § 1 kc w zw. z art. 430 kc żąda od pozwanego zadośćuczynienia. W związku z błędem w sztuce lekarskiej zwiększyły się potrzeby małoletniego powoda względem przeciętnych potrzeb dziecka w jego wieku. Zwiększenie to obejmuje koszty rehabilitacji, stąd też małoletni powód domaga się zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz renty w kwocie 1 372,50 zł miesięcznie na podstawie art. 444 § 2 kc w zw. z art. 430 kc.

Ustosunkowując się do pozwu pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) im. dr J. R. w R. wniósł o oddalenie powództwa J. Z. i małoletniego R. Z. i obciążenie powodów kosztami postępowania według norm przewidzianych.

Pozwany przeczy wszelkim twierdzeniom powodów, których w sposób jednoznaczny nie przyznaje. Potwierdził, że w dniu 13 października 2009 r. powódka J. Z. została przyjęta na oddział ginekologiczno-położniczy pozwanego szpitala oraz że w dniu następnym po podaniu kroplówki z oxytocyną o godz. 17¹⁵ powódka urodziła małoletniego, którego waga wynosiła 4 460 g. Powódka pierwsze dziecko urodziła w dniu 8 sierpnia 2000 r., którego waga wynosiła 3 700 g. Pozwany podkreślił jednakże, iż przy przyjęciu orientacyjną wagę płodu oceniono metodą J. na 3 800 g, co u pacjentki ważącej 91 kg - jak to miało miejsce u powódki - ocena masy płodu wiąże się z możliwością dużego błędu w ocenie. Zgodnie z regułami określonymi w rekomendacji zespołu ekspertów (...) Towarzystwa Ginekologicznego dotyczącej opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu u pacjentek, które przeszły poród i urodziły dziecko np. o wadze 3 700 g nie wykonuje się rutynowo badania USG, ponieważ ocena masy płodu u pacjentek ważących ponad 80 kg jest jedynie orientacyjna. Różnice w ocenie masy płodu badaniem płodu USG dochodzą do 500-800 g, ze względu na grubość tkanki tłuszczowej. U powódki dokonano pomiarów miednicy kostnej stwierdzając prawidłową obszerną miednicę. Doświadczony ginekolog położnik oceniając badaniem pacjentki orientacyjną wagę płodu nie stwierdził tzw. niewspółmierności płodowo-miedniczej i zakwalifikował pacjentkę do porodu siłami natury. Przebieg porodu był prawidłowy o czym ma świadczyć według pozwanego II okres porodu, który trwał jedynie 15 minut. Zgodnie z

przywołaną rekomendacją dopiero przedłużenie II okresu do dwóch godzin stanowi przesłankę uzasadniającą podjęcie decyzji o cesarskim cięciu.

Nadto pozwany wskazuje, że dystocja barkowa, która wystąpiła po urodzeniu główki płodu (małoletniego powoda) może wystąpić praktycznie w trakcie każdego porodu (nie tylko u płodów z dużą wagą urodzeniową). Przyczyną może być nieprawidłowe wstawienie się barków w kanał rodny, zła współpraca pacjentki w czasie II okresu porodu. Takie powikłanie porodu zmusza położnika i położną do energicznej interwencji celem urodzenia barków i niedopuszczenia do dużego niedotlenienia płodu. Ocena A. 6/7/8 pkt świadczy o lekkim niedotlenieniu w chwili porodu i szybkiej poprawie stanu płodu. Noworodek został wypisany z oddziału noworodkowego w stanie ogólnym dobrym.

Zdaniem pozwanego decyzja o cięciu cesarskim u powódki byłaby pochojna. Cięcie jest zabiegiem operacyjnym obciążonym możliwością powikłań - nawet, gdy jest wykonywane przez doświadczonego ginekologa. W trakcie cięcia cesarskiego wbrew ogólnie panującym opiniom również może dojść do urazów płodu (wylewów, złamań obojczyka i porażen splotu barkowego). Cięcie cesarskie wykonuje się planowo przewidując wagę płodu powyżej 4 500 g. Zgodnie ze sztuką medyczną w tym zakresie u wieloródki poród siłami natury jest możliwy nawet przy płodach większych, pod warunkiem prawidłowego porodu wcześniejszego i prawidłowej budowie miednicy.

Podsumowując pozwany podniósł, że niniejszym przypadku nie sposób mówić o błędzie lekarskim, a jedynie o wystąpieniu powikłania, tj. sytuacji w której pomimo najbardziej sumiennego i starannego postępowania, wykluczającego jakąkolwiek lekkomyślność lub niedbalstwo dochodzi do nieprawidłowości w wyniku okoliczności niezależnych od lekarza. Błąd lekarski natomiast jest postępowaniem wbrew podstawowym, powszechnie uznanym zasadom współczesnej (aktualnej) wiedzy lekarskiej. Istotą błędu lekarskiego jest zatem działanie lub zaniechanie, sprzeczne z powszechnie przyjętymi podstawowymi zasadami współczesnej wiedzy lekarskiej. Związek przyczynowy pomiędzy zawinionym błędnym postępowaniem, a ujemnym skutkiem musi być ustalony w sposób niewątpliwy. W ocenie pozwanego takie okoliczności w rozpoznawanym przypadku nie wystąpiły, a co za tym idzie nie występuje odpowiedzialność odszkodowawcza pozwanego Szpitala.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka J. Z. w dniu 13 października 2009 r. o godz. 8³⁰ została przyjęta do Szpitala (...) im. dr J. R. w R.. Powódka oczekiwała wówczas na rozwiązanie ciąży, przyjęta została z rozpoznaniem położenia płodu podłużno-główkowego w 40 tygodniu ciąży. We wstępnym wywiadzie ustalono między innymi, że powódka jest już matką jednego dziecka, które urodziła w dniu 8 sierpnia 2000 r. o wadze 3 700 g, przeżyła operację usunięcia wyrostka robaczkowego w wieku 7 lat, a oboje jej rodziców chorowało na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Wstępne badanie powódki przeprowadziła lek. R. K., ginekolog - położnik, oraz położna K. M., zatrudnione w pozwanym Szpitalu.

W pozwanym Szpitalu powódka przebywała już wcześniej, w czasie ciąży, w okresie od 20 lipca do 23 lipca 2009 r. na oddziale patologii ciąży. Zastosowano wówczas u niej leczenie zachowawcze w związku z nadciśnieniem tętniczym idnukowanym ciążą oraz cukrzycą ciężarnych (obserwacja) i hyperleukocytozą. W dniu 20 lipca 2009 r. wykonano m.in. badanie cukru uzyskując wynik prawidłowy tj. 96 mg%.

Przy przyjęciu orientacyjną wagę płodu oceniono metodą J. na 3 800 g. U powódki dokonano pomiarów miednicy kostnej stwierdzając prawidłową obszerną miednicę. Ginekolog położnik oceniając badaniem pacjentki orientacyjną wagę płodu nie stwierdził tzw. niewspółmierności płodowo-miedniczej i zakwalifikował pacjentkę do porodu siłami natury. U powódki nie wykonano badania USG, ponieważ lekarz prowadzący stwierdził, iż u pacjentki ważącej 91 kg - jak to miało miejsce u powódki - ocena masy płodu wiąże się z możliwością dużego błędu w ocenie.

Powódka na salę porodową została przyjęta 14 października 2009 r. około godziny 8²⁰. Została jej wówczas podana kroplówka z oxytocyną, co miało wywołać poród. Około godziny 13³⁰ odeszły wody płodowe, a o godz. 17¹⁵ powódka urodziła małoletniego R. Z., którego waga wynosiła 4 460 g.

Przebieg porodu był początkowo prawidłowy o czym świadczy II okres porodu, który trwał jedynie 15 minut. W związku z tym faktem nie było wskazań do zaniechania porodu naturalnego, a więc przesłanek uzasadniających podjęcie decyzji o cesarskim cięciu. Dopiero w trakcie ostatniej fazy porodu wystąpiły trudności, kiedy to po urodzeniu główki płodu dalsze rodzenie się płodu było utrudnione z uwagi na trudności z urodzeniem barków płodu. Nastąpiła wówczas tzw. dystocja barkowa. Stan ten jest zwykle spowodowany zahaczeniem się przedniego barku za łuk podłonowy miednicy rodzącej w późnym etapie porodu, po urodzeniu się główki płodu, kiedy to zakończenie porodu inną drogą niż naturalna jest już niemożliwe. Personel sali porodowej podjął wówczas zdecydowane działania wykonując rękoczyn polegający na pociąganiu główki płodu ku dołowi tak, aby umożliwić urodzenie się barku spod spojenia łonowego. Z uwagi na wskazane trudności wykonanie tego zabiegu wymagało zastosowania większej siły fizycznej niż ma to miejsce standardowo. W takich sytuacjach zdarzają się powikłania jak: złamanie obojczyka, złamanie kości ramiennej, czy też porażenie splotu barkowego. Podczas porodu zastosowano u powódki leczenie w postaci: kroplówki naskurczowej, nacięcia i szycia krocza, szycia szyjki macicy oraz kontroli jamy macicy (k. 8v).

Stan dziecka po urodzeniu według skali A. oceniono na 6 pkt. U dziecka stwierdzono jednakże porażenie splotu barkowego lewego. U powoda natychmiast po wypisaniu powódki ze Szpitala po porodzie, co miało miejsce 20 października 2009 r., podjęto diagnostykę i leczenie. Diagnoza poporodowego porażenia splotu barkowego lewego została potwierdzona w badaniu lek. med. I.J. R., które zostało przeprowadzone w dniu 22 października 2009 r. Późniejsze leczenie małoletniego powoda wykazało, że poporodowe porażenie splotu barkowego lewego wiąże się u niego z niedowładem lewej ręki.

W dniu 8 lutego 2010 r. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w R. orzekł w orzeczeniu o sygn. Z-41/10 o niepełnosprawności powoda od urodzenia. Orzeczenie to wydano na okres do 28 lutego 2011 r. Kolejnym orzeczeniem z 28 marca 2011 r. wskazany Zespół orzekł ponownie o niepełnosprawności powoda w orzeczeniu o sygn. Z-293/11, które wydał do 31 marca 2015 r. W obu orzeczeniach wskazano, że małoletni powód wymaga zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie, korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji oraz stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Od daty porodu małoletni powód korzysta z rehabilitacji, której roczny koszt kształtuje się na poziomie 16 470 zł.

Dowód: karty informacyjne leczenia szpitalnego nr ks. gł. (...) i (...) k. 8 i 12; karty położnicze L. ks. gł. (...) i (...) k. 9-11 i 13-15; książeczka zdrowia dziecka 16-17; historia choroby k. 17v-22; zaświadczenia specjalisty pediatrii i neurologii dziecięcej k. 23 i 24; faktury VAT k. 25-30; dokumentacja lekarska k. 65; karty ciąży k. 123-127; zeznania świadka: M. C. (1) k. 82-82v protokół z dnia 7.11.2012 r.; zeznania powódki 00:12:07 protokół z dnia 11.12.2013 r. k. 157- 157v

Po zapoznaniu się z aktami sprawy oraz załączonymi do nich kserokopiami dokumentacji medycznej biegły sądowy dr n. med. M. S. Położnictwa i Ginekologii wydał w niniejszej sprawie opinię lekarską.

Z przedmiotowej opinii wynika, iż poważne trudności rodzenia się barków - tzw. dystocja barkowa należy do rzadkich powikłań porodu - jego częstość w populacji w literaturze fachowej jest oceniana na średnio około 0,1% porodów. Częstość dystocji barkowej wzrasta jednak drastycznie wraz ze wzrostem masy płodu. Jeśli masa urodzeniowa płodu/novorodka wynosi 4 000 g, to częstość dystocji barkowej wynosi już około 2%, przy masie płodu 4 500 g wzrasta aż do 10% i dalej rośnie wraz ze wzrostem masy urodzeniowej dziecka. Zdarza się jednak także, że dystocja barkowa występuje również przy porodzie płodów o „typowej” masie urodzeniowej.

Biegły po pierwsze wskazał, iż na ogół nie udaje się przewidzieć dystocji barkowej przed II okresem porodu. Można jedynie oceniać podwyższone ryzyko dystocji barkowej w oparciu o takie dane jak szacowanie masy płodu, stwierdzenie nieprawidłowości budowy narządu rodnego, nieprawidłowy przebieg porodu. Niedoszacowanie wielkości płodu w praktyce klinicznej niestety zdarza się dość często co jest spowodowane niedoskonałością metod diagnostycznych. Położnicy krytycznie podchodzą do szacunków masy płodu ze względu na fakt, że pomiary - w tym ultrasonograficzne - mają charakter przybliżony. Biegły podał przykładowo, że jeśli podczas badania USG nowoczesnym aparatem z oprogramowaniem położniczym ustali się, że masa szacunkowa płodu wynosi 4 000 g +/-

500 g - oznacza to, że z 90% pewnością masa płodu jest w zakresie 3 500 g – 4 500 g. A istnieje 10% szansa na to, że odbiega w górę lub w dół od masy szacunkowej. Dlatego według biegłego szacunkowa ocena masy płodu jest ze swojej natury obciążona dość istotnym błędem i nie można bezkrytycznie podchodzić do wyliczanej za pomocą USG masy szacunkowej płodu.

Po wtóre, biegły nie dopatrywał się żadnych bezwzględnych wskazań do elektywnego cięcia cesarskiego, to jest do operacji cięcia cesarskiego przed podjęciem próby porodu naturalnego. Wśród szczegółowo wyliczonych przez biegłego czynników prognostycznych (otyłość matki, wysoka masa urodzeniowa matki, zaburzenia tolerancji glukozy w ciąży, rozpoznana makrosomia płodu, ciąża przeterminowana, przeżyty epizod dystocji barkowej, przedłużający się pierwszy okres porodu, przedłużający się drugi okres porodu, wywołanie lub nasilenie czynności skurczowej macicy) w jego ocenie wystąpiły w przypadku powódki 3 czynniki niekorzystne prognostycznie, przemawiające za możliwością pojawienia się trudności z porodem barków oraz 4 czynniki prognostycznie korzystne, przemawiające przeciw trudnościom w urodzeniu barków. Natomiast co do 2 czynników prognostycznych brak jest danych w dostępnej dokumentacji.

Reasumując biegły wskazał, że wykonanie cesarskiego cięcia uchroniłoby powoda przed zaistnieniem porażenia splotu barkowego.

Dowód: opinia lekarska k. 96-100

Po ponownym zapoznaniu się z aktami sprawy oraz pismami procesowymi pozwanego nadesłanymi do biegłego sądowego w terminach późniejszych, została przez niego sporządzona opinia uzupełniająca.

Biegły stwierdził przede wszystkim, iż waga płodu stwierdzona post factum, czyli po urodzeniu dziecka, a wynosząca 4 460 g, nie stanowi bezwzględnego wskazania do wykonania elektywnego cesarskiego cięcia, tym bardziej jeśli poród postępuje w sposób typowy. Ponadto wykonanie pojedynczego badania USG w dniu porodu może dać wynik bardzo daleki od rzeczywistości i będzie niewiarygodne. Zatem w przekonaniu biegłego personel medyczny sali porodowej postępował właściwie w stosunku do zastanej, bieżącej sytuacji położniczej, a z racji nie posiadania większej liczby danych pochodzących z monitorowania przedporodowego nie miał on powodów by zaniechać próby porodu drogami i siłami natury.

Dowód: uzupełniająca opinia lekarska k. 133-138

Przy ocenie materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie Sąd kierował się zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w art. 233 § 1 kpc. Podejmując rozstrzygnięcie Sąd oparł się na dowodach z dokumentów oraz zeznań powódki. Przedstawionym dokumentom Sąd dał wiarę w całości, jako że sporządzone zostały one przez uprawnione podmioty w ramach obowiązków wynikających z charakteru ich działalności, a zgodność ich treści z rzeczywistym stanem faktycznym nie została przez strony zakwestionowana w toku procesu.

Sąd w pełni dał wiarę słuchanemu w sprawie świadkowi M. C. (2), gdyż złożył on zeznania, które są logiczne, spójne i konsekwentne, a brak jest podstaw do kwestionowania ich prawdziwości. W swoich zeznaniach podały wiele informacji dotyczących przedmiotowego zdarzenia jak i okoliczności im towarzyszących, które korespondują z ustalonym w sprawie stanem faktycznym. Świadek ten rzetelnie przedstawił swoją wiedzę o sytuacji powodów.

Sąd w zasadzie w całości podzielił również wywody i wnioski opinii sporządzonej przez biegłego sądowego dr n. med. M. W.. Opinia zwiera wyczerpującą analizę przebiegu porodu powódki w pozwanym szpitalu. Jest logiczna i spójna. Część zarzutów strony powodowej wobec tej opinii należy uznać za bezzasadne, natomiast wobec pozostałych zarzutów biegły w sposób wyczerpujący wypowiedział się w opinii uzupełniającej.

W szczególności bezzasadny jest zarzut, iż doznane przez powódkę powikłania poporodowe w postaci „rozerwania” krocza – odczuwane przez nią do dnia dzisiejszego dolegliwości przy współżyciu, są ewidentnym wynikiem wadliwie przeprowadzonego porodu, gdyż w zaistniałej sytuacji tj. zakleszczenia płodu nie było innej możliwości, bardziej

„delikatnej”, mniej inwazyjnej metody na zakończenie akcji porodowej. Ponadto jak wynika z Rekomendacji polskiego Towarzystwa Ginekologicznego nacięcie krocza czyli episiotomia jest wskazana w przypadku przedłużania okresu wyrzynania się części przodującej oraz jako zabieg wspomagający (k. 50). Natomiast w odniesieniu do pozostałych twierdzeń powódki Sąd nie dał im wiary w zakresie, w którym wskazywała, że przeprowadzenie porodu siłami natury stanowiło błąd w sztuce medycznej z uwagi na wcześniejsze uchybienia personelu medycznego, które miały wpływ na podjętą decyzję o takiej formie porodu. Opieranie się przez powódkę jedynie na zarzucie niepełnej diagnostyki prenatalnej w oderwaniu od pozostałych danych medycznych, w których posiadaniu był personel pozwanego Szpitala, o czym szczegółowo wypowiedział się biegły, nie może automatycznie przesądzać o winie. Sąd stoi na stanowisku, że są to jedynie subiektywne odczucia powódki, nie poparte wystarczającą wiedzą medyczną. Natomiast słuchani w sprawie świadek M. C. (1) ówczesny ordynator jak i biegły lekarz, którzy mieli odmienny od powódki punkt widzenia na niniejszą sprawę, poparli fachową literaturą medyczną oraz wiedzą praktyczną.

Mając całościowy ogląd przedmiotowej sprawy Sąd uznał, o czym szczegółowo w dalszej części uzasadnienia, iż personel medyczny pracujący wówczas u pozwanego, postępował w przypadku powódki zgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować.

Nie można również tracić z pola widzenia faktu istnienia ryzyka przy dokonywaniu jakiegokolwiek czynności leczniczej. Ryzyko to pacjent akceptuje i przejmuje je na siebie. Często właśnie w granicach ryzyka mieszczą się niekorzystne dla zdrowia poszkodowanych czy pokrzywdzonych wyniki leczenia i stanowią one niepowodzenie lecznicze, a nie sam błąd lekarski. Uznanie niepowodzenia w leczeniu za błąd obciążający lekarza może być niesprawiedliwe dla tego ostatniego, mimo że subiektywnie daje podstawę do przekonań niezadowolonych z jego przebiegu. Należy także pamiętać, iż brak należytego odróżnienia jednego typu efektów leczenia od drugiego byłby realnym zagrożeniem obiektywizmu i profesjonalizmu zarówno samego funkcjonowania lekarzy i instytucji służby zdrowia, jak też orzecznictwa procesowego w tym względzie.

Tym samym, w ocenie Sądu powodowie nie wykazali, że zostali dotknięci dolegliwościami i następstwami, za które pozwany ponosi odpowiedzialność.

Sąd zaważył co następuje:

Osoba, która na skutek wystąpienia danego zdarzenia poniosła szkodę może dochodzić od sprawcy odszkodowania, zadośćuczynienia oraz renty. Mianowicie zgodnie z art. 444 § 1 i § 2 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Natomiast zgodnie z treścią art. 445 § 1 kc w związku z art. 444 kc Sąd uprawniony jest do przyznania poszkodowanemu w sytuacji, w której doszło do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W ocenie Sądu powództwo podlega oddaleniu z powodu braku przesłanki z art. 415 kc, tj. wykazania szkody za którą winę ponosi pozwany szpital. Przepis przewidujący możliwość zasądzenia zadośćuczynienia w przypadku rozstroju zdrowia (art. 445 § 1 kc) jest umieszczony w Tytule VI. – „Czyny niedozwolone” Księgi Trzeciej Kodeksu Cywilnego, wśród innych przepisów o odpowiedzialności odszkodowawczej. Oznacza to, że podstawą zasądzenia jest spełnienie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, przewidzianych w art. 415 kc. Tymi przesłankami są: powstanie szkody (krzywdy w przypadku zadośćuczynienia), związek przyczynowy między działaniem pozwanego a szkodą (krzywd), bezprawność działań pozwanego oraz jego wina. Natomiast przepis art. 361 § 1 kc, wprowadza dodatkową przesłankę odpowiedzialności, a mianowicie zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne (typowe, występujące zazwyczaj) następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Istnienie

związku przyczynowego jako zjawiska obiektywnego jest determinowane określonymi okolicznościami faktycznymi konkretnej sprawy i dlatego istnienie związku przyczynowego bada się w okolicznościach faktycznych określonej sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 kwietnia 2011 r. wydany w sprawie I CSK 475/10). Ciężar dowodu wykazania tych przesłanek obciąża, w myśl art. 6 kc tego kto wywodzi z nich skutki prawne – a więc powodów.

W przedmiotowej sprawie powodowie dochodzą wskazanych w pozwie kwot z tytułu tzw. błędu medycznego. Wywodzili oni bowiem w toku postępowania, iż na skutek niezastosowania cesarskiego cięcia doszło u małoletniego powoda do dystocji barkowej.

Błąd medyczny jest kategorią obiektywną i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy w zakresie medycyny. Taki błąd, aby stać się podstawą odpowiedzialności lekarza, musi być błędem przez niego zawinionym, co ustalane jest z uwzględnieniem wszystkich realiów określonego przypadku. Błąd medyczny jest to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza, położnej powodujące szkodę pacjenta. Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo) lekarza, ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Przy czym zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego powinno zostać poddane ocenie z punktu widzenia fachowości. Te zaś wyznaczają kwalifikacje lekarza (specjalizacja, stopień naukowy), posiadanie doświadczenia ogólnego i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Ponadto dodać należy także, iż na lekarzu zgodnie z art. 355 kc spoczywa obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu.

W świetle powołanych powyżej przepisów dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym przypadku lekarza decydującego o porodzie, a następnie odbierającego poród, szkody, jakiej miałby doznać powód wskutek działania lub zaniechania pozwanego i w końcu istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy winą, a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności pozwanych.

Powodowie jak wyżej już przedstawiono nie wykazali, aby personel pozwanego szpitala dopuścił się błędów w sztuce lekarskiej. Zarówno dokumentacja medyczna jak i biegły wskazują, że ciąża powódki przebiegała w zasadzie prawidłowo. W trakcie ciąży powódka podlegała stałym kontrolom i jak sama zeznała w czasie ciąży czuła się dobrze a lekarz prowadzący nie przewidywał rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie. Poprzednia ciąża przebiegała bez większych komplikacji, a dziecko urodziło się w sposób naturalny. Waga dziecka nie była tak duża (3 700 g), aby wymagała dokonania cesarskiego cięcia.

Natomiast przed samym porodem wprowadzono nie wykonano badania USG, które pozwoliłoby określić parametry płodu, jednakże podobny efekt uzyskano wykonując tzw. pomiar J.. Zresztą jak wynika z opinii biegłego oraz zeznań ówczesnego ordynatora oddziału położniczego pozwanego Szpitala szacunkowa ocena masy płodu jest ze swej natury obarczona dość istotnym błędem a badanie USG traktować należy jako jeden z wielu sposobów oceny masy płodu. Tym niemniej wszelkie stosowane obecnie standardowo metody według dzisiejszego stopnia wiedzy medycznej są równie niedokładne. Także czynniki prognostyczne ryzyka wystąpienia dystocji, przemawiające przeciw trudności w urodzeniu barków przeważały nad czynnikami niekorzystnymi (vide opinia biegłego k. 98). Nie sposób pominąć też twierdzeń strony pozwanej, iż wyniki badań nie wskazywały na występowanie u powódki tzw. cukrzycy ciążowej, o czym ostatecznie świadczą wyniki badań powodów w okresie poporodnym wykluczające istnienie takiej cukrzycy.

Ponadto, na co wskazywał biegły sądowy, przebieg pierwszego okresu porodu nie budził zastrzeżeń i był prawidłowy. Dopiero drugi okres porodu był skomplikowany na skutek wystąpienia dystocji barkowej. Wówczas jednak, jak argumentował biegły wykonanie cesarskiego cięcia jest niemożliwe, a jedynym zabiegiem mającym na celu zlikwidowanie zakleszczenia dziecka jest wykonanie klasycznych rękoczynów doprowadzających do skutecznego

zakończenia porodu, co też wykonał personel medyczny. Pozwoliło to na szybkie zakończenie akcji porodowej i uchroniło powoda przed poważnymi negatywnymi konsekwencjami tego stanu rzeczy, ze śmiercią dziecka włącznie.

Jak wynika więc z postępowania dowodowego zastosowane procedury medyczne były prawidłowe, w stosunku do zastanej, bieżącej sytuacji położniczej i nie wypełniły nawet znamion zaniedbania, a tym bardziej błędu w sztuce lekarskiej. Czynności podjęte przez zespoły lekarskie i pielęgniarstwo były prawidłowe i w pełni mieściły się w ramach standardów sztuki medycznej. Tym samym nie było podstaw do uznania kogokolwiek z pracowników szpitala winnym i odpowiedzialnym za taki przebieg zdarzeń, co nie pozwoliło na przypisanie pozwanemu szpitalowi winy w działaniu bądź zaniechaniu. Skoro zatem nie można pozwanemu przypisać winy za jego działanie, to wobec niespełnienia się przesłanki z art. 415 kc powództwo należy uznać za nieuzasadnione. Odnośnie istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy działaniem pozwanego, a wystąpieniem szkody, wskazać należy, że to nie działanie pozwanego, a sam fakt wystąpienia dystocji barkowej spowodował wystąpienie u powoda szkody, z której wywodzone są roszczenia pozwu. Powództwo zasługuje na oddalenie również z uwagi na brak związku przyczynowo-skutkowego z art. 361 § 1 kc pomiędzy działaniem lekarza pozwanego, a wystąpieniem szkody.

W konsekwencji, zarówno roszczenie powoda z art. 444 § 1 kc o zapłatę odszkodowania, roszczenie z art. 445 § 1 kc o zapłatę zadośćuczynienia, jak i roszczenie z art. 444 § 2 kc o zasądzenie renty odszkodowawczej są niezasadne i jako takie nie zostały przez Sąd uwzględnione. Z uwagi na brak odpowiedzialności pozwanego, również powództwo w zakresie zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, podlegało oddaleniu (art. 445 § 1 kc). Z tych też względów orzeczono jak w punkcie pierwszym sentencji wyroku.

Oprócz powyższego należy wskazać, iż Sąd podziela pogląd strony pozwanej, że nawet przeprowadzenie zabiegu cesarskiego cięcia mogłoby nie uchronić małoletniego powoda przed zaistnieniem porażenia splotu barkowego, o czym świadczą wyniki badań statystycznych. Cięcie jest zabiegiem operacyjnym obciążonym możliwością powikłań - nawet, gdy jest wykonywane przez doświadczonego ginekologa. W trakcie cięcia cesarskiego wbrew ogólnie panującym opiniom również może dojść do innych urazów płodu takich jak złamania obojczyka, wylewy, czy wreszcie zagrożeń związanych z wykonywaniem zabiegów operacyjnych.

W tym miejscu można również podnieść na podstawie opracowań medycznych jak i zeznań lekarza M. C. (3), że dla większości kobiet i dzieci ryzyko, jakie niesie za sobą poród operacyjny przewyższa nieraz korzyści z niego płynące. W porównaniu z porodem drogami natury cesarskie cięcie zwiększa ryzyko pojawienia się powikłań, poczynając od rzadko występujących, ale zagrażających życiu (krwotok, choroba zatorowo-zakrzepowa, niedrożność jelit), a kończąc na dolegliwościach występujących u wielu kobiet po porodzie operacyjnym (długo utrzymujący się ból, infekcje). Jeśli kobieta rodzi przez cesarskie cięcie to istnieje większe prawdopodobieństwo, że dłużej pozostanie w szpitalu lub ponownie do niego wróci. Do fizycznych dolegliwości dochodzi również ogólne, gorsze samopoczucie psychiczne oraz problemy emocjonalne. Cesarskie cięcie może też generować powikłania i problemy u dziecka. Istnieje ryzyko chirurgicznego uszkodzenia dziecka w trakcie wykonywania operacji, ale również dzieci urodzone tą drogą narażone są na większe ryzyko problemów z oddychaniem i wystąpieniem astmy w późniejszym wieku. Cesarskie cięcie stwarza również problemy dla przyszłych planów reprodukcyjnych kobiety. Zwiększa się zagrożenie ciążą pozamaciczną, niepłodnością i negacją dalszej prokreacji. Kobiety mają problemy z łożyskiem (częściej zdarzają się przypadki łożyska przyrośniętego, przoduującego lub przedwczesnego odklejenia się łożyska). Może dojść do rozejścia się blizny po cięciu cesarskim. Zwiększa się również ryzyko pęknięcia macicy. To wszystko generuje poważne komplikacje i konieczność interwencji medycznych. Nadmienić trzeba, iż w literaturze medycznej jak i w opiniach wyrażanych przez lekarzy wskazuje się, że ryzyko zaistnienia porażenia splotu barkowego w przypadku cesarskiego cięcia jest bardzo niskie, jednakże także ono występuje, ponieważ jednym z czynników predysponujących do uszkodzenia splotu ramiennego może być infekcja lub niedotlenienie obejmujące zarówno ośrodkowy jak i obwodowy układ nerwowy. Uszkodzenie splotu może być również wynikiem ucisku wewnątrz macicy (vide Opracowanie A. O. z konsultacją dr n. med. B. B., położną na podstawie: „W. every pregnant woman needs to know about C. S.”, C. C., 2nd revised edition. N.: C. C., D. 2006 www.chilbirthconnection.com; „Uszkodzenia splotu ramiennego u dzieci – aktualne możliwości leczenia

i usprawiania” M. M., L. N., A. G. www.pandm.org; Przyczyny uszkodzenia splotu ramiennego - Fundacja (...) www.fsr.pl; splot ramienny - lek. med. J. L. neurochirurg www.leksoft.com.pl).

Mając to na uwadze personel medyczny musiał więc ważyć na podstawie posiadanych danych medycznych czy mając jedynie częściowe wskazania do wykonania cięcia cesarskiego należy takowe wykonać w sytuacji istnienia większych zagrożeń jakie niesie za sobą wykonanie zabiegu operacyjnego. W tej sytuacji personel medyczny miał pełne prawo uznać, iż decyzja o wykonaniu cesarskiego cięcia byłaby połączona. W przedmiotowej sprawie nie sposób mówić o błędzie lekarskim, a jedynie o wystąpieniu powikłania, tj. sytuacji w której pomimo najbardziej sumiennego i starannego postępowania, wykluczającego jakąkolwiek lekkomyślność lub niedbalstwo dochodzi do nieprawidłowości w wyniku okoliczności niezależnych od lekarzy.

Sąd na podstawie art. 102 kpc oddalił wniosek pozwanego o zasądzenie kosztów procesu. Pozwany wygrał wprawdzie sprawę, ale zachodzą wyjątkowe okoliczności, które pozwalają na odstąpienie od obciążania nimi powodów. Powodowie nie są w stanie tych kosztów ponieść z uwagi na trudną sytuację finansową rodziny, co wiąże się między innymi z ciężką sytuacją zdrowotną małoletniego powoda. W tej sytuacji obciążanie ich kosztami procesu byłoby nadmiernym ciężarem.