

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 grudnia 2010 r. K. K. oraz J. K. wystąpili do Sądu Okręgowego w Łodzi przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. oraz Zespołowi Zakładów Opieki Zdrowotnej w J. wnosząc o:

- a) zasądzenie od pozwanych in solidum na rzecz powódki K. K. kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć dziecka, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 27 marca 2009 r. do dnia zapłaty;
- b) zasądzenie od pozwanych in solidum na rzecz powódki K. K. kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania za śmierć dziecka i pogorszenie sytuacji życiowej, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 27 marca 2009 r. do dnia zapłaty;
- c) zasądzenie od pozwanych in solidum na rzecz powoda J. K. kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć dziecka, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 27 marca 2009 r. do dnia zapłaty;
- d) zasądzenie od pozwanych in solidum na rzecz powoda J. K. kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania za śmierć dziecka i pogorszenie sytuacji życiowej, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 27 marca 2009 r. do dnia zapłaty;
- e) zasądzenie od pozwanych in solidum na rzecz powodów kwoty 10.000 zł tytułem poniesionych kosztów pogrzebu, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 27 marca 2009 r. do dnia zapłaty.

Ponadto, powodowie wnieśli o zasądzenie na ich rzecz od pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

(pozew – k. 2-7)

Pismem z dnia 17 stycznia 2011 r. spółka Szpital (...) w J.” sp. z o.o. zawiadomiła sąd, iż z dniem 31 stycznia 2010 r. pozwany Zakład Opieki Zdrowotnej w J. uległ likwidacji.

(pismo z 17 stycznia 2011 r. – k. 83)

W odpowiedzi na pozew z dnia 24 stycznia 2011 r. pozwany (...) SA w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

(odpowiedź na pozew (...) SA – k. 84-85)

W piśmie procesowym z 14 lutego 2011 r. powodowie wskazali, iż ogólnym następcą prawnym zlikwidowanego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w J. jest (...) reprezentowany przez Starostę (...).

(pismo z 14 lutego 2011 r. – k. 101-103)

W odpowiedzi na pozew z 21 października 2011 r. pozwany (...) wniósł o oddalenie powództwa i solidarne zasądzenie kosztów procesu od powodów na rzecz pozwanego wedle norm przepisanych.

(odpowiedź na pozew (...) k. 155-162)

Do chwili zamknięcia rozprawy strony pozostały przy swych dotychczasowych, przedstawionych powyżej stanowiskach procesowych.

(protokół rozprawy z 19 listopada 2015 r. – k. 594)

**Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

Powódowie K. K. oraz J. K. spodziewali się pierwszego dziecka. Powódka w okresie ciąży pozostawała pod opieką lekarza ginekologa I. U.. Przebieg ciąży był prawidłowy, obserwowano jedynie wystąpienie niedokrwistości ciężarnej. Termin porodu określono na dzień 7 września 2008 r.

(okoliczności bezsporne; pozew – k. 4; opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 329; dokumentacja medyczna – k. 65-66)

W dniu 11 sierpnia 2008 r. powódka została skierowana przez lekarza ginekologa do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego ZOZ w J.. W karcie informacyjnej wpisano wówczas rozpoznanie: ciąża pierwsza, 36 tydzień ciąży, obserwacja tętna płodu. Podczas przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono patologiczną, dwunacyniową budowę pępowiny, natomiast tętno dziecka było prawidłowe i wynosiło około 140/min podczas każdego pomiaru. K. K. została wypisana ze szpitala w dniu 15 sierpnia 2008 r.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 329; opinia (...) w B. – k. 502; dokumentacja medyczna – k. 64, 69, 221-232; zeznania M. S. (1) – k. 284)

Powódka była ponownie hospitalizowana w szpitalu w J. w dniu 15 września 2008 r. z powodu przedłużania się czasu trwania ciąży. W izbie przyjęć postawiono wówczas rozpoznanie: ciąża pierwsza, tydzień 41, ciąża po terminie. K. K. została przyjęta na Oddział Położniczo-Ginekologiczny około godziny 19.15. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono u powódki brzuch prawidłowy, adekwatność trzonu macicy względem tygodnia ciąży, główkowe położenie płodu, nieokreślone ustawienie oraz część przodującą, napięcie macicy normalne, tętno płodu normalne. Badanie położnicze wewnętrzne wykazało rozwarcie o cm, zachowanie części pochwowej, jako część przodującą wskazano główkę, zaawansowanie nieustalone. Podczas przyjęcia powódki o godzinie 20.00 wykonano badanie KTG (w normie) oraz zlecono założenie kroplówki naskurczowej z oksytocyną na dzień kolejny. Wyniki badań krwi powódki mieściły się w granicach normy.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 329; opinia (...) w B. – k. 502 odwrót-504; dokumentacja medyczna – k. 26-28, 34-39, 43-44)

Szpital w J. we wrześniu 2008 r. posiadał do dyspozycji 4 aparaty KTG w tym jeden niesprawny. Podczas badań pacjentek wykorzystywano trzy aparaty, z czego dwa były na sali porodowej. Każdy odbywający się poród był monitorowany przez KTG.

Przebieg badania KTG wygląda w ten sposób, że położne podłączają pacjentce odpowiednie urządzenia rejestrujące, a następnie co jakiś czas wracają sprawdzić prawidłowość wyniku badania. Zapisy KTG są każdorazowo przedstawiane przez położne lekarzowi dyżurnemu, a następnie załączane do historii choroby danej pacjentki. Standardowo, wobec pacjentek objętych indukcją porodu, w szpitalu w J. wykonuje się badanie KTG dwa razy na dobę chyba, że ze względu na szczególne okoliczności lekarz wyda dyspozycję częstszych badań. Wobec powódki stosowano procedurę standardową.

(zeznania W. B. – k. 280; zeznania M. P. – k. 281; zeznania M. G. – k. 278; zeznania D. Z. – k. 283; zeznania D. M. – k. 323; zeznania I. S. – k. 324)

Samo podanie oksytocyny kobiecie ciężarnej, o ile nie powoduje akcji skurczowej, nie ma wpływu na płód. Ewentualne zagrożenie dla dziecka może wystąpić jedynie w sytuacji pojawienia się czynności skurczowej, albowiem oddziałuje ona na dziecko.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 592)

W praktyce porodowej z reguły nie przekracza się trzech prób wywołania porodu środkami farmakologicznymi.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 591 odwrót)

W dniu 16 września 2008 r. o godzinie 8.00, w związku z brakiem czynności skurczowej, powódka została po raz pierwszy podłączona do kroplówki naskurczowej z oksytocyną (500 ml 0,9% NaCl + 5 j. oksytocyny). O godzinie 8.30 ordynator oddziału ginekologiczno-położniczego W. B. wykonał badanie wewnętrzne, dokonano także zapisu KTG, którego wynik był w normie, nie odnotowano skurczów macicy. O godzinie 10.00 oraz o godzinie 12.00 w dalszym ciągu nie występowały skurcze macicy. Wobec nieuzyskania czynności skurczowej, na polecenie lekarza dyżurnego kroplówka została odłączona o godzinie 14.00, zaś powódka została przeniesiona na Oddział Ginekologiczny w stanie ogólnym dobrym. Zapis KTG z godziny 15.03 był w normie.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 329; opinia (...) w B. – k. 502-503; dokumentacja medyczna – k. 45,52-53)

W dniu 18 września 2008 r. o godzinie 8.00 powódkę ponownie przekazano na salę porodową i po raz drugi podano oksytocynę (500 ml 0,9% NaCl+5 j. oksytocyny) celem indukcji porodu. W chwili podłączenia kroplówki z oksytocyną czynność serca płodu monitorowana KTG była prawidłowa i wynosiła 140 uderzeń na minutę, tożsamy wynik uzyskano także o godzinie 10.00 oraz 12.00. O godzinie 13.40 wykonano badanie zapisu KTG i odłączono kroplówkę z oksytocyną. O godzinie 14.00 nie stwierdzono czynności skurczowej macicy, tętno płodu wynosiło 140/min. Wobec braku uzyskania indukcji porodu, K. K. została przekazana na Oddział Ginekologii.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 330; uzupełniająca ustna opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 400odwrot, 401odwrot; opinia (...) w B. – k. 502-503; dokumentacja medyczna – k. 59, 158, 191; zeznania D. Z. – k. 283; zeznania D. K. (1) – k. 322)

Podczas drugiej indukcji oksytocynowej powódka sygnalizowała lekarzom bóle brzucha, pleców oraz nad ranem głowy.

(przesłuchanie powódki – k. 593)

W czasie wykonywania drugiej indukcji porodu zdarzyło się, że urządzenie rejestrujące KTG zaczęło podawać błędne zapisy, wynikające z nieprawidłowego ułożenia głowicy KTG bądź z poruszania się płodu lub ułożenia powódki. Po niezwłocznie przeprowadzonym ponownym podłączeniu KTG jego zapisy były już prawidłowe, błędnie wytworzone, puste zapisy zostały wyrzucone. Gdyby błędnie powstały zapis choćby częściowo nie był pusty, wówczas zaniechano by wyrzucenia wydruków z KTG.

(przesłuchanie powódki – k. 593; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 564; zeznania D. Z. – k. 282)

Pomiędzy godziną 14.00 w dniu 18 września 2008 r. a godziną 9.10 w dniu 19 września 2008 r. nie wykonywano względem powódki badania KTG. Wszystkie badania KTG wykonane przed 19 września 2008 r. wykazywały prawidłowy stan płodu.

(opinia (...) w B. – k. 503odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 564odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 591odwrot-592)

Oprócz badań KTG, w dniach 15 – 19 września 2008 r. w odstępach 2-3 godzin w ciągu dnia i 5-6 godzin w ciągu nocy osłuchiwano tętno płodu. W czasie hospitalizacji, do dnia 19 września 2008 r. podano następujące leki: dwie kroplówki naskurczowe 500 ml 0,9% NaCl+5 j. oksytocyny oraz rectanal.

(opinia (...) w B. – k. 503odwrot)

W dniu 19 września 2008 r. powódka nie wyczuła u siebie jakichkolwiek zmian w stosunku do wcześniejszego przebiegu ciąży.

(przesłuchanie powódki – k. 402 w zw. z k. 192odwrot)

W czasie, gdy hospitalizowana była powódka, szpital w J. mógł skorzystać z usług jednego anestezjologa. Jednakże, w wypadku zagrożenia życia dziecka lub matki, anestezjolog zrezygnowałby z mniej pilnych zabiegów i asystowałby przy ewentualnym zabiegu cesarskiego cięcia.

(zeznania W. B. – k. 280)

Podczas próby założenia aparatu KTG w dniu 19 września 2008 r. o godzinie 9.10 położna D. M. nie wysłuchała tętna płodu, co potwierdził zapis KTG. Położna niezwłocznie zawiadomiła położną oddziałową I. S., która również nie mogła wysłuchać tętna płodu. Następnie, położne natychmiast zawiadomiły ordynatora oddziału W. B. oraz dyżurujących lekarzy. Ordynator oddziału wykonał wówczas badanie USG, w którym nie stwierdzono czynności serca płodu. Postawiono wówczas diagnozę ciąży obumarłej. Po stwierdzeniu zgonu płodu, K. K. została przeniesiona na inną salę.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 330; uzupełniająca ustna opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 401odwrot; opinia (...) w B. – k. 503; dokumentacja medyczna – k. 191; przesłuchanie powódki – k. 593; zeznania K. M. – k.325; zeznania W. B. – k. 280; zeznania D. M. – k. 32; zeznania I. S. – k. 324)

Aby podjąć próbę porodu martwego płodu K. K. została podłączona do kroplówki naskurczowej, co jednak nie wywołało zamierzonego rezultatu. W związku z powyższym, podjęto decyzję o wykonaniu zabiegu cesarskiego cięcia, do przeprowadzenia którego wskazaniami były brak reakcji na prepilidil i enzazprost zewnątrzowodniowo, a także dystocja szyjki macicy. Zazwyczaj w wypadku obumarcia płodu dochodzi do porodu siłami natury chyba, że istnieją ku temu istotne przeciwwskazania, takie jak np. łożysko przodujące; wówczas jedynym sposobem zakończenia ciąży jest zabieg cesarskiego cięcia. (...) Towarzystwo Ginekologiczne nie zaleca wykonywania cięć cesarskich na martwym płodzie. Zabieg cesarskiego cięcia został wykonany przez A. M. i K. M. w dniu 20 września 2008 r. o godzinie 15.20, wydobywając martwy płód płci męskiej wagi 3500 g długości 55 cm. Powodowie nadali zmarłemu dziecku imię O.. Podczas hospitalizacji powódka nie mogła skorzystać z pomocy psychologicznej, ponieważ szpital nie zatrudnia psychologa. K. K. została wypisana ze szpitala w dniu 24 września 2008 r.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 330; opinia (...) w B. – k. 503; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 563odwrot; dokumentacja medyczna – k. 26-28,47-51, 54-57; zgłoszenie urodzenia dziecka – k. 29, kserokopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka – k. 30; zeznania A. M. – k. 277; zeznania K. M. – k. 325; zeznania W. B. – k. 280odwrot)

Wykonana w dniu 23 września 2008 r. sekcja zwłok płodu wykazała niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu, ogniska krwotoczne w mózgowiu, krwawienie w nadnerczach, powiększenie wątroby i śledziony, cechy zawału białego łożyska, nekrozę kłębków łożyska oraz drobne zwapnienia. Płód nie posiadał wad rozwojowych. Pępowina zawierała 2 naczynia krwionośne.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 330; opinia (...) w B. – k. 503; dokumentacja medyczna – k. 28,31)

W momencie hospitalizacji w dniu 15 września 2008 r. wobec powódki podjęto prawidłowe czynności diagnostyczne, które polegały na zebraniu wywiadu, ocenie stanu ogólnego, badaniu położniczym wewnętrznym i zewnętrznym, badaniu kardiotokograficznym (KTG). Wykonane czynności wskazywały na prawidłowy stan płodu i ciężarnej, umożliwiały właściwą ocenę sytuacji położniczej. Jest mało prawdopodobne, aby podczas badania USG można było stwierdzić obszary niedokrwienia łożyska, a nawet w wypadku tego rodzaju rozpoznania nie byłoby ono wskazaniem do cesarskiego cięcia.

(opinia (...) w B. – k. 504; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 562odwrot; opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 331; dokumentacja medyczna – k. 59-63)

Podczas indukcji porodu w dniu 16 września 2008 r. powódka była w 41 tygodniu ciąży plus jeden dzień. Za ciążę przeterminowaną uważa się ciążę, której czas trwania wynosi ukończone 42 tygodnie. Około 20 % płodów w ciąży po terminie wykazuje biologiczne cechy przenoszenia ciąży, które manifestują się przewlekłym ograniczeniem wzrastania płodu. Ciążę przenoszone wiąże się z podwyższonym ryzykiem małowodzia, kompresji pępowiny, aspiracji smółki, nieprawidłowych wyników badań KTG oraz powikłań neonatologicznych. Jednakże, również w okresie pomiędzy 41 a 42 tygodniem ciąży obserwuje się nieznaczny wzrost umieralności okołoporodowej towarzyszący przedłużającemu się okresowi trwania ciąży, ale już w odniesieniu do wykładników zachorowalności (niska punktacja Apgar, zespół aspiracji smółki, hipotrofia płodu, konieczność leczenia na oddziale intensywnej opieki neonatalnej) wyniki nie są jednoznaczne. Tym niemniej, po przekroczeniu 41 tygodnia ciąży zaleca się rozważenie indukcji porodu celem zmniejszenia ryzyka niepomyślnego wyniku okołoporodowego. Tego rodzaju przesłanka do zakończenia ciąży ma charakter względny, podyktowany chęcią uniknięcia powikłań, które mogą wystąpić w ciąży przedłużającej się. Wobec powódki, hospitalizowanej z powodu przeterminowania ciąży, dokonano wyboru postępowania położniczego zgodnego z wiedzą medyczną, polegającego w pierwszej kolejności na wywołaniu próby porodu. Wobec K. K. nie istniały istotne przeciwwskazania do porodu drogą pochwową. Za realną możliwością pomyślnego ukończenia ciąży porodem drogami natury przemawiały takie okoliczności jak niepowikłany przebieg ciąży, prawidłowy stan zdrowia ciężarnej i płodu, położenie podłużne główkowe, brak cech dysproporcji płodowo-miednicowej.

(opinia (...) w B. – k. 504-506; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 562odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 592odwrot)

Gdyby wobec K. K. zastosowano postępowanie zachowawcze (bez indukcji), polegałoby ono na wykonaniu w odstępach codziennych, 2 lub 3 dniowych oceny KTG. Monitorowanie KTG raz na dobę byłoby w takim przypadku wystarczające.

(ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 562odwrot)

Opis badania położniczego powódki wskazywał na niedojrzałość szyjki macicy, co zmniejszało szanse powodzenia indukcji porodu. W takiej sytuacji wywołanie porodu powinno być poprzedzone optymalnym sposobem preindukcji, tj. poprzez założenie do jamy macicy cewnika Foley'a lub zastosowanie środków farmakologicznych (prostaglandyny), bowiem samo zastosowanie oksytocyny (jeżeli w ogóle by przyjąć, że podawanie oksytocyny stanowi formę preindukcji) jest uważane za najmniej skuteczny sposób dojrzewania szyjki macicy i wiąże się z wyższym odsetkiem niepowodzeń indukcji. Wobec niedojrzałości szyjki macicy do indukcji porodu, szanse powodzenia indukcji zostały zmniejszone. W takiej sytuacji postępowanie lekarzy zmierzające do indukcji nie było błędne, choć skazane na niepowodzenie.

(opinia (...) w B. – k. 505; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 563-564; ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 591odwrot)

W dokumentacji medycznej dotyczącej hospitalizacji K. K. nie wskazano jednoznacznie, jaki był sposób dawkowania oksytocyny, w tym jaki był okres po którym zwiększano dawkę leku czy też jaką maksymalną dawkę oksytocyny ostatecznie zastosowano. Powyższa okoliczność uniemożliwia jednoznaczną ocenę tego, czy brak reakcji skurczowej mógł być rezultatem podania powódce zbyt małej dawki oksytocyny, choć jest to najbardziej prawdopodobne wytłumaczenie.

(opinia (...) w B. – k. 505; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 562odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 592)

Sposób monitorowania stanu płodu poza okresami indukowania porodu nie odbiegał od normy, był dopuszczalny. Ocena postępu porodu podczas jego indukcji była dokonywana z wystarczającą częstotliwością, tj. w odstępach dwugodzinnych. Natomiast sposób nadzoru stanu płodu w przebiegu przeprowadzanych dwukrotnie indukcji porodu u K. K., polegający jedynie na okresowym osłuchiwananiu czynności serca płodu oraz okresowej rejestracji KTG

(tj. dwukrotnie podczas każdej z prób wywołania porodu) był nieadekwatny do stosowanej formy interwencji farmakologicznej. Jednakże, pomimo powyższej okoliczności, ze względu na prawidłowe wyniki badań KTG uzyskiwane w czasie indukcji, niewskazujące na zagrożenie stanu płodu – nie zaszła konieczność niezwłocznego zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego.

(opinia (...) w B. – k. 504odwrot-505-odwrot)

Ocena przebiegu ciąży nie wskazuje na istnienie objawów procesów patologicznych łożyska, które mogły sugerować zagrożenie stanu płodu podczas ciąży w postaci zawału białego łożyska, w tym w konsekwencji prowadzące do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, a tym samym bezwzględnej konieczności przeprowadzenia interwencji położniczej. Jedyną nieprawidłowością zaobserwowaną u płodu była dwunaczyniowa pępowina, która to wada mogła skutkować nieznacznym zmniejszeniem wagi urodzeniowej, niekiedy powodować powstanie wad serca, lecz u dziecka powódki waga urodzeniowa była prawidłowa.

(opinia (...) w B. – k. 506odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 564)

Aby stwierdzić nieskuteczność indukcji, od podjętych czynności musi upłynąć 48 godzin. W wypadku indukcji podjętej wobec powódki 18 września 2008 r. nieskuteczność indukcji można byłoby stwierdzić w dniu 20 września 2008 r. Powodem nieskuteczności obu prób indukcji była prawdopodobnie zbyt niska dawka oksytocyny.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 591odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 592)

Wobec nieskuteczności działań podejmowanych w celu wywołania porodu, niezależnie od przyczyny niepowodzenia indukcji, zalecane byłoby zakończenie ciąży drogą cesarskiego cięcia bądź poprzez przebicie pęcherza płodowego. Jednakże, nieudana próba drugiej indukcji nie była bezwzględnym wskazaniem do zabiegu cesarskiego cięcia. Po nieskutecznej indukcji można było wdrożyć dodatkowe metody oceny płodu: ocenę stanu biofizycznego, wprowadzić badanie dopplerowskie oraz kolejną ocenę stanu kardiograficznego, np. w dniu indukcji w godzinach wieczornych. Brak było jednak bezwzględnych wskazań do przeprowadzenia dodatkowych badań KTG w dniu 18 września 2008 r. w godzinach wieczornych. Nawet wykonanie tak szerokiej diagnostyki nie gwarantowało uniknięcia śmierci płodu, lecz zwiększyłyby szanse na wykrycie ewentualnego zagrożenia.

(opinia (...) w B. – k. 506odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 563 – 563odwrot, 564odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 592; ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 400odwrot - 401)

Przyczyną śmierci płodu były zmiany zapalne łożyska w postaci zawału białego, do którego mógł doprowadzić zator albo zakrzep. Stwierdzone w organizmie dziecka zmiany o charakterze wylewów krwi w obrębie nadnerczy i mózgu mogły mieć charakter wtórny do procesu niedotlenienia. Zgon wewnątrzmaciczny płodu miał charakter losowy i nieprzewidywalny, ponieważ w chwili odstąpienia od kontynuowania indukcji porodu w dniu 18 września 2008 r. stan płodu był prawidłowy. Wyniki badań nie uzasadniały wówczas zakończenia ciąży cesarskim cięciem ze względu na wady płodu. Wobec faktu, iż u powódki podczas hospitalizacji nie stwierdzono cech stanu zapalnego, nie zlecono badania ostrej fazy białka, ponieważ nie było ku temu podstaw.

(opinia (...) w B. – k. 506odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 562odwrot, 564odwrot; opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 331; uzupełniająca ustna opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 401- 401odwrot)

Zanik tętna płodu i w efekcie jego śmierć nie była wynikiem zaniedbań ze strony pozwanej placówki medycznej.

(opinia biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa – k. 330-331)

Jedynym sposobem uniknięcia obumarcia płodu byłoby zakończenie ciąży drogą cesarskiego cięcia po nieefektywnej drugiej próbie wywołania porodu, najpóźniej w dniu 18 września 2008 r. Jednakże, wobec niewykrycia w badaniu KTG objawów wskazujących na niedotlenienie płodu, byłoby to działanie o charakterze prewencyjnym, profilaktycznym, niestanowiące konsekwencji wynikającej z zagrożenia. Tego rodzaju cesarskie cięcie służyłoby bowiem przyspieszeniu urodzenia się dziecka w celu zredukowania ryzyka związanego z ewentualnymi konsekwencjami ciąży poterminowej, a nie eliminacji zagrożenia dla życia dziecka.

(opinia (...) w B. – k. 506odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłych z (...) w B. J. P. i M. S. (2) – k. 564-564odwrot, 564odwrot; ustna uzupełniająca opinia biegłego z (...) w B. J. P. – k. 591odwrot-592)

K. K. nie uczestniczyła w pogrzebie dziecka. W ceremonii pogrzebowej uczestniczyła najbliższa rodzina powodów, która została następnie zaproszona do powodów na konsolację. Niecałe dwa lata po zgonie pierwszego dziecka powódka urodziła poprzez cesarskie cięcie drugiego syna P. K. (1) (rocznik 2010), którego ojcem jest J. K.. K. K. przez pół roku po śmierci dziecka wykazywała zmniejszoną aktywność życiową, korzystała wówczas z pomocy psychologa, który poradził jej powrót do pracy. W ocenie najbliższych powódka mocno przeżywała utratę dziecka, choć starała się tłumić negatywne emocje. W roku 2012 powódka rozwiodła się z J. K., obecnie pozostaje w konkubinacie z nowym partnerem, z którym ma kolejne dziecko, urodzone w roku 2013 również poprzez cesarskie cięcie.

(przesłuchanie powódki – k. 593-594 odwrot; zeznania P. K. (2) – k. 432; zeznania A. Z. – k. 433)

Organizacją pogrzebu dziecka zajęli się J. K. wraz z teściem. Wydatki na trumnę, posługę kapłańską oraz odzież dla dziecka wynosiły 2.000 zł, nagrobek kosztował 1.900 zł. W okresie po porodzie J. K. opiekował się powódką, pomagał jej w codziennych czynnościach. Pozwany wrócił do pracy po 2 tygodniach od porodu, nie korzystał z pomocy psychologa. Powód przeżywał śmierć dziecka, załamał się, zdarzało się, że płakał. Poprosił swojego szwagra, aby pomógł mu w rozłożeniu łóżeczka przygotowanego dla dziecka, ponieważ ze względów emocjonalnych sam nie był w stanie tego uczynić.

(przesłuchanie powoda – k. 593odwrot-594; zeznania P. K. (2) – k. 432; zeznania A. Z. – k. 433)

Śmierć dziecka była dla powódki silnym przeżyciem traumatycznym, powodującym typowe objawy zaburzeń emocjonalnych: objawy depresyjne, zaburzenia snu, poczucie bezradności, apatię, ogromny żal. Jej reakcja żałoby miała typowy przebieg, uległa istotnemu złagodzeniu, gdy K. K. ponownie zaszła w ciążę, która jednak wiązała się powódki ze wzmocnionym lękiem, jak będzie przebiegała akcja porodowa w tym przypadku. Śmierć syna nie miała istotnego wpływu na aktywność życiową powódki, choć obniżyła jej komfort życia codziennego oraz poczucie pewności w życiu codziennym i realizacji życiowych planów. Po stracie syna K. K. wróciła do pracy, urodziła drugie dziecko, właściwie spełnia się w roli matki. Konflikty w życiu rodzinnym zakończone rozwodem z J. K. nie były spowodowane stratą dziecka. Obecnie u powódki obserwuje się wzmoczone objawy neurotyczne z tendencjami do reakcji depresyjnych, jednak K. K. nie deklaruje potrzeby uczestniczenia w terapii psychologicznej.

(opinia biegłego psychologa – k. 354odwrot - 355)

Również dla J. K. śmierć dziecka była przeżyciem traumatycznym. W wypadku powoda wystąpiły silne reakcje emocjonalne, złość na lekarzy, którzy nie dopilnowali właściwego przebiegu akcji porodowej, poczucie bezradności w zaistniałej sytuacji, apatia. Dla J. K. jedną z form obniżenia napięcia emocjonalnego było spożywanie alkoholu, którego okresowo nadużywał, co było przyczyną konfliktów w rodzinie, zakończonych rozwodem powoda i powódki. Reakcja żałoby zakończyła się u powoda po urodzeniu przez K. K. drugiego syna. Śmierć syna nie miała istotnego wpływu na aktywność życiową powoda – J. K. przez cały czas pracował i nadal pracuje w tym samym zawodzie, stara się dużo czasu spędzać z drugim synem. Obecnie u powoda nie występują istotne zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym, wymieniony nie potrzebuje pomocy psychiatrycznej czy psychologicznej.

(opinia biegłego psychologa – k. 356odwrot – 357)

W dniu 6 listopada 2008 r. powodowie złożyli skargę do dyrektora (...) w J., dotyczącą nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego względem ciężarnej powódki, które miały doprowadzić do śmierci jej dziecka. Ustosunkowując się do złożonej skargi dyrektor (...) w J. oraz jego zastępca wskazali, iż w ich ocenie podczas hospitalizacji K. K. postępowanie lekarzy było zgodne z obowiązującymi standardami i procedurami, jak również z wiedzą fachową.

(skarga – k. 168-171; odpowiedzi na skargę – k. 167, 233-235)

Pozwany Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w J. zawarł w dniu 12 grudnia 2007 r. umowę o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ZOZ-u z pozwanym (...) SA z siedzibą w W.. Strony uzgodniły okres ubezpieczenia od dnia 1 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2008 r., zaś maksymalny zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela za jedno zdarzenie ustalono na 500.000 zł.

(okoliczność bezsporna; umowa ubezpieczenia – k. 88-90, potwierdzenie pokrycia ubezpieczeniowego – k. 86)

Powodowie zgłosili szkodę w postaci śmierci dziecka pozwanemu ubezpieczycielowi. Pismem z dnia 13 maja 2009 r. pozwany (...) SA poinformował powodów, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela za przedmiotowe zdarzenie, a w konsekwencji do wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (...) w J..

(okoliczności bezsporne; pismo z (...) SA – k. 87)

Uchwałą Rady Powiatu (...) z 25 czerwca 2009 r. postanowiono o likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w J. zastrzegając, iż zobowiązania i należności tego zakładu po jego likwidacji staną się zobowiązaniami i należnościami (...). Czynności likwidacyjne powyższego zakładu zostały zakończone w dniu 30 września 2010 r., szpital został wykreślony z Krajowego Rejestru Sądowego z dniem 28 kwietnia 2011 r.

(okoliczności bezsporne; uchwała rady powiatu – k. 104-106; pismo ze Starostwa Powiatowego w J. – k. 119; postanowienie z KRS – k. 148-149)

Powyższe ustalenia zostały poczynione w oparciu o bezsporne twierdzenia stron oraz o dowody szczegółowo wskazane w opisie stanu faktycznego.

Sąd odmówił wiarygodności dowodowi z opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa T. P. (1) w zakresie, w jakim nie pokrywa się on z opinią Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B.. W ocenie sądu, opinia wydana przez wspomnianą jednostkę cechuje się większym stopniem szczegółowości, komunikatywności i logiczności. W zestawieniu z opinią przedłożoną przez (...) opinia pisemna T. P. jawi się jako lakoniczna i ogólnikowa. Biegły poprzestał na zdawkowych stwierdzeniach konkludujących, iż wykonywane w pozwanym szpitalu czynności medyczne, monitorowanie tętna płodu oraz nadzór nad ciężarną powódką były prawidłowe, unikając szczegółowej analizy wszystkich aspektów leczenia K. K.. W przedłożonej opinii biegły nie wspomniał choćby o dostrzeżonych przez lekarzy z (...) nieprawidłowościach preindukcji porodu, zasadności rozważenia częstszego monitorowania powódki przy pomocy KTG, czy wreszcie zasadności przeprowadzenia cesarskiego cięcia po drugiej, nieudanej próbie indukcji płodu. Ponadto, pomimo tego, że zarówno opinia wydana przez T. P., jak i opinia (...) w B. zostały sporządzone przez osoby posiadające wiedzę specjalną, nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż druga z tych opinii została przygotowana przez swoiste konsylium biegłych, składające się z dwóch lekarzy o odmiennych, lecz uzupełniających się specjalizacjach w postaci ginekologii i położnictwa oraz medycyny sądowej, a następnie została zatwierdzona przez kierownika jednostki dydaktyczno-naukowej. Ponadto, biegli z (...) oparli wnioski opinii o aktualne badania naukowe prowadzone w Polsce i na świecie oraz rekomendacje stowarzyszeń lekarzy ginekologów-położników, co dodatkowo podnosi obiektywizm i walor poznawczy sporządzonej opinii.

Waloru wiarygodności należało także odmówić dowodowi z przesłuchania powódki w zakresie tego, iż w trakcie indukcji porodu była ona poddawana badaniu KTG tylko raz dziennie. Powyższa okoliczność pozostaje w sprzeczności



z treścią dokumentacji medycznej wytworzonej w toku leczenia powódki, opinią biegłych z (...) w B., a także klóci się z wiarygodnymi zeznaniami świadków D. M. i I. S..

Dowody z zeznań D. K. (2) i M. K. okazały się nieprzydatne dla rozstrzygnięcia sprawy, albowiem wymienieni świadkowie nie posiadali wiedzy na temat istotnych okoliczności stanu faktycznego.

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

Powództwo okazało się niezasadne i jako takie podlegało oddaleniu.

Na wstępie wymaga wskazania, iż w chwili wytoczenia powództwa pozwany Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w J. znajdował się w stanie likwidacji, zaś już w toku procesu w dniu 28 kwietnia 2011 r. został on wykreślony z Krajowego Rejestru Sądowego. Stosownie do art. 60 ust. 6 ówczesniej obowiązującej ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. nr 14 poz. 89 j.t. ze zm.), zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego, lub odpowiednio publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego (...). Powyższa regulacja stanowiła dla Rady Powiatu (...) podstawę do zastrzeżenia w § 3 uchwały z dnia 25 czerwca 2009 r. (nr XXXVIII/206/09), iż zobowiązania (...) w J. po jego likwidacji stają się zobowiązaniami (...). Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że z chwilą wykreślenia pozwanego szpitala z rejestru w dniu 28 kwietnia 2011 r. jego zobowiązania przejął (...), co uzasadnia legitymację wymienionej jednostki samorządu terytorialnego do wystąpienia w niniejszym procesie w charakterze pozwanego.

Podstawą odpowiedzialności pozwanego (...) SA jest natomiast zawarta z (...) w J. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z dnia 12 grudnia 2007 r., mocą której ubezpieczyciel zobowiązał się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony (art. 822 § 1 k.c.). Co ważne, zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela na mocy zawartej umowy OC jest akcesoryjny względem odpowiedzialności samego sprawcy szkody w tym sensie, iż jest całkowicie uzależniony od faktu przypisania sprawcy odpowiedzialności za szkodę na zasadzie winy bądź niekiedy ryzyka. Konsekwentnie, w wypadku ustalenia odpowiedzialności sprawcy szkody możliwe będzie dochodzenie odszkodowania od ubezpieczyciela, przy czym wysokość odszkodowania będzie limitowana przez ustaloną w umowie OC ubezpieczeniową sumę gwarancyjną. Natomiast w wypadku, gdy nie będzie możliwe przypisanie danemu podmiotowi odpowiedzialności za szkodę, wówczas również i ubezpieczyciel będzie zwolniony ze świadczenia odszkodowania.

Pozwany (...), będący następcą prawnym zlikwidowanego (...) w J., za szkody wyrządzone w związku ze świadczeniem usług medycznych stosownie do art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. odpowiada na zasadzie ryzyka, której niezbędną przesłanką jest jednak wina podwładnego (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 26 czerwca 2015 r. sygn. akt I ACa 336/15). Wymaga przy tym podkreślenia, że zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Dlatego też niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 16 stycznia 2011 r. sygn. IV CSK 308/10), otwierając tym samym poszkodowanemu drogę do kierowania roszczeń bezpośrednio przeciwko jednostce leczniczej.

W świetle powyższego, możliwość poniesienia odpowiedzialności przez pozwanego (...) jest uzależniona od uprzedniego ustalenia, czy personel medyczny szpitala ponosi zawinioną odpowiedzialność za zdarzenie w postaci śmierci dziecka powodów. Dla rozstrzygnięcia powyższej kwestii należało zatem ustalić następujące okoliczności: fakt zaistnienia szkody - art. 415 k.c., zawinione zachowanie personelu medycznego - art. 415 k.c. oraz normalny (adekwatny) związek przyczynowy pomiędzy powstaniem szkody a zachowaniem personelu medycznego - art. 361 § 1 k.c. (zob. W. Czachórski (red.) Zobowiązania. Zarys wykładu Warszawa 2009 str. 211).

W przekonaniu sądu, śmierć nienarodzonego dziecka powodów stanowi szkodę rozumianą jako różnica pomiędzy stanem obecnym a stanem, jaki zaistniałby, gdyby nie nastąpiło zdarzenie szkodzące (zob. uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z 22 listopada 1963 r. sygn. III PO 31/63). Powyższa szkoda posiada przede wszystkim charakter niemajątkowy (krzywda) i polega na niewątpliwych, ujemnych doznaniach psychicznych powodów wywołanych śmiercią nienarodzonego dziecka, które w chwili zgonu w łonie matki osiągnęło już zdolność do samodzielnego życia (art. 446 § 4 k.c., zob. wyrok Sądu Najwyższego z 26 listopada 2014 r. sygn. III CSK 307/13). Ponadto, powstała szkoda występuje także w aspekcie majątkowym, przejawiając się w konieczności poniesienia przez powodów kosztów pogrzebu dziecka (art. 446 § 1 k.c.) oraz rozpatrywanym przez pryzmat art. 446 § 3 k.c. pogorszeniu się sytuacji życiowej powodów wskutek utraty syna, na którego pomoc mogliby liczyć w przyszłości (zob. wyrok SN z 13 maja 1969 r. sygn. II CR 128/69), jak również osłabieniu aktywności życiowej powodów (zob. wyrok SN z 8 maja 1969 r. II CR 114/69).

Po dokonaniu ustalenia faktu zaistnienia szkody, w dalszej kolejności należy ustalić to, czy zachowanie personelu medycznego szpitala w J. nosiło znamiona zawinienia. W kontekście powyższego wymaga wskazania, że w sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 24 kwietnia 2015 r. sygn. V ACa 990/14).

Z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w szczególności z opinii biegłych z (...) w B., wynika, iż podczas podejmowania czynności medycznych wobec K. K. doszło do pewnych nieprawidłowości.

Po pierwsze, podejmując decyzję o indukcji porodu lekarze powinni byli wprawdzie dokonać tzw. preindukcji, zmierzającej do osiągnięcia przez szyjkę macicy dojrzałości wystarczającej do urodzenia dziecka. Preindukcja mogła zostać przeprowadzona z wykorzystaniem środków farmakologicznych bądź cewnika Foleya, które to sposoby wydatnie zwiększyłyby szansę na wywołanie porodu po podaniu środka indukcyjnego w postaci oksytocyny.

Po drugie, podczas podawania pacjentce kroplówki naskurczowej zaniechano szczegółowego odnotowania, jaki był sposób dawkowania oksytocyny, w tym jaki był okres po którym zwiększano dawkę leku czy też jaką maksymalną dawkę oksytocyny ostatecznie zastosowano. Prawdopodobnym jest, iż wskutek powyższego uchybienia lekarze zajmujący się powódką mogli nie dostrzec, że brak reakcji skurczowych macicy był rezultatem podania zbyt niskiej dawki oksytocyny.

Po trzecie, w trakcie czynności indukcyjnych powódka była stosunkowo rzadko monitorowana urządzeniem KTG. Dwukrotne wykonywanie tego badania podczas każdej z prób wywołania porodu było co prawda wyjątkowo dopuszczalne wobec faktu niestwierdzenia żadnych nieprawidłowości, jednak z perspektywy wiedzy medycznej wskazanym było, aby stan płodu był wówczas sprawdzany przez urządzenie KTG w sposób ciągły.

Po czwarte, pomimo istnienia po drugiej indukcji względnych przesłanek do przeprowadzenia cesarskiego cięcia, lekarze opiekujący się powódką zaniechali przeprowadzenia tego zabiegu w sytuacji, gdy była to względnie najbardziej pożądana procedura zmierzająca do uniknięcia powikłań związanych z wydłużonym czasem trwania ciąży.

Wreszcie po piąte, kiedy ujawniono śmierć dziecka wewnątrz macicy matki, poprzestano na jednej, nieskutecznej indukcji, a następnie zdecydowano się wydobyć martwy płód poprzez cesarskie cięcie pomimo, iż (...) Towarzystwo Ginekologiczne co do zasady nie zaleca powyższego sposobu zakończenia ciąży martwej.

Wskazane powyżej nieprawidłowości, zgodnie z opinią (...) w B., stanowiły odstępstwa od aktualnych standardów leczenia oraz obecnego stanu wiedzy medycznej. Personel medyczny pozwanego szpitala nie dochował w tym aspekcie staranności ogólnie wymaganej w stosunkach pomiędzy pacjentem a placówką leczniczą, a zatem w świetle art. 355 § 1 k.c. ponosi za taki stan rzeczy winę (zob. J. Gudowski (red.) Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania cz. 1 Warszawa 2013 str. 39). Jednakże, samo ustalenie winy podmiotu leczniczego za pewne nieprawidłowości w realizowaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz powódki nie przesądza jeszcze o odpowiedzialności pozwanego za zaistniałą szkodę. Stosownie bowiem do art. 361 § 1 k.c., do powstania tego rodzaju odpowiedzialności konieczne jest wykazanie normalnego związku przyczynowego pomiędzy zawinionym zachowaniem personelu medycznego a powstaniem szkody. W ocenie sądu, to właśnie kwestia zaistnienia związku przyczynowego stanowi najistotniejszy element podlegający zbadaniu w kontekście odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanych. Należało zatem ocenić, czy i które spośród opisanych powyżej, zawinionych uchybień mogły wywołać skutek w postaci śmierci dziecka powodów. Na przedpolu rozważań na płaszczyźnie przyczynowości należało odrzucić nieprawidłowość polegającą na przeprowadzeniu w dniu 20 września 2008 r. cesarskiego cięcia, albowiem zabieg ten nastąpił po upływie ponad doby od bezwątpliwie stwierdzonej śmierci płodu.

Wnioski biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B. wskazują, że uchybienia w postaci zaniechania preindukcji porodu oraz odstąpienia od szczegółowego odnotowywania sposobu podawania oksytocyny nie mogły rzutować na fakt śmierci płodu. Wspomniane nieprawidłowości skutkowały jedynie tym, iż lekarzom ze szpitala w J. nie udało się wywołać przeprowadzonego siłami natury porodu dziecka powodki. Fakt niepowodzenia działań indukcyjnych pozostawał indyferentny względem rozwoju prenatalnego płodu, nie sprzyjał także powstaniu uszczerbków na zdrowiu dziecka lub ujawnieniu się objawów istniejących już deficytów rozwojowych. W konsekwencji należało uznać, iż powyższe uchybienia nie pozostają w związku przyczynowym ze śmiercią O. K..

Z zebranego materiału dowodowego wynika, iż podczas czynności zmierzających do wywołania porodu K. K. powinna być zostać poddana stałemu nadzorowi urządzeniem kardiokograficznym, podczas gdy względem powódki i jej dziecka tego rodzaju badanie było wykonywane jedynie dwukrotnie podczas każdej indukcji. Wymaga jednak wskazania, iż ostatnie z badań KTG zostało przeprowadzone bezpośrednio po zakończeniu podawania oksytocyny, tj. w dniu 18 września 2008 r. o godzinie 13.40. Podczas tamtego badania nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w stanie nienarodzonego dziecka, przez co brak było podstaw do niezwłocznego przeprowadzenia zabiegu cesarskiego cięcia. Utrzymujący się przez całą ciążę dobry stan zdrowia płodu i matki oraz mieszczące się w normie wyniki badań KTG uzasadniały przekonanie, że zdrowie płodu w łonie matki jest niezagrażone i stabilne. Wymaga podkreślenia, iż dla przeprowadzenia bardziej szczegółowej diagnostyki płodu konieczne było uprzednie spostrzeżenie podczas innych badań symptomów ewentualnych nieprawidłowości. Ową poszerzoną diagnostykę mogłyby także uzasadniać obserwacje czynione przez powódkę, dostrzegającą symptomy świadczące o niedotlenieniu dziecka, takie jak znacząco zmniejszona bądź zwiększona aktywność płodu wewnątrz macicy.

Należy jednak przede wszystkim wskazać, iż zalecenia stałego monitorowania płodu urządzeniem KTG odnoszą się tylko do sytuacji, w której pacjentka poddawana jest procesowi indukcji porodu przy użyciu oksytocyny. Po zakończeniu powyższej procedury, obowiązek stałej obserwacji KTG odpada chyba, że we wcześniejszych badaniach ujawniono pewne nieprawidłowości. Skoro zatem ostatnie badanie kardiokograficzne płodu odbyło się w zasadzie na zakończenie próby wywołania porodu w dniu 18 września 2008 r. i nie dało ono podstaw do wnioskowania o zagrożeniu płodu, to zaniechanie dalszego intensywnego monitorowania stanu dziecka już po ukończeniu indukcji jawiło się jako dopuszczalne i usprawiedliwione. Natomiast częstotliwość nadzoru KTG już po drugiej próbie wywołania porodu, tj. w dniu 18 września 2008 r., a więc w okresie, gdy nastąpił zgon płodu, została uznana przez biegłych za dopuszczalną i prawidłową (k.504 odwrot).

Na marginesie wymaga wzmianki to, iż w aktach sprawy brak jest informacji o obłożeniu oddziału położniczego w czasie, gdy była na nim hospitalizowana powódka. Nie było zatem możliwe ustalenie, czy rzadkie monitorowanie KTG powódki w trakcie indukcji stanowiło rezultat przyjętej przez szpital w J. standardowej procedury wykonywania

takich badań, czy też, wobec ograniczonej dostępności aparatów KTG, było wynikiem konieczności skorzystania z tych urządzeń przez inne pacjentki, które ze względu na stan zdrowia zasługiwały w tej kwestii na priorytet.

Reasumując, brak stałego monitorowania KTG podczas indukcji porodu nie mógł mieć wpływu na śmierć dziecka, albowiem badanie przeprowadzone pod koniec czynności indukcyjnych nie wykazało żadnych nieprawidłowości. W związku przyczynowym ze zgonem płodu nie pozostaje także sposób nadzoru KTG w okresie pomiędzy drugą indukcją a chwilą śmierci dziecka, albowiem zgodnie z opinią biegłych z (...) w B. był on wykonywany prawidłowo.

Odnosząc się do uchybienia w postaci zaniechania skierowania K. K. na zabieg cesarskiego cięcia po drugiej, nieudanej indukcji porodu naturalnego, należy wpiąć kontekst, w jakim powyższa decyzja miała zostać podjęta. Trzeba bowiem pamiętać, że wskazaniem dla wywołania porodu dziecka powódki było zapobiegnięcie wystąpieniu ewentualnych schorzeń związanych ze zbyt długim okresem ciąży, takich jak małowodzie, kompresja pępowiny, aspiracja smółki czy powikłania neonatologiczne. Co istotne, w chwili indukcji powódka była w 42. tygodniu ciąży, kiedy to konieczność przyspieszenia porodu miała jeszcze charakter względny. Alternatywnym względem indukcji, a możliwym do wdrożenia sposobem postępowania wobec ciężarnej K. K. były czynności zachowawcze, sprowadzające się do okresowej diagnostyki płodu i pacjentki. W tych realiach, podjęta przez lekarzy decyzja o dwukrotnej indukcji porodu jawiła się zatem tylko jako jedna z możliwości prawidłowej opieki medycznej nad powódką. Po przeprowadzeniu dwukrotnej, nieefektywnej indukcji personel medyczny powinien był rozważyć najbardziej wskazane z punktu widzenia medycyny rozwiązania w postaci cesarskiego cięcia czy przebicia pęcherza płodowego. Nieskuteczność prób wywołania porodu mogła również skłonić lekarzy do zaniechania dalszych indukcji i poprzestania na znaczącym wzmożeniu obserwacji płodu – wszak brak było wówczas wskazań bezwzględnych do natychmiastowego zakończenia ciąży. Błąd personelu pozwanego szpitala polegał na niezastosowaniu któregokolwiek z powyższych rozwiązań, co jednak nie oznacza, iż na skutek tego zachowania doszło do śmierci płodu. Wszystkie wskazane wyżej czynności, w tym cesarskie cięcie, zmierzałyby bowiem do usunięcia ryzyka związanego z przedłużoną ciążą, a nie do eliminacji zagrożenia dla życia płodu. Jak obrazowo określili to biegli z (...) w B. w uzupełniającej opinii ustnej, w świetle ówczesnych, prawidłowych wyników badań płodu, zabieg cesarskiego cięcia miałby wyłącznie walor prewencyjny, profilaktyczny i nie miałby niczego wspólnego z koniecznością niezwłocznego ratowania płodu, a nadto wobec możliwych alternatywnych rozwiązań konieczność przeprowadzenia tego zabiegu była względna. Faktem jest, iż gdyby po drugiej nieudanej indukcji doszło do cesarskiego cięcia z przyczyn podyktowanych zamiarem uniknięcia powikłań ciąży potęminowej, syn powodów prawdopodobnie narodziłby się żywy. W tym znaczeniu przeprowadzenie cesarskiego cięcia rzeczywiście mogłoby uratować życie dziecka K. i J. K.. Wymaga jednak podkreślenia po raz wtóry, iż opisane cesarskie cięcie służyłoby wyłącznie realizacji celów profilaktycznych, zaś eliminacja nieznanych wcześniej przyczyn zagrożenia życia płodu w postaci zawału białego łożyska nastąpiłaby niejako przy okazji. Tym samym należy wskazać, iż zaniechanie przez lekarzy wykonania profilaktycznego, jedynie względnie koniecznego cesarskiego cięcia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze śmiercią płodu.

Wobec powyższych ustaleń pozostaje rozważyć, czy biorąc pod uwagę zasady wiedzy medycznej możliwe było wcześniejsze rozpoznanie przez pozwanego szpitala dysfunkcji płodu skutkującej zawałem białym łożyska (a w konsekwencji śmiercią płodu), które to rozpoznanie uzasadniałoby niezwłoczne przeprowadzenie cesarskiego cięcia z przyczyn innych aniżeli wyłącznie profilaktyczne. Odnosnie przedmiotowej materii wnioski opinii biegłych lekarzy są kategoryczne - zgon wewnątrzmaciczny płodu miał charakter losowy i nieprzewidywalny, a zatem niemalże niemożliwy do odpowiednio wczesnego zdiagnozowania. Okoliczność, iż wszystkie dotychczasowe badania ciężarnej pacjentki nie dały asumptu do najmniejszych podejrzeń nieprawidłowości funkcjonowania płodu stanowiły przesłankę negatywną do poszerzenia diagnostyki płodu o niestandardowe, niekiedy inwazyjne badania. Innymi słowy, w świetle wyników badań obrazujących stan płodu brak było podstaw do zakończenia ciąży cesarskim cięciem ze względu na wady płodu. Bezpośrednią przyczyną śmierci dziecka był zawał białego łożyska, wywołany najprawdopodobniej przez zakrzep lub zator. Wykrycie czynników ryzyka prowadzących do zawału łożyska wymagało przeprowadzenia niestandardowych, specjalistycznych badań, do wykonania których – biorąc pod uwagę dobre wyniki badań płodu – lekarze nie mieli żadnych wskazań. Skoro zatem biegli ustalili ponad wszelką wątpliwość, iż zgon płodu był wynikiem zdarzenia losowego, którego nastąpienia nie dało się przewidzieć nawet przy dołożeniu

należytej staranności, to brak jest podstaw do przyjęcia, iż śmierć dziecka powodów stanowi następstwo zawinionego zachowania personelu medycznego szpitala w J..

O istnieniu związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem sprawcy a powstaniem szkody możemy mówić wówczas, gdy w świetle zasad doświadczenia życiowego oraz zasad wiedzy naukowej, specjalnej (orzeczenie SN z 2 czerwca 1956 r. sygn. 3 CR 515/56) możliwe jest zbudowanie prawdziwego logicznego związku wynikania, w którym niewłaściwe zachowanie sprawcy będzie racją (przyczyną), szkoda zaś następstwem. Normalność związku przyczynowego oznacza natomiast jego typowość lub fakt bycia oczekiwanym w zwykłej kolejności rzeczy, a więc niebędącej rezultatem jakiegos zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności (J. Gudowski (red.) Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania cz. 1 Warszawa 2013 str. 84). Jeżeli zatem brak jest powiązań logicznych pomiędzy zachowaniem danej osoby a powstaniem szkody, bądź też gdy powiązania te nie mają charakteru normalnego, to zgodnie z art. 361 § 1 k.c. nie zachodzi konieczna przesłanka obowiązku odszkodowawczego w postaci istnienia normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego.

Sąd orzekający w sprawie podziela przy tym pogląd judykatury, iż w tak zwanych procesach lekarskich nie jest wymagane, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób absolutnie pewny. Udowodnienie związku przyczynowego, o który tu chodzi, powinno jednak wskazywać na odpowiednio wysoki stopień tego prawdopodobieństwa (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 18 czerwca 2015 r. sygn. akt I ACa 511/14). Na gruncie niniejszej sprawy, w świetle treści opinii biegłych z (...) w B., nie tylko nie wykazano wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego a śmiercią płodu, lecz, co więcej, skutecznie zanegowano choćby minimalną możliwość istnienia takiego związku. Tym samym, na płaszczyźnie przyczynowości nie jest możliwe przypisanie zachowaniu pracowników szpitala skutku w postaci zgonu płodu (art. 361 § 1 k.c.).

Skutkiem ustalenia, że zawinione zachowania personelu medycznego nie pozostają w normalnym związku przyczynowym ze śmiercią dziecka powodów, jest niemożliwość przypisania odpowiedzialności za szkodę zarówno pozwanemu (...) (art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c.), jak i pozwanemu ubezpieczycielowi (...) SA (art. 822 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c.). Skoro zatem żaden z pozwanych nie odpowiada za szkodę, wytoczone powództwo podlegało oddaleniu w całości. Wymaga zaakcentowania, że każde spośród roszczeń odszkodowawczych zgłoszonych pozwem (zadośćuczynienie – art. 446 § 4 k.c., odszkodowanie – art. 446 § 3 k.c., zwrot kosztów pogrzebu – art. 446 § 1 k.c.) opierało się na założeniu odpowiedzialności pozwanych za zaistniałą szkodę. Tym samym, wobec nieustalenia podstaw do przypisania pozwanym odpowiedzialności za szkodę, nie było możliwe uwzględnienie któregokolwiek z żądań pozwu.

Mając na uwadze to, iż wynik niniejszego procesu był w znacznej mierze uzależniony od okoliczności ustalonych w oparciu o zaawansowane wiadomości specjalne z zakresu medycyny, a także uwzględniając trudną sytuację osobistą i majątkową K. K. i J. K., na zasadzie art. 102 k.p.c. sąd odstąpił od obciążenia powodów kosztami procesu.