

Sygn. akt I ACa 57/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lipca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

**Przewodniczący : SSA Krzysztof Depczyński**

**Sędziowie : SA Krystyna Golinowska ( spr . )**

**del . S O Krzysztof Wójcik**

Protokolant: sekretarz sądowy Agata Józwiak

po rozpoznaniu w dniu 12 lipca 2016 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **K. K. (1) i J. K.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą  
w W. i (...)**

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

na skutek apelacji powodów

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 3 grudnia 2015 r. sygn. akt II C 1707/10

1. **oddala apelację;**

2. **nie obciąża powodów kosztami postępowania apelacyjnego.**

**Sygn. akt I ACa 57/16**

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 23 grudnia 2015 r. Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo K. K. (1) i J. K. skierowane przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. oraz (...) działającemu jako następca prawny zlikwidowanego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w J. o zasądzenie, na zasadzie in solidum, zadośćuczynienia, odszkodowania za śmierć dziecka i pogorszenie sytuacji życiowej oraz kosztów pogrzebu.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd pierwszej instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych, które Sąd Apelacyjny aprobuje i przyjmuje za własne.

Powodowie K. K. (1) oraz J. K. byli rodzicami O. K., który w dniu (...) urodził się martwy. Przebieg ciąży był prawidłowy, obserwowano jedynie wystąpienie niedokrwistości ciężarnej. Termin porodu został określony na 7 września 2008 r.

W dniach 11 – 15 sierpnia 2008 r. powódka była hospitalizowana w Oddziale G.-Położniczym ZOZ w J., w celu obserwacji tętna płodu. Podczas przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono patologiczną, dwunacyniową budowę pępowiny, natomiast tętno dziecka było prawidłowe i wynosiło około 140/min podczas każdego pomiaru.

Powódka została ponownie przyjęta do szpitala 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. 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. Prawidłowe tętno dziecka potwierdziło również badanie KTG. Wyniki badań krwi powódki mieściły się w granicach normy.

Następnego dnia, w związku z brakiem czynności skurczowej, powódka została po raz pierwszy podłączona do kroplówki naskurczowej z oksytocyną. Przeprowadzono też badanie wewnętrzne ciężarnej oraz dokonano zapisu KTG, którego wynik był w normie, nie odnotowano skurczów macicy. Wobec nieuzyskania czynności skurczowej odłączono kroplówkę o godzinie 14.00. Zapis KTG z godziny 15.03 był w normie. 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.

W dniu 18 września 2008 r. powódce po raz drugi podano oksytocynę 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.

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

Pomiędzy godziną 14.00 w dniu 18 września 2008 r. a godziną 9.10 następnego dnia nie wykonywano u powódki badania KTG. Wszystkie wcześniejsze badania KTG wykazywały prawidłowy stan płodu. 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 dniu 19 września 2008 r. powódka nie wyczuła u siebie jakichkolwiek zmian w stosunku do wcześniejszego przebiegu ciąży. Podczas próby założenia aparatu KTG położna nie wysłuchiwała tętna płodu, co potwierdził zapis KTG, o czym niezwłocznie zawiadomiono lekarzy. W wykonanym natychmiast badaniu USG nie stwierdzono czynności serca płodu i postawiono diagnozę ciąży obumarłej.

W celu podjęcia próby porodu martwego płodu K. K. (1) została podłączona do kroplówki naskurczowej, co jednak nie wywołało zamierzonego rezultatu. W związku z powyższym, podjęto decyzję o wykonaniu zabiegu cesarskiego cięcia, który został przeprowadzony w dniu 20 września 2008 r. (...) Towarzystwo Ginekologiczne nie zaleca wykonywania cięć cesarskich na martwym płodzie. K. K. (1) została wypisana ze szpitala w dniu 24 września 2008 r.

Wykonana w dniu 23 września 2008 r. sekcja zwłok O. K. 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.

W momencie hospitalizacji w dniu 15 września 2008 r. wobec powódki podjęto prawidłowe czynności diagnostyczne, które 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.

Podczas pierwszej próby indukcji porodu 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. W okresie pomiędzy 41 a 42 tygodniem ciąży obserwuje się również nieznaczny wzrost umieralności okołoporodowej towarzyszący przedłużającemu się okresowi trwania ciąży, ale już w odniesieniu do wykładników zachorowalności (niska punktacja A., 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. Wybrane postępowanie położnicze wobec powódki, hospitalizowanej z powodu przeterminowania ciąży, było zgodne z wiedzą medyczną, ponieważ nie istniały istotne przeciwwskazania do porodu drogą pochwową. Za realną możliwością pomyślnego końca 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.

Gdyby wobec K. K. (1) 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.

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 F.'a lub zastosowanie środków farmakologicznych (prostaglandyny), bowiem samo zastosowanie oksytocyny 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. Z uwagi na fakt, że w dokumentacji medycznej nie wskazano jednoznacznie, jaki był sposób dawkowania oksytocyny nie jest możliwa jednoznaczna ocena tego, czy brak reakcji skurczowej mógł być rezultatem podania powódce zbyt małej dawki oksytocyny, choć jest to najbardziej prawdopodobne wytłumaczenie.

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. (1), polegający jedynie na okresowym osłuchiwaniu czynności serca płodu oraz okresowej rejestracji KTG (tj. dwukrotnie podczas każdej z prób wywołania porodu) był nieadekwatny do stosowanej formy interwencji farmakologicznej. Jednakże, 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.

Ocena przebiegu ciąży nie wskazywała na istnienie objawów procesów patologicznych łożyska, które mogły sugerować zagrożenie stanu płodu podczas ciąży w postaci zawału białego łożyska, a w konsekwencji 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.

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. Wobec nieskuteczności działań podejmowanych w celu wywołania porodu, niezależnie od przyczyny niepowodzenia indukcji, zalecane byłoby zakończenie ciąży drogą cesarskiego cięcia bądź przez 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 kardiologicznego. Brak było jednak bezwzględnych wskazań do przeprowadzenia dodatkowych badań KTG w dniu indukcji w godzinach wieczornych. Nawet wykonanie tak

szerokiej diagnostyki nie gwarantowało uniknięcia śmierci płodu, lecz zwiększyłyby szanse na wykrycie ewentualnego zagrożenia.

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. jego stan 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.

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

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. W tym wypadku cesarskie cięcie służyłoby jedynie przyspieszeniu urodzenia się dziecka w celu zredukowania ryzyka związanego z ewentualnymi konsekwencjami ciąży potęminowej, a nie eliminacji zagrożenia dla życia dziecka.

Śmierć dziecka była dla obojga powodów silnym przeżyciem traumatycznym, powodującym typowe objawy zaburzeń emocjonalnych. U powódki reakcja żałoby miała typowy przebieg, uległa istotnemu złagodzeniu, gdy K. K. (1) ponownie zaszła w ciążę, która jednak wiązała się ze wzmożonym lękiem. 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. (1) wróciła do pracy, urodziła drugie, a następnie kolejne 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 wzmożone objawy neurotyczne z tendencjami do reakcji depresyjnych, jednak K. K. (1) nie deklaruje potrzeby uczestniczenia w terapii psychologicznej.

Również w wypadku powoda wystąpiły silne reakcje emocjonalne. Jedną z form obniżenia napięcia emocjonalnego stało się dla niego spożywanie alkoholu, którego okresowo nadużywał, co było przyczyną konfliktów w rodzinie, zakończonych rozwodem małżonków K.. Śmierć syna nie miała istotnego wpływu na aktywność życiową powoda. Reakcja żałoby zakończyła się u powoda po urodzeniu drugiego syna. Obecnie nie występują u niego istotne zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym, nie potrzebuje pomocy psychiatrycznej czy psychologicznej.

W 2008 r. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w J. korzystał z ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej w pozwanym (...) SA. Maksymalny zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela za jedno zdarzenie ustalono na 500000 zł. Pozwany odmówił powodowi wypłaty świadczenia za śmierć ich dziecka w szpitalu w J..

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 (...). Po zakończeniu likwidacji powyższy zakład został w dniu 28 kwietnia 2011 r. wykreślony z KRS.

Dokonując oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd I instancji odmówił wiarygodności opinii biegłego z zakresu ginekologii i położnictwa T. P. w zakresie, w jakim nie pokrywa się ona z opinią Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B., z uwagi na jej lakoniczność i ogólnikowość.

Sąd meriti odmówił waloru wiarygodności także dowodowi z przesłuchania powódki w zakresie w jakim twierdziła, że w trakcie indukcji porodu była poddawana badaniu KTG tylko raz dziennie. Powyższa okoliczność pozostaje w

sprzeczności z treścią dokumentacji medycznej dotyczącej hospitalizacji powódki, opinią biegłych z (...) w B., jak również z wiarygodnymi zeznaniami świadków D. M. i I. S..

Pozytywnie Sąd Okręgowy ocenił dowód z opinii (...) w B., podkreślając że została sporządzona przez swoiste konsylium biegłych, składające się z lekarzy specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa oraz medycyny sądowej, a następnie zatwierdzona przez kierownika jednostki dydaktyczno-naukowej. Ponadto, biegli 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.

Przechodząc do rozważań prawnych, w pierwszej kolejności Sąd I instancji wskazał, że 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. Z tą chwilą, po myśli art. 60 ust. 6 ówczesnie obowiązującej ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. nr 14 poz. 89) oraz § 3 uchwały Rady Powiatu (...) z dnia 25 czerwca 2009 r. (nr XXXVIII/206/09), zobowiązania (...) w J. przejął (...), co uzasadnia legitymację bierną tej jednostki samorządu terytorialnego w niniejszym procesie. Podstawą odpowiedzialności pozwanego (...) SA jest natomiast zawarta z (...) w J. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (art. 822 § 1 k.c.).

Podkreślił, że pozwany (...), będący następcą prawnym zlikwidowanego (...) w J., odpowiada za szkody wyrządzone w związku ze świadczeniem usług medycznych stosownie do art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., na zasadzie ryzyka, której niezbędną przesłanką jest jednak wina podwładnego. Niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c., 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. Rozstrzygnięcie powyższej kwestii wymagało ustalenia następujących okoliczności: faktu zaistnienia szkody, zawinonego zachowania personelu medycznego oraz normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego pomiędzy powstaniem szkody a zachowaniem personelu medycznego.

Sąd I instancji podniósł, że z materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w szczególności z opinii biegłych z (...) w B. wynika, iż podczas podejmowania czynności medycznych wobec K. K. (1) doszło do pewnych nieprawidłowości.

Po pierwsze, lekarze zaniechali podjęcia czynności związanych z tzw. preindukcją porodu w celu osiągnięcia przez szyjkę macicy dojrzałości wystarczającej do urodzenia dziecka, co zwiększyłyby szansę na wywołanie porodu po podaniu środka indukcyjnego w postaci oksytocyny. Po drugie, podczas podawania kroplówki naskurczowej zaniechano szczegółowego odnotowania, jaki był sposób dawkowania oksytocyny, w tym jaką maksymalną dawkę oksytocyny ostatecznie zastosowano. Prawdopodobnym jest, iż wskutek powyższego uchybienia lekarze 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, gdyż 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 najbardziej pożądana procedura zmierzająca do uniknięcia powikłań związanych z wydłużonym czasem trwania ciąży.

Wymienione nieprawidłowości, zgodnie z opinią (...) w B., stanowiły odstępstwa od aktualnych standardów leczenia oraz obecnego stanu wiedzy medycznej. Jednakże, samo ustalenie winy podmiotu leczniczego za pewne nieprawidłowości w realizowaniu świadczeń zdrowotnych wobec powódki nie przesądza 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 kontekście powyższej przesłanki należało zatem ocenić, czy i które spośród opisanych powyżej, zawinionych uchybień mogły wywołać skutek w postaci śmierci dziecka powodów.

Wnioski pozytywnie ocenionej opinii biegłych 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 powódki. Fakt niepowodzenia działań indukcyjnych pozostawał jednak indyferentny względem rozwoju prenatalnego płodu, nie sprzyjał także powstaniu uszczerbków na zdrowiu dziecka lub ujawnieniu się objawów istniejących już deficytów rozwojowych. W konsekwencji Sąd meriti stwierdził, że powyższe uchybienia nie pozostają w związku przyczynowym ze śmiercią O. K..

Podczas czynności zmierzających do wywołania porodu K. K. (1) powinna być poddana stałemu nadzorowi urządzeniem kardiokograficznym. Sąd Okręgowy podniósł jednak, że podczas ostatniego z badań KTG przeprowadzonego bezpośrednio po zakończeniu podawania oksytocyny w dniu 18 września 2008 r. 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 zatem przekonanie, że zdrowie płodu w łonie matki jest niezagrażone i stabilne. Dalej Sąd meriti podkreślił, że 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. Przede wszystkim jednak, 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 jakieś nieprawidłowości. Taka sytuacja nie wystąpiła w niniejszej sprawie, skoro ostatnie badanie KTG, które odbyło się na zakończenie próby wywołania porodu w dniu 18 września 2008 r., nie dało podstaw do wnioskowania o zagrożeniu płodu. W tych warunkach, Sąd I instancji uznał, że również brak stałego monitorowania KTG podczas indukcji porodu nie mógł mieć wpływu na śmierć dziecka. Z kolei sposób nadzoru już po drugiej próbie wywołania porodu, a więc w okresie, gdy nastąpił zgon płodu, został uznany przez biegłych za dopuszczalny i prawidłowy, a więc również nie pozostaje w normalnym związku przyczynowym ze zgonem płodu.

Odnosząc się do uchybienia w postaci zaniechania skierowania K. K. (1) na zabieg cesarskiego cięcia po drugiej, nieudanej indukcji porodu naturalnego, Sąd Okręgowy zaznaczył, że wskazaniem dla wywołania porodu dziecka powódki było zapobiegnięcie wystąpieniu ewentualnych schorzeń dziecka związanych ze zbyt długim okresem ciąży czy powikłań neonatologicznych. Co istotne, w chwili indukcji powódka nie była jeszcze w ukończonym 42. tygodniu ciąży, a więc konieczność przyspieszenia porodu miała jeszcze charakter względny. Alternatywnym względem indukcji, a możliwym do wdrożenia sposobem postępowania wobec powódki 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 ciężarną. 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, z uwagi na brak bezwzględnych wskazań do natychmiastowego zakończenia ciąży. Uchybienie personelu pozwanego szpitala polegało zatem na niezastosowaniu któregośkolwiek z powyższych rozwiązań, co jednak nie oznacza, iż na skutek tego zaniechania 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. W efekcie, jak obrazowo określili to biegli z (...) w B. w uzupełniającej opinii ustnej, w świetle prawidłowych wyników badań płodu, zabieg cesarskiego cięcia miałby wyłącznie walor prewencyjny, profilaktyczny i nie pozostawałby w związku z potrzebą niezwłocznego ratowania płodu, a celowość jego przeprowadzenia była względna. Co prawda, gdyby po drugiej nieudanej indukcji doszło

do cesarskiego cięcia z przyczyn podyktowanych zamiarem uniknięcia powikłań ciąży poterminowej, syn powodów prawdopodobnie urodziłby się żywy, a więc w tym znaczeniu przeprowadzenie cesarskiego cięcia rzeczywiście mogłoby uratować życie dziecka powodów. Sąd Okręgowy podkreślił jednak, że w okolicznościach sprawy, 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. W konkluzji Sąd meriti uznał, że zaniechanie przez lekarzy wykonania profilaktycznego, jedynie względnie uzasadnionego cesarskiego cięcia, nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze śmiercią płodu.

Na zakończenie Sąd I instancji rozważał, czy biorąc pod uwagę zasady wiedzy medycznej możliwe było wcześniejsze rozpoznanie przez pozwany szpital dysfunkcji płodu skutkującej zawałem białym łożyska (a w konsekwencji jego śmiercią), które to rozpoznanie uzasadniałoby niezwłoczne przeprowadzenie cesarskiego cięcia z przyczyn innych aniżeli wyłącznie profilaktyczne. Odnośnie do tej kwestii wnioski opinii biegłych lekarzy są kategoryczne i wskazują, że zgon wewnątrzmaciczny płodu miał charakter losowy i nieprzewidywalny, a zatem niemalże niemożliwy do odpowiednio wczesnego zdiagnozowania. W świetle wyników badań obrazujących dotychczasowy stan płodu nie było zatem podstaw do zakończenia ciąży cesarskim cięciem ze względu na wady płodu. Bezpośrednią przyczyną śmierci dziecka był zawał biały łożyska, wywołany najprawdopodobniej przez zakrzep lub zator. Wykrycie czynników ryzyka prowadzących do jego wystąpienia wymagało przeprowadzenia niestandardowych, specjalistycznych badań, do wykonania których – biorąc pod uwagę dobre wyniki badań płodu – lekarze nie mieli żadnych wskazań. Skoro zatem, na podstawie opinii biegłych wykazano ponad wszelką wątpliwość, iż zgon płodu był wynikiem zdarzenia losowego, którego wystąpienia nie dało się przewidzieć nawet przy dołożeniu należytej staranności, to brak jest podstaw do przyjęcia, iż śmierć dziecka powodów stanowi następstwo zawnionego zachowania personelu medycznego szpitala.

Sąd Okręgowy zauważył, że o istnieniu związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem sprawcy a powstaniem szkody można mówić wówczas, gdy w świetle zasad doświadczenia życiowego oraz zasad wiedzy naukowej, specjalnej 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, niebędącej rezultatem jakiegoś zupełnie wyjątkowego zbiegu okoliczności.

Sąd meriti podzielił utrwalony pogląd judykatury, że 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, powinno jednak wskazywać na odpowiednio wysoki stopień tego prawdopodobieństwa. Na gruncie niniejszej sprawy, nie tylko zaś nie wykazano wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego a śmiercią płodu, lecz 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.

W konsekwencji, wobec nieustalenia podstaw do przypisania pozwanym odpowiedzialności za szkodę, żądania pozwu okazały się niezasadne.

Orzeczenie o kosztach procesu Sąd Okręgowy uzasadnił treścią art. 102 k.p.c.

Od powyższego wyroku wywiedli apelację powodowie, zaskarżając go w części oddalającej powództwo i zarzucając mu:

a) naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. i 355 k.c. w zw. z art. 361 k.c. i art. 231 k.c. poprzez ich niewłaściwą wykładnię i w konsekwencji niezastosowanie ze względu na wadliwe przyjęcie braku adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy stwierdzonymi uchybieniami w opiece położniczej nad K. K. (1) a śmiercią dziecka stron, w sytuacji gdy do obumarcia płodu doszło na skutek niewłaściwej oceny ryzyka przedłużającej się ciąży, wadliwie przeprowadzonej indukcji i zaniechaniu wzmoczonego monitorowania dobrostanu płodu oraz niepodjęcia we właściwym czasie decyzji o ukończeniu ciąży;

b) naruszenie przepisów postępowania, a mianowicie dyspozycji art. 233 w zw. z art., 328 § 2 i art. 278 k.p.c. polegające na:

- przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów i w konsekwencji rażąco dowolną ocenę wniosków opinii biegłych,
- oparcie rozstrzygnięcia na poszczególnych jednostkowo ujętych wnioskach opinii (nieuzasadnionych), z pominięciem całokształtu okoliczności sprawy i materiału dowodowego.

W uzasadnieniu złożonego środka odwoławczego skarżący podnieśli, że ocena

wniosków opinii biegłych została dokonana jednostronnie i skupiła się jedynie na próbie ustalenia, czy w przedmiotowej sprawie na którymś z etapów opieki nad ciężarną powódką zachodziły bezwzględne wskazania do zakończenia ciąży drogą cesarskiego cięcia. Tego rodzaju założenie spowodowało zaś zniekształcenie wniosków opinii. Wskazali, że przy wynikającym z opinii biegłych ustaleniu, iż przedłużający się czas trwania ciąży generuje wzrost częstości powikłań okołoporodowych (w tym wzrost ryzyka zgonu wewnątrzmacicznego), należało dokonać oceny wniosków opinii, czy w opiece nad ciężarną powódką podjęto wszelkie czynności zmierzające do zminimalizowania tak określonego ryzyka. W tym kontekście, wbrew stanowisku Sądu pierwszej instancji, nie bez znaczenia pozostaje fakt zaniechania oceny dojrzałości szyjki macicy i preindukcji porodu oraz uchybień w prowadzeniu indukcji porodu, co doprowadziło do nieskuteczności podejmowanych działań. W tych warunkach, zdaniem powodów, nie można uznać, aby z należytą starannością dążono do zakończenia ciąży. Zwłaszcza, że druga indukcja porodu powinna być ostatnią, bowiem może wpływać na wzrost powikłań płodowych. Podkreślili, że wniosek Sądu Okręgowego, iż podjęcie któregośkolwiek z możliwych sposobów postępowania nie zapobiegłoby śmierci płodu jest nieuprawniony, skoro w szpitalu nie dokonano wszelkich dostępnych i zgodnych z aktualną wiedzą medyczną czynności, w tym zaniechano wzmożonego nadzoru nad ciężarną, wykonania dodatkowych badań diagnostycznych czy też przebicia pęcherza płodowego. Konkludując podnieśli, że w toku procesu nie zostało wykazane, by przyczyna obumarcia płodu wskutek niedotlenienia i zawału łożyska nie mogły zostać w porę wychwycone, gdyby dołożono należytej staranności.

Na podstawie tak sformułowanych zarzutów powodowie wnieśli o zmianę

zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, a nadto o zasądzenie na rzecz powodów kosztów postępowania za obie instancje.

W odpowiedzi na apelację obaj pozwani wnieśli o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

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

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie podkreślenia wymaga, że zaistnienie szkody po stronie powodowej jest niewątpliwe. Spór między stronami koncentruje się na kwestii wykazania normalnego związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem pracowników Szpitala w J. a śmiercią syna powodów i dotyczy przede wszystkim stosowania prawa materialnego (tzw. subsumpcji).

W pierwszej kolejności należało jednak poddać ocenie zarzuty naruszenia prawa procesowego, ponieważ stosowanie prawa materialnego polega na podstawieniu stanu faktycznego ustalonego przez sąd orzekający pod hipotezę przepisu materialnoprawnego.

Nie sposób się zgodzić ze skarżącymi, że Sąd I instancji naruszył art. 328 § 2 k.p.c. W myśl powołanego przepisu uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które Sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. Nie ulega wątpliwości, że uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia odpowiada wymogom tego przepisu, nie tylko zawiera wszystkie wymagane elementy, ale też w sposób szczegółowy odnosi się do wszystkich zgromadzonych w



sprawie dowodów, w szczególności zaś kluczowej dla rozstrzygnięcia opinii biegłych (...) w B.. Rozstrzygając o braku odpowiedzialności pozwanego za szkodę, jakiej doznali powodowie Sąd Okręgowy jednoznacznie wskazał, jakimi motywami się kierował, odwołując się do wniosków wspomnianej opinii. Okoliczność, że z treści wskazanej opinii skarżący wyciągają odmienne wnioski, aniżeli Sąd meriti nie uzasadnia zatem podniesionego zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Wadliwa ocena dowodu może i - w realiach sporu - jest zwalczana przez skarżących przede wszystkim w ramach zarzutu naruszenia reguł swobodnej oceny dowodów z art. 233 § 1 k.p.c., a nie za pomocą zarzutu naruszenia art. 278 k.p.c., czy art. 328 § 2 k.p.c. Reasumując, zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w tych wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia orzeczenia całkowicie uniemożliwia dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 października 2009 r., I UK 129/09). W efekcie omawiany zarzut należało uznać za bezzasadny.

Zamierzonego skutku nie może również odnieść zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.

Wbrew odmiennemu przekonaniu powodów Sąd Okręgowy dokonał bowiem prawidłowych ustaleń faktycznych i trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego. Konstruując podstawę faktyczną rozstrzygnięcia oparł się w głównej mierze na opinii instytutu medycznego, której wnioski nie zostały w najmniejszy sposób zniekształcone. Twierdzenie, że Sąd I instancji oparł rozstrzygnięcie na poszczególnych jednostkowo ujętych wnioskach opinii z pominięciem całokształtu okoliczności sprawy nie zostało należycie uzasadnione. Przeciwnie skarżący w uzasadnieniu apelacji przywołują te same wnioski zawarte w opinii biegłych lekarzy, które powołane zostały w prawidłowo ustalonej podstawie faktycznej rozstrzygnięcia. Sąd Okręgowy dostrzegł wszak uchybienia w postępowaniu pracowników szpitala w J. oraz nieskuteczność działań związanych z indukcją porodu. Przeanalizował całość czynności związanych z opieką okołoporodową powódki, w płaszczyźnie zaleceń (...) Towarzystwa Ginekologicznego. Wreszcie ustalił, że jedynym sposobem uniknięcia obumarcia płodu byłoby zakończenie ciąży drogą cesarskiego cięcia po nieefektywnej drugiej próbie wywołania porodu, najpóźniej w dniu 18 września 2008 r. Nie budzi zatem wątpliwości, że zaskarżony wyrok został wydany po pełnym wyjaśnieniu wszystkich okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Podkreślenia też wymaga, że opinia instytutu nie była kwestionowana przez żadną ze stron, w szczególności powodowie nie zgłosili żadnych zastrzeżeń do tej opinii. Żadna ze stron nie zgłosiła też dalszych wniosków dowodowych. Wreszcie, apelujący nie zakwestionowali ustaleń faktycznych poczynionych przez Sąd I instancji, kwestionując jedynie ich ocenę jurydyczną.

Co więcej, przed dokonaniem analizy materiału dowodowego Sąd Okręgowy odniósł się do dorobku orzecznictwa, które szeroko zajmowało się problemem związku przyczynowego w sprawach odszkodowań za szkody związane z leczeniem i wskazał, że judykatura w sposób szczególny traktuje tzw. procesy lekarskie. Podkreśla się bowiem, że w tych sprawach ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione (vide wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r., sygn. akt II CSK 285/07 oraz z dnia 27 lutego 1996 r., sygn. akt II CKN 625/97). Rację mają zatem skarżący, że w licznych judykatach wypowiedziano pogląd, że nie jest konieczne, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny, zaś w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto reguły, które w praktyce w sposób znaczący złagodziły konsekwencje ciężaru dowodowego, spoczywającego na stronie powodowej. Skarżący pomijają jednak, że tymi samymi przesłankami odpowiedzialności odszkodowawczej w rozpoznawanej sprawie kierował się Sąd I instancji dokonując oceny materiału dowodowego i wskazując na konieczność wykazania jedynie wysokiego prawdopodobieństwa pomiędzy działaniami pracowników służby zdrowia, a powstaniem szkody. W motywach zaskarżonego rozstrzygnięcia, Sąd meriti zaznaczył również, że akceptuje wyrażony w orzecznictwie pogląd, iż w „procesach lekarskich” dopuszczalne jest dokonywanie ustaleń przy wykorzystaniu domniemań faktycznych i dowodu *prima facie*, opartego na konstrukcji określonej w art. 231 k.p.c. (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11

stycznia 1972 r., I CR 516/71; z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 766/97; z dnia 17 listopada 2007 r., II CSK 285/07). Trafnie argumentował jednak, że odwoływanie się do wspomnianej konstrukcji w realiach rozpoznawanej sprawy było zbędne, bowiem analiza zebranego materiału dowodowego prowadzi do wniosku, że na płaszczyźnie przyczynowości nie jest możliwe przypisanie zachowaniu pracowników szpitala w J. skutku w postaci śmierci syna powodów. Dodatkowo, odnosząc się do zawartych w uzasadnieniu apelacji wywodów dotyczących stosowania dowodu prima facie, zauważyć należy, że w orzecznictwie podkreśla się dostateczność wykazania wysokiego prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego dotyczy przede wszystkim szkód wywołanych zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, bowiem w takich wypadkach udowodnienie, że zakażenie nastąpiło w trakcie leczenia w danej placówce jest bardzo trudne, zaś szpital może bronić się podnosząc, że zakażenie nastąpić mogło w innej placówce medycznej, a nawet poza takimi placówkami. W przedmiotowej sprawie tego rodzaju trudności dowodowe nie występują.

Mając powyższe na uwadze stwierdzić należy, że kluczowa dla rozstrzygnięcia jest ocena koniecznego elementu odpowiedzialności strony pozwanej w postaci związku między postępowaniem personelu medycznego a szkodą, który musi być adekwatny, tj. pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.). Skarżący upatrują istnienia takiego powiązania przyczynowo – skutkowego ze stwierdzenia biegłych, zaakceptowanego przez Sąd Okręgowy, że jedynym sposobem uniknięcia obumarcia płodu byłyby zakończenie ciąży drogą cesarskiego cięcia po nieefektywnej drugiej próbie wywołania porodu, najpóźniej w dniu 18 września 2008 r. Rodzi to potrzebę oceny, czy zaniechanie zakończenia ciąży w opisany sposób było niezgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej oraz miało charakter zawiniony, tj. że postępowanie to w danych okolicznościach sprawy może być przedmiotem zarzutu, że było nieprawidłowe, przy uwzględnieniu surowych wymagań stawianych lekarzom w zakresie profesjonalizmu postępowania (art. 355 § 2 k.c.).

Wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09). Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku „błędu w sztuce”. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne.

Sąd Apelacyjny podziela ocenę prawną Sądu I instancji, który nie dopatrzył się w działaniu lekarza winy ani w zakresie elementu obiektywnego, czyli niezgodności postępowania z obowiązującymi normami postępowania, ani w zakresie elementu subiektywnego mogącego się wyrażać w niewiedzy, nieostrożności, nieuwadze lub niedbalstwie polegającym na niedołożeniu należytej staranności.

Rzecz w tym, że zespół biegłych wydających opinię w sposób jednoznaczny stwierdził, iż w okolicznościach sprawy można dopatrzeć się jedynie względnej przyczyny do wykonania cięcia cesarskiego, nie było natomiast bezwzględnej przyczyn do takiego zakończenia ciąży. Wynika to z faktu, że ustalona po przeprowadzeniu sekcji zwłok przyczyna wewnątrzmacicznego zgonu płodu miała charakter losowy i nieprzewidywalny. Zdiagnozowanie dysfunkcji płodu było niemożliwe przy zastosowaniu standardowej diagnostyki powódki i dziecka. Przede wszystkim jednak dotychczasowy przebieg ciąży, stan ogólny ciężarnej, brak zgłaszania przez nią jakichkolwiek niepokojących objawów, a także prawidłowe wyniki KTG płodu nie dawały podstaw nie tylko do wykonania cesarskiego cięcia, ale też do poszerzenia diagnostyki. Szczególną wagę należy przypisać ostatniemu wynikowi badania KTG, które zostało wykonane na

zakończenie podawania drugiej kroplówki naskurczowej w dniu 18 września 2008 r. Wskazywało ono na prawidłowe parametry płodu, odnotowana została bowiem obecność licznych akceleracji, świadczących o dobrym stanie płodu, a także brak deceleracji i prawidłowa praca serca dziecka. Taki wynik nie wskazywał zatem istnienia jakichkolwiek zagrożeń stanu płodu. Jednocześnie biegły J. P. stwierdził, że długość omawianego badania była wystarczająca do zinterpretowania jego wyników (opinia ustna k. 598).

Dalsza opieka okołoporodowa o charakterze standardowym (osłuchiwanie serca płodu słuchawką) również nie może zostać uznana za uchybienie czy niedopuszczalne zaniechanie wdrożenia wzmoczonej obserwacji, skoro nie było żadnych symptomów zagrożenia dziecka. Co więcej, biegli jednoznacznie potwierdzili, że ze względu na przyczynę śmierci dziecka, nawet wdrożenie dodatkowych metod oceny płodu, w tym oceny stanu biofizycznego, badania dopplerowskiego, badania ultrasonograficznego oraz kolejnego (wieczornego) badania kardiograficznego, nie gwarantowało uniknięcia wewnątrzmacicznego zgonu płodu (opinia ustna k. 563). Przede wszystkim jednak nie było bezwzględnych wskazań do tego rodzaju poszerzenia diagnostyki.

Wbrew stanowisku skarżących, do podjęcia takich działań nie obligował również fakt przedłużającego się trwania ciąży. Tego rodzaju przesłanka do zakończenia ciąży ma charakter względny, podyktowany chęcią uniknięcia powikłań, które mogą wystąpić w ciąży przedłużającej się. Po przekroczeniu 41 tygodnia ciąży zaleca się jedynie rozważenie indukcji porodu celem zmniejszenia ryzyka niepomyślnego wyniku okołoporodowego. W efekcie - jak wskazali biegli - przekroczenie powyższego czasu trwania ciąży uzasadniało podjęcie bądź działań zmierzających do zakończenia ciąży (np. poprzez indukcję porodu), bądź postępowania zachowawczego. Nie można jednak podzielić poglądu, że indukcja porodu została przeprowadzona niewłaściwie, a postępowania zachowawczego w ogóle zaniechano. Jak wyjaśnili biegli postępowanie zachowawcze polegałoby na wykonaniu w odstępach codziennych oceny KTG. Monitorowanie KTG raz na dobę w tym przypadku byłoby wystarczające (k. 563). Tego rodzaju badania zostały zaś przeprowadzane w dniach 16 i 18 września 2008 r. (dwukrotnie każdego dnia przy okazji podawania kroplówki naskurczowej), przy czym żadne nie wskazało na występowanie jakichkolwiek dysfunkcji płodu, zaś ostatnie wykonane ok godz. 14.00 w dniu 18 września 2008 r. wykazało prawidłowy stan płodu. Zgon dziecka stwierdzono ok. godziny 9.00 rano następnego dnia. W tych warunkach nie można przyjąć, że zbyt rzadka obserwacja spowodowała przeoczenie pogorszenia się stanu dziecka czy powstania stanu zagrożenia. Aktywność ruchowa płodu jest z kolei oceniana przez matkę, zaś w okolicznościach sprawy nie budzi wątpliwości fakt, że powódka nie zgłaszała żadnych uwag w tym zakresie. Nie ma bowiem wytycznych nakazujących ciągle monitorowanie płodu za pomocą KTG (co byłoby zresztą niewykonalne z uwagi na uciążliwość dla ciężarnej) ani wykonywanie w określonych odstępach czasu wymienionych wyżej dodatkowych, ponadstandardowych metod oceny stanu płodu wyłącznie z uwagi na stan ciąży poterminowej, bez występowania jakichkolwiek zmian patologicznych i zagrożeń w wynikach badań standardowych, jak to miało miejsce w rozpoznawanej sprawie.

Odnosząc się do kwestii indukcji porodu, jak już wyżej wskazano, decyzja o wdrożeniu tej procedury była uzasadniona, w związku z przedłużającym się czasem trwania ciąży. Prawidłowo ustalił również Sąd Okręgowy, że indukowano poród w warunkach odbiegających od optymalnych, bowiem nie poprzedzono go tzw. procedurą preindukcji, której wdrożenie było celowe z uwagi na prawdopodobną niedojrzałość szyjki macicy. Ponadto wątpliwości biegłych wzbudził też brak wywołania czynności skurczowej macicy w wyniku podania kroplówki naskurczowej, co mogło być wynikiem podania zbyt niskiej dawki oksytocyny. Powyższe uchybienia mogły spowodować niepowodzenie indukcji, wskutek niedoprowadzenia do porodu, co było jej celem, ale nie miały jakiegokolwiek wpływu na powstanie zmian, które doprowadziły do śmierci dziecka. Pamiętać jednak należy, że biegli jednoznacznie stwierdzili, że samo podanie oksytocyny, jeśli nie powoduje akcji skurczowej, nie ma znaczenia dla płodu (opinia biegłego J. P. k. 598). W pełni podzielić należy przy tym wnioski Sądu I instancji odnośnie do braku związku między zgonem płodu a zaniechaniem monitorowania stanu płodu badaniem KTG przez cały czas podawania kroplówki naskurczowej. Wiązało się to z ryzykiem jedynie w razie uzyskania akcji skurczowej. Tej jednak w analizowanym przypadku nie uzyskano, zaś wynik ostatniego KTG obserwowany w dniu 18 września 2008 r., na zakończenie drugiej próby wywołania porodu był całkowicie prawidłowy. W efekcie stwierdzone uchybienie w zakresie monitorowania stanu dziecka podczas indukcji nie doprowadziło do jakichkolwiek niepożądanych skutków. Podkreślić przy tym należy, że konieczność ciągłego

monitorowania ciężarnej występuje tylko w przypadku wystąpienia skurczów macicy, które u powódki nie wystąpiły (opinia ustna biegłego J. P. k. 597 odw.).

Kolejnym zagadnieniem, eksponowanym przez skarżących, jest zarzut niekonsekwencji personelu medycznego. Z jednej strony podjęto bowiem decyzję o zakończeniu ciąży (mimo braku bezwzględnego wskazania), z drugiej zaś mimo nieosiągnięcia celu wdrożonej procedury medycznej nie podjęto innych działań zmierzających do zakończenia ciąży. W praktyce byłoby to jej zakończenie drogą cesarskiego cięcia. Postawiony zarzut nie może jednak zostać uznany za słuszny, a na pewno nie pozwala na przyjęcie, że doszło do zawinionego zaniedbania przez personel medyczny szpitala w J.. Uszło bowiem uwadze skarżących, że jak wynika z niekwestionowanej opinii biegłych (...) w B., że o nieskuteczności indukcji porodu można mówić dopiero po upływie 48 godzin od podania kroplówki naskurczowej, a nie bezpośrednio po jej odłączeniu. Skoro drugą kroplówkę podano powódce około południa w dniu 18 września 2008 r., to termin ten mijał dopiero w dniu 20 września 2008 r., zaś obumarcie płodu stwierdzono w dniu 19 września 2008 r. w godzinach porannych, czyli przed upływem czasu uzasadniającego uznanie, że również druga próba indukcji okazało się nieskuteczna (opinia ustna biegłego J. P. k. 597 odw.). Jak wyjaśnił biegły w praktyce położniczej z reguły nie przekracza się 3 prób wywołania porodu (opinia k. 598). W realiach sprawy brak jest zatem podstaw do przyjęcia, że do chwili stwierdzenia zgonu dziecka, w dniu 19 września 2008 r. wystąpiły przyczyny nakazujące zakończenie ciąży w drodze cesarskiego cięcia związane z niepowodzeniem indukcji porodu, skoro stwierdzenie takie było przedwczesne, a nadto nie przekroczono dopuszczalnej liczby prób wywołania porodu.

Przypomnieć wreszcie należy, że zgodnie z niewadliwą podstawą faktyczną rozstrzygnięci za realną możliwością pomyślnego zakończenia ciąży porodem drogami natury przemawiały wszelkie okoliczności okołoporodowe, jak niepowikłany przebieg ciąży, prawidłowy stan zdrowia ciężarnej i płodu, położenie podłużne główkowe oraz brak cech dysproporcji płodowo-miednicowej.

Zaznaczyć należy, że treść art. 361 § 1 k.c. nie pozostawia wątpliwości, że szkoda może być wynikiem nie tylko zachowania sprawcy, ale także niewykonania ciążącego na nim obowiązku (zaniechania). Warunkiem stwierdzenia adekwatnego związku przyczynowego między zaniechaniem a powstaniem szkody jest jednak wykazanie, że podjęcie określonego działania było nakazane w okolicznościach sprawy i zmniejszyłoby prawdopodobieństwo wystąpienia szkody. W wyroku z dnia 11 lutego 2004 r., I CK 222/03 Sąd Najwyższy stwierdził, że wykazanie przyczynowości zaniechania wymaga wskazania działania zapobiegawczego oraz "stwierdzenia, że istniała obiektywna potrzeba i możliwość jego podjęcia", a gdyby zachowanie to zostało podjęte, zapobiegłoby szkodzie. Innymi słowy, trafnie przyjął Sąd I instancji, że jedynie względna przesłanka podjęcia działania (zakończenia ciąży przez cesarskie cięcie) nie jest wystarczająca do ustalenia związku przyczynowego, bowiem konieczne było wykazanie istnienia obowiązku podjęcia takiego działania.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd Apelacyjny w pełni podziela stanowisko Sądu Okręgowego, prawidłowo wywiedzione z opinii biegłych, że - wbrew zarzutom powodów - istnienie związku przyczynowego między postępowaniem personelu medycznego szpitala w J. a zgonem płodu nie zostało wykazane, co wyłącza przypisanie odpowiedzialności cywilnoprawnej pozwanym.

Z tych wszystkich względów apelacja powodów podlegała zatem oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., który wyraża zasadę słuszności w orzekaniu o kosztach procesu, stanowiąc wyjątek od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Ocena, czy w konkretnej sprawie zaistniał „wypadek szczególnie uzasadniony”, należy do sądu, który uwzględniając całokształt zaistniałych w niej okoliczności, kierując się poczuciem sprawiedliwości, rozstrzyga czy wspomniany przepis znajduje zastosowanie. Zdaniem Sądu Apelacyjnego za odstąpieniem od obciążenia powodów kosztami oddalonej apelacji, przemawiała ich szczególna sytuacja życiowa, w której niewątpliwie odczuwają pokrzywdzenie stratą syna. Okoliczność ta racjonalizuje - w wymiarze obiektywnym - przekonanie powodów o słuszności zgłoszonego żądania, którego oddalenie, oparte było wyłącznie na argumentacji prawnej. Jeśli zaś uwzględnić trudną sytuację majątkową powodów (vide: wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych) to obciążenie ich obowiązkiem zwrotu

pozwanym kosztów, pozostawałoby w sprzeczności z tak ukształtowaną zasadą słuszności, prowadząc do pogłębienia poczucia krzywdy. Porównanie sytuacji obu stron, w kontekście skutków, jaki wydany w sprawie wyrok dla nich wywołuje, czyni zatem zasadnym wniosek, że uciążliwość związana z brakiem możliwości uzyskania zwrotu poniesionych kosztów, nie ma charakteru wyprzedzającego w stosunku do konsekwencji, jakie dotknęły powodów.