

Sygn. akt I ACa 1411/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 lutego 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący : SSA Krystyna Golinowska

Sędziowie : SA Dorota Ochalska – Gola (spr.)

SO del. Jacek Świerczyński

Protokolant: stażysta Iga Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 25 stycznia 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **P. S.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. i Samodzielnemu Publicznemu ZOZ w K.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 30 sierpnia 2012 r. sygn. akt II C 1305/09

1. **zmienia zaskarżony wyrok i oddala powództwo, nie obciążając powódki kosztami procesu;**
2. **nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.**

Sygn. I ACa 1411/12

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 30 sierpnia 2012 roku Sąd Okręgowy w Łodzi, w sprawie z powództwa P. S. przeciwko (...) S.A. w W., Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K. o zapłatę:

1) zasądził in solidum od pozwanych (...) S.A. w W. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz małoletniej powódki P. S. do rąk jej przedstawicieli ustawowych - A. S. i Ł. S.:

a) tytułem zadośćuczynienia kwotę 500.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 1 października 2009 r. do dnia zapłaty,

b) tytułem renty na zwiększone potrzeby:

- za okres od 1 stycznia 2007 roku do 31 grudnia 2007 roku kwoty po 1.100 zł miesięcznie,
- za okres od 1 stycznia 2008 roku do 31 grudnia 2008 roku kwoty po 1.197 zł miesięcznie,
- za okres od 1 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku kwoty po 1.785,11 zł miesięcznie,

- za okres od 1 stycznia 2010 roku i na przyszłość kwoty po 3.300 zł miesięcznie;

wszystkie kwoty płatne do dnia 10. go każdego miesiąca, z ustawowymi odsetkami w wypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z kwot, przy czym dla kwoty po 1.000 zł miesięcznie odsetki ustawowe będą biec od dnia 1 października 2009 roku a od kwoty powyżej 1.000 zł miesięcznie od dnia 9 grudnia 2011 roku; z tym zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku zapłaty do wysokości uiszczonych sumy;

2) oddalił powództwo w pozostałej części co do odsetek ustawowych;

3) ustalił, że pozwani in solidum (...) S.A. w W. i Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. będą ponosić odpowiedzialność za skutki dziecięcego porażenia mózgowego, które mogą wystąpić w przyszłości u powódki P. S.;

4) ustalił, że odpowiedzialność pozwanego (...) S.A. w W. jest ograniczona do sumy wynikającej z umowy ubezpieczenia zawartej w dniu 28 grudnia 2005 roku pomiędzy (...) S.A. w W. a Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w K. - (polisa nr (...));

5) zasądził solidarnie od pozwanych (...) S.A. w W. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz małoletniej powódki P. S. do rąk jej przedstawicieli ustawowych - A. S. i Ł. S. kwotę 21.617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

6) nakazał pobrać solidarnie od pozwanych (...) S.A. w W. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 29.429,26 zł tytułem zwrotu nieuiszczonej opłaty od pozwu i kwotę 6.367,60 zł tytułem zwrotu wydatków.

Powyższy wyrok Sąd pierwszej instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

Na przełomie marca i kwietnia 2006 r. A. S. zaszła w pierwszą ciążę. Przez cały okres ciąży A. S. pozostawała pod opieką lekarską. Kontrolne wizyty u ginekologa przyspadały średnio co 4 tygodnie i dopiero w końcówce ciąży ich częstotliwość uległa zwiększeniu. Ciąża zasadniczo przebiegała prawidłowo, a ciężarna nie narzekała na swój stan zdrowia oraz nie uskarżała się na żadne, poważne dolegliwości.

Dnia 29 grudnia 2006 r. około godz. 11:00 A. S. w 39 tygodniu ciąży trafiła do Szpitala (...) w K., funkcjonującego w strukturach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.. Przyczyną hospitalizacji było wcześniejsze odejście wód płodowych. Pierwsze badanie przedmiotowe zostało wykonane przez położną na Izbie Przyjęć, po czym przeniesiono pacjentkę na Oddział (...) Położniczy, gdzie przeprowadzono z nią wywiad. Kobieta została poddana kolejnym rutynowym badaniom, w ramach których wdrożono monitorowanie płodu za pomocą KTG. Ze stanem zdrowia pacjentki zapoznał się też lekarz dyżurny w osobie dr T. W. (1). Mimo rozwarcia i niewielkich dolegliwości bólowych stabilna sytuacja utrzymywała się przez okres kilku godzin. Obserwacja stanu zdrowia pacjentki znalazła swoje odzwierciedlenie we wpisach w karcie, w której odnotowywano poszczególne czynności i parametry.

Zgodnie z wewnętrznymi procedurami oraz z uwagi na wielkość szpitala dr T. W. (1), legitymujący się I stopniem specjalizacji ginekologiczno - położniczej, pełnił dyżur jednoosobowo. Drugi lekarz w osobie dr R. K. (1) z II stopniem specjalizacji pełnił dyżur pod telefonem. Ich bezpośrednim przełożonym był ordynator Oddziału (...) Położniczego dr A. K..

U A. S. czynności skurczowe pojawiły się około godz. 20:45, przy czym wówczas znajdowała się już ona na bloku porodowym. Monitorowanie pacjentki polegało na sprawdzaniu częstotliwości czynności skurczowych oraz tętna płodu. Oprócz tego podano (...), celem przyśpieszenia czynności skurczowych. Stopniowo następowało coraz większe rozwarcie pochwy. Przy wstępnej fazie porodu był obecny jedynie dr T. W. (1), później uczestniczył w nim również wezwany telefonicznie dr R. K. (1). Po godz. 22:00 poród był już mocno zaawansowany, gdyż nastąpiło całkowite rozwarcie, oraz coraz częściej występowały silne skurcze. Jednocześnie występowały znaczne zwolnienia

akcji serca i tętna płodu o typie deceleracji. Ten ostatni objaw zdiagnozowano za pomocą badania KTG, które polega na osłuchiwaniu brzucha rodzącej specjalnym aparatem. D. każdorazowo pojawiały się przy skurczach, kiedy to zwolnienie tętna spadało do 80 - 90 (...), po czym po ustąpieniu skurczu tętno się wyrównywało osiągając poziom 100 - 110 (...). Niedługo potem główka dziecka znalazła się na wychodzie, czyli w kanale rodym, dlatego też nacięto krocze rodzącej.

W ocenie lekarzy większość symptomów wskazywała na prawidłowy poród drogami natury. Zaburzenia tętna płodu nie wzbudziły ich zbytniego zaniepokojenia. Celem przyspieszenia akcji porodowej powiększono nacięcie krocza rodzącej oraz przygotowano specjalny zestaw w postaci próżnościagu, ułatwiający wydobywanie dziecka. Nie zdecydowano się także na wcześniejsze rozwiązanie poprzez dokonanie cesarskiego cięcia, gdyż w ocenie lekarzy lepszym rozwiązaniem było dokończenie porodu siłami natury, zwłaszcza że główka dziecka znajdowała się już w kanale rodym. Ostatecznie nie wykorzystano też wspomnianego próżnościagu, gdyż poród nastąpił na drodze naturalnej. W międzyczasie wezwano także pediatrę dr H. S..

P. S. urodziła się dnia (...) o godz. 22:30 w bardzo ciężkim stanie ogólnym. Dziewczynka ważąca 2800 gr., urodziła się w tzw. zamartwicy wynikłej na skutek okręcenia szyi pępowiną oraz w rezultacie powstania zjawiska tzw. „szelek pępowinowych”. Dziecko znajdowało się w stanie śmierci klinicznej i nie wykazywało podstawowych objawów życia. Ciało noworodka cechowało się wiotkością, brak było oddechu. Po odebraniu dziecka położnicy uczestniczący w akcji porodowej, przekazali noworodka lekarzowi pediatrze dr H. S.. Według skali A. jego stan określono na 0/1/5/7 punktów. Od razu po porodzie względem dziecka zostały podjęte nasilone czynności resuscytacyjne, co polegało na jego zaintubowaniu, odessaniu wydzieliny z górnych dróg oddechowych, zastosowaniu oddechu mechanicznego i podłączeniu do respiratora. Względem dziewczynki wdrożono ponadto masaż serca oraz podano leki pobudzające pracę serca. Podjęte działania po kilku minutach doprowadziły do przywrócenia podstawowych funkcji życiowych, bowiem serce podjęło pracę i pojawił się samoistny oddech. Ostateczne ustabilizowanie stanu dziecka nastąpiło około godz. 0:50. Po konsultacjach i uzgodnieniach z lekarzami ze Szpitala w K. podjęto decyzję o przetransportowaniu powódki do tejże placówki medycznej wyposażonej w bardziej specjalistyczny sprzęt.

W Szpitalu w K. rocznie każdy z lekarzy odbierał 100 - 150 porodów. Oddział (...) Położniczy, na którym pracowali lekarze, był wyposażony w podstawową i niezbędną aparaturę.

SPZOZ w K. w zakresie ryzyk medycznych, korzystał z ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej przez (...). Zakres ubezpieczenia w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2006 r. obejmował odpowiedzialność cywilną ZOZ za szkody osobowe i rzeczowe o charakterze deliktowym i kontraktowym wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Gwarancyjną sumę ubezpieczenia, zarówno na jedno jak i wszystkie zdarzenia określono na 500.000 zł.

Małoletnia powódka w okresie od 30 grudnia 2006 r. do 21 lutego 2007 r. była hospitalizowana na Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodków Wojewódzkiego Szpitala (...) w K.. U dziecka rozpoznano zamartwicę i stan po śmierci klinicznej, zakażenie wewnątrzmaciczne w postaci posocznicy paciorkowcowej, niewydolność oddechową encefalopatię niedotleniowo - niedokrwinną, cholestazę wewnątrzwątrobową, niedokrwistość oraz zaburzenia elektrolitowe. Dodatkowo zdiagnozowano jeszcze wady wrodzone w postaci dodatkowego palca lewej ręki oraz zrośnięcia 2 i 3 palca obu stóp. W chwili przyjęcia noworodek był nadal zaintubowany i sztucznie wentylowany. Ze względu na utrzymujące się niskie ciśnienie tętnicze drogą kroplówkową podawano D. i D.. Z kolei z uwagi na niedokrwistość dwa razy przetoczono masę erytrocytarną. Własny napęd oddechowy dziewczynki uległ wzmożeniu na tyle, że w 8 dniu życia zrezygnowano z intubacji. Powoli odchodzono też od wentylacji mechanicznej, choć tlenoterapię utrzymywano do 21 doby życia. W międzyczasie uaktywniły się objawy posocznicy paciorkowcowej. Zastosowane leczenie farmakologiczne polegało na celowanej antybiotykoterapii, która usunęła niepożądane objawy. Małoletnia przeszła w tym czasie szereg specjalistycznych badań laboratoryjnych. Analiza wyników ujawniła chociażby podwyższone próby nerkowe, bardzo wysokie próby wątrobowe, niedobory elektrolitowe oraz nieprawidłowe enzymy sercowe. Zaburzenia w obrębie układu pokarmowego legły u podstaw żywienia pozajelitowego, które następnie (16 - 20 doba życia) zastąpiono żywieniem enteralnym (podawanie pokarmu sondą i smoczkiem). Regularnie przeprowadzano badania RTG, USG, TK, MR i EEG, głowy, klatki piersiowej i jamy brzusznej. W obrębie głowy

zauważono zaciemniony obszar w lewym płacie ciemieniowym odpowiadający ognisku niedokrwiennemu mózgu. Oprócz tego wykryto obustronne krwiaki podokostnowe okolic ciemieniowych oraz krwiak przymózgowy w prawej okolicy ciemieniowej. Stan zdrowia powódki był ponadto konsultowany ze specjalistami z zakresu neurologii, chirurgii, gastroenterologii, okulistyki i kardiologii. Stopniowa poprawa pozwoliła na wyjęcie dziecka z inkubatora, co miało miejsce w 32 dobie życia. Powódka została wypisana do domu w 54 dniu życia, a lekarze zakwalifikowali jej stan zdrowia jako zadawalający. Rodzicom dziecka zalecono kontrole w przyszpitalnych (...). Zwrócono też uwagę na konieczność rehabilitacji ruchowej.

Dnia 26 kwietnia 2007 r. w Szpitalu w K. odbyło się kolejne przezciemieniowe badanie ultrasonograficzne, po którym stwierdzono, że w lewej okolicy ciemieniowej występuje jama po ognisku krwotocznym o rozmiarach 19,3 x 16,4 x 20,3 mm, nie mająca połączenia z rogiem czołowym lewej komory bocznej.

Zgodnie ze wskazówkami lekarzy rodzice powódki kontynuowali leczenie córki w warunkach ambulatoryjnych. P. S. została stałą pacjentką Poradni: Neurologicznej, Chirurgicznej, Gastroenterologicznej, Kardiologicznej i Oceny (...) Małego Dziecka. Największa liczba wizyt miała miejsce w Poradniach Neurologicznej i Oceny (...) Małego Dziecka. Zatrudnieni tam specjaliści na bieżąco monitorowali stan zdrowia dziecka, śledzili rozwój osobniczy oraz odnotowywali czynione postępy. Nieco rzadsze kontakty powódka miała z kardiologiem i gastroenterologiem. Problemy gastryczne przejawiały się zaparciami, dlatego też dziewczynka była leczona farmakologicznie i pozostawała na diecie. Z kolei wizyta w Poradni Chirurgicznej w dniu 10 kwietnia 2007 r. miała charakter incydentalny i w jej trakcie wycięto dodatkowy palec lewej ręki w znieczuleniu miejscowym.

Oprócz tego względem powódki były prowadzone jeszcze inne formy leczenia i oddziaływania zakrojone na szeroką skalę. Małoletnia została objęta interdyscyplinarną opieką medyczną sprawowaną przez specjalistów z zakresu fizjoterapii, rehabilitacji, psychologii, pedagogiki oraz logopedii.

W ramach fizjoterapii powódka była usprawniana w prywatnym gabinecie należącym do D. O., która w swojej pracy posługiwała się głównie metodą V.. Wizyty odbywały się co tydzień, a każda z nich kosztowała 40 zł, co w przeciągu miesiąca dawało 200 zł. Na płaszczyźnie wczesnego wspomaganie rozwoju dziewczynka od lipca 2009 r. uczestniczyła w zajęciach z terapii integracji sensorycznej. Przy użyciu dostępnego sprzętu odbywało się stymulowanie dziecka, celem pobudzenia u niego pożądaných odruchów. Wyuczone ćwiczenia były też powtarzane w domu. Pedagog konsultował z rodzicami formy edukacji, nauki i zabawy.

Od września 2009 r. powódka była poddawana intensywnej rehabilitacji. były prowadzone nasilone oddziaływania nakierowane na uzyskanie prawidłowego rozwoju motorycznego. W tym celu dziewczynka pod okiem wykwalifikowanego rehabilitanta wykonywała różnego rodzaju ćwiczenia. Jedno godzinne spotkanie z rehabilitantem kosztowało 35 - 40 zł, a w ciągu tygodnia przypadały 2-3 takie spotkania.

Orzeczeniem z dnia 25 października 2007 r. (...) ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w K. zaliczył P. S. do osób niepełnosprawnych, stwierdzając że taki stan rzeczy istnieje od dnia urodzenia się dziecka i będzie on trwał przynajmniej do 31 października 2009 r. W przypadku małoletniej uznano za wskazane: 1) konieczność stałego zaopatrzenia w przedmioty i materiały ortopedyczno - rehabilitacyjne, 2) korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia egzystencji, 3) konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby, w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji, 4) konieczność stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Dnia 9 lipca 2008 r. 5 - osobowy zespół orzekający z Poradni P. - Pedagogicznej w K. wydał opinię, w której stwierdzono, że w przypadku P. S. zachodzi potrzeba wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

W okresie od 18 do 23 lipca 2008 r. powódka przebywała w O. - Rehabilitacyjnym Szpitalu (...) w P., gdzie usunięto fragment palca dodatkowego oraz wykonano plastykę skóry.

W dniu 8 kwietnia 2009 r. zapadło orzeczenie o potrzebie specjalnego kształcenia P. S. wydane przez Poradnię P. - Pedagogiczną w K..

Z uwagi na zapadłe orzeczenie powódka zaczęła uczęszczać do Przedszkola Nr (...) w K., gdzie przydzielono ją do grupy integracyjnej. Oprócz tego dziewczynka uczestniczyła jeszcze w zajęciach rewalidacyjnych i specjalistycznych.

W 2010 r. powódka kilka razy miała kontakt z (...) Centrum (...) i (...), działającym przy (...) w Z.. W tej placówce medycznej stan zdrowia powódki był konsultowany z rehabilitantami i psychologami. Specjaliści postawili rozpoznanie opiewające na mózgowie porażenie dziecięce po postacią niedowładu połowicznego. Z uwagi na to schorzenie uznali za konieczną stałą rehabilitację medyczną oraz dodatkowo zakwalifikowali powódkę do leczenia toksyną botulinową i gipsami redresyjnymi.

Oprócz tego powódka została pacjentką Centrum (...) w W.. Rodzicom powódki zasugerowano rozważenia skorzystania z pedagogiki specjalnej według metody M. M. (1) przeznaczonej dla dzieci z różnorodnymi problemami rozwojowymi.

Dnia 28 listopada 2011 r. powódka była konsultowana w (...) Centrum Laryngologii (...) we W.. Lekarz dopatrył się u powódki deformacji wierzchołka nosa, stwierdzając że może to mieć związek z pobytem na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodków i koniecznością cewnikowania nosa.

Każdy dzień życia P. S. przebiegał według identycznego schematu, który obejmował m.in. usprawnianie ruchowe, pobyt w przedszkolu a także zajęcia z pedagogiem i rehabilitantką, dodatkowe zajęcia logopedyczne, dodatkowe zajęcia z wczesnego wspomaganie, dodatkowe zajęcia z integracji sensorycznej na przemian z grafomotoryką oraz zajęcia z muzykoterapii. Mniejsze natężenie zajęć miało miejsce w weekendy, podczas których małaletnia miała więcej wolnego czasu. Dodatkowo w soboty odbywały się różnego rodzaju zabawy tematyczne.

Przez cały czas P. S. była intensywnie leczona farmakologicznie, w związku z czym zażywała szereg różnego rodzaju leków: min. (...), D.", (...). Miesięczne wydatki na leki wynosiły około 20 zł. Dziewczynka dostawała też zastrzyki z (...), lecz ta kuracja była refundowana przez NFZ. Pozostawanie na diecie nie generowało dodatkowych kosztów, bowiem wystarczało odpowiednie zestawianie produktów. Małaletnia regularnie była dowożona do lekarzy, rehabilitantów i specjalistów zatrudnionych w różnych placówkach medycznych. Koszt wizyty lekarskiej w zależności od rangi lekarza oscyłował w przedziale 90 - 250 zł. Z miejsca zamieszkania powódki najbliżej (5 km) było do placówek służby zdrowia w K.. W razie potrzeby wyjazdu do K. lub P. w jedną stronę pokonywano odpowiednio 60 km i 120 km. Największa odległość (360 km) łączyła miejsce zamieszkania powódki z W.. Z dużym nasileniem i częstotliwością odbywała się też rehabilitacja powódki. Stosowne zajęcia przyspadały 3 razy w tygodniu, a ich jednostkowy koszt wynosił 30-40 zł. Trzykrotnie powódka przebywała na turnusach rehabilitacyjnych. Rodzice powódki nabyli ponadto szereg sprzętów, urządzeń i materiałów rehabilitacyjnych. Między innymi zakupili: 2 gumowe piłki - po 40 zł każda, wałek - 200 zł, materac - 200 - 250 zł, plastikowe kule - 150 zł, plastikową deskę do utrzymywania równowagi - 80 zł, masażer elektryczny - 70 zł, masażer wodny do nóg - 150 zł, plastikową deskorolkę - 140 zł, taśmy do oklejania dziecka - 70 zł, huśtawka do integracji sensorycznej - 300 zł, poręcze do nauki chodu - 120 zł, kocyk wypełniony piaskiem do integracji sensorycznej - 70 zł, orteza na nogę - 350 zł, buciki ortopedyczne - 110 zł, pomoce logopedyczne w postaci książek i ćwiczeń - 700 zł oraz pomoce manualne.

Bezpośrednią pieczę nad powódką sprawowała jej matka A., która zrezygnowała z pracy zawodowej. W opiekę nad dzieckiem aktywnie angażował się też ojciec Ł., przy czym czynił to poza godzinami swojej pracy, a więc popołudniami i w weekendy.

Za pośrednictwem fundacji (...) z pomocą" rodzice powódki zbierali środki finansowe i datki na pomoc dla córki. Ojciec powódki rozniósł ulotki z prośbą o przekazanie 1% podatku na leczenie córki. W 2011 r. z tego tytułu małaletnia otrzymała kwotę 13.000 zł.

Oprócz tego fundacja w części zrefundowała wydatki powódki na łączną kwotę 8.695,78 zł.

Globalne koszty poniesione przez rodziców powódki na zaspokojenie jej potrzeb wyniosły w 2007 r. 13.130 zł (1.099,41 zł miesięcznie), w 2008 r. – 14.374,87 zł (1.197,90 zł miesięcznie), w 2009 r. – 21.754,40 zł (1.785,11 zł miesięcznie), w 2010 r. - 38.883,96 zł (3.240,33 zł miesięcznie), w 2011 r. - 40.532,41zł (3.347 zł miesięcznie).

Aktualnie małaletnia powódka w miarę poprawnie radzi sobie z codziennym funkcjonowaniem. Istniejące u powódki upośledzenie jest szczególnie widoczne w jej postawie i chodzie. Mianowicie porusza się na palcach i ugina kolana, a dodatkowo ściąga do środka ramiona. Niedowład obejmuje wszystkie kończyny, choć silnej jest on zaakcentowany po lewej stronie. Z tego też względu boryka się ona ze wzmożonym napięciem mięśniowym. Dziewczynka nie potrafi pisać, ale za to ładnie się wypowiada i to mimo występującej wady wymowy. Potrafi również komunikować potrzeby, jednakże nie jest w stanie określić swoich dolegliwości bólowych. W miarę możliwości powódka wraz z ojcem jeżdżą na basen w K., płacąc po 45 zł za karnet dla każdego z nich. Całkowitemu zanikowi uległa aktywność towarzyska powódki, ponieważ nie chodzi ona do innych dzieci, jak również nie gości ich u siebie w domu.

P. S. pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z rodzicami. A. S. nie pracuje i zajmuje się córką. Rodzina pozostaje na utrzymaniu Ł. S., który jako brygadzysta w firmie (...) w K. zarabia miesięcznie 2.200 - 2.600 zł netto. Ojciec powódki musi godzić pracę zawodową z opieką nad córką. Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy (...) w K. wypłaca powódce stosowne świadczenia w łącznej wysokości 700 zł. Rodzina mieszka w domu jednorodzinnym. Umieszczono w nim cały sprzęt do rehabilitacji i tam odbywają się stosowne ćwiczenia i zajęcia. Ojciec powódki codziennie w godzinach wczesno-porannych jeszcze przed wyjściem do pracy rozpala w piecu, aby córka mogła wykonywać ćwiczenia rehabilitacyjne także w wodzie. W szerokim zakresie pomocy i wsparcia o charakterze rzeczowo - finansowym udzielają inni członkowie rodziny. Rodzice powódki chcieliby jeszcze doposażyć córkę w szereg różnych urządzeń i sprzętów, lecz stoi temu na przeszkodzie ich trudna sytuacja majątkowa.

Sądowo-lekarskim badaniem P. S. oraz w oparciu o dokumentację lekarską aktualnie u powódki stwierdza się: mózgowo-porażenie dziecięce oraz stan po usunięciu dodatkowego paliczka lewej ręki.

Z dostępnej dokumentacji medycznej wynika, że matka powódki - A. S. zgłosiła się do szpitala będąc w 39 tygodniu ciąży z powodu odchodzenia czystego płynu owodniowego i rozpoczynającej się czynności porodowej macicy. Nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, a wymiary miednicy były w granicach normy. Decyzję o porodzie drogami natury uznać zatem należy za słuszną. Leki zastosowane zostały adekwatnie do zaawansowania porodu oraz przyjętego sposobu postępowania.

Z opisu przebiegu II okresu porodu wynika, że wystąpiło zwolnienie akcji serca płodu, którego czas nie został precyzyjnie określony. W sposób jednoznaczny wątpliwości tych nie rozstrzygają także dostępne kserokopie badań KTG bowiem w większości nie zawierają danych osobowych pacjentki, a przekreślone godziny zapisu zastąpiono wpisami ręcznymi. Gdyby przyjąć (zgodnie z poprawkami), że czas na zapisie KTG traktować należy jako o godzinę wcześniejszy, to około godziny 22.10 w zapisie pojawia się znaczne zwolnienie akcji serca płodu o typie deceleracji późnych co stanowi wskazanie do jak najszybszego zabiegowego zakończenia porodu drogami natury przy pomocy kleszczy wychodowych. Zaburzenia takie wskazują bowiem na niedotlenienie płodu, które w tym konkretnym przypadku tłumaczy ciężki stan dziecka bezpośrednio po urodzeniu. Z dostępnej dokumentacji nie wynika, aby postępowanie takie wdrożono. W tym momencie zastosowanie cięcia cesarskiego nie było możliwe z uwagi na zaawansowanie porodu.

Urodzenie noworodka w stanie śmierci klinicznej w sposób bezpośredni spowodowane zostało niedotlenieniem wynikającym z zamknięcia krążenia płodowego w pępowinie owiniętej wokół szyi, a zatem nie wynikało z działań lekarskich. Powikłanie takie zdarza się bowiem w kilku procentach przypadków i nie zawsze jest możliwe do zdiagnozowania w badaniu USG, bowiem zależy to od ułożenia dziecka. Szybkie zabiegowe zakończenie porodu dawało jednak szansę na urodzenie dziecka w dobrym lub przynajmniej lepszym stanie zwłaszcza, iż przed godziną 22.10, w świetle zapisu KTG, stan płodu był dobry i nic nie przemawiało za niedotlenieniem.

Ostatecznie zatem uznać należy, że postępowanie lekarskie wobec A. S. w trakcie trwania ostatniej fazy porodu nie było prawidłowe i z dużym prawdopodobieństwem można wnioskować, że stan zdrowia P. S. byłby lepszy w przypadku natychmiastowego ukończenia porodu.

Procent uszczerbku na zdrowiu związany ze skutkami niedotlenienia oceniany zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002r. (pkt. 9b per analogiam) wynosi obecnie 50 %. Dostępna dokumentacja lekarska wskazuje, że po urodzeniu P. S. była poddana bardzo intensywnemu leczeniu specjalistycznemu i leczenie to było w pełni prawidłowe. Stan zdrowia powódki nadal wymaga i będzie wymagał w przyszłości intensywnej rehabilitacji oraz leczenia neurologicznego, czy logopedycznego. Z uwagi na wiek dziewczynki trudno natomiast w chwili obecnej orzekać w sposób jednoznaczny, czy niezbędne będzie także inne postępowanie. Brak jest także podstaw do oceny kosztów leczenia bowiem jest to zależne od rodzaju i intensywności leczenia co z kolei leży w gestii lekarza prowadzącego i może być zmienne w czasie. Z uwagi na wiek trudne jest także rokowanie, jednakże mało prawdopodobnym jest, aby P. S. w przyszłości była osobą w pełni zdrową i sprawną.

Do owinięcia pępowiną wokół szyi płodu dochodzi w trakcie ciąży. Przyczynami sprzyjającymi temu są: długa pępowina, ruchy, które płód wykonuje w jamie macicy i do takiego owinięcia dochodzi w kilku procentach porodów w położeniu podłużnym główkowym. Fakt ten stanowi w pewien sposób zagrożenie dla płodu już w czasie ciąży, ponieważ może spowodować zaburzenie dopływu krwi i niedotlenienie płodu. Najczęściej ta patologia ciąży ujawnia się w trakcie porodu, ponieważ płód przechodzi przez kanał rodny, pępowina jest pociągana i stąd może dojść do jej zaciśnięcia na szyi płodu. Także do tego faktu dochodzi przed porodem, a w trakcie porodu dochodzi do związanych z tym powikłań.

Przyczyna stanu płodu i wystąpienia zespołu (...) odpowiada powikłanie w postaci owinięcia pępowiny na szyi płodu. Ponieważ w trakcie ciąży wykonywane kontrole zapisy akcji serca i innych parametrów nie wykazywały jakiegokolwiek zagrożenia płodu ani fakt paciorkowca, ani liczne zwapnienia łożyska nie miały wpływu na stan noworodka.

Krwiaki podokostnowe oraz przedgłowie, które jest wyrazem zaburzenia przepływu krwi w czepcu płodu nie spowodowałyby patologicznych zmian u noworodka, nie dają cech poporodowego uszkodzenia noworodka. Niewątpliwie szybkie zakończenie porodu dawało szansę na urodzenie dziecka zdrowego.

Pobudzenie nerwu błędnego, które daje zwolnienie akcji serca wynika ze zwiększenia ciśnienia w obrębie klatki piersiowej. Należy stwierdzić, że decelerację typu późnego w zapisie akcji serca płodu nie są związane z tą reakcją. Jednoznacznie przyjmuje się, że są one wyrazem niedotlenienia płodu.

Do chwili porodu pacjentka miała wykonane wszystkie niezbędne badania.

Użycie próżniociągu położniczego nie wchodziło zupełnie w grę, ponieważ zabieg taki trwa dłużej czasowo. Konieczne było jak najszybsze ukończenie porodu, należało więc użyć kleszczy, ich założenie trwa krótko. Kleszcze mogą ewentualnie spowodować uraz dotyczący samej główki płodu spowodowany uciskiem. Natomiast umożliwiają szybkie urodzenie płodu.

Stwierdzenia owinięcia pępowiny po urodzeniu główki noworodka nakazuje natychmiastowe zdjęcie pępowiny z szyi, które umożliwia utrzymanie jeszcze przez pewien krótki okres czasu utlenowania noworodka, który już zaczyna sam oddychać i następuje zmiana tak zwanego krążenia płodowego na samodzielny przez noworodka.

Wykonanie zabiegu kleszczowego dawałoby szansę na urodzenie dziecka w lepszym stanie a nawet dobrym stanie. Kwestia kilku minut w czasie, w których wykonuje się zabieg, to kwestia stanu a może i nawet życia dziecka. Trudno określić procentowo o ile lepszy byłby stan, nie było już możliwości wykonania cięcia cesarskiego i minuty od momentu stwierdzenia zaburzeń akcji serca płodu do momentu urodzenia były decydujące. Stwierdzony uszczerbek na zdrowiu stanowi wyłączny skutek postępowania lekarzy w ostatniej fazie porodu. Pomimo powikłania w postaci owinięcia szyi płodu pępowiną, mogłoby nie być takich konsekwencji.

W świetle powyższych okoliczności faktycznych Sąd Okręgowy uznał, że powództwo zasługuje na uwzględnienie w całości.

W niniejszej sprawie strona powodowa wskazała, że dochodzona pozwem kwota wiąże się z stanem zdrowia małoletniej P. S., będącym następstwem błędu w sztuce lekarskiej, popełnionym przez lekarzy pozwanego szpitala.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji w niniejszej sprawie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej wynikające z art. 430 k.c. w związku z art. 444 k.c. i art. 445 § 1 k.c. U powódki nastąpiły w trakcie porodu nieodwracalne zmiany zdrowotne w postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Istniejące u niej upośledzenie jest szczególnie widoczne w jej postawie i chodzie. Porusza się na palcach i ugina kolana, a dodatkowo ściąga do środka ramiona. Stan zdrowia powódki nadal wymaga i będzie wymagał w przyszłości intensywnej rehabilitacji oraz leczenia.

W niniejszej sprawie strona powodowa wykazała wysokie prawdopodobieństwo istnienia adekwatnego związku przyczynowego. Sąd Okręgowy zaznaczył, że z ustalonego stanu faktycznego wynika, że wprawdzie urodzenie się powódki w stanie śmierci klinicznej w sposób bezpośredni spowodowane zostało niedotlenieniem wynikającym z zamknięcia krążenia płodowego w pępowinie owiniętej wokół szyi - a zatem nie wynikało z działań lekarskich - jednakże szybkie zabiegowe zakończenie porodu dawało jednak szansę na urodzenie dziecka w dobrym lub przynajmniej lepszym stanie zwłaszcza, iż przed godziną 22.10, w świetle zapisu KTG, stan płodu był dobry i nic nie przemawiało za niedotlenieniem.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, zebrany w sprawie materiał dowodowy potwierdził, że postępowanie lekarskie wobec A. S. w trakcie trwania ostatniej fazy porodu nie było prawidłowe i z dużym prawdopodobieństwem można wnioskować, że stan zdrowia powódki byłby lepszy w przypadku natychmiastowego ukończenia porodu. Użycie u rodzącej próżnościagu zupełnie nie wchodziło w grę, należało więc użyć kleszczy. W ocenie Sąd Okręgowy, nie ma żadnych wątpliwości o istnieniu adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy stanem zdrowia powódki a nieprawidłowo przeprowadzonym porodem.

W przedmiotowej sprawie została zatem wykazana odpowiedzialność pozwanego Szpitala na zasadzie ryzyka z art. 430 k.c., za działania personelu medycznego, z którym pozwany szpital łączył stosunek pracy.

Odpowiedzialność pozwanego szpitala determinuje odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń, wynikająca z łączącej ich umowy OC. Odpowiedzialność pozwanego Towarzystwa ograniczona jest do sumy gwarancyjnej wynikającej z umowy OC zawartej z pozwanym szpitalem w dniu 28 grudnia 2005 r.

Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia stanowi przepis art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c. W przedmiotowej sprawie okoliczności faktyczne wskazują w sposób jednoznaczny, iż zasadne jest żądanie zasądzenia na rzecz małoletniej powódki zadośćuczynienia w kwocie 500.000 zł.

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia Sąd Okręgowy miał na względzie, że wskutek niewłaściwego postępowania podczas akcji porodowej doszło u powódki do mózgowego porażenia dziecięcego, skutkującego upośledzeniem szczególnie widocznym w jej postawie i chodzie. Niedowład obejmuje wszystkie kończyny, choć silniej jest zaakcentowany po lewej stronie. Z tego też względu boryka się ona ze wzmożonym napięciem mięśniowym. Dziewczynka nie potrafi pisać, ale za to ładnie się wypowiada i to mimo występującej wady wymowy. Potrafi również komunikować potrzeby, jednakże nie jest w stanie określić swoich dolegliwości bólowych.

Z uwagi na wiek powódki trudno w chwili obecnej orzekać w sposób jednoznaczny, co do rokowania na przyszłość, jednakże mało prawdopodobne jest, aby dziewczynka w przyszłości była osobą w pełni zdrową i sprawną. P. S. urodziła się w stanie śmierci klinicznej, skutkującej całkowitym brakiem punktów w skali A. w pierwszej minucie życia. Powódka łącznie była hospitalizowana do 54 doby życia.

Bez wpływu na ocenę wysokości należnego powodowi zadośćuczynienia, nie może pozostać również trwały uszczerbek na zdrowiu, który został oceniony łącznie na 50%. Uszczerbek na zdrowiu powódki w znacznym stopniu nie może

zostać zrestytuowany w sposób adekwatny poprzez świadczenia pieniężne, ponieważ w zasadzie żadna suma pieniężna nie zrekompensuje kalectwa powódki, które determinuje jej całe życie i jest ogromnym cierpieniem.

Biorąc pod uwagę rozmiar krzywdy doznanej przez małoletnią powódkę na skutek błędów w sztuce lekarskiej, przyznana kwota jest, w ocenie Sądu Okręgowego, kwotą umiarkowaną, ale adekwatną do rozmiaru cierpień.

O odsetkach ustawowych Sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie art. 481 k.p.c. mając na uwadze datę doręczenia pozwanym odpisu pozwu (30 września 2009 r.).

Sąd Okręgowy zaznaczył, że w świetle zgromadzonego materiału dowodowego oczywistym jest, że w związku z doznany uszczerbkiem na zdrowiu na skutek błędów lekarskich zaistniałych w pozwanym szpitalu potrzeby powódki uległy zwiększeniu oraz, że jej rodzice ponieśli i ponoszą nadal określone koszty związane z codziennym funkcjonowaniem, leczeniem oraz rehabilitacją córki.

Z dokonanych ustaleń faktycznych wynika, że zwiększone potrzeby małoletniej powódki wiążą się przede wszystkim z kosztami opieki osób trzecich, wizyt lekarskich, zajęć rehabilitacyjnych i dojazdów do nich, zakupu leków oraz sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego czy logopedycznego. Nie można podzielić poglądu strony pozwanej, iż także zdrowe dzieci w wieku powódki wymagają zakupu zabawek, a zatem zakupy w tym zakresie należałoby uznać za niezasadne. W ocenie Sądu Okręgowego dziecko w takim stanie zdrowia, w jakim jest powódka wymaga zakupu nie tylko zwykłych zabawek przeznaczonych dla jej wieku, ale przede wszystkim zabawek rehabilitacyjnych, służących do pobudzania jej rozwoju, celem osiągnięcia stanu jak najbardziej zbliżonego do stopnia rozwoju jej rówieśników. Nie można także podzielić poglądu, iż dzieci w wieku powódki także wymagają opieki. Nie ma żadnych wątpliwości, iż w tym przypadku opieka ta musi być zintensyfikowana i udzielana w znacznie szerszym wymiarze. Nadto z wiekiem zdrowe dzieci wymagają opieki w coraz mniejszym zakresie, w przypadku powódki opieka ta z wiekiem będzie coraz większa, a jej rodzice nigdy nie będą mogli liczyć na pomoc ze strony córki. Sąd Okręgowy nadto podkreślił, że opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym w miarę jego wzrastania jest coraz trudniejsza i wymaga poświęcenia nie tylko większego wysiłku, ale też czasu. Opieka osób trzecich jest także związana z koniecznością stałego rehabilitowania powódki w ciągu dnia. Ojciec jeszcze przed wyjściem z pracy w godzinach wczesno -porannych rozpala w piecu, aby dziecko miało ciepłą wodę i nagrzane mieszkanie, co jest konieczne do porannej rehabilitacji. Konieczność zapewnienia większej temperatury powietrza podczas ćwiczeń skutkuje większymi kosztami opału niż to ma miejsce w przypadku zdrowych dzieci. Zasadne zatem należy uznać zwiększone koszty opału.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że w różnych okresach zwiększone potrzeby kształtowały się w różnych wysokościach i wynosiły w roku 2007 - ok. 1.100 zł miesięcznie; w 2008 r. - ok. 1.197 zł miesięcznie; w 2009 r. - 1.785,11 zł miesięcznie; w 2010 r. oraz w następnych latach powódka wymaga zwiększonych potrzeb w kwocie 3.300 zł miesięcznie. Koszty dowozu powódki do placówek medycznych - 677,56 zł, koszty leczenia logopedycznego - 103,33 zł, zajęcia muzyczne - 45,83 zł, wydatki na zakup sprzętu rehabilitacyjnego i koszt rehabilitacji - 631,61 zł oraz opieka innych osób - 1.782 zł (6 godz. dziennie x 9,90 zł x 30 dni). Przy ustalaniu kosztów opieki osób trzecich nad powódką Sąd pierwszej instancji przyjął za Sądem Najwyższym, że okoliczność, iż opiekę nad poszkodowaną sprawowali jej najbliżsi nie pozbawia jej prawa żądania renty.

Sąd Okręgowy uznał za zasadne w całości żądanie strony powodowej, co do renty na zwiększone potrzeby i zasądził od pozwanych in solidum na rzecz powódki rentę za okres od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r. kwoty po 1.100 zł miesięcznie; za okres od 1 stycznia 2008 r. po 1.197 zł miesięcznie, za okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. - po 1.785,11 zł miesięcznie oraz za okres od 1 stycznia 2010 r. i na przyszłość kwoty po 3.300 zł miesięcznie.

O odsetkach ustawowych Sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie art. 481 k.p.c. mając na uwadze datę doręczenia pozwanym odpisu pozwu (30 września 2009 r.). w zakresie kwoty 1.000 zł. Od kwoty powyżej 1.000 zł Sąd Okręgowy zasądził odsetki od dnia doręczenia pozwanym pisma rozszerzającego żądanie (8 grudnia 2011 r.)

Sąd Okręgowy w punkcie 2 sentencji wyroku oddalił żądanie powódki jedynie w zakresie odsetek od zadośćuczynienia jak i renty ponad przyznane w wyroku.

Ponieważ nie jest obecnie możliwe ustalenie, czy i jakie skutki wskazanych błędów w sztuce lekarskiej, nie objęte podstawą niniejszego sporu, mogą się ujawnić w przyszłości, a w szczególności, czy moment ich ujawnienia nie przekroczy okresu ich przedawnienia, Sąd pierwszej instancji uznał, że istnienie po stronie powódki interesu prawnego w ustaleniu odpowiedzialności strony pozwanej za następstwa wypadku, jakie mogą ujawnić się w przyszłości i na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialność pozwanych ustalić in solidum w punkcie 3 sentencji wyroku.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania zapadło w oparciu o zasadę wyrażoną w art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wnieśli obaj pozwani.

Pozwany (...) S. A. w W. zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając mu:

1) naruszenie prawa materialnego - art. 6 k.c. w zw. z art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c., oraz art. 444 k.c. i 445 k.c. i art. 361 par. 1 k.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie odpowiedzialności pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej i (...) S.A. w W. Oddziału w Ł. w granicach odpowiedzialności SP ZOZ w K. w przypadku, gdy nie doszło do zawinionego działania po stronie pozwanego SP ZOZ w K., jak również nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem personelu SP ZOZ w K. a szkodą powódki P. S., polegającą na wystąpieniu mózgowego porażenia dziecięcego, w szczególności nie dopuszczono się błędu przy porodzie matki powódki, a Sąd przy braku przesłanek odpowiedzialności pozwanego SP ZOZ w K. zasądził zadośćuczynienie i rentę z tytułu zwiększonych potrzeb, przy czym zasądził zadośćuczynienie w kwocie nieodpowiedniej, nadmiernej rażąco wygórowanej, nie uwzględniając wszystkich okoliczności: rozmiaru doznanych przez powódkę cierpień, czasu ich trwania i skutków uszkodzenia ciała w zakresie ogólnej zdolności do normalnego funkcjonowania oraz ustalonego przez biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej 50 % uszczerbku na zdrowiu, a ponadto Sąd pierwszej instancji zasądził rentę na zwiększone potrzeby w wysokości również nieodpowiedniej, nie znajdującej potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym, przyjmując w sposób dowolny bez uwzględnienia wszystkich przeprowadzonych dowodów za uzasadnione koszty opieki, koszty dojazdów do placówek medycznych, które nie znajdują potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym,

2) naruszenie przepisów postępowania, mających istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia - art. 233 § 1 k.p.c., polegające na ocenie materiału dowodowego w sposób dowolny, bez jego wszechstronnego rozważenia w oparciu o zasady logiki i doświadczenia życiowego oraz poczynienie błędnych ustaleń faktycznych poprzez przyjęcie, że szkoda powódki P. S. w postaci mózgowego porażenia dziecięcego powstała w trakcie porodu z powodu niezastosowania przez pozwanego SP ZOZ szybkiego zabiegowego zakończenia porodu, podczas gdy postępowanie dowodowe nie wykazało zaniedbań po stronie pozwanego SP ZOZ w K. mających charakter błędu w sztuce lekarskiej w szczególności przeprowadzono pełną i prawidłową diagnostykę przed porodem, oraz podjęto prawidłowe działania zarówno w I jak i w II fazie porodu powódki,

3) naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r., w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu / Dz. U. nr 163 z 2002r., nr 1348 z późn. zm., poprzez zasądzenie trzykrotnej stawki minimalnej, w sytuacji, gdy nie jest to uzasadnione charakterem sprawy, nakładem pracy, czasem trwania sprawy i stopniem zawiłości sprawy;

4) nie rozpoznanie istoty sprawy przez Sąd pierwszej instancji, który przyjął że zaniechanie przez personel medyczny pozwanego SP ZOZ w K. użycia kleszczy skutkowało mózgowym porażeniem dziecięcym stwierdzonym u powódki, że użycie kleszczy wychodkowych dawało szansę na lepszy stan powódki, przy całkowitym pominięciu, że patologia w postaci okręcenia pępowiny szyi płodu występuje w trakcie ciąży przed porodem i nie jest możliwa do stwierdzenia badaniem usg, a ujawnia się w trakcie porodu i powoduje powikłanie w postaci zamartwicy, a ta z kolei jest przyczyną stwierdzonego u powódki mózgowego porażenia dziecięcego i nie wynika z działań lekarskich, że personel medyczny

był przygotowany na zabiegowe rozwiązanie ciąży, w sposób zalecany przez (...) Towarzystwo Ginekologiczne, ale ostatecznie do rozwiązania ciąży doszło siłami natury oraz nie ustalenie jakie ewentualnie negatywne następstwa wywołane zostały występującymi równolegle przyczynami, tj. patologią i powikłaniem, za które nie może ponosić odpowiedzialności pozwany SP ZOZ w K., a które negatywne następstwa zostały wywołane ewentualnie przez zaniechanie użycia kleszczy.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, przy uwzględnieniu kosztów postępowania apelacyjnego jako części kosztów procesu, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego (...) SA w W. Oddział w Ł. kosztów procesu za dwie instancje według norm przepisanych.

Także Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając mu:

1) naruszenie art. 3, art. 217 §1, § 2, art. 227, art. 233, art. 290 § 1, art. 328 § 2 k. p. c. albowiem:

a) Sąd całkowicie bezzasadnie oddalił wniosek dowodowy pozwanego zawarty w piśmie procesowym pozwanego z dnia 28.06.2012 r. o dopuszczenie dodatkowej nowej opinii której zlecić sporządzenie przez co najmniej trzech biegłych sądowych z kliniki ginekologii i położnictwa na okoliczność ustalenia prawidłowości postępowania pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. w czasie II etapu porodu P. S. w dniu 29.12.2006 r. uniemożliwiając pozwanemu wszechstronne wyjaśnienie istoty sprawy,

b) Sąd w ogóle nie rozpoznał wniosku dowodowego pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. zawartego w piśmie procesowym pozwanego z dnia 28.06.2012 r. o dopuszczenie dodatkowego dowodu z uzupełniającej opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w B. w związku z zarzutami pozwanego do opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w B. z dnia 3.04.2012 r. oraz z dnia 26.04.2012 r.;

c) Sąd w ogóle nie rozpoznał zgłoszonych w piśmie procesowym pozwanego z dnia 12.12.2011 r. wniosków dowodowych o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z dziedziny ginekologii i położnictwa na okoliczność ustalenia prawidłowości zasad postępowania pozwanego Samodzielnego Publicznego zakładu Opieki Zdrowotnej w K. w trakcie porodu P. S. w dniu 29.12.2006 r. o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z dziedziny analizy dokumentacji medycznej załączonej do pisma powódki z dnia 28.11.2011 r. na okoliczność ustalenia zasadności poniesionych przez powódkę wydatków związanych z następstwami przebytego przez P. S. porodu w dniu 29.12.2006 r.;

d) Sąd w ogóle w uzasadnieniu do wyroku nie ustosunkował się do zarzutów pozwanego do opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w B. z dnia 30.08.2010 r. z dnia 5.10.2011 r. z dnia 9.11.2011 r. z dnia 13.01.2012 r. z dnia 3.04.2012 r. z dnia 26.04.2012 r. zawartych w pismach procesowych pozwanego z dnia 24.11.2010 r. z dnia 12.12.2011 r. z dnia 29.12.2011 r. z dnia 6.03.2012 r. z dnia 28.06.2012 r.;

e) opinie biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w B. z dnia 30.08.2010 r. z dnia 5.10.2011 r. z dnia 9.11.2011 r. z dnia 13.01.2012 r. z dnia 3.04.2012 r. z dnia 26.04.2012 r. nie są opiniami kolegialnymi wydanymi w imieniu Zakładu Medycyny Sądowej w B. lecz są opiniami indywidualnymi i to biegłego sądowego R. K. (2) w zakresie przebiegu II etapu porodu P. S. w dniu 29.12.2006 r. oraz pozostałych biegłych sądowych M. M. (2), A. P., P. K., J. P. w zakresie związanym z rehabilitacją P. S.;

f) biegli sądowi z Zakładu Medycyny Sądowej w B. dr med. M. M. (2) specjalista rehabilitacji medycznej, dr. hab. med. A. P. I specjalista pediatrii, dr med. P. K. specjalista neonatologii, dr med. J. P. I specjalista medycyny sądowej nie są specjalistami z zakresu ginekologii i położnictwa i nie posiadają wiedzy merytorycznej specjalistycznej do wydawania opinii w zakresie prawidłowości przebiegu porodu P. S. w dniu 29.12.2006 r.;

g) biegły sądowy z Zakładu Medycyny Sądowej w B. prof. dr hab. med. R. K. (2) specjalista położnik ginekolog-
androlog nie jest specjalistą z zakresu rehabilitacji i nie posiada wiedzy merytorycznej specjalistycznej do wydawania
opinii w zakresie związanym z rehabilitacją P. S. w związku z następstwami porodu w dniu 29.12.2006 r.;

h) Sąd w ogóle pominął przeprowadzenie dowodu z przesłuchania strony pozwanej dyrektora pozwanego
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. P. J. lekarza medycyny specjalisty z zakresu ginekologii
i położnictwa, nie przesyłając w ogóle wezwania dla dyrektora pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w K. P. J. lekarza medycyny specjalisty z zakresu ginekologii i położnictwa, na termin rozprawy
wyznaczony w dniu 17.08.2012 r. pod rygorem pominięcia przeprowadzenia tego dowodu, a o przeprowadzenie tego
dowodu wnioskował pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. w odpowiedzi na pozew,

i) pozwany w ogóle nie składał w niniejszej sprawie żadnego oświadczenia, że nie składa dalszych wniosków
dowodowych, a kolejne wnioski dowodowe złożył w piśmie procesowym z dnia 28.06.2012 r.;

j) okoliczność co było bezpośrednią przyczyną, że doszło do powikłania II etapu porodu P. S., czy były jednoznaczne
wskazania aby pozwany w czasie II etapu porodu P. S. dokonał jego zakończenia poprzez użycie kleszczy winna zostać
wyjaśniona przez biegłych sądowych z kliniki ginekologii i położnictwa,

2) naruszenie art. 361 § 1, art. 430, art. 444 § 1, § 2, art. 445 § 1 kodeksu cywilnego albowiem:

a) pozwanemu Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w K. nie można przypisywać winy za
następstwa wynikłe z powikłania II etapu porodu P. S. w dniu 29.12.2006 r.;

b) zasądzona na rzecz powódki P. S. kwota odszkodowania i zadośćuczynienia w wysokości 500.000 zł. oraz
świadczenia rentowe od dnia 29.12.2006 r. nie znajdują żadnego uzasadnienia merytorycznego, są całkowicie
wygórowane, nie adekwatne do zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego, nie mają żadnego
oparcia i w mających zastosowanie w niniejszej sprawie przepisach prawnych i to w sytuacji gdy stopień
niepełnosprawności powódki P. S. ustalono częściowy w wysokości 50 % a nie w wysokości 100 %.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o uchylenie wyroku Sądu Okręgowego i oddalenie powództwa,
ewentualnie o przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia oraz o obciążenie powoda kosztami postępowania
sądowego oraz kosztami zastępstwa procesowego pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w K. za obie instancje według norm przepisowych.

W odpowiedzi na apelacje powódka wносиła o ich oddalenie i zasądzenie od pozwanych kosztów postępowania
apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny akceptuje i przyjmuje za własne ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji dotyczące przebiegu
ciąży i porodu matki powódki - A. S., a także stanu zdrowia powódki w chwili urodzenia. Na aprobatę zasługują
także ustalenia Sądu Okręgowego dotyczące pobytu powódki w Wojewódzkim Szpitalu (...) w K., zastosowanej
wobec P. S. farmakoterapii oraz badań diagnostycznych, a także ustalenia dotyczące dalszych konsultacji i leczenia
w poradniach: Neurologicznej, Chirurgicznej, Gastroenterologicznej, Kardiologicznej i Oceny (...) Małego Dziecka.
Sąd Apelacyjny aprobuje ponadto w pełni ustalenia faktyczne dotyczące wdrożonej wobec małoletniej powódki
rehabilitacji, różnorodnych zajęć terapeutycznych oraz aktualnego stanu zdrowia P. S..

W oparciu o materiał dowodowy zebrany w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji i uzupełniony w toku
postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny dokonał jednak następujących odmiennych ustaleń faktycznych co do
poprawności działań lekarzy odbierających poród powódki, następstw tych działań dla zdrowia małoletniej, a także
przyczyn aktualnego stanu zdrowia P. S.:

Poród A. S. przebiegał w pierwszej fazie przebiegał prawidłowo. W II fazie rodząca pozostawała na sali porodowej pod
bezpośrednią opieką położnej I. G. (1) i okresowo była badana przez lekarza dr T. W. (1). Zgodnie z wpisami w karcie

obserwacji lekarskich o godz. 20:45 odnotowano: czynność skurczowa co 4-5 minut, (...) 140, sączą się czyste wody płodowe, badanie wewnętrznym stwierdzono rozwarcie całkowite, rodząca popiera. O godzinie 21:15 odnotowano podanie 5 jednostek O. w 500 ml 0,9 % NaCl z uwagi na hipotoniczną czynność skurczową, (...) 140. Kolejny wpis z godziny 22.00 wskazywał; rozwarcie całkowite, przedgłowie, główka w skurczu ukazuje się w szparze sromowej, (...) 130 -140 (dokumentacja medyczna załączona do akt).

Około godziny 22:15 położna I. G. (1) stwierdziła, że tętno płodu zaczyna się wahać tj. zwalnia w skurczu do 80 – 90 uderzeń na minutę i po skurczu wyrównuje do 100 – 110 uderzeń na minutę, co odnotowała w karcie obserwacji lekarskich. Natychmiast powiadomiła o tym fakcie lekarza dr T. W. (1), który zbadał pacjentkę i ocenił stan zaawansowania porodu, przygotowując rodzącą do porodu siłami natury. Dokonano nacięcia krocza, a kiedy po skurczu tętno nie wyrównywało dr T. W. (1) postanowił przygotować zespół do odebrania porodu przy pomocy próżnościagu i zawiadomił lekarza z II stopniem specjalizacji - dr R. K. dyżurującego pod telefonem ,a także lekarza pediatrę. W dokumentacji lekarskiej dr T. W. (1) odnotował, że o godz. 22:17 stwierdził u pacjentki rozwarcie całkowite , badalne przedgłowie, w skurczu główka ukazuje się w szparze sromowej, (...) w skurczu 80 , wezwano lekarza poddyżurnego (zeznania świadka T. W. k 172, zeznania świadka I. G. k 174, dokumentacja lekarska pozwanego Szpitala załączona do akt sprawy).

Dr R. K. (1) pojawił się w pozwanym Szpitalu w ciągu kilku minut. Poród A. S. postępował i w drugim skurczu po docięciu krocza o godzinie 22:30 urodziła się powódka. W dokumentacji lekarskiej dr R. K. (1) dokonał zapisu: „godz. 22:26 – główka płodu na wychodzie. D., częstość serca płodu ok. 80 uderzeń na minutę. Przygotowano próżnościąg położniczy do ukończenia porodu. W drugim skurczu rodzi się siłami natury płód płci żeńskiej w stanie ciężkim ogólnym, uprzednio nacięto krocze. Wezwano ordynatora.”(zeznanie świadka R. K. k 173, zeznanie świadka T. W. k 172, dokumentacja lekarska z pozwanego Szpitala załączona do akt sprawy).

W trakcie porodu A. S. tętno płodu było monitorowane za pomocą KTG, przy czym zapis prowadzony był jedynie okresowo (okoliczność bezsporna). W II fazie porodu aparat KTG był stale podłączony, tętno płodu było słyszalne (pisemna opinia AM we W. Katedry i Zakładu Medycyny sądowej oparta na zeznaniach świadka I. G. k 116 -118 , zeznaniach świadka A. R. k 260 -262 ,zeznaniach świadka M. P. k 94 -96 w załączonych aktach Ds. 216/09 - k 432 – 462 akt). W aparacie KTG nie przestawiono czasu letniego na zimowy, dlatego wydrukowana godzina zapisu nie odpowiada rzeczywistości. W rzeczywistości zapis był o godzinę wcześniejszy (pismo pozwanego k 210). W II fazie porodu zapis KTG był prowadzony od godziny 21:13 do około godziny 22:01, następnie został przerwany i wznowiony około godziny 22:17 – kontynuowany do momentu urodzenia dziecka (kopia zapisu KTG w dokumentacji lekarska z pozwanego Szpitala załączonej do akt sprawy, kopie zapisu KTG k 31 -32 w aktach sygn. Ds. 216/09).

Z chwilą hospitalizacji A. S. w pozwanym Szpitalu w dniu 29 grudnia 2006 r. podjęto niezbędne czynności diagnostyczne które polegały na : zebraniu wywiadu, badaniu przedmiotowym i ocenie stanu ogólnego, badaniu położniczym wewnętrznym i zewnętrznym, pomiarach miednicy oraz ocenie stanu płodu na podstawie badania kardiokograficznego. Przeprowadzone w wystarczającym zakresie działania diagnostyczne, zgodne z rekomendacjami ekspertów (...) Towarzystwa Ginekologicznego, umożliwiały właściwą ocenę sytuacji położniczej. Analiza obrazu klinicznego przebiegu ciąży i sytuacji położniczej stwierdzonej w chwili hospitalizacji wskazuje, że w momencie przyjęcia A. S. do pozwanego Szpitala istniały wyraźne przesłanki sugerujące możliwość pomyślnego zakończenia ciąży porodem drogami natury (opinia pisemna biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1076 -1077, pisemna opinia biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. k 195 v).

Także wynik badania kardiokograficznego przeprowadzonego w godzinach 12:08 – 13:32 był prawidłowy, świadczył o prawidłowym stanie równowagi kwasowo – zasadowej płodu. Nie wskazywał na jakiegokolwiek zagrożenie płodu, potrzebę dodatkowych działań diagnostycznych czy konieczność podejmowania interwencji, w tym zakończenia ciąży cesarskim cięciem. Wynik tego badania uzasadnił prowadzenie dalszej obserwacji stanu płodu na podstawie okresowego osłuchiwania czynności serca płodu. Takie czynności zostały wdrożone i do około godziny 22:15 nie wystąpiły żadne nieprawidłowości, które mogłyby przemawiać za procesem niedotlenienia płodu (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1078).

Pęknięcie błon płodowych w terminie porodu występuje w około 8 % ciąży i zazwyczaj jego następstwem jest samoistna inicjacja porodu. W takim przypadku nie jest konieczna indukcja porodu i akceptowana jest postawa wyczekująca, o ile stan płodu i matki jest zadowalający. W przypadku A. S. obraz kliniczny w okresie kolejnych godzin od przyjęcia do pozwanego Szpitala wskazywał z jednej strony na rozwijający się poród, a z drugiej na brak zagrożenia stanu rodzącej i płodu. W tej sytuacji zastosowane wobec pacjentki postępowanie zachowawcze, polegające na obserwacji stanu rodzącej oraz nadzorze stanu płodu było prawidłowe i wystarczające, przynajmniej do godziny 22 :15. Przy prawidłowo przebiegającym porodzie standardowo badania lekarskie wykonuje się co 2 godziny. W przypadku takiego porodu jak u A. S. tj. z przedwczesnym pęknięciem pęcherza płodowego zaleca się, żeby częstość badań była rzadsza, co jest związane z możliwością zakażenia w trakcie badania (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1078, ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144v).

Stwierdzenie zbyt słabej aktywności skurczowej macicy po 35 minutach trwania II okresu porodu (godzina 21:20) skutkowało właściwą decyzją o zastosowaniu farmakologicznej stymulacji porodu poprzez podanie oksytocyny w formie kroplówki dożylniej. Z dokumentacji lekarskiej wynika, że oksytocynę podano we właściwym stężeniu, natomiast brak jest danych o wielkości zastosowanej dawki oraz ewentualnym sposobie jej zwiększania (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1079). Powikłaniem po podaniu zbyt dużej dawki oksytocyny jest nadmierna czynność skurczowa macicy prowadząca do przykurczu macicy. Jeżeli pojawiają się nieprawidłowości tętna płodu, w tym bradykardia, wywołane nadmierną czynnością skurczową macicy należy zaprzestać podawania oksytocyny. W przypadku matki powódki nie wystąpił przykurcz macicy i nie ma żadnych przesłanek żeby wnioskować, iż oksytocyna została przedawkowana (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144).

Należy przyjąć, że po podaniu rodzącej oksytocyny nadzór nad stanem płodu polegający na ciągłym monitorowaniu czynności serca za pomocą kardiogramu z rejestracją badania był prawidłowy. Zapis kardiogramiczny w godzinach od 21:13 do 22:01 prowadzony w ramach nadzoru stanu płodu przez cały okres stymulacji aktywności skurczowej macicy oksytocyną spełniał wszystkie kryteria prawidłowego wyniku śródporodowego badania KTG (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1080 -1081).

Drugi okres porodu A. S. nie był przedłużony i poród postępował fizjologicznie. W przypadku kobiet, które rodzą po raz pierwszy II okres porodu nie powinien być dłuższy niż 2 godziny. U A. S. II okres porodu trwał około 1godz. 45 min. (pisemna i ustna opinia Instytutu Centrum (...) w Ł. k 901, protokół elektroniczny k 979 – 00:16:00 min. i nast. nagrania i transkrypcja k 1031; ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144v).

Około godz. 22:15 nastąpiło zwolnienie czynności serca płodu do 80 uderzeń na min. w skurczu, po którym czynność serca płodu powróciła do poziom100/110 uderzeń na minutę. Wobec utrzymujących się zwolnień serca do 80/min. i bradykardii około 100/min. decyzję lekarza nadzorującego poród o przygotowaniu do ewentualnego zastosowania próżnościągu i powiadomieniu lekarza nadzorującego dyżur należy uznać za właściwą. Obraz kardiogramiczny, charakteryzujący się wystąpieniem bradykardii i deceleracji, przy prawidłowej amplitudzie zmienności czynności serca płodu oraz w pełni prawidłowym zapisie kardiogramicznym w okresie bezpośrednio poprzedzającym zaburzenia czynności serca płodu wykluczał proces przewlekłego niedotlenienia płodu, wskazując jedynie na możliwość ostrego krótkotrwałego niedotlenienia, które z reguły jest dość dobrze tolerowane przez płód przy sprawnych mechanizmach adaptacyjno – kompensacyjnych (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1081 -1082). Bradykardia jest definiowana jako utrzymująca się co najmniej przez 10 minut zwolniona czynność serca płodu poniżej 110/min. D. są to krótkotrwałe zwolnienia czynności serca płodu trwające nie krócej niż 15 sekund i nie dłużej niż 1,5 minuty. (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1143v). D. w większości przypadków przypominają kształtem wykres skurczu macicy. Początek deceleracji obserwuje się jednak później, już po wystąpieniu skurczu i w czasie jego zanikania. D. odzwierciedlają narastającą niewydolność łożyska. Bradykardia zwierająca się w przedziale między 110 – 100 uderzeń na minutę zwykle nie odzwierciedla zagrożenia płodu. Utrzymujące się zwolnienie (...) poniżej 80 uderzeń na minutę stanowi sygnał alarmowy dla płodu, szczególnie z towarzyszącym zanikiem zmienności i obecnością deceleracji w zapisie. Wśród przyczyn bradykardii wymienia się działanie niektórych leków, matczyną hipotensję, hipotermię i przewlekłą hipoglikemię, wady i arytmie serca płodu,

ostrą niewydolność maciczo – łożyskową, kompresję pępowiny czy przewlekły ucisk główki płodu. Bradykardia w drugim okresie porodu może być objawem fizjologicznym – objaw H., ale może być również sygnałem o dyskomforcie płodu, zwłaszcza gdy towarzyszyły jej deceleracje. Jeśli stwierdzono bradykardię powyżej 80/min należało się przygotować do ukończenia porodu zabiegowo tj. przygotować narzędzia i być gotowym do natychmiastowego działania. Przy tego rodzaju bradykardii decyzję o zabiegowym zakończeniu drugiego okresu porodu podejmuje się przy braku postępu porodu i gdy nie ma szansy na jego szybkie zakończenie, a także wtedy gdy po skurczu partym dojdzie do nagłego dalszego zwolnienia częstości pracy serca płodu lub dojdzie do zaniku tonów serca płodu. W przypadku porodu powódki do jego zakończenia serce płodu biło z częstością co najmniej 80 uderzeń na minutę (pisemna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. k 899, 900 -902). Czynność serca płodu w drugiej fazie porodu na poziomie około 80/min. nie oznacza bezpośredniego zagrożenia życia i nie jest to sytuacja nadzwyczajna, choć jest to sygnał, który powinien wzbudzić uwagę lekarza (ustna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. – protokół elektroniczny , 979 – 00:16: i nast. min nagrania, transkrypcja k 1031,1032).

Zapis KTG ma charakter pomocniczy i w trakcie występowania zaburzeń tętna płodu można jedynie przypuszczać co do ich przyczyn. Nie ma metod, które w toku porodu pozwoliłyby na taką diagnostykę. Jediną metodą, która jednak nie jest w Polsce stosowana, jest okółoporodowe badanie (...) krwi ze skalpu płodu (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144v).

(...) Towarzystwo Ginekologiczne uznaje bradykardię poniżej 100/min. oraz deceleracje zmienne lub późne za wskazanie do ciągłego zapisu kardiograficznego i działań mających na celu zakończenie ciąży, ale nie określa charakteru i trybu podejmowania tych działań. Zapis KTG od godziny 22:15 był podejrzany, a nie jednoznacznie nieprawidłowy. Z chwilą wystąpienia w trakcie II okresu porodu nieprawidłowości, nie stanowiły one wskazania do natychmiastowego ukończenia porodu, a jedynie do rozważenia możliwości działań mających na celu jego rychle ukończenie. Decyzja o zabiegowym ukończeniu porodu nie mogła być podjęta już w chwili wystąpienia pierwszej nieprawidłowości w zapisie KTG, bowiem ocena zapisu wymaga pewnego czasu np. bradykardia może być zdefiniowana po okresie około 10 minut (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1084).

Standard porodu fizjologicznego zakłada, że jeżeli są nieprawidłowości to należy powiadomić specjalistę, co lekarz nadzorujący poród A. S. uczynił. Nigdy nie jest tak, że już w chwili pierwszego wahnięcia tętna płodu czy podejrzenia, że może się coś nieprawidłowego dziać, podejmuje się decyzję o zabiegowym zakończeniu porodu (ustna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. protokół elektroniczny k 979 – 00:16:00 min. i nast. nagrania i transkrypcja k 1030 – 1031).

Oceniając możliwość ewentualnego zastosowania próżnościągu położniczego przez lekarza T. W. (1) należy zważyć, że stwierdzane przedgłowie mogło uniemożliwić właściwą identyfikację elementów topograficznych na główce płodu (szwy, ciemiączka) decydujących o bezpieczeństwie zabiegu, co przy braku doświadczenia potencjalnego operatora mogło rzutować na niekorzystny przebieg i niepotrzebny wzrost ryzyka zabiegu. W takiej sytuacji niezwłoczne wezwanie lekarza nadzorującego dyżur i przygotowanie próżnościągu do ewentualnego użycia było postępowaniem racjonalnym, tym bardziej, że wskazanie do przeprowadzenia tej formy porodu zabiegowego w momencie inicjowania działań lekarza dyżurnego (godz.22:17) należy określić jako wskazanie względne. Odstąpienie od porodu zabiegowego przez lekarza nadzorującego dr R. K. w sytuacji główki płodu znajdującej się w szparze sromowej i dokończenie porodu siłami natury, w drugim skurczu macicy było postępowaniem alternatywnym w stosunku do porodu zabiegowego, które nie miało wpływu na istotne wydłużenie czasu porodu. Z uwagi na czas związany z wykonaniem tego zabiegu w grę nie wchodziło także cesarskie cięcie. Nawet w przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu cięcia cesarskiego tuż po godzinie 22:15 taki poród zabiegowy zakończyłyby się urodzeniem dziecka w podobnym stanie (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1084).

W przypadku porodu powódki z uwagi na okręcenie szyjki dziecka pępowiną i potrzebę odgięcia główki dziecka, które w tym przypadku byłoby utrudnione lub niemożliwe, zastosowanie próżnościągu przyniosłoby więcej szkody niż pożytku. Nie można przyjąć, że taki zabiegowy poród trwałby krócej niż siłami natury. Z kolei w tej konkretnej sytuacji

założenie kleszczy byłoby jeszcze trudniejsze właśnie dlatego, że było utrudnione odgięcie główki przy szyi dziecka okręconej pępowiną (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1145).

Zabiegowe ukończenie porodu przy pomocy kleszczy lub próżnościągu wymaga przygotowania pacjentki i przygotowania aparatury (ustna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. protokół elektroniczny k 979 – 00:16:00 min. i nast. nagrania i transkrypcja k 1030 -1031, ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1143 v). Obecnie przy założeniu kleszczy stosuje się znieczulenie pacjentki. Samo pojęcie kleszczy działa tak negatywnie na rodzącą, że przestaje ona współpracować. W przypadku przedgłowia płodu założenie próżnościągu jest utrudnione. P. można założyć tylko w wymiarze strzałkowym główki płodu. Trakcji (pociągnięcia za główkę płodu) dokonuje się w trakcie skurczu macicy. Przy prawidłowym przebiegu porodu w II okresie skurcze występują co dwie minuty, ale czasem na kolejny skurcz czeka się 4,5 minut. Nie ma standardu w ilu trakcjach za pomocą próżnościągu można urodzić główkę płodu, przyjmuje się że w pięciu trakcjach, czyli w pięciu skurczach. Według literatury medycznej założenie próżnościągu i wydobywanie główki dziecka to czas od 15 do 30 minut (ustna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. protokół elektroniczny k 979 – 00:16:00 min. i nast. nagrania i transkrypcja k 1030 – 1031v, 1032 – 1032v).

Zakończenie porodu przy użyciu kleszczy ze znieczuleniem rodzącej to okres około 15 minut (ustna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. protokół elektroniczny k 979 – 00:16:00 min. i nast. nagrania i transkrypcja k 1030 – 1031v, 1032; ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1143v). Nie ma takiej możliwości, by zabiegowe zakończenie porodu trwało 2- 3 minuty. W praktyce położniczej nie ma także takich realnych możliwości, by od pierwszego sygnału o nieprawidłowościach tętna płodu do zabiegowego wydobywania dziecka upłynęło jedynie 10 -15 minut (ustna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. protokół elektroniczny k 979 – 00:16:00 min. i nast. nagrania, transkrypcja k 1030v, 1032).

W przypadku rodzącej A. S. nie było realnej możliwości zakończenia porodu w sposób zabiegowy znacząco szybciej niż nastąpiło to siłami natury o godz. 22:30. Nawet hipotetycznie zakładając, że decyzja o zabiegowym zakończeniu porodu zapadłaby już o godzinie 22:15, to do porodu doszłoby co najwyżej kilka minut wcześniej niż miało to miejsce w rzeczywistości. Nie można jednoznacznie założyć, że w zaistniałej sytuacji decyzja o zabiegowym zakończeniu porodu rzeczywiście przyspieszyłaby urodzenie dziecka (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144 – 1144v).

Przy zamknięciu pępowiny oraz dopływu tlenu do zamartwicy płodu i uszkodzenia centralnego układu nerwowego dochodzi po około 5 minutach (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144, pisemna uzupełniająca opinia biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. k 608). W ciągu okresu odnotowywania nieprawidłowego zapisu KTG mogło dojść do niedotlenienia małej powódki (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144).

Nie ma dowodów i badań kontrolowanych, które dowodziłyby skuteczności podawania leków resuscytacyjnych po odnotowaniu nieprawidłowego zapisu tętna płodu. W przypadku rodzącej A. S. podanie leków resuscytacyjnych, które jednocześnie obniżają czynność skurczową macicy, jedynie wydłużyłoby czas porodu. W analizowanym przypadku nie było wskazań do podania tych leków. Podobnie wcześniejsze docięcie krocza nie spowodowałoby szybszego porodu. Nie jest tak, że gdyby lekarz wcześniej naciął krocze to dziecko urodziłoby się wcześniej. Ponadto tempo, w jakim urodziło się dziecko nie odbiegało od fizjologicznego porodu, a problemem było powikłanie w postaci owinięcia szyjki dziecka pępowiną. Aktualny stan powódki i występujące w chwili urodzenia niedotlenienie nie mogą być również wynikiem nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu K. polegającego na uciskaniu brzucha rodzącej. Powikłaniem tego zabiegu może być np. pęknięcie macicy, ale nie niedotlenienie płodu (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1144 v – 1145).

Personel medyczny Szpitala w K. nie popełnił błędów podczas porodu A. S. (pisemna opinia biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. k 902, pisemna i ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1085, 1145).

Najbardziej prawdopodobną przyczyną zamartwicy noworodka był proces ostrego niedotlenienia wewnątrzmacicznego spowodowany gwałtownym ograniczeniem przepływu krwi w naczyniach pępowinowych w

końcowej fazie porodu. Przemawiają za tym takie czynniki jak: prawidłowe wyniki badań KTG w początkowej fazie porodu, jak i w okresie bezpośrednio poprzedzającym wystąpienie zaburzeń czynności serca płodu; obecność bradykardii i deceleracji, sugerujących możliwość kompresji pępowiny; stwierdzenie ścisłego owinięcia szyi płodu pępowiną oraz okręcenie pępowiny wokół barku lub kończyn. Jednakże za czynnik etiologiczny porażenia mózgowego należy uznać także wrodzone, wewnątrzmaciczne zakażenie pod postacią posocznicy paciorkowcowej. Nie ma podstaw do przyjęcia, że aktualny stan dziecka ma bezsporny związek przyczynowy z rodzajem postępowania medycznego podejmowanym podczas porodu (pisemna i ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1088 -1090 , k 1143 v)

Owinięcie pępowiny wokół szyi płodu występuje w 15 -33 % porodów. Przyjmuje się, że sam fakt owinięcia pępowiny wokół szyi płodu nie stanowi wystarczającego wskazania do przeprowadzenia cięcia cesarskiego i nie wiąże się z istotnym wzrostem niepomyślnego wyniku ciąży. Niepożądanym zjawiskiem, powikłaniem jest wystąpienie tzw. kompresji pępowiny w trakcie samego porodu. Przeprowadzenie badania ultrasonograficznego z obrazowaniem w skali szarości lub z zastosowaniem kolorowego znakowania przepływu metodą impulsową D. umożliwi zdiagnozowanie obecności pętli pępowiny, jednakże czynności te nie stanowią podstawowego standardu badania USG wykonywanego w każdym z zalecanych okresów ciąży (pisemna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) k 1085). W przypadku A. S. kontrolne badania USG wykonywane w trakcie ciąży w Zakładzie (...) w K. nie wykazały żadnej nieprawidłowości (dokumentacja lekarska załączona do akt Ds. 192/11 k 280).

W przypadku matki powódki nie było przed porodem informacji o zakażeniu paciorkowcem i wskazań do podania antybiotyku. Należy wykluczyć sytuację, że do zakażenia powódki doszło w pozwanym Szpitalu. Stwierdzone zakażenie paciorkowcem nie jest tzw. zakażeniem szpitalnym. Paciorkowiec to flora bakteryjna matki bytująca np. w przewodzie pokarmowym, w pochwie. W trakcie badania USG nie można wykryć procesu zakażenia płodu. Wykonywane u matki powódki badania USG nie wskazywały na zagrożenie płodu niedotleniem (ustna opinia biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) i (...)).

Prokuratura Rejonowa w Kępnie prowadziła postępowanie przygotowawcze w związku z doniesieniem o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w związku z prowadzeniem porodu A. S. - ostatnio pod sygn. Ds. 192/11. W jego toku wydane zostały opinie pisemne (...) J. C. M. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w K. oraz Akademii Medycznej im. (...) we W. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej. Biegli z (...) J. C. M. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w K. w konkluzji swojej opinii wyrazili pogląd, że w toku porodu A. S. wystąpiły nieprawidłowości w postaci przedłużającego się II okresu porodu i deceleracji, przy czym pojawienie się deceleracji umiejscowili o godz. 22:05. W ich ocenie te dwa momenty winny zwrócić uwagę prowadzących poród, że nie przebiega on już prawidłowo i że należy go natychmiast ukończyć w sposób zabiegowy tj. przy użyciu kleszczy albo przy pomocy mniej urazogennego przyrządu, jakim jest próżnościąg. Wskazali ponadto, że w analizowanym przypadku upłynęło jeszcze kilkanaście minut zanim wezwano lekarza nadzorującego dyżur pod telefonem, co stało się przesłanką dla stwierdzenia dodatkowo błędu organizacyjnego. Mimo tego rodzaju nieprawidłowości ostatecznie przyjęli, iż brak jest podstaw dla wyprowadzenia związku przyczynowo- skutkowego między wskazanymi uchybieniami a stanem powódki. Podkreślili, że owinięcie pępowiną wokół szyi i wokół klatki piersiowej i ramion samo w sobie prowadzi podczas porodu do niedotlenienia, które narasta wraz z czasem trwania porodu. Nie ma pewności, że gdyby podczas porodu nie wystąpiły żadne nieprawidłowości, to dziecko tak opętłone pępowiną nie wykazywałoby cech niedotlenienia (opinia podstawowa i uzupełniająca biegłych (...) J. C. M. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w K. k 176 -178, k 345 – 352 w załączonych aktach Ds. 192/11).

Z kolei w opinii Akademii Medycznej im. (...) we W. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej biegli przede wszystkim wskazali na błędne założenie opinii U. M. co do czasu wystąpienia deceleracji. Podkreślili na brak zapisu między godziną 22:01 a godz. 22:17, co wyklucza przyjęcie, że zapis KTG o godz. 22:05 wykazywał pierwsze nieprawidłowości. Nie zgodzili się także z tezą o nieprawidłowościach w II okresie porodu. Podzielili natomiast tezę, że zaburzenia akcji serca płodu w istniejącej sytuacji położniczej stworzyły konieczność ukończenia porodu poprzez użycie kleszy lub próżnościągu położniczego. Ich zdaniem , „...poród powinien być ukończony natychmiastowo w ciągu paru minut”. Zaniechanie tej czynności wydłużyło okres niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu. Jednakże w ich ocenie na stan

dziecka wpływ miało również zakażenie ogólne bakterią paciorkowca. Ten stan, niezależnie od dokonania się konfliktu pępowinowego stwarzał bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i miał wpływ na stan dziecka po urodzeniu (opinia Akademii Medycznej im. (...) we W. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej k 432 -461 w załączonych aktach Ds. 192/11).

Postanowieniem z dnia 30 marca 2011 r. Prokuratura Rejonowa w Kępnie umorzyła śledztwo w sprawie Ds. 192/11 (postanowienie k 481 w załączonych aktach Ds. 192/11).

Powyższych ustaleń faktycznych Sąd Apelacyjny dokonał w oparciu o dowody z dokumentacji medycznej załączone do akt, a także na podstawie pisemnych i ustnych opinii biegłych Instytutu Centrum (...) w Ł. oraz biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...), a także częściowo - w zakresie, w jakim jej wnioski były zbieżne z konkluzją opinii wydanych na etapie postępowania apelacyjnego – w oparciu o wydaną w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji opinię biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B..

Skomplikowany przypadek porodu powódki nakazywał szczególnie uważne i wszechstronne rozważanie całego materiału dowodowego zebranego w sprawie oraz poddanie analizie i weryfikacji nie tylko konkluzji opinii biegłych, ale także skonfrontowanie twierdzeń poszczególnych biegłych z załączoną do akt dokumentacją medyczną. Nie budzi wątpliwości, że najistotniejsze znaczenie dowodowe miały wydane w sprawie opinie podstawowe i uzupełniające Instytutu Centrum (...) w Ł. oraz (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) te miały charakter kompleksowy i były wynikiem współpracy biegłych ze specjalnością z zakresu ginekologii i położnictwa, dysponujących rozległą wiedzą i doświadczeniem zawodowym. Należy podkreślić, że wszyscy biegli wydający opinie na etapie postępowania apelacyjnego swą działalność zawodową związali z Klinikami (...), a zatem z tą dziedziną medycyny, która dedykowana jest właśnie anatomii, fizjologii i diagnostyce schorzeń kobiety ciężarnej oraz płodu i noworodka.

Dowód z opinii biegłego podlega ocenie Sądu, jak każdy inny dowód przy zastosowaniu kryteriów wynikających z art. 233 § 1 k.p.c., niemniej z uwagi na swoją specyfikę oraz fakt, iż ocenę tę przeprowadza Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, należało zastosować szczególne dla tego typu dowodu kryteria oceny, jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska, stopień stanowczości wyrażanych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (por. SN w wyroku z dnia 15 listopada 2002 r. V CKN 1354/00, LEX nr 77046). Opinie pisemne i ustne wydane w toku postępowania apelacyjnego przez Instytut Centrum (...) w Ł. oraz (...) Szpital (...) w B. Klinikę (...) pozwalają na odtworzenie toku rozumowania biegłych, odwołując się do literatury i standardów obowiązujących w medycynie, są jednoznaczne w swych wnioskach i wyjaśniają sporne okoliczności sprawy w wyczerpujący sposób. Szczególnie pogłębiona i umotywowana jest opinia biegłych z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...). Zasadnicze wnioski opinii obu zespołów biegłych pozostają spójne, bowiem zarówno biegli z Instytutu Centrum (...) w Ł., jak i biegli z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) wskazywali na brak błędu personelu medycznego prowadzącego poród A. S., a także na brak realnej możliwości istotnie wcześniejszego zakończenia porodu w sposób zabiegowy. Byli zgodni co do tego, że poród postępował, a II okres porodu nie był wcale wydłużony. Co jednak najistotniejsze, biegli z obu opiniujących zespołów jednoznacznie odrzucili tezę, na jakiej oparta była opinia (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...), o konieczności podjęcia czynności zabiegowych już w momencie ujawnienia pierwszych nieprawidłowości tętna płodu i o możliwości ukończenia porodu przy użyciu kleszczy położniczych natychmiast tj. w ciągu 3-4 minut. W obu opiniach zgodnie podkreślano, że ujawnione w zapisie KTG zaburzenia tętna płodu wymagały najpierw obserwacji w celu postawienia diagnozy, a w praktyce lekarskiej, wyznaczonej standardami postępowania, nigdy nie jest tak, że pierwsze tego rodzaju nieprawidłowości są jednoznaczne z decyzją o zabiegowym zakończeniu porodu. Zwracali przy tym uwagę na możliwość zwolnienia tętna płodu w sposób fizjologiczny, bez jakichkolwiek następstw dla jego zdrowia. Wniosek ten wydaje się w pełni logicznie uzasadniony, jeśli poddać wnikliwej analizie definicję bradykardii płodu stwierdzonej przez oba opiniujące zespoły biegłych. Jeśli bradykardia definiowana jest jako utrzymująca się co najmniej przez 10 minut zwolniona czynność serca płodu poniżej 110/min, to oczywistym jest, że postawienie takiej diagnozy nie jest możliwe wcześniej niż po upływie owych 10 minut. Podobnie zdiagnozowanie deceleracji, a zatem kolejnego zaburzenia tętna płodu, na które wskazywali biegli z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...), nie jest możliwe w ciągu kilku czy kilkunastu sekund, skoro deceleracje są to krótkotrwałe zwolnienia czynności serca płodu trwające nie krócej niż 15 sekund i nie dłużej niż 1,5 minuty,

a dodatkowo ich początek obserwuje się po wystąpieniu skurczu macicy i w czasie jego zanikania. Z kolei skurcze macicy w tym okresie porodu występuje co 2 minuty, a nawet co 4 -5 minut. W tym stanie rzeczy należy podzielić stanowisko biegłych, że moment pierwszego zaburzenia tętna płodu nie jest tożsamy z chwilą postawienia diagnozy i podjęcia ewentualnej decyzji o zabiegowym ukończeniu porodu – te czynności wymagają bowiem obserwacji pacjentki przynajmniej przez kilka minut. Podkreślić należy, że oceny zachowania lekarzy odbierających poród A. S. należy dokonywać uwzględniając stan porodu i danych diagnostycznych dostępnych w danej chwili, a zatem ex ante, a nie ex post, jak wydaje się przyjmować opinia biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B.. Innymi słowy, to że dokonywana aktualnie analiza zapisu KTG z ostatnich minut przed porodem wskazuje na deceleracje i bradykardię nie oznacza, że taką wiedzą dysponował lekarz prowadzący poród w chwili pierwszego zaburzenia tętna płodu tj. około godziny 22 :15.

Zarówno biegli z Instytutu Centrum (...) w Ł., jak i biegli z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) podkreślali, że przeprowadzenie porodu zabiegowego wymaga przygotowania pacjentki i aparatury , a ukończenie porodu w ten sposób trwa kilkanaście minut. Przy tych założeniach w pełni uprawniona pozostaje ostateczna konkluzja obu opinii, iż w realiach rozpatrywanej sprawy wdrożenie zabiegowego ukończenia porodu nie prowadziłoby do urodzenia dziecka szybciej niż stało się to siłami natury, a tym samym nie sposób z odpowiednio wysokim prawdopodobieństwem zakładać, że stan dziecka byłby lepszy.

Tych wniosków w żadnym razie nie podważa wypowiedź biegłego prof. P. O. na rozprawie apelacyjnej w dniu 22 maja 2014 r. dotycząca teoretycznej możliwości założenia kleszczy porodowych bez znieczulenia w ciągu 5 minut. Biegły wyraźnie bowiem podkreślał, że w świetle obowiązujących standardów i praktyki położniczej użycie kleszczy poprzedzane jest znieczuleniem rodzącej, a ponadto jego wypowiedź odnosi się jedynie do czasu potrzebnego dla założenia kleszczy porodowych, a nie do całkowitego czasu przeprowadzenia tego zabiegu, a zatem od momentu podjęcia decyzji do chwili urodzenia dziecka. Prześledzenie toku całej wypowiedzi biegłego pozwala jednoznacznie przyjąć, że cytowana przez pełnomocnika powódki w piśmie procesowym z dnia 28 listopada 2016 r. jednostkowa i wyrwana z kontekstu informacja, wcale nie wspiera tezy opinii (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. o możliwości ukończenia porodu przy użyciu kleszczy w ciągu 3 -4 minut.

Za pozorną należy także uznać sprzeczność opinii wydanych w toku postępowania apelacyjnego w części dotyczącej momentu , w którym ujawniły się pierwsze zaburzenia tętna płodu. W ocenie Sądu Apelacyjnego, ustalenie tej istotnej okoliczności winno nastąpić przy uwzględnieniu wszystkich dostępnych w sprawie dowodów. Wpisy w dokumentacji lekarskiej dokonywane przez lekarza prowadzącego poród i położną, a także zeznania tych osób przesłuchanych w charakterze świadków nakazują przyjąć, że wahania tętna płodu pojawiły się około godziny 22:15. Dowody te kolerują z zapisem KTG. O ile analiza medyczna owego zapisu i postawienie rozpoznania w oparciu o to narzędzie diagnostyczne wymagają niewątpliwie wiadomości specjalnych, o tyle formalna ocena owego dokumentu pod kątem ciągłości zapisu, czy odczytu drukowanych automatycznie oznaczeń dotyczących godziny prowadzenia zapisu nie wymaga tego rodzaju szczególnych kwalifikacji i nie wykracza poza samodzielne uprawnienia Sądu. Załączone do akt niniejszej sprawy oraz do akt Ds. 192/11 kserokopie zapisów KTG pozwalają na ustalenie, że w chwili uruchomienia rejestracji urządzenie automatycznie drukowało datę i godzinę, informację o tempie rejestracji (10mm/min) oraz o uruchomieniu zapisu (adnotacja „on”). W trakcie rejestracji zapisu co 5 minut automatycznie drukowana była godzina. W realiach sporu te spostrzeżenia prowadzą do oczywistych wniosków, że zapis KTG nie miał charakteru ciągłego i około godziny 22:01 został przerwany, by następnie zostać wznowiony około godziny 22:17 – taka bowiem godzina (przy uwzględnieniu zmiany czasu z letniego na zimowy – w oryginalnym zapisie 23:17) została automatycznie wydrukowana przez urządzenie rejestrujące w chwili ponownego jego uruchomienia. W tej sytuacji za oczywistą pomyłkę, wynikającą ze złej jakości kserokopii (na co biegli zwracali uwagę w opinii pisemnej i ustnej), należy uznać stwierdzenie biegłych z Instytutu Centrum (...) w Ł., iż pierwsze zaburzenia tętna płodu w zapisie KTG są widoczne o godzinie 22:05. Jest bowiem oczywiste, że w tym okresie rejestracja zapisu w ogóle nie była prowadzona.

Ponownie wypada zaznaczyć, że wbrew tezom pełnomocnika powódki podniesionym w piśmie procesowym z dnia 28 listopada 2016 r., również z opinii podstawowej (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. w żadnym razie nie wynika, by „... zapis patologiczny trwał od godziny 22:05 do porodu”. Twierdzenie to pozostaje w oczywistej sprzeczności z jednoznaczną konkluzją tej opinii, która wskazuje, że zwolnienie akcji serca płodu pojawia się po raz pierwszy około

22.10 (vide k 234v akt), przy czym z podanych wyżej przyczyn i ta teza budzi istotne wątpliwości, skoro jak wyżej wskazano, rejestracja zapisu KTG o godz. 22:10 nie była prowadzona.

Nie sposób również podważyć opinii biegłych z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) w zakresie godziny odnotowania pierwszego nieprawidłowego zapisu, czy charakteru diagnozowanego spadku tętna płodu, z tej tylko przyczyny, że w trakcie ustnych wyjaśnień na rozprawie w dniu 7 listopada 2016 r. biegły prof. T. L. nie pamiętał, czy osobiście analizował zapis KTG. W żadnym razie nie odbiera to opinii kolegiального charakteru. Wspólne opiniowanie nie oznacza bowiem, że wszystkie czynności poprzedzające wydanie opinii muszą wykonać samodzielnie obaj biegli. Możliwy i celowy wydaje się podział między członków opiniującego zespołu czynności przygotowawczych, o ile wnioski z tych czynności poddane są następnie wspólnej analizie i prowadzą do wspólnej konkluzji.

Akcentując brak spójności opinii biegłych z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) i opinii biegłych z Instytutu Centrum (...) w Ł. w zakresie diagnozy stwierdzonych zaburzeń tętna płodu (według biegłych z (...) Szpitala (...) w B. zapis KTG wskazuje na bradykardię i deceleracje, a według biegłych z (...) jedynie na bradykardię), strona powodowa zdaje się nie dostrzegać zasadniczych wniosków obu opinii. Te zaś jednoznacznie wskazują, że diagnoza owych zaburzeń w istocie nie jest kwestią najistotniejszą w rozpatrywanej sprawie. Rzecz bowiem w tym, iż w realiach sporu zabiegowe ukończenie porodu nie dawało realnej szansy szybszego niż siłami natury urodzenia dziecka, co do czego biegli z obu zespołów pozostają zgodni. Oba zespoły biegłych wskazały przy tym, że nawet sama bradykardia bez towarzyszących jej deceleracji także jest objawem, który powinien wzbudzić uwagę lekarza prowadzącego poród i skutkować przygotowaniem do zabiegowego ukończenia porodu.

Podobnie wypada ocenić sugestie pełnomocnika powoda dotyczące rozbieżności opinii co do skutków okręcenia płodu pępowiną. Pełnomocnik powódki w powołanym piśmie procesowym z dnia 28 listopada 2016 r. cytuje jedynie fragmenty opinii biegłych, stwarzając pozór ich wzajemnej sprzeczności. Tymczasem uważna analiza całej pisemnej opinii biegłych z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) oraz opinii biegłych z Instytutu Centrum (...) w Ł. pozwala na wyeliminowanie rzekomego braku spójności. Biegli z (...) Szpitala (...) w B. poświęcili obszerny fragment swej opinii ocenie możliwości diagnostycznych i skutków owinięcia pępowiny wokół płodu, podając zbliżone wielkości statystyczne i całkowicie tożsame z opinią (...) w Ł. tezy co do braku wzrostu ryzyka niekorzystnego zakończenia porodu tylko z tej przyczyny, że płód owinięty jest pępowiną (vide k 1085 – 1087). Powikłaniem takiego stanu rzeczy jest jednak konflikt pępowinowy, czyli sytuacja, w której pępowina jest uciśnięta główką płodu do elementów kostnych kanału rodnego, co prowadzi do zamknięcia światła naczyń pępowinowych (vide opinia pisemna (...) k 910). O powikłaniu w postaci zamknięcia krążenia płodowego w pępowinie, a nie o samym owinięciu pępowiną, wspomina także cytowana przez stronę powodowa opinia (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B..

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, na aprobatę zasługuje również konkluzja opinii biegłych z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) dotycząca wpływu na stan zdrowia powódki posocznicy paciorkowcowej, stwierdzonej u noworodka w pierwszej dobie życia w oparciu o badanie krwi. Ponownie wypada podkreślić, że zdaniem biegłych choroba ta mogła być samoistną przyczyną niedotlenienia powódki, a jej źródłem było zakażenie wewnątrzmaciczne. Warto wskazać, że analogiczny wniosek został zawarty w sporządzonej na użytek postępowania karnego opinii Akademii Medycznej im. (...) we W. Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej. Chybiona pozostaje próba podważenia tej umotywowanej konkluzji opinii biegłych poprzez odwołanie do cytatów z rekomendacji (...) Towarzystwa Ginekologicznego dotyczących rozpoznania zakażenia wewnątrzmacicznego. W orzecznictwie podkreśla się, że dowód z opinii biegłego ma charakter szczególny, ponieważ jego celem jest dostarczenie sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy. Dlatego nie można go zastąpić inną czynnością dowodową, czy zaniechać jego przeprowadzenia z powodu posiadania wiedzy specjalnej przez strony albo sędziego wchodzącego w skład sądu orzekającego. Literatura specjalistyczna nie może stanowić podstawy oceny przez sąd orzekający, czy w konkretnej sprawie doszło do zaniedbań ze strony lekarzy. Zawsze niezbędna jest wiedza specjalistyczna i dowód z opinii biegłych, którzy oceniają dany przypadek uwzględniając wszelkie występujące uwarunkowania (podobnie SN w wyroku z dnia 29 listopada 2006 r. w sprawie II CSK 245/06, LEX nr 233065; SA w B. w wyroku z dnia 31 października 2012 r. w sprawie I ACa 489/12, LEX nr 1235969). Dodatkowo nie sposób pominąć, że strona powodowa w żaden sposób nie neguje rozpoznania posocznicy paciorkowcowej, zaś wszyscy biegli opiniujący analizowany przypadek, w tym także na

użytek postępowania karnego, stanowczo wykluczyli, by źródłem tej choroby było tzw. zakażenie szpitalne. Jedynie na marginesie warto zwrócić uwagę, że te same rekomendacje (...) Towarzystwa Ginekologicznego jako jedno ze źródeł niedotlenienia płodu wskazują nieprawidłowe zaopatrzenie dziecka w tlen z przyczyn „płodowych” m.in. na skutek posocznicy (vide k 1176 akt).

Opinia ustna biegłych z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) wyjaśnia również wątpliwości dotyczące nacięcia krocza rodzącej, jasno wskazując, że wcześniejsze dokonanie tego zabiegu, czy też wcześniejsze „docięcie” krocza nie przyspieszyłyby urodzenia dziecka.

Na koniec wreszcie wypada zauważyć, iż całkowicie chybiona pozostaje próba zdyskredytowania opinii Instytutu Centrum (...) w Ł. poprzez podniesiony w piśmie procesowym z dnia 10 lutego 2014 r. zarzut braku bezstronności, oparty na tezie o postępowaniach toczących się przed „... (...) Sądami, w których pełnomocnik reprezentuje poszkodowanych w sprawach dotyczących błędów w sztuce lekarskiej a kierowanych przeciwko (...), którego dyrektorem był prof. P. O. (vide k 915 – 916 akt). W chwili wydawania opinii biegły prof. P. O. nie sprawował funkcji dyrektora (...), a na rozprawie apelacyjnej w dniu 22 maja 2014 r. wykluczył istnienie jakichkolwiek podstaw do wyłączenia go od wydania opinii w sprawie podkreślając ,że nigdy osobiście nie był skonfliktowany z pełnomocnikiem powódki. Trzeba zaznaczyć, że mimo tego rodzaju sugestii pełnomocnik powódki nie zgłosił wniosku w trybie art. 281 k.p.c. o wyłączenie od udziału w sprawie biegłego prof. P. O., nigdy także nie podnosił żadnych zarzutów dotyczących drugiej biegłej.

Sąd Apelacyjny za niewiarygodną uznał opinię podstawową i uzupełniającą (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. w tej części, w której wskazywała ona, iż około godziny 22.10 w zapisie KTG pojawia się znaczne zwolnienie akcji serca płodu o typie deceleracji późnych co stanowi wskazanie do jak najszybszego zabiegowego zakończenia porodu drogami natury przy pomocy kleszczy wychodowych, że zabiegowe zakończenie porodu przy użyciu kleszczy możliwe było w przeciągu 3 -4 minut, a nadto, że takie zakończenie porodu dawało szansę na urodzenie dziecka w dobrym lub przynajmniej lepszym stanie. Przede wszystkim opinia w tej części pozostaje w sprzeczności z opiniami (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) oraz (...) w Ł., a co do podawanej w pierwotnej opinii godziny pojawienia się pierwszych zaburzeń tętna płodu, także z innymi dowodami , w tym z wydrukiem rejestracji zapisu KTG. U podstaw opinii leży także nieuprawnione i nielogiczne założenie o podjęciu decyzji i przystąpieniu do zabiegowego ukończenia porodu już w chwili ujawnienia pierwszych zaburzeń tętna płodu, kiedy to nie jest możliwe postawienie diagnozy co do charakteru owych nieprawidłowości. Przy ocenie powyższego dowodu nie sposób również odmówić racji argumentom apelacji pozwanego Szpitala powołanym ramach zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Jak trafnie akcentował apelujący, mimo sygnowania opinii przez zespół biegłych jedynie jeden z nich tj. prof. R. K. (2) był specjalistą w dziedzinie ginekologii i położnictwa, a zatem dysponował wiedzą specjalną konieczną dla oceny przebiegu porodu. Te kwestie natury medycznej pozostawały poza specjalizacjami pozostałych biegłych : pediatry, neonatologa, specjalisty rehabilitacji medycznej i specjalisty medycyny sądowej. W ocenie Sądu Apelacyjnego, biegli nie wyjaśnili także w jasny i wyczerpujący sposób wszystkich okoliczności spornych sygnalizowanych w pismach procesowych pozwanego Szpitala. Nie odnieśli się do zarzutów dotyczących ryzyka użycia kleszczy położniczych w analizowanej, konkretnej sytuacji położniczej, nie wyjaśnili dostatecznie ewentualnych fizjologicznych przyczyn zwolnienia tętna płodu, a wreszcie w kategorię sposobu, ale nie poparty dostateczną motywacją, wykluczyli wpływ posocznicy paciorkowcowej na stan powódki, w sytuacji gdy posocznica jest wprost wskazywana w rekomendacjach (...) Towarzystwa Ginekologicznego jako jedno z potencjalnych źródeł niedotlenienia płodu. Powoływana przez stronę powodową kategorię wniosków analizowanej opinii nie oznacza wcale ich poprawności, tym bardziej, że biegły prof. R. K. (2) formułował niektóre z nich, by w kolejnych opiniach uzupełniających przyznać, że obarczone były błędem (kwestia rzekomego braku stosowania od lat próżnością jako metody ukończenia ciąży – k 606 v akt, z której to tezy biegły wycofał się w kolejnej opinii – k655v -656 akt, czy też wskazywana w opinii godzina pojawienia się pierwszych zaburzeń tętna płodu – w opinii podstawowej godz. 22:10 – k 234v -235 akt, w opinii uzupełniającej – godz.22:15 - k 607v).

Do odmiennych wniosków w zakresie oceny wydanych w toku niniejszego postępowania opinii biegłych nie prowadzi także lektura opinii wydanych na użytek postępowania karnego. Przede wszystkim opinie te nie mają mocy dowodu w

rozumieniu art. 278 § 1 k.p.c. , a zatem nie mogą prowadzić do podważenia wniosków opinii wydanych w rozpatrywanej sprawie. Sąd Apelacyjny w pełni aprobuje stanowisko orzecznictwa , w myśl którego opinia biegłego sporządzona w innej sprawie, w tym w sprawie karnej, może być wykorzystana jako dowód w rozumieniu art. 278 § 1 k.p.c. tylko wtedy, gdy żadna ze stron nie zgłasza co do niej zastrzeżeń i nie żąda powtórzenia tego dowodu w toczącym się postępowaniu w sprawie cywilnej. W innej sytuacji, opinia taka ma jedynie moc dokumentu (tak SN w wyroku z dnia 10 listopada 2016 r. w sprawie IV CSK 45/16, LEX nr 2162819; w wyroku z dnia 21 października 2015 r. w sprawie III CSK 465/14, LEX nr 1948883). W realiach sporu obaj pozwani oponowali co do wniosku dowodowego powódki o dopuszczenie dowodu ze wskazanych opinii biegłych i kwestionowali ich wartość dowodową. W tym stanie rzeczy, zgodnie z postanowieniem Sądu Apelacyjnego z dnia 16 października 2014 r. powyższe opinie dopuszczone zostały jedynie jako dowód z dokumentu. Ponadto w warstwie merytorycznej w żadnej z opinii wydanych na potrzeby postępowania karnego biegli nie analizowali kwestii tego, czy podjęcie czynności zmierzających do zabiegowego ukończenia porodu rzeczywiście prowadziłyby do wcześniejszego urodzenia dziecka niż nastąpiło to siłami natury. Warto także zaznaczyć, że opinie te ostatecznie nie prowadziły do przypisania komukolwiek odpowiedzialności karnej za skutek w postaci choroby powódki, a konkluzje opinii wskazywały na brak możliwości ustalenia, czy stan powódki byłby lepszy w razie zabiegowego ukończenia porodu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje wywiedzione przez pozwanych zasługują na uwzględnienie.

Przede wszystkim trafne okazały się zarzuty apelacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. nakierowane na wykazanie naruszenia norm prawa procesowego tj. art. 227 k.p.c. w związku z art. 217 § 2 k.p.c. oraz art. 290 § 1 k.p.c., a także wspólny obu apelacjom zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w części poświęconej ocenie opinii podstawowej oraz opinii uzupełniających (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. w zakresie wniosków końcowych dotyczących błędu w postępowaniu personelu medycznego i wpływu owego błędu na stan zdrowia powódki. Pozwani zasadnie wskazywali na mankamenty owych opinii zarówno w zakresie formalnego sposobu ich sporządzenia, jak i w warstwie merytorycznej. W pełni aktualne pozostają w tej materii przedstawione wyżej rozważania poświęcone ocenie tego dowodu. W zakresie oceny zagadnień związanych z przebiegiem porodu opinii (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. nie można przypisać waloru opinii wspólnej kilku biegłych, zawiera ona wewnętrzne sprzeczności, a co najistotniejsze nie wyjaśnia wszystkich wątpliwości sygnalizowanych przez pozwanych w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji.

Zgodnie z utrwalonym poglądem prezentowanym w judykaturze , sąd ma obowiązek dopuszczenia na podstawie art. 286 k.p.c. dowodu z dodatkowej opinii biegłych, którzy wydawali już opinie w sprawie, lub z opinii dalszych biegłych, gdy zachodzi taka potrzeba, a w szczególności, gdy przeprowadzona już opinia (bądź opinie) zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależycie uzasadniona czy nieweryfikowalna (tak m.in. SN w wyroku z dnia 13 stycznia 2016 r. w sprawie V CSK 262/15, LEX nr 2020486; podobnie SA w Białymstoku w wyroku z dnia 9 grudnia 2016 r. w sprawie I ACa 664/16, LEX nr 2191491). W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, taka właśnie sytuacja zachodziła w rozpatrywanej sprawie, co skutkowało uzupełnieniem postępowania dowodowego w kierunku postulowanym przez pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. tj. poprzez dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych ze specjalnością w zakresie położnictwa i ginekologii. Dowody te pozwoliły na wyjaśnienie okoliczności spornych w sposób umożliwiający rozstrzygnięcie sporu.

Sąd Apelacyjny nie znalazł natomiast podstaw do dalszego kontynuowania postępowania dowodowego poprzez dopuszczenie dowodu z dokumentów załączonych do akt Prokuratury Rejonowej w Kępnie sygn. Ds. 192/11, wskazanych w punktach I i II pisma procesowego pełnomocnika powódki z dnia 25 czerwca 2014 r., a także dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. w zakresie sprecyzowanym w piśmie z dnia 28 listopada 2016 r. Powołane dowody z dokumentów były w części nieprzydatne dla stwierdzenia okoliczności relevantnych prawnie w rozumieniu art. 227 k.p.c. Dotyczy to protokołu ustnego zawiadomienia o przestępstwie, protokołu cofnięcia wniosku o ściganie , wykazu połączeń telefonicznych z numeru telefonu dr R. K. (1) (który nota

bene potwierdza połączenie z numerem telefonu pozwanego Szpitala - k 36 i 307) , a także Regulaminu porządkowego Samodzielnego Publicznego ZOZ w K. – obsada dyżuru w dniu 29 grudnia 2006 r. była zgodna z tym aktem prawa wewnętrznego, który przewiduje minimalną obsadę Oddziału położniczo – ginekologicznego w osobie 1 lekarza dyżurnego. W pozostałym zakresie, w jakim wniosek ten dotyczył protokołów zeznań świadków, w tym osób, które złożyły zeznania w tym charakterze w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji tj. I. G. (1), T. W. (1), R. K. (1) i H. S., strona powodowa nie wykazała ani przesłanek z art. 381 k.p.c. , ani też dowodowych, na jakie dowody te miałyby zostać dopuszczone. Warto przy tym zaznaczyć, że protokół z przesłuchania świadka w toku innego postępowania ma co najwyżej walor dokumentu.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego nie zachodziła również potrzeba zasięgnięcia kolejnej opinii uzupełniającej biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B.. Poza omówionymi uprzednio przyczynami dyskwalifikującymi wartość dowodową tej opinii, za oddaleniem analizowanego wniosku dowodowego przemawiała zakreślona przez pełnomocnika powódki teza dowodowa. Istotą dowodu, o którym mowa w art. 278 k.p.c. jest udzielenie sądowi wyjaśnień co do okoliczności faktycznych w kwestiach wymagających wiadomości specjalnych. Z całą pewnością zadaniem biegłych nie jest natomiast ocena innych wydanych w sprawie opinii, a temu w zamyśle strony powodowej miały służyć analizowany dowód z kolejnej uzupełniającej opinii biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B.. Co jednak najistotniejsze, jak wykazano w części uzasadnienia poświęconej ocenie dowodów, sugerowane w piśmie procesowym z dnia 28 listopada 2016 r. rzekome sprzeczności opinii wydanych w sprawie i sygnalizowane kwestie sporne mają charakter pozorny lub pozostają bez znaczenia dla ostatecznych zgodnych wniosków opinii Instytutu Centrum (...) w Ł. oraz (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...). W świetle dodatkowych ustaleń faktycznych Sądu Apelacyjnego, całkowicie chybione pozostaje także zasadnicze założenie strony powodowej o 25 – minutowym okresie, w którym zapis KTG był patologiczny. Ustalenia te prowadzą bowiem do wniosku, że od momentu zaobserwowania pierwszego zwolnienia tętna płodu do chwili urodzenia dziecka upłynęło około 15 minut.

Dodatkowe dowody przeprowadzone w postępowaniu apelacyjnym, ocenione zgodnie z dyrektywą z art. 233 § 1 k.p.c. nakazują przyjąć, że w realiach sporu brak jest podstaw dla przypisania pozwanym odpowiedzialności za doznaną przez powódkę szkodę na osobie. W tym stanie rzeczy bezprzedmiotowa pozostaje analiza pozostałych zarzutów naruszenia prawa procesowego podniesionych w apelacji pozwanego SP ZOZ w K. a to przepisu art. 3 k.p.c. oraz art. 328 § 2 k.p.c. Wbrew wywodom apelacji pozwanego (...) S.A. w W. w rozpatrywanej sprawie nie doszło także do nierozpoznania istoty sporu, gdyż Sąd pierwszej instancji dokonał ustaleń faktycznych i odniósł się do żądania pozwu. Uchybienia na etapie procesu gromadzenia i oceny dowodów przełożyły się jednak na wadliwe ustalenia faktyczne i w konsekwencji błędną ocenę prawną dochodzonego przez powódkę roszczenia.

Zasadne okazały się zatem zarzuty naruszenia art. 361 § 1 k.c. i art. 430 k.c., a w konsekwencji także art. 444 § 1 i 2 i art. 445 § 1 k.c. podniesione przez obu apelujących.

Odpowiedzialność zakładu opieki medycznej na zasadzie art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonych czynności. Ciężar wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności zgodnie z art. 6 k.c. spoczywa na powodzie. Choć odpowiedzialność deliktowa wynikająca z art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. oparta jest na zasadzie ryzyka, niemniej jednak jej konieczną przesłanką jest wina podwładnego. Błąd w sztuce medycznej jest obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lub zaniechanie lekarza, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się zatem do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu), jak i do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). Decyzja lekarza o wdrożeniu określonej procedury medycznej zawsze podyktowana jest sumą jego wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego, powinna wynikać z kompleksowej analizy aktualnego stanu pacjenta oraz wszystkich zdiagnozowanych objawów i czynników ryzyka. W rezultacie, jeśli w procesie leczenia lekarz nie uwzględni wszystkich tych elementów, nie zawsze przydaje właściwe znaczenie określonym badaniom diagnostycznym lub nie rozważy alternatywnej metody leczenia, która mogłaby choćby hipotetycznie przynieść lepsze rezultaty, jego postępowanie pozostaje obiektywnie

nieprawidłowe. Działania lekarza powinna przy tym cechować podwyższona staranność, a oceny czy została ona zachowana dokonuje się przez odwołanie do określonego wzorca postępowania. Jeżeli zatem zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia (tak SA w Łodzi w wyroku z dnia 12 lipca 2016 r. w sprawie sygn. I ACa 57/16, LEX nr 2106863).

Z poczynionych na etapie postępowania apelacyjnego ustaleń faktycznych wynika, że personel medyczny prowadzący poród A. S. w dniu 29 grudnia 2006 r. nie popełnił błędu, a jego postępowanie nie odbiegało od wzorca zachowania wyznaczonego wiedzą i praktyką położniczą. Ponownie podkreślić trzeba, że do godziny 22:15 poród przebiegał prawidłowo jako poród fizjologiczny i nie ujawniły się żadne symptomy zagrożenia dla zdrowia i życia płodu. W II fazie rodząca była pod stałą opieką położnej, została podłączona do aparatu KTG monitorującego tętno płodu, choć rejestrację zapisu prowadzono jedynie okresowo. Poddawana była także badaniom lekarskim, których rodzaj i częstotliwość nie odbiegała od modelu postępowania przy porodzie fizjologicznym. O ujawnionych zaburzeniach tętna płodu położna niezwłocznie powiadomiła lekarza dyżurnego, który o godzinie 22:17 zbadał powódkę i polecił przygotowanie zespołu do zabiegowego ukończenia porodu przy pomocy próżnościągu, a także zlecił powiadomienie lekarza z II stopniem specjalizacji dyżurującego pod telefonem. Z przeprowadzonych na etapie postępowania apelacyjnego opinii biegłych wynika jednoznacznie, że takie zachowanie lekarza uznać należy za prawidłowe, bowiem według wiedzy, jaką mógł on dysponować w chwili ujawnienia pierwszych zaburzeń tętna płodu - przy braku w uprzednim okresie jakichkolwiek wykładników zagrożenia dobrostanu płodu - nie istniały w tym momencie bezwzględne wskazania dla ukończenia porodu metodą zabiegową. Jednocześnie zachodziła potrzeba dalszej obserwacji rodzącej i monitorowania tętna płodu oraz przygotowania się do ukończenia porodu także w innym sposób niż siłami natury, co w realiach sporu zostało dopełnione. Biegli zgodnie podkreślali potrzebę dalszej obserwacji zaburzeń tętna płodu w celu zdiagnozowania charakteru tych nieprawidłowości, wskazywali, że dopiero odpowiednia diagnoza, możliwa dopiero po kilkuminutowej obserwacji, daje podstawę do wyboru określonej metody dalszego postępowania. Z kolei z chwilą przybycia lekarza z II stopniem specjalizacji – dr R. K. (1) tj. około godziny 22.26 stopień zaawansowania porodu był taki, że w pełni uzasadnione było jego ukończenie siłami natury w kolejnym skurczu o godzinie 22:30.

W realiach sporu nie została spełniona również kolejna przesłanka odpowiedzialności deliktowej w postaci związku przyczynowo – skutkowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. między ewentualnym zaniechaniem personelu medycznego a skutkiem w postaci niedotlenienia powódki. Zgodnie z wypracowanym w judykaturze stanowiskiem w tzw. procesach lekarskich co prawda nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, jednakże nieodzowne jest wystąpienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Zwraca się uwagę, że wobec wchodzących w grę procesów biologicznych, wykazanie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego, tym niemniej takie powiązanie przyczynowo – skutkowe musi być wysoce prawdopodobne (tak SN w wyroku z dnia 8 maja 2014 r. w sprawie V CSK 353/13, LEX nr 1466586; w wyroku z dnia 20 marca 2009 r. w sprawie II CSK 564/08; podobnie SA w Poznaniu w wyroku z dnia 19 sierpnia 2015 r. w sprawie I ACa 286/15, LEX nr 1808711; SA w Ł. w wyroku z dnia 30 kwietnia 2015 r. w sprawie I ACA 1752/14, LEX nr 1733726). Z przedstawionych uprzednio wywodów wynika, że tego rodzaju relacji przyczynowej o wysokim stopniu prawdopodobieństwa nie da się wyprowadzić między ewentualnymi uchybieniami polegającymi na zaniechaniu rozwiązania porodu A. S. metodą zabiegową, a stanem zdrowia powódki w chwili urodzenia. Z wydanych w sprawie opinii biegłych, a także z opinii wydanych na użytek postępowania karnego wynika, że bezpośrednią przyczyną niedotlenienia dziecka był konflikt pępowinowy i kompresja pępowiny, a zatem zdarzenie niezależne od jakichkolwiek działań personelu medycznego, którego dodatkowo nie można było przewidzieć w chwili rozpoczęcia akcji porodowej. Należało zatem ocenić, czy istniały realne możliwości podjęcia takich działań medycznych, które eliminowałyby lub istotnie ograniczały niepożądane skutki tego powikłania w postaci niedotlenienia dziecka, pamiętając, że przy zamknięciu pępowiny do zamartwicy płodu chodzi już po upływie około 5 minut. Przy uwzględnieniu realiów rozpatrywanej sprawy, od momentu pierwszego zaburzenia tętna płodu

do chwili porodu siłami natury upłynęło około 15 minut. Ten przedział czasu wyznacza zatem granice dla wszelkich działań personelu medycznego poczynając od postawienia diagnozy, przez podjęcie decyzji o zakończeniu porodu przy użyciu próżności lub kleszczy położniczych, wykonanie czynności związanych z przygotowaniem pacjentki i narzędzi, po urodzenie dziecka. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, w świetle opinii biegłych (...) oraz biegłych (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) w pełni uzasadniony jest wniosek, że nawet podjęcie przez lekarzy prowadzących poród A. S. decyzji o jego zabiegowym ukończeniu, nie prowadziłoby do szybszego urodzenia dziecka niż stało się to siłami natury, a tym samym do skrócenia okresu niedotlenienia w sposób, który mógłby przekładać się na stan noworodka. Po pierwsze, z całą mocą należy podkreślić, że o godzinie 22:15 tj. w chwili pojawienia się pierwszych zaburzeń tętna płodu lekarz prowadzący poród nie miał obiektywnych możliwości postawienia diagnozy bradykardii czy też decelacji tętna płodu, ocena taka była możliwa dopiero po kilkuminutowej obserwacji zapisu KTG. Po wtóre, czas potrzebny dla przygotowania pacjentki, personelu i narzędzi oraz dla przeprowadzenia zabiegu w zasadzie wykluczał możliwość zakończenia porodu w sposób zabiegowy w czasie krótszym niż przed godziną 22:30. Z opinii biegłych wynika bowiem, że przy użyciu kleszczy położniczych od chwili powzięcia decyzji o zabiegu do momentu urodzenia dziecka upływa średnio 15 minut (według biegłych z (...) Szpitala (...) w B. Kliniki (...) 10 - 15 minut, według biegłych z (...) około 15 - 20 minut), a użycie próżności trwa nawet dłużej - według standardów od 15 do 30 minut. Zestawienie tych danych przy uwzględnieniu choćby 2 do 5 minut koniecznej obserwacji (możliwa amplituda skurczy w II fazie porodu według biegłej dr n. med. A. Pięta - D.) pozwala na wyprowadzenie wniosku, że postawienie diagnozy i wdrożenie zabiegowego ukończenia porodu nawet przy użyciu kleszczy położniczych nie skróciłoby okresu porodu, a zatem nie doszłoby do urodzenia dziecka przed godziną 22:30. Stan noworodka będący wykładnikiem okresu niedotlenienia byłby zatem taki sam jak w przypadku rzeczywistego ukończenia porodu siłami natury.

Na koniec wypada wskazać, że w świetle ustaleń Sądu Apelacyjnego na stan powódki w chwili urodzenia i na niedotlenie bezpośredni wpływ miała także samoistna choroba w postaci uogólnionego zakażenia – posocznicy paciorkowcowej. Nie można przy tym rozgraniczyć skutków tego schorzenia oraz skutków powikłania w postaci kompresji pępowiny owiniętej wokół szyi i ciała dziecka w trakcie porodu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny uznał, że brak jest podstaw dla przypisania odpowiedzialności deliktowej pozwanemu SP ZOZ w K., co wyklucza także odpowiedzialność drugiego z pozwanych – (...) S.A na zasadzie art. 822 § 1 k.c.

Z tych względów, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwo jako bezzasadne.

O kosztach postępowania przed Sądem pierwszej instancji oraz o kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. mając na uwadze, iż powódka jest osobą małoletnią, od urodzenia boryka się z istotnymi problemami zdrowotnymi, pozostaje na wyłącznym utrzymaniu swoich rodziców. Przy ocenie przesłanek zastosowania art. 102 k.p.c. istotne znaczenia miał także skomplikowany stan faktyczny sporu, wymagający odwołania do wiadomości specjalnych, który w subiektywnym odczuciu przedstawicieli ustawowych małoletniej powódki mógł uzasadniać wystąpienie z roszczeniem pozwu i popieranie go także na etapie postępowania apelacyjnego. Należy podkreślić, że dopiero dwie opinie zespołów biegłych wydane w toku postępowania apelacyjnego pozwoliły na ostateczne wyjaśnienie wszystkich spornych okoliczności.