

Sygn. akt I ACa 817/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 marca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Krzysztof Chojnowski
Sędziowie	:	SA Elżbieta Bieńkowska SA Elżbieta Borowska (spr.)
Protokolant	:	Małgorzata Sakowicz - Pasko

po rozpoznaniu w dniu 9 marca 2016 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. B.**

przeciwko **M. W. (1), (...)**w **W.**

z udziałem interwenienta ubocznego **(...)**w **W.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego **M. W. (1)** i interwenienta ubocznego

od wyroku Sądu Okręgowego w Ostrołęce

z dnia 26 maja 2015 r. sygn. akt I C 71/09

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego M. W. (1) na rzecz powódki kwotę 1800 zł tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą.

(...)

UZASADNIENIE

A. B. wniosła o zasądzenie solidarnie na jej rzecz od (...)w W. oraz M. W. (1) kwoty 120.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 stycznia 2008 r. do dnia zapłaty wraz z kosztami postępowania.

Pozwani wnieśli o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na ich rzecz kosztów sądowych i kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Do postępowania w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanych przystąpiło (...) w W., jako że miało zawartą z pozwanym zakładem umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Interwenient domagał się oddalenia powództwa i zasądzenia na jego rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z dnia 26 maja 2015 r. Sąd Okręgowy w Ostrołęce zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powódki kwotę 40.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 26 maja 2015 r. do dnia zapłaty (pkt. 1); oddalił powództwo w pozostałej części (pkt. 2); zasądził od powódki na rzecz pozwanego M. W. (1) kwotę 3.740 zł i na rzecz pozwanego (...)w W. kwotę 1.416 zł, a na rzecz interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (...) w W. kwotę 3.740 zł tytułem zwrotu części kosztów postępowania w sprawie (pkt. 3); nakazał pobrać od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Ostrołęce kwoty po 2.787,50 zł tytułem zwrotu wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa należnych w tym zakresie od każdego z nich (pkt. 4).

Sąd ten ustalił, że w dniu 3 stycznia 2007 r. powódka zgłosiła się do pozwanego zakładu opieki zdrowotnej w celu przeprowadzenia porodu drogą cesarskiego cięcia. Poprzednie cesarskie cięcia miała wykonane 9 lat wcześniej. Lekarzem odbierającym poród i wykonującym zabieg cesarskiego cięcia był pozwany lekarz ginekolog M. W. (1), który od dnia 1 kwietnia 2001 r. świadczył dla pozwanej placówki usługi medyczne.

Powódka urodziła syna M., a zabieg cesarskiego cięcia przebiegał sprawnie do momentu, gdy doszło do naruszenia ciągłości pęcherza moczowego na długości ok. 2-3 cm. Po jednowarstwowym zaopatrzeniu go szwami, w stanie ogólnym dobrym, powódka została przewieziona na salę pooperacyjną. Następnego dnia zasłabła, poczuła też ogromny ból i nie mogła utrzymać równowagi. W dniu 4 stycznia 2007 r. wskutek ogromnego dyskomfortu i odczuwalnego silnego bólu w podbrzuszu, w godzinach wieczornych, próbowała wymusić na personelu medycznym usunięcie cewnika moczowego, a w razie niewykonania jej żądania, groziła, że sama go wyjmie. Pozwany M. W. (1) uspokajał powódkę wyjaśnieniami następstw związanych z przedwczesnym usunięciem cewnika moczowego. Nie pouczył jej jednak o zachowaniu szczególnej ostrożności podczas rekonwalescencji. Następnego dnia w godzinach rannych usunięto cewnik na zalecenie lekarza dyżurnego (ze względu na jego nieszczelność). Następnie pozwany M. W. (1) zalecił ponowne założenie cewnika, a powódka w godzinach popołudniowych zażądała, wbrew wyraźnym zaleceniom, jego usunięcia.

W dniach 6 i 7 stycznia 2007 r. pozwany M. W. (1) wykonał kontrolę ultrasonograficzną jamy brzusznej powódki w kierunku przeciekania moczu z pęcherza moczowego. Nie stwierdzono wówczas przecieku i wolnego płynu w jamie otrzewnej. Wyniki tych badań wskazały na prawidłowy obraz macicy, jajników, brak płynu w zatoce D. oraz zachowaną ciągłość pęcherza moczowego.

Jak dalej ustalił Sąd, w okresie pooperacyjnym powódka była cały czas monitorowana: obserwowano podstawowe parametry czynności życiowych, dokonywano oceny gospodarki wodnej (bilansu płynów), gojenia się rany pooperacyjnej, kontrolowano obkurczanie się macicy, a także wydalanie moczu. Zastosowano również farmakoterapię i antybiotykoterapię. Pozwany M. W. (1) zalecił też podawanie leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwzakrzepowych i spazmolitycznych. W konsekwencji, w dniu 7 stycznia 2007 r. powódka została wypisana do domu w stanie dobrym.

W siódmej dobie, tj. 10 stycznia 2007 r. powódka nie zgłosiła się na badanie kontrolne. Uczyniła to dopiero w dniu 12 stycznia 2007 r. celem zdjęcia szwu po cesarskim cięciu (pomimo iż nadal nie czuła się dobrze i miewała ostre napady bólu w podbrzuszu). Badanie USG przeprowadzone przez doktora W. nie wykazało niepokojących zmian (przy czym dokumentacja fotograficzna tego badania nie zachowała się). Stan powódki zmusił ją do wezwania na domową wizytę doktora D.. Umówiła się z nim na badanie USG na dzień następnny. Tego dnia zauważyła jednak u noworodka niepokojące objawy wymagające natychmiastowej konsultacji lekarskiej. Odsunęła więc własne problemy zdrowotne na dalszy plan i zajęła się synem. Został on poddany niezwłocznej operacji (zapalenie jądra). W nocy z piątku na sobotę tj. z 12 na 13 stycznia 2007 r. mąż powódki wezwał pogotowie ratunkowe, gdyż nie mogła ona znieść kolejnego ostrego napadu bólu w podbrzuszu. Po przybyciu lekarza odmówiła jednak zawiezienia jej do szpitala celem przeprowadzenia badania USG. Wobec informacji, że będzie ono wykonane dopiero rano, stwierdziła, że wykona je

prywatnie. W sobotę 13 stycznia 2007 r. udała się do lekarza chorób wewnętrznych S. O. w Ł.. Lekarz wykonał badanie i stwierdził wystąpienie dużej ilości płynów poza macicą oraz ostre zapalenie otrzewnej i w trybie natychmiastowym skierował ją do szpitala. Ostatecznie została ona przyjęta do szpitala przy ulicy (...) w W.. Była wyczerpana, zmęczona bólem i poszukiwaniem lekarskiej pomocy. Na miejscu została też zbadana przez chirurga i ginekologa, który to natychmiastowo skontaktował się z pozwanym lekarzem M. W. (1) w celu uzyskania informacji na temat przebiegu cesarskiego cięcia i ujawnionych powikłań (ewentualnych nieprawidłowości). Mimo, że operację zaplanowano na poniedziałek, wobec stanu zdrowia powódki, wykonano ją jeszcze w dniu 13 stycznia 2007 r. Powódka z bólu straciła przytomność i wymagała pilnej interwencji lekarskiej. Po obejrzeniu narządu miednicy małej, lekarze nie stwierdzili obecności torbieli. W okolicy załamka pęcherzowo-macicznego stwierdzili natomiast ubytek tkanki pęcherza, a w jamie otrzewnej mocz. Otworzyli brzeg rany, oczyścili okolice pęcherza moczowego i dwupiętrowo go zszyli. Następnie wypłukali jamę otrzewną. W szpitalu powódka pozostała przez 9 dni, a po wyjściu z niego jeszcze przez dwa dni nosiła cewnik. Została pouczona, by pilnować nieprzepchniania pęcherza. Przyjmowała leki przeciwbólowe i zastrzyki jeszcze przez dwa tygodnie. Sprawność odzyskała po około trzech miesiącach.

Jak dalej ustalił Sąd, pismem z dnia 14 grudnia 2007 r. powódka wezwała pozwanego zakład opieki zdrowotnej do dobrowolnej zapłaty kwoty 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną przez nią krzywdę. Pozwany odmówił jednak wskazując, że brak podstaw do uznania roszczenia tak co do zasady, jak i co do wysokości.

W chwili obecnej powódka ma 37 lat, jest bez zawodu, ma na swoim utrzymaniu dwoje małoletnich dzieci, a w toku procesu rozwiodła się z mężem (wyrok z dnia 18 listopada 2010 r., sygn. akt I C 333/10).

Mając na względzie wyżej ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd doszedł do przekonania, że roszczenie powódki co do zasady zasługiwało na uwzględnienie. Jako podstawę prawną odpowiedzialności pozwanych wskazał art. 430 k.c., art. 415 k.c. i 441 k.c., dodając przy tym, że strony nie kwestionowały stosunku podwładności zachodzącego między pozwanym zakładem opieki zdrowotnej a pozwanym lekarzem M. W. (1). Kwestią sporną było natomiast wystąpienie szkody po stronie powódki.

W ocenie Sądu pozwany M. W. (1) popełnił zawiniony błąd medyczny (brak zachowania należytej staranności) polegający na postępowaniu nie odpowiadającym najwyższemu oczekiwanym standardom obowiązującym w zakresie wiedzy i sztuki medycznej przy eliminowaniu skutków uszkodzenia pęcherza u powódki, do jakiego doprowadził w czasie operacji cesarskiego cięcia. Następstwem powyższego było zaś zapalenie otrzewnej, wymagające natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Zdaniem Sądu o niedochowaniu należytej staranności przez pozwanego lekarza M. W. (1) świadczy szycie ściany pęcherza moczowego w sposób jednowarstwowy. Wieloletnie doświadczenie w zakresie świadczenia usług medycznych winno być skłonić go do zastosowania dwuwarstwowego szwu. Powyższe – zdaniem Sądu – zwiększyłyby jego skuteczność i w zasadzie zniosłyby ryzyko dalszych powikłań. Od lekarza winno wymagać się staranności „podwyższonej”, dalej idącej niż przeciętna z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot (zdrowie i życie ludzkie). M. W. (1) świadczył usługi medyczne w placówce pozwanego zakładu wyposażonego w odpowiedni sprzęt, dysponującego właściwymi standardami w zakresie oferowanego leczenia. Niezależnie od sprzecznych opinii co do warunków zastosowania szwu jedno- i dwuwarstwowego Sąd uznał, że całokształt okoliczności sprawy nakazywał zastosowanie tego drugiego szwu dla zwiększenia pewności co do prawidłowości szycia pęcherza. Pomimo stwierdzenia przez biegłych, że działania medyczne podjęte przez pozwanego M. W. (1) w czasie sprawowanej opieki nad powódką były odpowiednie, Sąd stwierdził, że dopuścił się on takiej niestaranności w podejmowanych czynnościach, że winien odpowiadać za krzywdę doznaną przez powódkę. Z obu opinii jednoznacznie bowiem wynikało, że bezpieczniejszą metodą było szycie dwuwarstwowe. Ponadto nie sprawdzono szczelności pęcherza metodą kontrastu pomimo, iż to ten sposób, jak wynikało z opinii biegłych, dawał pewność zweryfikowania zabiegu szycia. W ocenie Sądu powódka decydując się na odpłatną opiekę w zakładzie niepublicznym miała prawo domagać się najwyższej staranności i nowoczesności w wyborze metody przez lekarza operującego. Sąd zwrócił też uwagę na sposób prowadzenia dokumentacji medycznej przez M. W. (1) – brak zachowania dokumentacji fotograficznej z przeprowadzanego badania ultrasonograficznego z dnia 12 stycznia 2007 r., uniemożliwiający dokonanie jakiegokolwiek analizy porównawczej stanu zdrowia pacjentki.

Zdaniem Sądu powódka bezspornie wykazała, że doszło do przerwania ciągłości pęcherza w czasie zabiegu cesarskiego cięcia, co doprowadziło do szeregu napadów bólowych i dodatkowej operacji w trybie pilnym. W ocenie Sądu nie jest wystarczającym stwierdzenie, że tego typu sytuacje się zdarzają. O ile bowiem przerwanie ciągłości pęcherza w czasie zabiegu cesarskiego cięcia jest możliwe, to jest to dość rzadkie (0,08 % - 0,94%). Skoro tak, to nie sposób przyjąć, by było ono od razu w kalkulowane w przebieg porodu przez cesarskie cięcie, a powódka na to się godziła. Twierdzenie, że przerwanie ściany pęcherza moczowego w trakcie cięcia cesarskiego jest jednym z typowych powikłań tego typu zabiegów, zdaniem Sądu - nie przesądza samo w siebie o braku odpowiedzialności. Wszak – jak stwierdzili biegli, jest ono właśnie „powikłaniem”. Przewidywalność jego wystąpienia przemawia natomiast za wzmoczoną procedurą ostrożnościową w tego typu wypadkach i jak, w niniejszej sprawie, także za założeniem szwu dwuwarstwowego, sprawdzeniem szczelności pęcherza najpewniejszą metodą i wnikliwym dalszym monitorowaniem zdrowia pacjentki. Zdaniem Sądu M. W. (1) i pozwana klinika nie wykazali, ażeby w dacie operacji metoda szycia dwuwarstwowego czy możliwość zastosowania kontrastu w badaniu szczelności pooperacyjnej narządu były niemożliwe do zastosowania. Sąd zwrócił przy tym uwagę na brak w dokumentacji medycznej informacji o skutkach usunięcia cewnika. Jeżeli – tak jak twierdziła strona pozwana - odbyło się to na wyraźne żądanie powódki, to zdaniem Sądu - winno to mieć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji leczenia (w postaci wyraźnego oświadczenia powódki). Zdaniem Sądu pacjent decydujący się na skorzystanie z odpłatnej opieki medycznej winien otrzymać ekwiwalent najwyższej jakości i staranności w realizacji wzorca dobrego lekarza, a w okolicznościach niniejszej sprawy tak się nie stało.

Powołując się na stanowisko judykatury Sąd nadmienił, że w tego typu sprawach nie jest możliwym ustalenie absolutnie pewnego związku przyczynowego między zaniechaniami danego lekarza (w tym przypadku M. W. (1)) a wynikłym skutkiem. Niemniej jednak przeprowadzone dwukrotnie opinie zespołów doświadczonych biegłych-medyków dają rzetelną podstawę do przyjęcia wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, iż szkoda wynika z opisaney i wykazanej sekwencji zdarzeń.

W tym stanie rzeczy Sąd uznał, że wystąpiły podstawy do zasądzenia na rzecz powódki zadośćuczynienia, jednakże w niższej wysokości od tej, której się domagała.

Jako podstawę jej żądań wskazał art. 445 § 1 k.c. i przeanalizował go pod kątem aktualnego orzecznictwa. Ustalając wysokość zadośćuczynienia wziął pod uwagę dolegliwości i cierpienia fizyczne oraz psychiczne związane z: bólem, gorszym samopoczuciem, osłabieniem, koniecznością przebycia kolejnej operacji, uciążliwością poszukiwania pomocy lekarskiej i niemożnością sprawowania bezpośredniej opieki nad dopiero co narodzonym dzieckiem (rozłąka i tęsknota). Z okoliczności sprawy nie wynikało bowiem, by można było dolegliwości powódki powiązać z kamieniami w woreczku. Poza tym, Sąd uznał, że w okolicznościach sprawy trudno zarzucać powódce niski próg bólowy, zwłaszcza że tego typu dolegliwości są bardzo odczuwalne i mogą nawet powodować utratę przytomności. Niemożność zniesienia przez powódkę dolegliwości związanych z obecnością cewnika w drogach moczowych w sytuacji, gdy – jak wynikało ze spostrzeżeń biegłych z (...) w B. - większość chorych znosi z powodzeniem jego obecność przez wiele dni a nawet tygodni, w obliczu przerwania ciągłości pęcherza powódki, zdaniem Sądu jest usprawiedliwiona i nie wpływa na obniżenie żądanego zadośćuczynienia. Miarkując kwotę zadośćuczynienia Sąd miał na względzie, że wyciek moczu do jamy otrzewnej mógł zagrażać życiu powódki. Z drugiej jednak strony, wobec ogólnej wiedzy medycznej przyjął - za twierdzeniami biegłych - że skutkiem tegoż wycieku mogła być konieczność przeprowadzenia dalszej operacji, usuwającej stwierdzoną dysfunkcję. Przeprowadzona w sprawie opinia biegłych nie potwierdziła, że doszło do rozerwania pęcherza moczowego w powszechnym rozumieniu tego słowa. Pojęcia „pęknięcie” i „rozerwanie” w medycynie są używane zamiennie. Biorąc to pod uwagę, Sąd przyjął, że w sprawie niniejszej doszło do uszkodzenia pęcherza, za które to uszkodzenie pozwani ponoszą odpowiedzialność.

Biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy oraz wypracowane stanowisko judykatury, Sąd doszedł do przekonania, że kwota zadośćuczynienia żądania przez powódkę jest wygórowana. W zakresie skali odczuwanego przez nią bólu pooperacyjnego, nie odmawiając jej cierpienia z tym związanego, zauważył jednak, że nałożyły się na niego również dolegliwości bólowe związane z przebyciem zabiegiem cesarskiego cięcia. Poza tym, samo rozpoznanie

pęknięcia pęcherza moczowego nastąpiło we właściwym czasie, tj. w trakcie trwania zabiegu operacyjnego. Powyższe pozwoliło zaś na niezwłoczne przystąpienie do operacji naprawczej.

Sąd miał też na względzie, że w chwili obecnej powódka jest już całkowicie i trwale wyleczona. Nie wymaga dalszego przyjmowania leków farmakologicznych. Cierpienia wynikające ze wskazanych wyżej ograniczeń jakkolwiek były istotne, to jednak nie uniemożliwiły jej względnie prawidłowego funkcjonowania w życiu społecznym. Rozmiar poniesionych przez nią cierpień Sąd ocenił jako umiarkowany. Poza tym nie stwierdzono u niej trwałego uszczerbku na zdrowiu, co w zasadniczy sposób przełożyłoby się na wysokość zasądzonej kwoty.

Wszystkie wyżej wymienione okoliczności doprowadziły Sąd do przekonania, że adekwatną dla krzywdy powódki będzie suma zadośćuczynienia w kwocie 40.000 zł. Kwota ta – zdaniem Sądu - powinna być dla niej satysfakcjonująca i w odpowiednim stopniu (w rozumieniu art. 445 § 1 k.p.c.) zrekompensować doznane cierpienie. Tym bardziej, że pozostaje ona w rozsądnych proporcjach w stosunku do kwot zasądzonych przez sądy w bardzo skrajnych przypadkach błędów medycznych.

W tym stanie rzeczy Sąd orzekł jak w sentencji wyroku, a odsetki zasądził od dnia wyrokowania, tj. od dnia 26 maja 2015 r. Wskazał, że zasada odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę nie była przesądzona w dacie wezwania pozwanego zakładu do zapłaty. Wątpliwości w tym zakresie zostały rozwiane dopiero wskutek przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego. W świetle wyjaśnień pozwanego lekarza M. W. (1) - udzielonych jeszcze w okresie sprzed wytoczenia powództwa, sprawa pozostawała sporną i taką pozostała aż do dnia wyrokowania.

O kosztach procesu postanowił na zasadzie art. 100 k.p.c., przyjmując, że powódka wygrała proces w 33% (przegrała w 67%). Nakazał też pobranie od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Ostrołęce kwotę po 2.787,50 zł tytułem zwrotu wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa należnych w tym zakresie od każdego z nich.

Apelacje od tego wyroku wnieśli M. W. (1) i interwenient uboczny po stronie pozwanej.

Pozwany M. W. (1) zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo i zarzucił mu:

- 1) naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez uznanie, że stan zdrowia powódki był wynikiem nieprawidłowego postępowania pozwanego M. W. (1), który w ocenie Sądu popełnił błąd medyczny i przypisał mu brak zachowania należytej staranności, w następstwie czego wystąpiło u powódki zapalenie otrzewnej wymagające natychmiastowej interwencji chirurgicznej, co uzasadnia winę pozwanego i związek przyczynowy między jego zaniechaniem a szkodą powódki, podczas gdy powódka nie udowodniła, że postępowanie pozwanego miało jakkolwiek wpływ na stan jej zdrowia,
- 2) naruszenie art. 361 k.c. poprzez przyjęcie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za szkodę powódki, podczas gdy w niniejszej sprawie nie istnieje adekwatny związek przyczynowy pomiędzy działaniem, bądź zaniechaniem pozwanego a krzywdą powódki.

Wskazując na powyższe wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości.

Interwenient uboczny po stronie pozwanej zaskarżył wyrok w całości i zarzucił mu:

- 1) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z 290 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia oraz błędną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, dokonaną z przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów w postaci: opinii oraz opinii uzupełniających (...) w B. oraz (...)w O., w zakresie w jakim Sąd uznał, że sporządzone opinie zawierały sprzeczności co do warunków zastosowania szwu jedno i dwuwarstwowego, w zakresie w jakim Sąd przyjął, że z obu opinii jednoznacznie wynika, iż metodą bezpieczniejszą zszywania pęcherza był szew dwuwarstwowy oraz w zakresie w jakim uznał, że w obu opiniach biegli stwierdzili, iż badanie szczelności pęcherza metodą kontrastu dawało pewność zweryfikowania zabiegu zszywania organu; wskutek czego Sąd błędnie ustalił, że pozwany M. W. (1) dopuścił się nienależytej staranności przy wykonywanych czynnościach, a przez to błędnie w sztuce, podczas gdy właściwa ocena materiału dowodowego powinna sprowadzać się do uznania, iż

procedura operacyjna i pooperacyjna, w tym rodzaj zastosowanego zszycia i badania szczelności pęcherza zostały przeprowadzone prawidłowo;

2) naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i na tej podstawie błędne przyjęcie, że powódka wywiązała się z ciążącego na niej obowiązku wykazania szkody, jej zakresu oraz związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem szkodowym a szkodą;

3) naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niedostateczne wyjaśnienie podstawy faktycznej i prawnej rozstrzygnięcia w przedmiocie uznania, iż podczas zabiegu operacyjnego dr M. W. (1) dopuścił się błędu medycznego i wysokości należnego powódce zadośćuczynienia pieniężnego - co uniemożliwia interwientowi ubocznemu zrozumienie jakimi motywami kierował się Sąd Okręgowy przy rozstrzygnięciu w tym zakresie, a jednocześnie utrudnia kontrolę instancyjną skarżonego wyroku;

4) naruszenie art. 355 § 1 i 2 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i na jego podstawie przyjęcie, iż M. W. (1) przeprowadzając operację zszycia pęcherza powódki, a następnie czynności weryfikujące szczelność zaszytego organu nie zachował należytej staranności wymaganej od lekarza przy tego typu zabiegach, podczas gdy ze zgromadzonego materiału dowodowego nie można wyprowadzić takich wniosków;

5) naruszenie art. 415 k.c. w zw. z 361 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że zaistniała po stronie powodowej szkoda jest następstwem zawinionego zaniechania lekarza wykonującego operację zszycia pęcherza, podczas gdy ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, iż nie został popełniony błąd w sztuce medycznej;

6) naruszenie art. 445 § 1 k.c. w zw. z 361 § 1 k.c. poprzez błędną jego wykładnię, polegającą na przyjęciu, że na skutek niewłaściwie zaszytego pęcherza oraz przeprowadzenia niewłaściwych badań weryfikujących szczelność pęcherza powódka doznała krzywdy uzasadniającej stwierdzenie, że należne z tego tytułu zadośćuczynienie winno wynosić 40.000 zł;

Wskazując na powyższe wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz interwienta ubocznego kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych; ewentualnie - uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył co następuje.

Obie apelacje są bezzasadne, aczkolwiek niektóre ze sformułowanych w nich zarzutów należało uznać za trafne.

W sprawie, w której powódka wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej i lekarza ze zdarzenie, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania (art. 415 k.c.). Element obiektywny występuje w przypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12). Wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia.

Zarówno art. 4 ustawy z dnia 6 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634), jak i zasady współzycia społecznego nakazują przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie

ze sztuką lekarską, aktualną wiedzą medyczną, etyką zawodową i należytą starannością. Wśród zasad tych mieści się niewątpliwie przeprowadzanie zabiegów operacyjnych z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określone mianem ryzyka medycznego, gdyż nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 29 października 2003 r. III CK 34/02 z dnia 13 stycznia 2005 r. III CK 143/04 i z dnia 10 lutego 2010 r. VCSK 287/09). Najogólniej rzecz ujmując, pacjent nie obejmuje zgodą skutków żadnej postaci winy lekarza (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 19 października 1971 r., II CR 421/74, niepublikowany, z dnia 29 września 2000 r., V CKN 527/00, OSNC 2001, Nr 3, poz. 42, z dnia 29 października 2003 r., III CK 34/02, OSP 2005, Nr 4, poz. 54, z dnia 13 stycznia 2005 r., III CK 143/04, niepublikowany i z dnia 10 lutego 2010 r., V CSK 287/09, niepublikowany). Takie określenie granic ryzyka pozostaje w związku z kryteriami oceny zawinienia lekarza, zarówno w obiektywnym, jak i subiektywnym ujęciu, z tym, iż zarówno w wymienionych orzeczeniach, jak i w nowszym piśmiennictwie, wymienione sytuacje zalicza się nie tylko do kategorii błędu, ale także nienależytej staranności, ocenianej przy zastosowaniu miernika staranności wymaganej w konkretnych okolicznościach. Lekarz nie poniesie natomiast odpowiedzialności za wynik operacji, podczas której doszło do powikłań spowodowanych szczególnymi okolicznościami, niezależnymi od jego zachowania. Obowiązki lekarza nie kończą się z chwilą dokonania zabiegu, gdyż pacjent powinien być objęty nadzorem pooperacyjnym, zwłaszcza, gdy podczas zabiegu doszło do powikłań (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 4 marca 2009 r., I ACa 12/09, P. i M. 2011, nr 2).

W sprawach o niedołożenie należytej staranności przez lekarza Sąd dla ustalenia ewentualnej winy lekarza korzysta z wiadomości specjalnych, posiadanych przez biegłych.

W niniejszej sprawie zostały sporządzone dwie opinie zespołu biegłych. W obu opiniach biegli lekarze uznali, że brak jest podstaw do przyjęcia, że uszkodzenie pęcherza moczowego w trakcie cięcia cesarskiego było następstwem nieprawidłowego postępowania medycznego. Biegli wskazali, że choć powikłanie takie jest rzadkie, to może dojść do niego w szczególności przebiegu wcześniej cesarskiego cięcia, co miało miejsce w przypadku powódki. Istotniejsze jest wykrycie uszkodzenia i jego prawidłowe zaopatrzenie. Również jednowarstwowe szycie uszkodzenia pęcherza, było dopuszczalne, aczkolwiek za bezpieczniejsze i dające mniej powikłań uznali biegli szycie dwuwarstwowe. W związku z taką treścią opinii biegłych Sąd Okręgowy nie był uprawniony do czynienia odmiennych ustaleń i doszukiwania się zawinonego działania pozwanego lekarza w tych procedurach medycznych. W szczególności nie uzasadnia tego fakt, że leczenie powódki było odpłatne, a zatem zobowiązujące lekarza, zdaniem Sądu Okręgowego, do najwyższej staranności i nowoczesności w wyborze metody przez lekarza operującego. Wniosek taki nie ma podstaw w obowiązujących przepisach prawa.

Bez znaczenia dla późniejszych powikłań związanych z rozejściem się zespolenia pęcherza, jest okoliczność, iż nie dokonano sprawdzenia szczelności szycia za pomocą błękitu metylowego, zważywszy, że na datę zabiegu – 3 stycznia 2007 r. uzyskano szczelne zespolenie. Do rozejścia się zespolenia doszło po 10 dniach między 12 a 13 stycznia 2007 r. Okoliczność powyższa pozostaje, zatem bez związku przyczynowego z późniejszym rozejściem się miejsca zespolenia.

Tym samym zarzuty formułowane w apelacji interwenienta ubocznego jak i pozwanego M. W. naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 290 § 1 k.p.c. i art. 355 § 1 i 2 k.c. i art. 361 § 1 k.c., należało uznać za uzasadnione.

Biegli oceniając postępowanie śródoperacyjne lekarza za prawidłowe, wskazali, że wątpliwości budzi postępowanie pooperacyjne związane ze zbyt krótkim utrzymaniem cewnika moczowego. Usunięcie cewnika powoduje bowiem napór moczu na ściany pęcherza, prowadząc do niepożądanych i bolesnych naprężeń. Cewnik został usunięty powódce 6 stycznia 2007 r, a więc w 4 dobie po zaopatrzeniu uszkodzonego pęcherza, jak ustalił to Sąd Okręgowy - na jej żądanie. W przypadku powódki lekarz powinien rozważyć dłuższe utrzymanie cewnika moczowego celem stworzenia dogodnych warunków do wytworzenia się zrostu. Optymalny czas w sytuacji powódki wynosił 10 -14 dni. Biegli

wskazali przy tym, że w większości wypadków krótszy czas utrzymania cewnika nie powoduje problemów z gojeniem się pęcherza. W przedmiotowej sprawie doszło jednak po 7 dobach od cesarskiego cięcia, do obciążenia organizmu powódki w związku z chorobą jej dziecka, koniecznością podróży i stresem. Zdaniem biegłych sytuacja ta sprzyjała obciążeniu pęcherza i miejsca jego zszycia, a w konsekwencji pęknięcia miejsca zespolenia I wydostawaniu się moczu do jamy otrzewnej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego powyższe okoliczności nie zwalniają od odpowiedzialności lekarza a zatem i podmiotu świadczącego usługę medyczną. Art. 31 ust. 1 ustawy nakłada na lekarza obowiązek udzielania pacjentowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia albo rokowaniu.

Dowody z zeznań świadków i dokumentacji medycznej wskazują, że cewnik został usunięty powódce na jej żądanie. W zapisie historii choroby widnieje też adnotacja „poinformowano o konsekwencjach”. Z zeznań pozwanego M. W. wynikało, że przed wypisaniem ze szpitala poinformował pacjentkę o konieczności zachowania higieny, czyli niewstrzymywaniu moczu. Nie twierdził pozwany, aby uprzedził ją o konsekwencjach jakie się wiążą ze zbyt wczesnym usunięciem cewnika. W ocenie Sądu Apelacyjnego nie mógł jej o tym uprzedzić, gdyż jak sam przyznał, uważał okres 4-5 dób za odpowiedni do utrzymania cewnika w jej przypadku (protokół elektroniczny z dnia 14 maja 2015 r., znacznik czasowy 00:21:25). Biegli z (...) wskazują natomiast, że w sytuacji gdy powódka nie wyrażała zgody na dłuższe utrzymywanie cewnika, powinna być poinformowana o zagrożeniach wynikających z jego braku, tj. możliwości rozejścia się miejsca uszkodzenia pęcherza moczowego i wynikających z tego dalszych zagrożeń.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego tego rodzaju informacja udzielona pacjentowi powinna przybrać formę analogiczną jak pisemna uświadomiona zgoda pacjenta na dokonanie zabiegu, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty. Jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r. II CK 303/04 warunkiem legalności działania lekarza jest zgoda pacjenta odpowiednio poinformowanego, zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy, co obejmuje poinformowanie pacjenta, z jakimi negatywnymi skutkami zabiegu powinien się liczyć, jakie jest prawdopodobieństwo ich wystąpienia, podania informacji w sposób przystępny dla pacjenta i uzyskanie potwierdzenia, że rozumie on ryzyko zabiegu, zaś ciężar dowodu, że zgoda pacjenta była zgodą świadomie akceptującą zrozumiałe ryzyko wykonania zabiegu z przyjęciem na siebie tego ryzyka, jako przesłanki wyłączającej bezprawność interwencji lekarza, spoczywa na lekarzu.

Udzielenie pełnej informacji o zagrożeniach będących konsekwencją rezygnacji przez pacjenta z zalecanego leczenia, powoduje bowiem, że ryzyko ewentualnych powikłań, ponosi pacjent. W tym stanie rzeczy bez znaczenia jest podnoszona przez biegłych okoliczność nadmiernego obciążenia organizmu powódki w dniu 10 stycznia 2007 r. (nadto w ocenie Sądu Apelacyjnego nieudowodnione w sposób należyty), jako sprzyjająca rozejściu się zespolenia. Ten fakt nie może mieć wpływu na zwolnienie pozwanych od odpowiedzialności, jak i na uznanie przyczynienia się jej do zawnionego działania lekarza.

Sąd Apelacyjny nie podziela też zarzutu apelacji pozwanego braku związku przyczynowego pomiędzy zawnionym działaniem lekarza a konsekwencjami w postaci rozejścia się zespolenia, zapalenia otrzewnej i konieczności operacji w celu ponownego zszycia pęcherza.

Analizując problem związku przyczynowego przypomnieć trzeba, iż w doktrynie znajduje aprobatę stanowisko, że dla stwierdzenia w określonym stanie faktycznym adekwatnego związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.) należy: ustalić, czy zdarzenie stanowi warunek konieczny wystąpienia szkody (test *conditio sine qua non*), oraz ustalić, czy szkoda jest normalnym następstwem tego zdarzenia (selekcja następstw). Test warunku koniecznego, zakładający wartościowanie związku przyczynowego, pozwala stwierdzić, czy między zdarzeniem a szkodą zachodzi obiektywna zależność. W tym celu należy zbadać, czy niewystąpienie zdarzenia powodowałoby, że szkoda także nie wystąpiłaby.

Z kolei selekcja następstw ma na celu wskazanie tych, które według przyjętego kryterium uznawane są za pozostające w rzeczywistym związku ze zdarzeniem i tym samym powinny być objęte obowiązkiem odszkodowawczym. Przepis art. 361 § 1 k.c. wskazuje, że kryterium selekcji stanowi normalność następstw.

W piśmiennictwie dominuje pogląd, że dla określenia normalnych następstw działania lub zaniechania podmiotu nie należy odwoływać się do przewidywalności (kryterium podmiotowego, właściwego dla ustalania winy), lecz w sposób obiektywny ustalić, czy prawdopodobieństwo skutku zwiększa się każdorazowo wraz z wystąpieniem przyczyny danego rodzaju (por. Prawo zobowiązań – część ogólna system Prawa Prywatnego, tom 6, pod red. A. Olejniczaka, M. Kaliński, Szkoda na mieniu..., wyrok SN z dnia 12 lutego 2000 r., I CKU 111/97, z dnia 18 maja 2000 r., III CKN 810/98, z dnia 14 marca 2002 r., IV CKN 826/00, czy z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 28/00 - nie publ). Chodzi o ustalenie, że dane zdarzenie należy do okoliczności ogólnie sprzyjających powstaniu badanego skutku. Przy dokonywaniu oceny normalności nie jest konieczne ustalenie, że każdorazowemu zaistnieniu danej przyczyny towarzyszy badany skutek (por. wyrok SN z dnia 28 lutego 2006 r., III CSK 135/05, LEX nr 201033). Nie jest też konieczne stwierdzenie, że jest to skutek typowy, zazwyczaj występujący. Nawet rzadko występujący skutek jest normalnym następstwem, o ile prawdopodobieństwo jego wystąpienia każdorazowo zwiększa się w razie wystawienia przyczyny w porównaniu z jej brakiem (por. też wyrok SN z dnia 20 października 2011 r., III CSK 351/10, LEX nr 1103011, a także wyrok SN z dnia 7 marca 2013 r. II CSK 364/12, LEX nr 1303229). Zwiększenie prawdopodobieństwa musi mieć cechę stałości. Za normalne mogą być uznane tylko takie następstwa, których prawdopodobieństwo wystąpienia zawsze wzrasta, ilekroć pojawi się przyczyna danego rodzaju. Ustalanie związku przyczynowego ogranicza się do kryteriów zobiiektywizowanych, wynikających z zasad doświadczenia społecznego, wspartego wiedzą naukową, które pozwalają przyjąć, że zwykle, najczęściej, określone zdarzenie późniejsze (skutek) jest następstwem zdarzenia wcześniejszego (przyczyny). Szkoda poniesiona przez poszkodowanego nie musi też być bezpośrednią konsekwencją zdarzenia sprawczego. Zatem normalny związek przyczynowy - w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. - między określonym zdarzeniem a szkodą zachodzi wówczas, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest normalnym następstwem tego rodzaju zdarzeń. W przypadku badania istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy szkodą a zdarzeniem szkodzącym, przybierającym postać zaniechania, przeprowadzenie testu *conditio sine qua non* polega na przeprowadzeniu oceny, według zasad wiedzy i doświadczenia życiowego, z jak dużym prawdopodobieństwem ukształtowałyby się stosunki faktyczne, gdyby zostało podjęte zaniechane działanie.

Działanie lekarza w analizowanym przypadku polegało na zaniechaniu polegającym na niepoinformowaniu pacjentki o zagrożeniach wynikających ze zbyt wczesnego usunięcia cewnika. W przypadku udzielenia informacji o zagrożeniach z dużym prawdopodobieństwem można założyć, iż powódka nie zażądałaby wcześniejszego usunięcia cewnika, ewentualnie przestrzegalaby rygorystycznie zaleceń lekarza, wiedząc o możliwym prawdopodobieństwie rozejścia się zespolenia i związanej z tym konieczności ponownej operacji. Takie rozumowanie jest uprawnione, zważywszy, że według zasad wiedzy i doświadczenia życiowego należy uznać, że niedogodności wynikające z utrzymaniem cewnika są nieporównanie mniej uciążliwe, niż narażenie się na ryzyko rozejścia się zespolenia, zapalenia otrzewnej i ponownej operacji. Przy badaniu związku przyczynowego i ustalaniu jaką decyzję podjąłby pacjent należycie poinformowany, należy odwołać się do modelu „osoby rozsądnej” (por. M. Nesterowicz. Prawo medyczne s.194, Toruń 2013). Zatem zarzut obrazy art. 361 § 1 k.c. należało uznać za nietrafny.

Za bezzasadny należało uznać zarzut obrazy art. 328 § 2 k.p.c. i art. 445 §1 k.c. Sąd Okręgowy na dwóch stronach pisemnych motywów wyroku przedstawił swoje stanowisko dotyczące wysokości przyznanego powódce zadośćuczynienia. Przyznana kwota w ocenie Sądu Apelacyjnego odpowiada kompensacyjnemu charakterowi zadośćuczynienia i uwzględnia rozmiar krzywdy doznanej przez powódkę. Ingerencja sądu odwoławczego jest uzasadniona, gdy przyznana kwota jest rażąco wygórowana lub zaniżona. Taka sytuacja w sprawie nie zachodzi. Sam fakt wskazywany w apelacji interwenienta braku trwałych negatywnych skutków doznanej szkody na osobie, nie może decydować o uznaniu przyznanego zadośćuczynienia za zawyżone. Życie powódki było zagrożone z uwagi na wyciek moczu do jamy otrzewnej, nadto powódka przeżyła ponowny zabieg chirurgiczny. W tych okolicznościach kwota 40.000 zł zadośćuczynienia w żadnej mierze nie może być uznana za wygórowaną.

Z tych względów Sąd Apelacyjny na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną. O kosztach postępowania apelacyjnego postanowił zaś w oparciu o art. 98 k.p.c. obciążając nimi pozwanego jako przegrywającego spór w tej instancji.

(...)