

Sygn. akt I ACa 295/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 marca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Małgorzata Gawinek (spr.)
Sędziowie:	SSA Artur Kowalewski SSO del. Agnieszka Bednarek – Moraś
Protokolant:	sekretarz sądowy Piotr Tarnowski

po rozpoznaniu w dniu 28 lutego 2013 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa Z. M.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w S. i (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 24 lutego 2011 r., sygn. akt I C 1299/04

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

SSO del. A. Bednarek – Moraś SSA M. Gawinek SSA A. Kowalewski

Sygn. akt I ACa 295/11

UZASADNIENIE

Powód Z. M. pozwem złożonym w dniu 17 marca 2003 roku, sprecyzowanym w piśmie procesowym z dnia 4 marca 2005 roku wniósł o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. kwoty 530.950 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa, przyznania na jego rzecz od pozwanego renty w wysokości 1.150 zł brutto miesięcznie z wyrównaniem od dnia 1 listopada 2001 roku, płatnej do dnia 10-tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie zwłoki. Złożył też wniosek o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

Powód uzasadniając swoje roszczenia podał, że w okresie od 16 września 2001 roku do 16 stycznia 2002 roku przebywał w pozwanym Szpitalu na oddziałach nefrologii, chirurgii ogólnej oraz urologii. W dniu 16 września 2001

roku przeszczepiono powodowi nerkę od martwego dawcy. Po przeszczepie powód był trzykrotnie reoperowany. Nadto w dniu 13 listopada 2001 roku usunięto mu prawe jądro z uwagi na stan zapalny, natomiast w dniu 4 stycznia 2002 roku dokonano eksplantacji przeszczepionej nerki. W dniu 16 stycznia 2002 roku powód na własne żądanie, w stanie ogólnym ciężkim opuścił pozwany szpital i został przyjęty do Szpitala Wojewódzkiego w K..

Wskazał, że w związku z przeprowadzanym u niego przeszczepem nerki, w jego organizmie rozwinęła się posocznica, której nie rozpoznano i nie leczono, co nastąpiło dopiero w szpitalu w K. i leczenie to nie zapobiegło trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu powoda. Nadto - w ocenie powoda - dokumentacja choroby była prowadzona nierzetelnie. Podniósł też, że po przeszczepie nie zapewniono mu warunków izolacji. W dalszej części wskazał, że po transplantacji przez dwa miesiące cierpiał z powodu przetoki odbytu i biegunek, a jego prośby o pomoc pozostawały bez odpowiedzi. W ocenie powoda w pozwanym Szpitalu dopuszczono się niedbalstwa, nie przestrzegano reżimu sanitarnego. Powód podał, że w wyniku choroby utracił zdrowie, a jego żona podupadła na zdrowiu. Nadto ponieśli duże koszty materialne. Zdaniem powoda wadliwe postępowanie personelu pozwanego spowodowało, że powód nie ma szans na kolejny przeszczep nerki i powrót do takiego życia, jakie wiódł przed pobytem w pozwanym szpitalu.

Pozwany Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz obciążenie powoda kosztami procesu w całości. Potwierdził, że powód przebywał we wskazywanym w pozwie okresie w pozwanym Szpitalu oraz że przeszczep nerki uległ odrzuceniu. Pozwany zaprzeczył jednak aby został popełniony błąd w sztuce lekarskiej. Zdaniem pozwanego, powód nie jest świadomy jak wiele czynników miało wpływ na przebieg i skutki dokonanego przeszczepu. Podał, iż dokonano sześć zabiegów operacyjnych mających na celu dokonanie i zapewnienie funkcji przeszczepionego narządu. Pierwszy polegał na przeszczepieniu nerki pobranej ze zwłok dawcy. Z powodu ostrej martwicy cewek nerki przeszczepionej nastąpiło powikłanie pod postacią przecieku moczu z miejsca zespolenia moczowodowo - pęcherzowego. Celem kolejnych trzech zabiegów było usunięcie przecieku moczu. Ostatnia operacja zakończyła się zespoleniem moczowodu na cewniku Malekota. W konsekwencji uzyskano wzrost diurezy i odstawiono powoda do leczenia w programie hemodializ. Wówczas nastąpiło kolejne powikłanie w postaci zakażenia najądrza prawego. Pomimo stosowanego leczenia nastąpiło zakażenie układu moczowego, które pogorszyło funkcje nerki przeszczepionej, a w efekcie spowodowało ponowne włączenie powoda do leczenia dializami. Wobec braku poprawy stanu powoda przeprowadzono kolejny zabieg operacyjny polegający na usunięciu zmienionego zapalnie jądra prawego. Obniżenie zaś odporności wskutek leczenia immunosupresyjnego i nieskuteczność. Ostatecznie okazało się konieczne usunięcie przeszczepionej nerki. Gdyby przeszczep nie został usunięty mogłoby dojść do uogólnienia zakażenia i rozwoju posocznicy bezpośrednio zagrażającej życiu pacjenta. Zdaniem pozwanego walka pozwanego o utrzymanie przeszczepu zakończyła się niepowodzeniem z uwagi na czynniki za które pozwany nie ponosi odpowiedzialności. Pozwany podniósł też, że powód nie wykazał wysokości zgłoszonych roszczeń oraz zarzutu nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, a także zakażenia posocznicy w pozwanym szpitalu. Podał również, że to nerka była źródłem zakażenia, a nie przetoka odbytu. Zaś przeszczepiona nerka została usunięta, aby nie doszło do posocznicy. Pozwany podniósł przy tym, że powód nie wyrażał zgody na wcześniejszą eksplantację nerki. Dodatkowo, że przyjmowanie przez powoda leków immunosupresyjnych nie wiązało się z koniecznością izolowania powoda. Zdaniem pozwanego powód nie wykazał, że zakażenie nastąpiło na skutek nieprzestrzegania przez pozwanego reżimu sanitarnego i braku izolacji.

Wezwany do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) Spółka Akcyjna w W., wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania. W pierwszej kolejności podniósł zarzut przedawnienia wskazując, że trzyletni termin przedawnienia roszczeń określony w art. 819 § 3 kc w związku z art. 442 § 1 kc upłynął z dniem 7 marca 2005 roku gdyż o szkodzie i osobie odpowiedzialnej do jej naprawienia powód dowiedział się najpóźniej w dacie opuszczania Szpitala Wojewódzkiego w K. tj. w dniu 6 marca 2002 roku. Nadto pozwany podniósł, że ochrony ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej kontraktowej udzielał pozwanemu Szpitalowi w okresie od 31 sierpnia do 31 grudnia 2001 roku (Polisami Serii (...) Nr (...) oraz Serii (...) Nr (...)), co uniemożliwia przyjęcie, że zdarzenie na które powołuje się powód objęte jest ochroną ubezpieczeniową, wskazując przy tym, że jego odpowiedzialność ograniczona jest do kwoty 270.000 zł.

Wyrokiem z dnia 24 lutego 2011 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo w całości. Stwierdził nadto, że koszty procesu ponosi Skarb Państwa i jednocześnie zasądził od powoda na rzecz każdego pozwanych kwoty po 7.200 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że powód urodził się w 1942 roku. W roku 1995 stwierdzono u niego niewydolność nerek. W okresie od 2 stycznia do 16 lutego 1995 roku powód był hospitalizowany w Szpitalu Wojewódzkim w K., do którego został przyjęty w stanie bardzo ciężkim z powodu krańcowej niewydolności nerek. Stwierdzono, że schorzenie jest przewlekłe postępujące, o niepomyślnym rokowaniu. Powód został zakwalifikowany do leczenia w programie przewlekłej dializy. Od tamtej pory przechodził dializy 3 razy po 5 godzin w tygodniu. Od dnia 5 maja 1995 roku był inwalidą I grupy z powodu skrajnej niewydolności nerek.

Sąd ustalił też, że w Ośrodku Dializ Szpitala Wojewódzkiego w K. przeprowadzono wstępne badania powoda w kierunku zakwalifikowania pacjenta do zabiegu transplantacji. Powód wyraził zgodę na zabieg przeszczepienia nerki w obecności pracownika tego Ośrodka. Sąd stwierdził przy tym brak podpisu powoda na karcie zgłoszenia do zabiegu przeszczepienia nerki z dnia 10 września 2001 roku.

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynika też, że powód jako biorca nerki widniał na krajowej liście biorców. Sąd stwierdził też, że jeżeli pacjent nie wyraziłby zgody na przeszczep to nie mógłby być umieszczony na tej liście, co musi być poprzedzone też uzyskaniem pełnej informacji o bardzo dużym ryzyku przeszczepu. Każdy pacjent musi wiedzieć o tym że przeszczep nerki może wiązać się z powikłaniami infekcyjnymi oraz większą zapadalnością na nowotwory i takie informacje zostały powodowi udzielone przez przeszczepem. Nadto gdyby pacjent najpierw wyraził zgodę, a następnie zmienił zdanie, to zostałby usunięty z listy osób oczekujących na transplantację.

Według Sądu pierwszej instancji przed transplantacją nerki powód był poinformowany o związanych z tym, możliwych komplikacjach i dużym ryzyku. Pacjentom z zasady tłumaczy się w prosty, zrozumiały sposób, że w późniejszym procesie leczenia będą mu podawane leki obniżające odporność, co związane jest z łatwiejszą zapadalnością na infekcje.

Sąd stwierdził też, że na oddziale nefrologii pozwanego szpitala lekarz ze stacji dializ ma zawodowy obowiązek informować pacjentów odnośnie istoty zabiegu oraz konieczności leczenia immunosupresyjnego. Pacjenci wiedzą, że po transplantacji nerki istnieje konieczność przyjmowania leków immunosupresyjnych i innych w zależności od stanu zdrowia, co obniża ich odporność na infekcje. Rutynowo przed przeszczepem zakładana jest historia choroby i pacjent podpisuje zgodę na proponowany zabieg i leczenie. Zgoda jest efektem przyjęcia przez chorego do wiadomości wyjaśnień, co do dalszego postępowania, oraz informacji o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych. Jeżeli pacjent nie wyraziłby zgody na przeszczep nerki, to nie byłby on przeprowadzony.

Z dalszych ustaleń Sądu wynika, że powód w pozwanym szpitalu przebywał od 16 września 2001 do 16 lutego 2002 roku. Wyraził zgodę na przeprowadzenie transplantacji oraz został pouczony o jej przebiegu i wiążącym się z nią ryzyku. Wyraził również zgodę na leczenie zabiegowe bez wymaganego szczepienia przeciw żółtacze wszczepiennej typu A i B (WZW) poinformowany o ryzyku tej decyzji dla jego zdrowia. Wraz z oświadczeniem, iż nie będzie wnosił skarg przeciwko (...) w przypadku zakażenia żółtaczką wszczepienną (WZW), które to zakażenie może być związane przyczynowo z przebytem w pozwanym szpitalu leczeniem. Sąd zwrócił przy tym uwagę, że na ostatniej stronie historii choroby brak podpisów pacjenta na pieczętkach o wyrażeniu zgody na leczenie operacyjne i na znieczuleniu. W formularzach zgłoszenia do przeszczepu brak jest wyszczególnionych drukiem informacji dla pacjenta o możliwych powikłaniach związanych z dokonaniem transplantacji nerki i o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych oraz o ich działaniu.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 16 września 2001 roku dokonano powodowi przeszczepu nerki od dawcy martwego. Dawcą był 58 letni mężczyzna zmarły na skutek krwotoku mózgowego. Po zabiegu w stanie dobrym powód został przekazany do oddziału Nefrologii celem dalszego leczenia. W trakcie pobytu w pozwanym szpitalu powoda poddawano badaniom usg nerki i na bieżąco monitorowano jego stan zdrowia. Przeprowadzano czynności

przeciwdrożdżynowe oraz higienę jamy ustnej. Drugą nerkę od w/w dawcy przeszczepiono pacjentowi R. C., lat 44. U pacjenta tego przeszczep nerki przyjął się, nie nastąpiły żadne powikłania, pacjent w chwili złożenia zeznań przed Sądem w dniu 27 maja 2008 roku cieszy się dobrym zdrowiem, samodzielnie egzystował, podróżował samochodem. Zeznał, iż przyjmuje nadal (minęło 7 lat od transplantacji) leki immunosupresyjne i musi unikać kontaktów z dużymi skupiskami ludzkimi. Świadek ten zeznał, że informowano go przed przeszczepem, że będzie on dobrodziejstwem dla niego, że poprawi mu komfort życia oraz że do końca życia będzie musiał przyjmować leki immunosupresyjne aby zapobiec odrzuceniu przeszczepu. O konsekwencjach przeprowadzenia transplantacji był pouczony już w trakcie dializ, a następnie bezpośrednio przed dokonaniem przeszczepu. Świadek zeznał, że na salach, w których przebywał było czysto, pacjenci zadbani, personel dbał o wszystkich pacjentów, pościel zmieniano raz albo dwa razy dziennie i na życzenie gdy była taka potrzeba, nie narzekał także na wyżywienie w szpitalu.

Sąd pierwszej instancji ustalił też, że w dniu 28.09.2001 r. powód zaczął skarżyć się na silne bóle w okolicy nerki przeszczepionej. Wykonane badanie USG wykazało w dolnym biegunie nerki twór budzący podejrzenie krwiaka. Chorego podłączono do 3 godzinnej dializy. Następnie skierowano na oddział chirurgiczny z podejrzeniem ostrego odrzucenia i pęknięcia nerki, gdzie dokonano reoperacji. Nie stwierdzono pęknięcia nerki. Wykonano natomiast biopsję śródoperacyjną z powodu podejrzenia ostrego odrzucenia graftu nerki. Po rewizji łoża przeszczepionej nerki powód znajdował się w stanie ogólnym dobrym bez dolegliwości. Z łoża wyprowadzono 2 redony z których zanotowano dość obfity wyciek z obu koloru różowego. Wykonano kontrolne USG nerki oraz łoży i nie stwierdzono płynu poza nerkami. Wykonano również hemodializę. W dniu 1.10.2001 r. pacjent został powiadomiony o przecieku moczu i o konieczności wykonania powtórnej reoperacji. Przekazano go w trybie pilnym na oddział chirurgii. Śródoperacyjnie stwierdzono zbiornik moczu w ranie i przetokę moczową w miejscu zespolenia z powodu martwicy moczowodu nerki przeszczepionej. Wykonano ponowne zespolenie moczowodu własnego o miedniczkę nerki przeszczepiennej. W przebiegu pooperacyjnym stwierdzono ponowny przeciek moczu, wprowadzono więc cewnik Malekota przez miąższ nerki do moczowodu i na zewnątrz. Po wskazanych zabiegach w badaniu histopatologicznym nie stwierdzono cech ostrego odrzucenia nerki. W dniu 17.10.2001 r. stwierdzono, iż pacjent jest osłabiony, skarży się na ból w okolicy jąder i cewki moczowej. Rozpoznano u niego zapalenie najądrza. W dniu 22.10.2001 r. przeprowadzono konsultację urologiczną. Próba leczenia zachowawczego nie przyniosła efektu. Lekarz konsultujący zaproponował, w przypadku próby ratowania przeszczepionej nerki, usunięcie jądra jako źródła infekcji. Natomiast w przypadku rezygnacji z nerki dalsze leczenie zachowawcze. W dniu 10.11.2001 r. otrzymano wynik biopsji nerki przeszczepiennej, z której wynikało, iż brak jest cech ostrego odrzucenia, istnieje natomiast ostre uszkodzenie nabłonka cewek o umiarkowanym nasileniu. Nadto stwierdzono zaawansowanie przewlekłych zmian śródmiaższowych (włóknienie) i cewkowych (zanik), ustalono, iż zaawansowanie przewlekłych zmian naczyniowych (arterio i arterioskleroza) znajduje się w stopniu umiarkowanym. W dniu 13.11.2001 r. przeprowadzono zabieg usunięcia jądra prawego. Po operacji pacjent był osłabiony. Od tej chwili nastąpiło znaczne pogorszenie stanu klinicznego pacjenta przejawiające się m.in. okresową dezorientacją co do miejsca, czasu i otoczenia, brakiem współpracy. Od 2.12.2001 r. wprowadzono powoda ponownie w program przewlekłych hemodializ z powodu utrzymującej się azotemii i oligurii. Z otrzymanego dnia 12.12.2001 r. wyniku biopsji nerki wynikało, iż brak jest cech ostrego odrzucenia, istnieje natomiast „ostry stan zapalny w śródmiaższu kory nerki przeszczepionej - charakter nacieku wskazuje na etiologię bakteryjną (grzybiczą)".

W dniu 14.12.2001 r. przeprowadzono badanie laryngologiczne i stwierdzono zmiany grzybicze w jamie ustnej. Dnia 18.12.2001 r. wystąpiono z wnioskiem o antybiotyk zastrzeżony kat. III TIENAM (imipenem). Wskazując na „stan po przeszczepie nerki. Stan po usunięciu jądra prawego. Sepsa". Nadto wskazano na przewlekłe stany zapalne dróg moczowych oraz usunięcie jądra prawego. Z wniosku wynika, iż stan chorego był ciężki. W wyniku posiewu wyhodowano *Pseudomonas SPP* i stwierdzono jego wrażliwość na Tienam. Zespół terapeutyczny zaakceptował wniosek o wskazany antybiotyk. Z wyników biopsji nerki otrzymanych dnia 31.12.2001 r. wynikało, iż liczne ciała nerkowe są zwłókniałe częściowo lub całkowicie. Zaobserwowano rozproszone i zlewające się zacieki z komórek zapalnych oraz liczne neutrofile (małe ropnie). Ustalono, iż w świetle kanalików nerkowych widoczne są masy białkowe, ściany tętnic i tętniczek pogrubiałe o zarastającym świetle, a inne zmienione martwiczo. Obraz tętniczek przedstawiał się jak w nadciśnieniu tętniczym. Tym samym rozpoznano ostre (podostre) odrzucanie przeszczepu. Dnia 1.01.2002 r. po hemodializie przekazano powoda do oddziału chirurgii celem usunięcia nerki przeszczepionej. Pacjent

początkowo wyrażał zgodę na eksplantację nerki, następnie jednak odmówił poddania się zabiegowi. Ostatecznie dnia 4.01.2002 r. przeprowadzono operację i usunięto nerkę. Po zabiegu stwierdzono, iż pacjent jest osłabiony ale czuje się dość dobrze. Przeprowadzono hemodializę. W wyniku badania wyciętej nerki rozpoznano - martwicę tkanek, mikroropnie w pościelisku, masy ciałek ropnych w kanalikach nerkowych, masy białkowe w świetle kanalików, nafaszerowanie krwotoczne podścieliska, pogrubienie ściany naczyń tętniczych, nacieki limfotyczne w podścielisku. Tkanki okolicy wnęki i inflammatio chronica et exacerbata purulenta gradus minoris. Ostatecznie jako powikłania w związku z przebiegiem choroby powoda wskazano: ATN, oporne na leczenie ostre odrzucanie, przeciek moczu. W dniu 16.01.2001 r. powód został przewieziony do Szpitala Wojewódzkiego w K. celem dalszego leczenia. Na oddziale wewnętrznym przebywał do dnia 6.03.2002 r. W chwili przyjęcia znajdował się w ciężkim stanie ogólnym po zabiegu przeszczepienia nerki, powikłanym posocznica, z zaburzeniami świadomości, gorączką, ropniem w bliżniej pooperacyjnej, biegunkami. Po zastosowaniu celowej antybiotykoterapii, hemodializ uzyskano wyrównanie stanu ogólnego chorego. Wypisany został do domu w stanie ogólnym wyrównanym. W dniu 27.09.2002 r. powód został ponownie przyjęty do Szpitala Wojewódzkiego w K. gdzie dokonano operacji przetoki okołodbytniczej. Zabieg przebiegał bez powikłań. Powód został wypisany do domu po dializie 29.09.2002 r.

Aktualnie powód jest poddawany hemodializie 3 razy w tygodniu po 5 godzin. Wymaga stałej pomocy przy poruszaniu się. Dojazdy na hemodializy realizowane są transportem sanitarnym. Jego ogólny stan zdrowia jest stabilny. Przyjmuje na stałe leki związane z nadciśnieniem oraz witaminy.

Sąd Okręgowy stwierdził, że aktualnie u powoda rozpoznaje się przewlekłą chorobę nerek o nieustalonej etiologii z krańcową ich niewydolnością, obecnie w stadium 5, która rozpoczęła się w 1994 r. i od początku wymagała dializoterapii, leczenia przeszczepem nerki, a następnie po nieprzyjętym przeszczepie - stałej dializoterapii. W przebiegu choroby zasadniczej wystąpiły powikłania - nadciśnienie tętniczym ze zmianami na dnie oczu (obecnie niedociśnienie częściowo w wyniku leczenia lekami hipotensyjnymi) oraz nadczynność przytarczyc. Nadto stan po przeszczepieniu nerki w 2001 r., powikłanym : krwakiem przynerkowym, nieszczelnością i martwicą odcinkową moczowodu, przetoką moczową do jamy brzusznej, odrzuceniem przeszczepu, zanikiem funkcji przeszczepu z jego usunięciem w styczniu 2002 r., ropieniem szwów w ranie powłok brzusznych i wystąpieniem uogólnionego zakażenia bakteryjnego - tzw. sepsy - w następstwie koniecznego leczenia obniżającego odporność organizmu celem stworzenia możliwości przyjęcia się przeszczepu, przepukliną powłok brzusznych niewielkiego stopnia, zapaleniem najądrza prawego - z koniecznością usunięcia jądra i najądrza, odleżyną w okolicy krzyżowej. Dodatkowo - zmiany zwyrodnieniowo - zniekształcenia całego kręgosłupa, zrosty opłucnowe, uchyłkowatość esicy i przetokę około odbytniczą, stan po wycięciu wyrostka robaczkowego przed dawnym czasem, dużego stopnia miażdżycę tętnic uogólnioną - w tym tętnic wieńcowych serca - pogłębianą wieloletnimi dializami.

Zdaniem Sądu Okręgowego zabieg transplantacji nerki powodowi został przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną i obowiązującymi w tym zakresie standardami. Nerka została przeszczepiona po upływie 23 godzin od pobrania, a więc w optymalnym czasie. Moczowód u powoda nie pękł, tylko nie wgoił się do pęcherza moczowego z powodu martwicy ściany wszczepionego odcinka. Powikłanie to niejednokrotnie pojawić się może u pacjentów z przeszczepioną nerką. Skutkiem wycieku moczu do jamy brzusznej może być zapalenie otrzewnej, a także posocznica. Wyciek moczu do jamy brzusznej jako powikłania po przeszczepie w przypadku takim jak powoda można rozpoznać po upływie od kilku do kilkunastu godzin od momentu jego pojawienia się. Wyciek u powoda rozpoznano w odpowiednim czasie po jego powstaniu, o czym świadczy dalsze leczenie chirurgiczne. Posocznica - czyli uogólnione zakażenie wystąpiło u powoda w końcowym okresie leczenia w pozwanym Szpitalu. Brak jest podstaw do przyjęcia, że jej wystąpienie było spowodowane działaniem lub zaniechaniem ze strony lekarzy albo zaniedbaniami higienicznymi. Była ona powikłaniem leczenia immunosupresyjnego, niezbędnego do utrzymania przeszczepu, które wystąpiło pomimo osłony antybiotykowej. Źródłem zakażenia mógł być np. tzw. zaciek moczowy. Zapalny stan prawego jądra u powoda jest powikłaniem, które może wystąpić u pacjentów po przeszczepie nerki. W przypadku powoda powikłanie to pojawiło się ale takiego powikłania nie można przewidzieć ani mu zapobiec. Usunięcia prawego jądra zakażonego wraz z najądrzem było leczeniem urologicznym operacyjnym najbardziej skutecznym. Ze względu na leczenie immunosupresyjne usunięcie jądra było zabiegiem ratującym życie. Sąd zaznaczył przy tym, że nie da się

jednoznacznie ustalić przyczyny powstania przetoki odbytu u powoda. Mogła ona powstać samoistnie i zapewne nie miała ona żadnego związku z leczeniem nefrologicznym. Dodatkowo rozpoznano u powoda od wielu lat uchyłkowatość jelit - to sprzyja stanom zapalnym i powstawaniu przetok, które najczęściej występują w wyniku przebiccia się ropnia okołodbytniczego na powierzchnię skóry. Inną rzadszą przyczyną powstania przetoki może być miejscowe zakażenie uszkodzonej błony śluzowej odbytu lub skóry kanału odbytu. Może to mieć miejsce w przypadku występowania np. szczeliny odbytu. Nie można wykluczyć, że powstanie przetoki odbytu mogło mieć związek z wystąpieniem odleżyny w okolicy krzyżowej, nie można jednak również wykluczyć, że mogła ona powstać samoistnie lub mieć związek z uchyłkowatością jelita. Nie było możliwe zapobieżeniu powstania przetoki odbytu u powoda.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji przyczyną uogólnienia zakażenia u powoda było właśnie leczenie immunosupresyjne, niezbędne do utrzymania przeszczepionej nerki. Bez immunosupresji nie byłoby posocznicy, ale wtedy nerka zostałaby odrzucona przez organizm pacjenta w bardzo krótkim czasie po operacji. Nie da się ustalić jednoznacznie ogniska lub źródła zakażenia u powoda, które się następnie uogólniło. Jedną z przyczyn mógł być prawdopodobnie tzw. zaciek moczowy. Brak jest podstaw do przyjęcia aby przeszczep nerki u powoda był wadliwie wykonany jednak zaciek moczowy mógł doprowadzić do uogólnienia zakażenia czyli do posocznicy. Wyleczenie posocznicy jest możliwe i zostało rozpoczęte u powoda w szpitalu w S. a zakończyło w szpitalu w K.. W przypadku powoda nie było wadliwego wszczepienia nerki, wystąpiło natomiast powikłanie w postaci odcinkowej martwicy moczowodu i zacieku moczowego. Sąd stwierdził jednocześnie, że brak jest podstaw do przyjęcia żeby powód w okresie pobytu w pozwanym szpitalu wymagał opieki w zakresie większym aniżeli niezbędny w takich przypadkach. Nadzór, leczenie i opieka pielęgniarska były prawidłowe.

Z dalszych ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że powód obecnie wymaga stałej opieki osoby trzeciej w czynnościach życia codziennego. Nadal wymaga stałej kontroli lekarskiej i wykonywania dializ do końca życia. Jego zdolność do wykonywania czynności życia codziennego jest bardzo ograniczona ze względu na nieuchronny postęp choroby i wiek. Zarówno przed przeszczepem, jaki i po odrzuconym przeszczepie nie był i nie jest zdolny do zatrudnienia. Jakkolwiek skutki niewydolności nerek postępują, to porównując jego stan ze stanem innych pacjentów z niewydolnością nerek i mając na uwadze wyniki badań w Klinice (...) we W., należy ten stan określić jak dobry.

Sąd ustalił też, że pozwany Szpital posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości w Służbie Zdrowia. Oznacza to, że rygorystycznie przestrzegane są standardy postępowania z pacjentem w okresie jego leczenia. W okresie od dnia 16.09.2001 r. do połowy stycznia 2002 r. Powiatowy Inspektor Sanitarny w S. nie przeprowadzał w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu (...) w S. kontroli sanitarnych. Nie wpłynęły również skargi na stan sanitarny oddziałów urologicznego, nefrologicznego, i chirurgicznego tegoż szpitala. Szpital ten był kontrolowany w dniach 12.-16.02.2001 r. oraz 11-15.02.2002 r.

Według Sądu brak jest uzasadnienia do przyjęcia że pozostałe schorzenia na jakie zapadł powód w szpitalu, tj. zmiany na błonach śluzowych i na skórze i stan sanitarny w jakim się znajdował, mogły doprowadzić do rozwoju posocznicy. Nic nie sprzeciwia się przyjęciu, że stan sanitarny szpitala nie odbiegał od przeciętnych standardów wymaganych dla tego rodzaju placówek.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji pozwany (...) w S. w czasie podejmowania działań leczniczych względem powoda objęty był ochroną ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej (...) Spółka Akcyjna na podstawie polisy seria (...) nr (...), polisy seria (...) nr (...) polisy seria (...) nr (...).

Mając na uwadze przedstawione ustalenia Sąd Okręgowy stwierdził, że powództwo oparte na przepisach art. 444 § 1 i 2 k.c., 445 § 1 k.c. oraz art. 430 k.c. oraz art. 822 § 1 k.c. jako nie wykazane podlegało oddaleniu w całości. Wskazał przy tym, przywołując wymienione wyżej unormowania oraz przepisy art. 35b ust. 1 i 2 pkt 12 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991/91/408 ze zm.), pozwany jako osoba prawna - publiczny zakład opieki zdrowotnej w, świadczący w rozpoznawanym stanie faktycznym standardową usługę medyczną za pośrednictwem osób, którym wykonywanie określonych świadczeń zlecił odpowiada za szkodę wyrządzoną przez osoby te na zasadach określonych w art. 430 k.c. Jako przesłanki odpowiedzialności pozwanego szpitala Sąd wskazał:

wyrządzenie szkody na osobie trzeciej przez podwładnego, zawinione działanie podwładnego oraz by wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Według Sądu Okręgowego bezsporne w niniejszej sprawie było to, iż pozwany przebywał w pozwanym szpitalu w okresie od 16.09.2001 r. do 16.01.2001 r., gdzie przeszedł liczne zabiegi operacyjne m.in. transplantację nerki. Sporna pozostawała natomiast kwestia prawidłowości podjętych działań leczniczych i diagnostycznych przez zespół medyczny w czasie terapii powoda w pozwanym szpitalu w szczególności ustalenie czy miał miejsce tzw. błąd w sztuce lekarskiej. Strony spierały się również odnośnie istnienia podstaw do odpowiedzialności pozwanych podmiotów oraz odnośnie niewykazania przez powoda swojego roszczenia co do wysokości. W sprawie bezwzględnie ważne znaczenie miała też kwestia czy powód został poinformowany o następstwach leczenia immunosupresyjnego, przygotowującego powoda do transplantacji, i perspektywie przyjmowania leków immunosupresyjnych po operacji dla umożliwienia przyjęcia się przeszczepu, o zasadach przeprowadzenia transplantacji nerki, czy zrozumiał, że transplantację nerki jest zabiegiem leczniczym ratującym mu życie, możliwych powikłaniach potransplantacyjnych, czy zrozumiał te pouczenia, czy wyraził świadomie zgodę na przeprowadzenie u niego całego procesu leczniczego.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że ustalenia w sprawie powziął w oparciu o całokształt materiału dowodowego, dowodów z dokumentów wyszczególnionych postanowieniem wydanym na rozprawie w dniu 22.02.2011 r., dowodów z przesłuchania świadków i powoda. Sąd stwierdził, że przesłuchał szereg świadków i nie miał żadnych wątpliwości, co do ich prawdomówności. W ocenie Sądu jednak powód i świadkowie z nim związani rodzinnie zeznali w sposób nieprawdziwy co do sposobu opieki nad powodem w pozwanym Szpitalu, w okresie po operacji, albowiem gdyby przyjąć ich zeznania za prawdziwe, to należałoby uznać za racjonalną sytuację, że tylko powoda i to celowo zaniedbywano w opiece nad chorym. Zauważyć zaś należy, że wszyscy przesłuchani przez Sąd pacjenci przebywający wraz z powodem w pozwanym Szpitalu byli bardzo zadowoleni z opieki lekarskiej i pielęgniarzkiej. W tej sytuacji zeznania powoda i rodzinnie powiązanych z nim świadków (żony, syna) Sąd uwzględnił jedynie uzupełniając w zakresie, w którym korespondowały one z innymi dowodami zebranymi w sprawie.

Omawiając zaistnienie niezbędnych przesłanek odpowiedzialności pozwanego Sąd Okręgowy wskazał, że w doktrynie prawa cywilnego wymienia się następujące przesłanki odpowiedzialności cywilnej lekarzy: winę, szkodę oraz występujący między zawinionym postępowaniem lekarza a szkodą tzw. adekwatny związek przyczynowy. Wina obejmuje zarówno element obiektywny (bezprawność), czyli naruszenie reguł prawidłowego postępowania, jak również subiektywny (przypisywalność) w postaci np. niedbalstwa czy lekceważenia obowiązków. Sąd zwrócił przy tym uwagę, że błędem w sztuce lekarskiej określa się naruszenie obowiązujących w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego, natomiast, biorąc pod uwagę kolejne etapy postępowania medycznego w doktrynie wyróżnia się następujące rodzaje błędów lekarskich: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny (leczniczy) oraz błąd rozpoznania (prognozy). Sąd stwierdził zatem, że aby można było postawić pozwanemu odpowiedzialnemu za działania podwładnych lekarzy przeprowadzających transplantację nerki zarzut popełnienia błędu lekarskiego skutkującego rozstrojem zdrowia powoda, wykazać należy, iż działanie tych lekarzy w zaistniałej sytuacji było nieprawidłowe, tudzież wykazać inne okoliczności wadliwego działania personelu pozwanego niezgodnego ze sztuką lekarską, skutkujące stanem chorobowym powoda. W ocenie Sądu Okręgowego na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego stwierdzić trzeba, że operacja transplantacyjna została przeprowadzona prawidłowo w świetle zasad sztuki lekarskiej, a podjęte w dalszej kolejności działania terapeutyczne były prawidłowe i w pełni oparte na wiedzy lekarskiej. W ocenie Sądu sporządzona przez biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we W. opinia sądowo-lekarska zasługuje w pełni na uwzględnienie. Opinia sporządzona została przez osoby posiadające wiedzę z właściwej dziedziny nauki oraz stosowne uprawnienia. W swej treści wyczerpująco i jednoznacznie rozstrzyga zagadnienia problemowe, jest jasna i zrozumiała, wywiedzione zaś wnioski logiczne i spójne. Z opinii tej – której ustalenia Sąd Okręgowy przyjmuje za własne – według Sądu wynika, że zabieg transplantacji nerki pobranej ze zwłok powodowi został przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną i obowiązującymi w tym zakresie standardami. Przyczyną zaś odrzucenia przeszczepu była reakcją immunologiczną prowadząca do nieodwracalnego uszkodzenia miąższu nerki i utraty jej funkcji. W przypadku powoda nie było wadliwego wszczepienia nerki, wystąpiło natomiast powikłanie w postaci odcinkowej martwicy moczowodu i zacieku moczowego. U powoda nie wgoił się

moczowód do pęcherza moczowego z powodu martwicy ściany wszczepionego odcinka. Jak zauważono powikłanie to niejednokrotnie pojawia się u pacjentów z przeszczepioną nerką. Z powyższych względów uznano, że brak jest podstaw do przyjęcia aby przeszczep nerki u powoda był wadliwie wykonany. Przyczyną uogólnienia zakażenia u powoda było leczenie immunosupresyjne, niezbędne do utrzymania przeszczepionej nerki. Bez immunosupresji nie byłoby posocznicy, ale wtedy nerka zostałaby odrzucona przez organizm pacjenta w bardzo krótkim czasie po operacji. Sąd podał przy tym, że nie da się ustalić jednoznacznie ogniska lub źródła zakażenia u powoda, które się następnie uogólniło, a jedną z przyczyn mógł być rzeczywiście zaciek moczowy. Sąd zaznaczył, że leczenie posocznicy zostało rozpoczęte u powoda w szpitalu w S., a zakończyło w szpitalu w K.. Z kolei o utrzymywaniu szpitala we właściwej kondycji sanitarnej – zdaniem Sądu Okręgowego - świadczyły zeznania przesłuchanych świadków - pielęgniarek oddziału chirurgicznego i nefrologicznego oraz pacjentów przebywających w pozwanym szpitalu w okresie w którym przebywał tam powód. Ustalono na ich podstawie, że stan sanitarny był i jest na bardzo wysokim poziomie, gdyż ma to bardzo istotne znaczenie dla leczenia pacjentów po przeszczepie nerki. Pielęgniarki zdecydowanie zaprzeczyły jakoby miały miejsce sytuacje pacjent leżał zanieczyszczony bez toalety i nikt mu nie pomagał. Sąd zwrócił uwagę, że w pozwanym Szpitalu pacjent ma możliwość składania skarg do lekarza dyżurnego, powód zaś w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu nigdy nie skarżył się ani na warunki sanitarne, higieniczne ani na wyżywienie szpitalne. Nie było także żadnych uwag odnośnie opieki na powodem.

Odnośnie powstania u powoda przetoki odbytu Sąd wskazał, że nie da się jednoznacznie ustalić przyczyny jej powstania. W opinii biegli wskazali, że mogła ona powstać samoistnie i zapewne nie miała ona żadnego związku z leczeniem nefrologicznym. Wskazano, iż dodatkowo u powoda rozpoznawano od wielu lat uchyłkowatość jelit, co sprzyja stanom zapalnym i powstawaniu przetok. Nie można także wykluczyć, że powstanie przetoki odbytu mogło mieć związek z wystąpieniem odleżyny w okolicy krzyżowej, jaka mogła powstać samoistnie lub mieć związek z uchyłkowatością jelita. Ostatecznie Sąd podzielił wyrażone w opinii stanowisko, że nie było możliwe zapobieżeniu powstania przetoki odbytu u powoda. W ocenie Sądu stan zapalny prawego jądra u powoda był powikłaniem, które mogło wystąpić u pacjentów po przeszczepie nerki, jednakże powikłania tego nie można przewidzieć ani mu zapobiec, stąd nie można nikomu postawić zarzutu w tym względzie. Usunięcia zaś prawego jądra zakażonego wraz z najądrzem było leczeniem urologicznym operacyjnym najbardziej skutecznym i ze względu na leczenie immunosupresyjne było zabiegiem ratującym życie powoda.

Co do zgody powoda na zabieg, Sąd stwierdził, że wprowadzie na karcie zgłoszenia do zabiegu przeszczepienia nerki z dnia 10.09.2001 r. (teczka z oddziału nefrologii) brak podpisu pacjenta, to jednak bezsprzecznie przyjąć należy, że powód zgodę na przedmiotowy zabieg wyraził. Wskazać należy, że podpis powoda widnieje na karcie do zgłoszenia zabiegu przeszczepienia nerki z dnia 23.02.2001 r.. Składając powyższy podpis powód wyraził zgodę na zabieg przeszczepienia nerki w obecności pracownika Ośrodka Dializ Szpitala Wojewódzkiego w K.. Nadto według Sądu powód był w pełni poinformowany o stanie zdrowia, w jakim się znajduje, skuteczności transplantacji nerki, możliwych komplikacjach jak i dużym ryzyku z nim związanym. Wiedział, że w późniejszym procesie leczenia będą mu podawane leki obniżające odporność, co związane jest z łatwiejszą zapadalnością na infekcje. Powołując się na zeznania świadków Sąd wskazał, że gdy pacjent nie wyraża zgody na przeszczep to nie jest umieszczany na liście, natomiast w sytuacji gdyby wyraził zgodę, a następnie zmienił zdanie, to z listy zostałby usunięty. Powód przez ponad trzy lata był przygotowywany do transplantacji i również w tym czasie informowany był przez pielęgniarki o możliwych powikłaniach. Sąd wskazał, że świadkowie zgodnie potwierdzili, że powód na pewno był informowany jakie są ewentualne powikłania po przeszczepie, a przede wszystkim był informowany że przeszczep może zostać odrzucony przez organizm. Mając na względzie powyższe okoliczności Sąd nie miał wątpliwości, że powód wyrażając zgodę na przeszczep był w pełni świadomy podjętej decyzji, wiedział, jakie mogą być negatywne konsekwencje przeszczepu nerki i z jakim ryzykiem przeszczep jest związany.

Mając powyższe na względzie Sąd Okręgowy doszedł do wniosku, że nie zostały wykazane żadne uchybienia w działaniu lekarzy pozwanego szpitala, które można by uznać za błąd w sztuce lekarskiej, nadto że powód otrzymał wszystkie potrzebne informacje i pouczenia co do konsekwencji przeprowadzenia u niego transplantacji, leczenia immunosupresyjnego, możliwych powikłań potransplantacyjnych, zrozumiał, że transplantacja nerki umożliwi mu

powrót do w miarę normalnego (bez koniecznych dializ) funkcjonowania w życiu, w związku z czym wniesione powództwo jest bezpodstawne.

Przedstawiając stanowisko odnośnie roszczenia skierowanego do (...) S.A. w W. Sąd Okręgowy powołując się na przepis art. 822 § 1 k.c., stwierdził że - wbrew twierdzeniom pozwanego (...) S.A. - z umowy łączącej go z pozwanym Szpitalem, w tym postanowień wynikających z Ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów, personelu pomocniczego służby zdrowia oraz zakładów opieki zdrowotnej, wynika iż ubezpieczyciel odpowiadał za szkody wynikłe z niewykonania bądź nienależytego wykonania zarówno umowy jak i szkody powstałe w następstwie czynu niedozwolonego, za który ubezpieczony jest zobowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej pacjentowi i osobie trzeciej. Ubezpieczeniem zaś objęte są wszystkie osoby za które ubezpieczający ponosi odpowiedzialność na terenie szpitala, posiadające wymagane kwalifikacje do pełnienia wykonywanego zawodu (punkty 3 i 5 szczegółowych warunków ubezpieczenia k. 100-101). Sąd stwierdził też, że w niniejszej sprawie nie nastąpiło przedawnienie roszczenia powoda bowiem ten w istocie dowiedział się o osobie obowiązanej do jej naprawienia dopiero z pisma pozwanego (...) sformułowanego w toku niniejszego procesu. Słusznie zatem podnosi powód, iż dopiero od daty 18 maja 2005 r. może być liczony bieg przedawnienia roszczenia przeciwko pozwanemu (...) S.A. Ponieważ jednak w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego brak jest podstaw dla przyjęcia, że ubezpieczony - Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital (...) w S. na podstawie art. 430 k.c. ponosi odpowiedzialności za dochodzona przez powoda szkodę, roszczenie jego należało oddalić również w stosunku do ubezpieczyciela.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c.

Powód wywiódł apelację od tego wyroku. Zaskarżając go w całości, zarzucił:

1. błędy w ustaleniach faktycznych polegające na przyjęciu, że:

- stan zdrowia powoda podczas pobytu w pozwanym szpitalu nie pozwalał na przyjęcie, że mogło dojść do rozwoju posocznicy, podczas gdy powód znajdował się w stanie bardzo obniżonej (osłabionej) odporności po podaniu leków immunosupresyjnych, ponadto cierpiał na przetokę odbytu i stan zapalny jądra, a także wcześniej doszło do wysięku moczu do jamy brzusznej na skutek nieszczelności zespolenia moczowodu,

- powód został prawidłowo poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego przeszczepienia nerki, podczas gdy w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym brak jakiegokolwiek dowodu aby powód uzyskał informacje wymagane przy tego rodzaju zabiegach - określone w art. 31 - 34 ustawy o zawodzie lekarza;

2. naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na treść

zaskarżonego orzeczenia poprzez:

- zupełnie dowolne, wykraczające poza ramy swobodnej, oceny dowodów przyjęcie, że opinia sądowo - lekarska z dn. 22 października 2010 r. wykonana przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej we W. wyczerpująco i jednoznacznie rozstrzyga zagadnienia problemowe, a wnioski w niej zawarte są logiczne i spójne, podczas gdy z analizy tej opinii wynika, że nie jest obiektywna i nie może stanowić podstawy orzekania w niniejszej sprawie (art. 233 § 1 kpc).

Zarzuty te zdaniem strony skarżącej uzasadniają wniosek o zmianę zaskarżonego wyroku i wydanie orzeczenia zgodnego z żądaniem pozwu oraz zasądzenie od pozwanych na rzecz powoda zwrotu kosztów zastępstwa za obie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie.

W uzasadnieniu apelacji powód wskazał na rozbieżności pomiędzy stwierdzeniami Sądu pierwszej instancji odnośnie przyczyn rozwoju posocznicy u powoda. Podkreślił, że niezmiernie trudno wyobrazić sobie aby podczas pobytu w szpitalu i pod stałą opieką lekarską mogło dojść do powstania takich schorzeń jak miało to miejsce w przypadku powoda, czyli stanu zapalnego jądra w następstwie czego zostało ono usunięte, a potem do przetoki odbytu. Apelujący

podniósł też, że zgłaszał potrzebę usunięcia cewnika -na co zwracał uwagę w postępowaniu pierwszoinstancyjnym – wskazując, że zbyt długie pozostawienie tego urządzenia w ciele powoda doprowadziło do stanu zapalnego i konieczności usunięcia jądra. Zdaniem powoda nie może pozostawać poza jakimikolwiek wątpliwościami okoliczność, że za ten stan rzeczy odpowiada pozwany szpital.

Podobnie – zdaniem skarżącego - rzecz się ma z powstaniem przetoki odbytu. Oczywistym jest, że nie mogła ona powstać samoistnie, np. na skutek uchyłkowatości jelit, skoro do czasu pobytu powoda w pozwanym szpitalu do powstania przetoki nie doszło. Jeżeli więc u powoda od wielu lat rozpoznawano uchyłkowatość jelit (jak twierdzi się w opinii sądowo - lekarskiej) to obowiązkiem lekarzy, pod których opieką powód pozostawał było dołożenie szczególnej staranności w opiece nad powodem, aby do takiego schorzenia nie doszło. To lekarze, a nie powód posiadali niezbędną wiedzę, że uchyłkowatość jelit może być przyczyną powstania przetoki odbytu (następnie już w K. leczonej operacyjnie). Oczywistym – według powoda - w tych okolicznościach jest twierdzenie o błędnych ustaleniach faktycznych dokonanych przez Sąd Okręgowy.

Apelujący zarzucił też, że w toku postępowania powód złożył zastrzeżenia do opinii sądowo -lekarskiej z dn. 22 października 2010 r. wydanej przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej AM we W. z wnioskiem o przeprowadzenie dowodu z opinii sądowo - lekarskiej wykonanej przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Ł.. Sąd natomiast oddalił ten wniosek, mimo że nie doszło w toku postępowania do wyjaśnienia zarzutów do opinii, chociażby poprzez zlecenie wykonania opinii uzupełniającej. Zdaniem skarżącego nie było możliwe pozostawienie zarzutów bez ich wyjaśnienia.

Według skarżącego sprzecznym z dyspozycją art. 233 § 1 kpc było bezkrytyczne przyjęcie opinii sądowo - lekarskiej za miarodajną i wyczerpującą. Nawet w przypadku braku zarzutów, jako że sąd w żadnym wypadku nie jest zwolniony od samodzielnego dokonania oceny zebranego materiału dowodowego, a wbrew twierdzeniom Sądu pierwszej instancji opinia sądowo - lekarska sporządzona przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej AM we W. nie jest pełna i rozstrzygająca wątpliwości. Przede wszystkim nie dostrzegł Sąd okoliczności, że w tej opinii nie odniesiono się do okoliczności takich jak: przyczyny martwicy moczowodu, przyczyn dla których należało reoperować przeszczepioną nerkę. Ponadto brak jest informacji z jakich przyczyn lekarze opiekujący się chorym powodem dopuścili do wywiązania się zapalenia jądra i przetoki odbytu. Zupełnie niewiarygodnie w świetle zasad doświadczenia życiowego brzmią twierdzenia zawarte w opinii, że nadzór, leczenie i opieka pielęgnarska nad powodem były prawidłowe, a pomimo to doszło do przetoki odbytu i zapalenia jądra. Skoro u powoda rozpoznawano uchyłkowatość jelit, mogącą doprowadzić do przetoki odbytu, to z jakich przyczyn zaniedbano odpowiedniej opieki nad pacjentem, którego stan w ostatnich tygodniach pobytu w pozwanym szpitalu był już ciężki. Tak samo rzecz się ma co do twierdzeń o niemożliwości przewidzenia i zapobieżenia powikłania zapalenia jądra u powoda, wszak wprowadzono do układu moczowego powoda cewnik, bez wątpienia jest to ciało obce w organizmie. Trudno przyjąć, aby długotrwałe pozostawienie cewnika w organizmie pozostawało bez skutków. Wszak mogły następować otarcia czy niezupełne wydalenia moczu prowadzące do powstania stanu zapalnego. Nie sposób więc przyjąć za opinią (i Sądem), iż nie było możliwym przewidzenie i zapobieżenie zapaleniu jądra. Takie twierdzenia bezkrytycznie przyjęte przez Sąd w zaskarżonym orzeczeniu sprzeczne są z zasadami doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania.

Zdaniem powoda Sąd Okręgowy wbrew zebranemu w sprawie materiałowi dowodowemu przyjął, że powód został prawidłowo poinformowany o możliwych powikłaniach i skutkach powikłań. Wszak już z opinii sądowo - lekarskiej wynika, że oprócz samej zgody na zabieg przeszczepu nerki brak jest niezbędnej dokumentacji świadczącej o udzieleniu pacjentowi właściwej i wyczerpującej informacji o możliwych negatywnych skutkach przeszczepu nerki. O obowiązku udzielenia takiej informacji i formie w jakiej powinna zostać udzielona stanowią przepisy art. 31 - 34 ustawy o zawodzie lekarza. Sam powód wskazał, że był poinformowany tylko i wyłącznie o ryzyku odrzucenia przeszczepu i ewentualnej konieczności usunięcia nerki, która zostanie odrzucona. Zakres informacji udzielonej pacjentowi determinuje jednocześnie zakres świadomości z jakimi ewentualnie negatywnymi konsekwencjami musi się liczyć, tymczasem powodowi nie została udzielona informacja o możliwej konieczności „poprawiania” przeszczepu. Wyciek moczu jest, jak to określono w opinii dość częstym powikłaniem, a tym samym pacjent musi być o tym poinformowany przed wyrażeniem zgody na zabieg. Podobnie w sytuacji gdy niezbędne jest umieszczenie cewnika.

Do obowiązków lekarza bez wątpienia należy udzielenie informacji o możliwych komplikacjach. I tak samo przy uchyłkowatości jelit mogących doprowadzić do przetoki odbytu. Nawet jeżeli nie jest konieczne udzielenie informacji pacjentowi o możliwych skutkach uchyłkowatości (które wcześniej nie wystąpiły) to koniecznym było obserwowanie pacjenta celem zapobieżenia powstaniu powikłania przetoki odbytu. Apelujący stwierdził zatem, że Sąd Okręgowy pominął istotną w sprawie okoliczność braku poinformowania powoda o mogących wystąpić typowych powikłaniach występujących po przeszczepie nerki co m.in. zostało zauważone w opinii sądowo -lekarzkiej (str. 6 i 7 opinii). Bez wątpienia zgoda powoda na wykonanie zabiegu przeszczepu nerki nie miała charakteru zgody uświadomionej. Nastąpił brak legalności działania lekarza (szpitala) w zakresie obowiązku prawidłowego informowania powoda wynikającego z art. 31 ustawy o zawodzie lekarza. Tym samym implikuje to odpowiedzialność pozwanego szpitala za wyrządzone powodowi krzywdy w oparciu o przepisy art. 415 kc oraz art. 445 § 1 i 444 § 1 kc (tak Sąd Apelacyjny w Gdańsku, wyrok z 26.02.2010 r., sygn. I ACa 61/10). Wobec możliwości przewidzenia, a przynajmniej zapobieżenia powikłań jakie wystąpiły u powoda w wyniku przeszczepu nerki pozwani ponoszą odpowiedzialność za skutki jakie wystąpiły u powoda.

Z ostrożności procesowej powód podniósł, że znajduje się w trudnej sytuacji materialnej. Utrzymuje się z niewysokiej renty. Nie jest w stanie podjąć się żadnych zajęć zarobkowych. Poza domem porusza się na wózku inwalidzkim, a na dializy jest dowożony karetką, co stanowi o zaistnieniu szczególnych okoliczności pozwalających na zastosowanie do kosztów procesu przepisu art. 102 kpc.

Pozwany Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od powoda na ich rzecz kosztów postępowania apelacyjnego wg norm przepisanych.

Pozwany (...) Spółka Akcyjna w S. wniósł o oddalenie apelacji powoda.

Pozwani - poza odniesieniem się do zarzutów apelacji – podnieśli, że wobec niedokonania przez stronę powodową zastrzeż zgodnie z art. 162 kpc, co do oddalonych w pierwszej instancji wniosków dowodowych, powód utracił prawo do ich zgłaszania na etapie postępowania odwoławczego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda ostatecznie doprowadziła do wydania przez Sąd odwoławczy orzeczenia kasatoryjnego. Podjęta bowiem przez Sąd Apelacyjny próba sanowania błędów Sądu pierwszej instancji, uwidoczniła konieczność poczynienia w toku tego postępowania ustaleń odnośnie istotnych dla rozstrzygnięcia faktów, których Sąd ten nie ustalał, co przy prawidłowym procedowaniu przez Sąd Okręgowy winno mieć miejsce. Co do okoliczności tych konieczne jest zatem przeprowadzenie postępowania dowodowego, poczynienie ustaleń oraz rozważenie ich w kontekście przepisów prawa materialnego. Powyższe powoduje, że nie nastąpiło rozpoznanie istoty sprawy. Wskazać przy tym należy, że zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie poglądem, nierozpoznanie istoty sprawy oznacza zaniechanie przez sąd pierwszej instancji zbadania materialnej podstawy żądania pozwu albo pominięcie merytorycznych zarzutów pozwanego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 1998 r., II CKN 897/97, OSNC z 2000 r. z. 1, poz. 22 oraz wyrok tego Sądu z dnia 17 listopada 1999 r., III CKN 450/98, OSNC z 2000 r. z. 5, poz. 97). Przepis art. 386 § 4 kpc stanowi natomiast, że w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy, sąd odwoławczy może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania. Treścią normy prawnej zawartej w tym przepisie jest upoważnienie do wydania przez sąd odwoławczy orzeczenia kasatoryjnego w określonych sytuacjach procesowych, jako wyjątku od zasady orzekania co do meritum sporu w tym postępowaniu. Jego brzmienie wskazuje jednocześnie na to, że nie zachodzi obowiązek prowadzenia przez sąd drugiej instancji postępowania dowodowego zmierzającego do wyjaśnienia rzeczywistej treści stosunków faktycznych i prawnych w sytuacji, gdy sąd pierwszej instancji zaniechał rozważenia poddanych przez strony pod osąd żądań i twierdzeń, jak również, gdy nie dokonał oceny przeprowadzonych dowodów i pominął mogące mieć wpływ na rozstrzygnięcie meritum sporu dowody zawnioskowane przez strony dla ustalenia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Konieczne staje się wówczas wydanie orzeczenia kasatoryjnego przewidzianego w art. 386 § 4 kpc, ponieważ ocena po raz pierwszy poddanych przez strony pod osąd żądań, twierdzeń oraz dowodów, a także rozszerzenie postępowania dowodowego przez sąd

odwoławczy, a następnie wydanie orzeczenia co do istoty sprawy, ograniczyłoby merytoryczne rozpoznanie sprawy do jednej instancji. Podkreślić przy tym należy, że choć sąd odwoławczy ma uprawnienia sądu merytorycznego, to należy mieć na uwadze inną rolę w strukturze sprawowania wymiaru sprawiedliwości tego sądu i sądu pierwszej instancji.

W niniejszym postępowaniu powód dochodząc roszczeń odszkodowawczych od Szpitala w którym miał dokonywaną transplantację nerki oraz od ubezpieczyciela tego Szpitala, przedstawiając przytoczenia faktyczne, z którymi wiązał odpowiedzialność Szpitala wskazywał na nienależyte prowadzenie leczenia powoda i dokumentacji medycznej w związku z transplantacją nerki, zaniedbania sanitarno- higieniczne personelu szpitala wobec powoda oraz brak pouczenia powoda o możliwych powikłaniach po transplantacji, a tym samym brak świadomej zgody powoda na ten zabieg.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego stwierdzić należy, że z uwagi na konieczność rozstrzygnięcia w tym procesie sporu mającego podłoże w faktach których oceny nie sposób dokonać bez posiadania wiedzy specjalnej, oczywistym pozostawało, że w sprawie kluczowym dowodem winien być dowód z opinii biegłych. Prawidłowym było zatem przeprowadzenie przez Sąd Okręgowy tego dowodu. Sąd ten jednak – po lekturze opinii sporządzonej przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we W. – jak słusznie podnosi skarżący – niezależnie od zgłaszanych do opinii tej zarzutów, winien powziąć wątpliwości, co do stanowiska przedstawionego przez biegłych w niektórych kwestiach. Wbrew bowiem wnioskowi Sądu Okręgowego, stanowisko przedstawione przez biegłych nie w każdej kwestii było jednoznaczne, dodatkowo budziło co najmniej wątpliwości w zestawieniu z zebranymi w sprawie dowodami, w szczególności w kwestiach dotyczących znaczenia dla samej możliwości przeprowadzenia transplantacji stwierdzonej u powoda uchyłkowości jelita, konieczności uwzględnienia tego schorzenia podczas obserwacji powoda po transplantacji, zwłaszcza w kontekście stwierdzeń biegłych o sprzyjaniu tego schorzenia w powstawaniu stanów zapalnych i przetok i podawaniu jako jednej z możliwych przyczyn wystąpienia tych powikłań. Pisemna opinia nie pozwalała także na jednoznaczne wyjaśnienie prawidłowości postępowania personelu medycznego pozwanego Szpitala wobec powoda po wprowadzeniu powodowi, podczas kolejnej operacji, cewnika Malekota. W tym stanie rzeczy w ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy nie mógł zaniechać wyjaśnienia tych kwestii poprzez pominięcie zasięgnięcia opinii specjalistów. Sąd odwoławczy podziela bowiem stanowisko zaprezentowane w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2012 r., sygn. V CSK 202/11 (LEX nr 1214614), w myśl którego jeżeli uzyskanie wiadomości specjalnych zapewnia wyłącznie opinia biegłego, to nawet w braku odpowiedniej inicjatywy dowodowej samej strony niedopuszczenie dowodu z takiej opinii stanowi naruszenie art. 232 zd. drugie k.c., gdy przeprowadzenie przez sąd z urzędu takiego dowodu stanowi jedyny sposób przeciwdziałania niebezpieczeństwu oczywiście nieprawidłowego rozstrzygnięcia sprawy, podważającego funkcję procesu. Nawet fakt, że strona jest reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, w tej szczególnie uzasadnionej sytuacji nie powinien zwalniać Sądu z dążenia do prawidłowego wyjaśnienia sprawy. Dodać tylko można, że zdaniem Sądu drugiej instancji stanowisko to odnosi się również do takiej sytuacji jak zaistniała w niniejszej sprawie, mianowicie – kiedy wprowadzie pełnomocnik powoda złożył stosowne wnioski – ale na ich oddalenie przez Sąd nie zareagował zastrzeżeniem w trybie art. 162 kpc.

Zważywszy na powyższe uzupełnienia tej opinii podjął się Sąd Apelacyjny. W wyniku jednak przeprowadzonych w sprawie dowodów z ustnej opinii uzupełniającej a następnie z uzupełniającej opinii pisemnej powstały dalsze wątpliwości, których to wyjaśnienie wymaga przede wszystkim poczynienia ustaleń faktycznych, co do procedury przyjętej podczas przeprowadzanej u powoda transplantacji nerki, w szczególności w zakresie wprowadzenia powodowi cewnika, w tym odnośnie czy podczas transplantacji powód miał, bądź nie cewnik (według opinii uzupełniającej są w tym zakresie różne procedury), i z jakich przyczyn zdecydowano się na dany sposób operowania. W przypadku ustalenia, że podczas transplantacji powód miał cewnik, to przez jaki czas. Nadto czy po założeniu powodowi podczas ostatniej operacji cewnika Malekota, cewnik ten był czyszczony, a jeżeli tak, to jak często i kto podejmował co do tego decyzję. Podobnie w przypadku ustalenia, że powód miał wprowadzony wcześniej, w czasie transplantacji cewnik. W pierwszej kolejności konieczne jest zatem uzupełnienie przeprowadzenia tych wszystkich dowodów osobowych i dowodów z dokumentów, które były przeprowadzone na okoliczności prawidłowego prowadzenia leczenia powoda w pozwanym Szpitalu. Dopiero przeprowadzenie tych dowodów pozwoli

na dopuszczenie dowodu z opinii biegłego, celem umożliwienia Sądowi oceny czy podejmowane w stosunku do powoda czynności były prawidłowe w kontekście procedur medycznych, w tym, czy wykonywane były w najwcześniej możliwym czasie do ich zastosowania. W związku z powyższym wniosek powoda o wyjaśnienie sprzeczności w dotychczasowych opiniach biegłych (do uzasadnienia którego żaden pozwanych nie odniósł się merytorycznie), Sąd Apelacyjny uznał za przedwczesny, a zatem nieuzasadniony na etapie postępowania odwoławczego. Rolą bowiem tego procesu cywilnego nie jest wyjaśnianie prawidłowości wszelkich możliwych procedur medycznych związanych z transplantacją nerki, tylko ocena słuszności wdrożonego sposobu leczenia i prawidłowości jego wykonania w konkretnych realiach, zaistniałych w ocenianym w sprawie przypadku. Zatem ocena przez pryzmat wiedzy fachowej winna być dokonywana po ustaleniu faktów, które miały miejsce w sprawie. Istotą opinii biegłych jest bowiem dokonanie analizy materiałów źródłowych przy uwzględnieniu dokumentacji i akt sprawy i na tej podstawie wywiedzenie końcowych wniosków i ich uzasadnienie.

Dodać przy tym należy, że w niniejszej sprawie konieczne jest także wyjaśnienie znaczenia dla samej możliwości dokonania transplantacji nerki stwierdzonej wcześniej u powoda uchyłkowości jelita. Nadto w przypadku ustalenia, że nie stanowiło to przeciwwskazania, ustalenia czy w związku z tym schorzeniem powód nie powinien być poddany szczególnej obserwacji po operacji po tym kontem i czy baczniejsze zwrócenie na to schorzenie uwagi po zabiegu transplantacji, mogłoby doprowadzić do zapobieżenia powstania przetoki, bądź jej wcześniejszego wykrycia.

Zwrócić też trzeba uwagę, na konieczność wyjaśnienia, czy zważywszy na wynikającą z dokumentacji powstałą już 13 listopada 2001 roku dezorientację powoda co od miejsca, czasu i otoczenia oraz na wskazywany już wówczas brak współpracy, skutecznym jest powoływanie się przez pozwanego Szpitala na nie wyrażanie przez powoda początkowo zgody na usunięcie przeszczepionej nerki.

I wreszcie ostaną kwestia, która wymaga ustalenia, to zakres wiedzy, jaka winna być przekazana pacjentowi przed transplantacją nerki odnośnie możliwych skutków tego zabiegu. Zwrócić bowiem należy uwagę, że w sprawie nie ma sporu, co do tego że powód przygotowując się przez lata do transplantacji, będąc na krajowej liście - pouczony był (co też sam zeznał) o tym, że przeszczep może się przyjąć, bądź nie oraz że na przeszczep się zgodził. Oceniając jednak czy zgoda ta była świadoma czy nie – przy brakach – co jest bezsporne - w tym zakresie w dokumentacji medycznej – ustalić należy jaki powinien być zakres pouczenia, bowiem to ustalenie pozwoli odnieść prawidłowość pouczeń powoda w tej sprawie, co tym samym umożliwi ocenę świadomości jego zgody.

Z przedstawionych przyczyn, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 4 kpc oraz art. 108 § 2 kpc orzekł jak w sentencji.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy winien przeprowadzić postępowanie dowodowe w przedstawionym wyżej zakresie, dokonać ustaleń wskazanych wyżej okoliczności i ocenić ich znaczenie w kontekście przepisów prawa materialnego kształtujących odpowiedzialność pozwanych.

Agnieszka Bednarek-Moraś Małgorzata Gawinek Artur Kowalewski