

Sygn. akt I ACa 881/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Agnieszka Sołtyka (spr.)
Sędziowie:	SA Edyta Buczkowska-Żuk SA Eugeniusz Skotarczak
Protokolant:	sekr. sądowy Justyna Kotlicka

po rozpoznaniu w dniu 16 czerwca 2015 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa E. G.

przeciwko U. P., R. Ś., M. H. i (...) Szpitalowi w K.

przy udziale interwenienta ubocznego (...) Spółki Akcyjnej w W.

o odszkodowanie, rentę i zadośćuczynienie

na skutek apelacji powódki i pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 13 czerwca 2014 r., sygn. akt I C 337/10

I. oddala apelację,

II. znosi między stronami koszty postępowania apelacyjnego.

Edyta Buczkowska-Żuk Agnieszka Sołtyka Eugeniusz Skotarczak

Sygn. akt I ACa 881/14

UZASADNIENIE

Powódka E. G. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego (...) Szpitala w K. (poprzednio: Zespołu Opieki Zdrowotnej w K.) kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania, 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia, kwoty po 1.400 zł miesięcznie tytułem renty oraz skapitalizowanych odsetek ustawowych od kwoty 200.000 zł z odsetkami ustawowymi szczegółowo wskazanymi w pozwie, a nadto o zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu. Powódka wiązała swoje roszczenie z operacją przeprowadzoną w pozwanym Szpitalu w dniu 25 maja 2000r. i jej następstwami dla jej stanu zdrowia.

W odpowiedzi na pozew (...) Szpital w K. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania na jego rzecz. Dodatkowo wniósł o wezwanie do udziału w sprawie po stronie pozwanej (...) S.A. oraz R. Ś. - ordynatora Oddziału oraz M. H. i U. P. - lekarzy bezpośrednio wykonujących zabieg, wskazując, że lekarze wykonujący zabieg nie byli pracownikami pozwanego, a strony łączyły umowy o świadczenie usług zdrowotnych.

Postanowieniem z dnia 1 kwietnia 2003r. Sąd Okręgowy w Koszalinie wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanych R. Ś., M. H. i U. P..

Pozwani R. Ś., M. H. i U. P. wnieśli o oddalenie powództwa w całości i zwrot kosztów procesu, negując, aby dopuścili się błędu w sztuce lekarskiej.

Pismem z dnia 14 października 2005r. (...) Spółka Akcyjna w W. zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanego Szpitala.

Wyrokiem z dnia 28 grudnia 2006r., sygn. akt I C 96/03, Sąd Okręgowy w Koszalinie zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powódki kwotę 250.00 zł z ustawowymi odsetkami, szczegółowo tam wskazanymi, odrębnie od każdego pozwanego, a nadto zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powódki kwotę 32.900 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 28 grudnia 2006r. do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanej renty za okres od lutego 2003r. do grudnia 2006r. oraz rentę bieżącą w kwocie po 700 zł miesięcznie, płatną z góry do 10-tego dnia każdego miesiąca od 1 stycznia 2007r., wraz z ustawowymi odsetkami przypadku zwłoki w płatności.

Wyrokiem z dnia 30 czerwca 2010r. Sąd Apelacyjny uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Koszalinie, pozostawiając mu rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

W uzasadnieniu Sąd Apelacyjny stwierdził, że opinie biegłych złożone w rozpoznawanej sprawie, w tym dwie na etapie postępowania apelacyjnego, dają podstawę do przyjęcia, iż błędem było kontynuowanie laparoskopii w dniu 25 maja 2000r. i zakończenie jej bez konwersji na laparotomię, co w sposób jasny i precyzyjny opisał biegły R. M. w swej opinii pisemnej i uzupełniającej ustnej złożonej na rozprawie w dniu 24 czerwca 2010r. To zaniechanie zespołu operacyjnego w konsekwencji doprowadziło do resekcji jelita powódki i spowodowało pogorszenie jej stanu zdrowia. Sąd Apelacyjny uznał jednak, że rację mają apelujący, że materiał dowodowy sprawy nie daje podstaw do przyjęcia odpowiedzialności wszystkich pozwanych w tak szerokim zakresie, jak przyjął to Sąd Okręgowy w zaskarżonym wyroku. Zaznaczono, że powódka nie wykazała, aby szkoda na osobie i mieniu, w wysokości dochodzonej od pozwanych była normalnym następstwem odstąpienia od laparoskopii i nie przeprowadzeniem następowej laparotomii, co jedynie w opinii biegłych było błędem. Sąd Apelacyjny jednocześnie dodał, że zasądzone zadośćuczynienie wydaje się być wygórowane, tak w realiach sprawy, jak i biorąc pod uwagę poziom życia społeczeństwa. Odnosząc się zaś do zasądanego odszkodowania i renty Sąd Apelacyjny wskazywał na brak konkretnych ustaleń w tej mierze w oparciu o zaoferowany przez powódkę do akt sprawy niewielki pod tym względem materiał dowodowy, w powiązaniu przyczynowym z błędem lekarskim.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy w Koszalinie wyrokiem z dnia 13 czerwca 2014 r., sygn. akt I C 337/10, zasądził od pozwanych (...) Szpitala w K., U. P., R. Ś. i M. H. solidarnie na rzecz powódki E. G. tytułem zadośćuczynienia kwotę 100.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od 13 czerwca 2014r. do dnia zapłaty (pkt 1); oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt 2); nie obciążył powódki kosztami postępowania (pkt 3); nakazał pobrać od pozwanych solidarnie na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Koszalinie kwotę 7.528,18 złotych (pkt 4).

Sąd Okręgowy wydał wyrok tej treści po dokonaniu następujących ustaleń faktycznych:

Powódka E. G. została przyjęta w dniu 17 maja 2000r. do Szpitala Rejonowego w K. z uwagi na nawracające silne bóle w dole brzucha z zaparciami i częstym oddawaniem moczu. W badaniu ginekologicznym przeprowadzonym w dniu 18 maja 2000r. stwierdzono zrosty okolicy przydatków prawych, przy czym jako przyczynę jej dolegliwości

bólowych stwierdzono rozpoznanie torbieli jajnika prawego. Ordynator Oddziału Ginekologii dr R. Ś. zdecydował, że właściwym będzie operacyjne usunięcie torbieli jajnika. Wyznaczono termin zabiegu na dzień 22 maja 2000r. Mimo przygotowania powódki do operacji, nie odbyła się ona i wyznaczono nowy termin zabiegu na dzień 25 maja 2000r. W dniu 25 maja 2000r. zabieg wykonano pod uśpieniem ogólnym pacjentki. W jego trakcie okazało się, że u powódki występują rozległe zrosty narządów miednicy małej z siecią większą, jelitami i otrzewną ścienną, uniemożliwiające bezpieczne odsłonięcie przydatków prawych. Lekarze wykonujący zabieg – pozwani U. P. i M. H. podjęli decyzję, aby uwolnić część zrostów. Mimo podjętych czynności, pozwani nie mogli dostać się do przydatków prawych, wobec czego wezwano na salę operacyjną ordynatora R. Ś.. Ten polecił kontynuowanie uwalniania zrostów, po czym podjął decyzję o zakończeniu zabiegu laparoskopowego z planem kontynuacji leczenia resorpcyjnego. Cały zabieg trwał około dwóch godzin.

W pierwszej dobie pooperacyjnej stan pacjentki był stabilny. Nie gorączkowała, czynność serca wynosiła 64-70 uderzeń na minutę. W dniu 27 maja 2000r. stan ogólny był średnio dobry. Brzuch był wzdęty, z tkliwością palpacyjną, okresowo odchodziły gazy. Powódka odczuwała bardzo silne bóle w jamie brzusznej, które nie ustępowały mimo podawania środków przeciwbólowych i rozkurczowych. W dniu 28 maja 2000r. nasiliły się dolegliwości bólowe jamy brzusznej, pojawił się objaw otrzewnowy. Po przybyciu ordynatora Oddziału, zdecydowano o doraźnym zabiegu operacyjnym. W trakcie operacji okazało się, że doszło do kolejnych licznych zrostów między pętlami jelita cienkiego. Ordynator Oddziału Ginekologicznego wezwał lekarza chirurga M. Z., która przejęła pacjentkę od lekarzy ginekologów i kontynuowała operację poprzez uwalnianie jelita, czyli oddzielania zrostów. Po pewnym czasie wezwała do pomocy drugiego chirurga – A. G., podejrzewając perforację jelita. Oboje chirurdzy wówczas stwierdzili w jelicie otwory perforacyjne. Okazało się bowiem, że w czasie zabiegu w dniu 25 maja 2000r. doszło do potrójnej perforacji (przebicia) jelita cienkiego. Jeden otwór w jelicie był większy i dwa mniejsze, punktowe, tak jak od ukłucia. Lekarze przecięli zrosty, aby móc obejrzeć całe jelito i zauważyli, że jelito u powódki było zrosnięte dość masywnie z otrzewną, z powłokami brzuszными, z błoną wyścielającą jamę brzuszną.

W czasie operacji w dniu 28 maja 2000r., lekarze chirurdzy podjęli decyzję o tym, aby dokonać wycięcia 20 cm jelita cienkiego, w którym znajdowały się trzy otwory perforacyjne. Lekarze uznali, że bardziej celowe będzie wycięcie fragmentu jelita i zespolenie obu końców, niż szycie jelita w trzech miejscach. Po wycięciu fragmentu jelita i jego zespoleniu, założono powódce dren i zakończono operację. W pierwszej dobie stan ogólny powódki oceniono jako ciężki, w trzeciej dobie usunięto sondę, brzuch był nadal wzdęty, perystaltyka była słyszalna, gazy nie odchodziły. W dniu 1 czerwca 2000r. brzuch był mniej wzdęty. Stwierdzono wyciek treści jelitowej z rany pooperacyjnej wraz z odejściem gazów przez ranę. Ujście przetoki zaopatrzono workiem stomijnym. Powódkę poinformowano o powstaniu przetoki jelitowej i zaproponowano do wyboru kolejną (trzecią) operację lub podjęcie leczenia zachowawczego z wdrożeniem żywienia pozajelitowego i antybiotykoterapii z oczekiwaniem na samoistne zamknięcie się przetoki. Powódka wyczerpana dotychczasowymi zabiegami, wybrała leczenie zachowawcze, mniej inwazyjne. W czasie leczenia zachowawczego powódka w okresie od dnia 28 maja 2000r. do 7 sierpnia 2000r. pozbawiona była możliwości jedzenia i picia, odżywiana była jedynie jelitowym preparatem odżywczym w kroplówce. Stan zdrowia powódki był w tym okresie krytyczny i łączył się z cierpieniami fizycznymi i psychicznymi, jak niemożność ruchu, zakaz spożywania posiłków, ustawiczny ból, założone dreny, z których wylewała się treść żółdkowa jelita.

Leczenie zachowawcze i oczekiwanie na zamknięcie przetoki w jelicie okazało się bezskuteczne. Stan powódki pogarszał się i doszło do kolejnej niedrożności przewodu pokarmowego, co spowodowało konieczność przeprowadzenia kolejnej operacji na jamie brzusznej. Podczas operacji w dniu 8 sierpnia 2000r., którą wykonywał ordynator oddziału chirurgicznego J. G., z uwagi na masywne zrosty pętli jelit, dokonano wycięcia całego jelita krętego z końcowym odcinkiem jelita czczego i zespoleniem jelita cienkiego z poprzecznicą. W sumie wycięto powódce ok. 3 metrów jelita, przy całkowitej jego długości 4-5 metrów. W przebiegu pooperacyjnym uzyskano stopniową normalizację stanu ogólnego oraz powrót funkcji przewodu pokarmowego. Powódka jednak po raz kolejny przeszła pasmo cierpień, które wymagało zażywania środków przeciwbólowych i narkotyków, których zadaniem było uśmierzanie narastającego bólu. W piątej dobie pooperacyjnej opróżniono ropień z rany pooperacyjnej, natomiast przy dalszym pobycie powódki w szpitalu, oddawała ona liczne luźne stolce. W dniu 31 sierpnia 2000r. powódkę

wypisano ze szpitala z zaleceniem oszczędnego trybu życia oraz stosowania diety wysokokalorycznej. W trakcie pobytu powódki w szpitalu odwiedzały ją koleżanki, a jedna z nich opiekowała się jej psem. Również po wyjściu ze szpitala, koleżanki odwiedzały ją, pomagały jej w wykonywaniu codziennych czynności, wspierały ją psychicznie. E. G. potrafiła jednak sama funkcjonować, samodzielnie dbała o higienę osobistą. Nie wymagała stałej opieki osoby trzeciej.

Po 9 miesiącach pozostawania na zwolnieniu lekarskim powódka, 15 stycznia 2001r. uzyskała orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i pozostawała na rencie chorobowej przyznawanej okresowo. Obecnie jej zdolność do pracy jest częściowa. Powódka jest osobą samotną. W chwili operacji w dniu 25 maja 2000r. miała 44 lata. Z zawodu jest pielęgniarką. Obecnie pozostaje na rencie inwalidzkiej (przyznawanej okresowo) i otrzymuje świadczenie w kwocie po 900 zł netto miesięcznie. Dodatkowo powódka podjęła zatrudnienie na 1/2 etatu w Zakładzie Pracy Chronionej w D. jako pielęgniarka i miesięczne wynagrodzenie powódki wynosi 638,88 zł netto. Powódka nadal pozostaje pod stałą kontrolą Poradni Gastrologicznej oraz Poradni Zdrowia Psychicznego.

Powódka mieszka sama. Przed zabiegiem operacyjnym w maju 2000r. udzielała się towarzysko, utrzymywała bardzo szerokie znajomości, miała dużo znajomych i przyjaciół, z którym spędzała czas, wzajemnie się odwiedzali. Nadto powódka korzystała z dancingów, zabaw, dużo spacerowała ze swoim psem, a nadto wyjeżdżała z przyjaciółmi do R. nad jezioro. Powódka nie miała też żadnych ograniczeń żywieniowych. Była osobą zdrową, nic jej nie dolegało, mogła także spożywać alkohol. Po operacji jej życie bardzo się zmieniło. W pierwszym miesiącu, po powrocie do domu, bała się wychodzić z domu z uwagi na częste biegunki. To, jakie pokarmy może przyjmować uczyła się sama, oczekując na reakcję organizmu. Z mieszkania wychodziła tylko na chwilę, aby wyjść z psem na spacer. Dopiero z czasem zaczęła przyzwyczajać się do nowego trybu życia, nauczyła się, jakiego pożywiania spożywać nie może. Raz pojechała do lekarza gastrologa w S.. Odkąd opuściła szpital sama przygotowuje sobie posiłki, sama piecze szynki, robi pasztety. Mimo stosowania diety, cały czas boryka się z biegunkami i niedrożnościami jelit, ma częste bóle w jamie brzusznej i momenty załamań psychicznych. Z tego też względu zażywa leki przeciwko biegunkom oraz przeciwbólowe i rozkurczowe. Poza tym musi prowadzić oszczędny tryb życia, nie może spożywać alkoholu. Każdego dnia powódka musi pilnować diety, co przypomina jej o traumie, jaką przeżyła i komplikacjach związanych z przebyłym zabiegiem. Podczas spotkań towarzyskich nie może pić i jeść tak jak inni. To spowodowało, że unika kontaktów z ludźmi. Regularnie korzysta z pomocy Poradni Zdrowia Psychicznego w K.. Zażywa również leki uspakajające. Powódka co roku jeździ na turnusy rehabilitacyjne, korzysta z zabiegów na kręgosłup. Nie ponosi z tego tytułu kosztów. Pali papierosy – od 4 do 5 dziennie.

Biegli z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w Ł. wskazali, że decyzja o przeprowadzeniu zabiegu była słuszna, gdyż istniała konieczność ustalenia, co jest przyczyną bólów brzucha i ewentualne leczenie operacyjne. W trakcie operacji stwierdzono liczne zrosty i w tej sytuacji należało dokonać konwersji do laparotomii - otwarcie jamy otrzewnej, rozpreparowanie zrostów na ostro i próba oceny jajników, zwłaszcza prawego, gdzie wyczuwano podczas badania ginekologicznego opór. Zaniechanie otwarcia jamy brzusznej, zamiast kontynuowania laparoskopii, należy traktować jako postępowanie niezgodne z zasadami wiedzy lekarskiej. Gdyby otwarto jamę brzuszną, szansa na rozpoznanie uszkodzeń ściany jelita byłaby znacznie większa. Lakoniczny opis zabiegu nie pozwala na dokładniejsze ustalenia, w którym momencie doszło do uszkodzenia jelita. Po stwierdzeniu licznych zrostów należało wykonać konwersję do laparotomii. Uszkodzenia jelita na skutek wprowadzenia igły Veressa oraz na skutek oparzenia ściany jelita przy oddzielaniu zrostów przy użyciu elektrokoagulacji są powikłaniami związanymi z wyborem metody operacyjnej (laparoscopia). Ponadto biegli wyjaśnili, że podczas kontroli zakończonej laparoskopii czasem pojedyncze, niewielkie uszkodzenia mogą być niezauważone, mimo dołożenia należytej staranności, ponieważ sprzyjać temu może istniejące w jamie otrzewnej nadciśnienie w wyniku wprowadzenia gazu, a zatem powodujące uciśnięcie jelit uwolnionych od zrostów. Ostatecznie wnioski biegłych sprowadzają się do stwierdzenia, że jest ogólnie przyjętą zasadą podczas wszystkich operacji wykonywanych metodą laparoskopową, że w przypadku napotkania trudności operacyjnej lub wystąpienia powikłań, dokonuje się konwersji i dalszą część zabiegu wykonuje się na otwarcie. Biegli wskazali ponadto, że przebyta przez powódkę operacja wycięcia wyrostka robaczkowego nie była przeciwwskazaniem do wybrania metody laparoskopowej, ale powinna nasuwać podejrzenie zrostów i wynikających z tego możliwości uszkodzenia jelita już we wczesnej fazie zabiegu laparoskopowego. Podkreślili biegli, że próba

uwolnienia zrostów nie powiodła się, a także nie udało się zidentyfikować guza (torbieli jajnika prawego), którego istnienie było celem operacji. Dlatego właściwym sposobem postępowania w tym przypadku było wykonanie konwersji. Natomiast odroczenie operacji (którą i tak należałoby wykonać) wiązać się mogło z ryzykiem powikłań powtórnego znieczulenia ogólnego. Jest wysoce prawdopodobne, że w czasie konwersji udałoby się także stwierdzić otwory perforacyjne w ścianie jelita (nie ma już wówczas nadciśnienia w jamie otrzewnej) i pierwotnie je zaopatrzyć, co mogłoby zapobiec zaistniałym dalszym powikłaniom pooperacyjnym, związanym z nieszczelnością zespolenia, które było wykonywane w znacznie gorszych warunkach na jelicie w stanie zapalenia otrzewnej. Zdaniem biegłych jedynym właściwym sposobem usunięcia przyczyny zabiegu operacyjnego (torbieli) było dokonanie konwersji. Zastosowane leczenie zachowawcze po niepowodzeniu laparoskopii jest niezgodne z zasadami usunięcia przyczyny istniejącego procesu chorobowego, ponieważ w żadnym wypadku ani torbiel, ani guz nowotworowy nie może być leczony zachowawczo przy pomocy antybiotyków i leków resorbcyjnych, tylko musi zostać usunięty operacyjnie.

Biegli T. S. oraz R. B. stwierdzili, że trudno jest ocenić postępowanie pozwanych lekarzy jako błąd medyczny, gdyż wybrali oni jedną z możliwości, która z perspektywy czasu okazała się błędna. Równocześnie stwierdzili, że w dokumentacji medycznej nie ma adnotacji na temat jakiegokolwiek zagrożenia lub pogorszenia się stanu pacjentki wymagającego pilnego zakończenia zabiegu laparoskopowego i wobec tego konwersja na laparotomię, a więc kontynuowanie operacji poprzez otwarcie jamy brzusznej było możliwe. Z opinii tej wynika także, że po podjęciu decyzji o konwersji do laparotomii, zastosowanie cięcia prostego odsłoniłoby okolice pępka i doprowadziłoby zapewne do ujawnienia perforacji jelita. Wykonanie laparotomii bezpośrednio po laparoskopii i odnalezienie powstałych perforacji pozwoliłoby je zaopatrzyć bez wykonania resekcji jelita, a ryzyko dalszych powikłań, które mogłoby później wystąpić u pacjentki byłoby minimalne i według literatury światowej wynosiłoby około 3%. Biegli zauważyli też, że dokumentacja medyczna powódki za pierwsze dwa dni jest niepełna i braki te obciążają lekarza prowadzącego i ordynatora. Stwierdzili oni także, że po zapoznaniu się ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym należy stwierdzić, że brak jest przesłanek do przyjęcia tezy, że podczas operacji wykonanej w dniu 28 maja 2000r. doszło do popełnienia błędu w sztuce lekarskiej.

Biegły R. M. z Kliniki (...) w P. stwierdził, że odstępianie od laparoskopii i nie przeprowadzenie następnej laparotomii było błędem. Biegły ten zauważył, że przeprowadzona laparoscopia miała potwierdzić lub wykluczyć obecność torbieli jajnika. Nie dała odpowiedzi na pytanie, czy w jajniku znajduje się torbiel. Należało podjąć działania, aby odpowiedzieć na pytanie, czy w jajniku są zmiany patologiczne, gdyż wskazaniem do zabiegu było podejrzenie torbieli jajnika, co wynika z k. 143 akt - rozpoznanie przed zabiegiem z karty laparoskopii. Biegły uznał, że konwersja na laparotomię w dniu 25 maja 2000r była **w** pełni możliwa, gdyż w dostępnej dokumentacji nie stwierdza się, aby istniały jakiegokolwiek **powody**, które uniemożliwiały jej przeprowadzenie. Laparotomia taka powinna zaś umożliwić wizualizację miednicy, w tym jajników, celem wykluczenia istnienia torbieli. Wymagałaby ona zapewne uwolnienia zrostów, co zostało przeprowadzone w dniu 28.05.2000r. W ocenie tego biegłego, zwłoka w przeprowadzeniu laparotomii miała wpływ na obecny stan zdrowia powódki, gdyż przeprowadzenie laparotomii jako konwersji laparoskopii ujawniłoby z dużym prawdopodobieństwem perforacje jelit dokonane w trakcie laparoskopii, umożliwiłoby to zaopatrzenie miejsc po nakłuciach i zmniejszyłoby ryzyko zapalenia otrzewnej, jakie rozwinęło się w następstwie perforacji jelita, jednakże nie wykluczyłoby go w 100%. Biegły w opinii uzupełniającej podał, że gdyby dokonano konwersji na laparotomię i gdyby znaleziono uszkodzenia jelita to według danych z literatury u 25% pacjentów, u których dochodzi do zaopatrzenia uszkodzeń od razu, występuje pomimo tego powikłanie, jak u powódki, najczęściej jest to powstawanie przetok, do wycieku z jelit. Biegły ten nadto stwierdził, że przyczyną resekcji jelit u powódki było nierozpoznane uszkodzenie (perforacja) jelit w trakcie laparoskopii z dnia 25 maja 2000r., w następstwie którego doszło do zapalenia otrzewnej. Było to konsekwencją powikłania, jakie miało miejsce w trakcie laparoskopii z dnia 25 maja 2000r. W ocenie biegłego, w rozpoznawanym przypadku zachodziły przesłanki do podjęcia natychmiastowej decyzji o konieczności przeprowadzenia tzw. następnej laparotomii, gdyż nie został osiągnięty cel, w jakim wykonywano laparoskopię, nie dokonano wizualizacji miednicy, w tym jajników celem wykluczenia istnienia torbieli, stąd decyzja o zakończeniu laparoskopii bez konwersji do laparotomii była błędem lekarskim. Zgoda, jaką podpisała pacjentka przed zabiegiem dawała pełną możliwość wykonania takiego zabiegu. Zasadność kontynuacji laparoskopii wobec tak masywnych zrostów była błędem. Biegły stwierdził też, że ryzyko naruszenia jelit przy obecności zrostów jelit do powłoki brzusznej

jest bardzo duże. W opinii biegłego w trakcie zabiegu przeprowadzonego w dniu 25.05.2000r. wystąpiło kilka czynników ryzyka, które powinny skłonić do konwersji - pacjentka była po laparotomii, stwierdzono u niej zrosty, które spowodowały techniczne problemy w trakcie laparoskopii a równocześnie nie można było wykluczyć zmiany złośliwej w jajniku prawym. Biegły stwierdził także, że w chwili wypełniania protokołu laparoskopii, laparotomia w okresie późniejszym nie była planowana przez zespół leczący, gdyż w punkcie „Dalsze leczenie” wpisano: Terapia resorpcyjna. Biegły ten podzielił także w pełni opinię Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł. o nieprawidłowym prowadzeniu dokumentacji lekarskiej. Dodał też, że opis laparoskopii zawarty w karcie laparoskopii (k.l43) nie pozwala odpowiedzieć, jakie działania zespół operacyjny podjął w celu starannego zakończenia zabiegu laparoskopii. Zauważył, że brak jest obserwacji lekarskich pomiędzy 19 a 17.05.2000r, nie można na tej podstawie ocenić, co zrobiono, aby zapewnić nadzór u pacjentki, u której wykonano długą, bardzo trudną oraz potencjalnie ryzykowną laparoskopię. Jednocześnie biegły wskazał, że w chwili obecnej brak jest danych z akt sprawy oceniających stan zdrowia powódki, wobec czego nie można odpowiedzieć czy w chwili obecnej wymaga ona stosowania diety, w jakim zakresie oraz o ile wyższy jest ewentualnie koszt takiej diety. W aktach sprawy brak jest również, według biegłego, informacji, jakie leki ona przyjmuje w chwili obecnej. Bez tych danych oraz bez przeprowadzenia badania lekarskiego, nie można stwierdzić, czy zażywane przez nią leki są konsekwencją przebytego zabiegu. Stwierdził on też, że na część dolegliwości, jakim są biegunki, może mieć wpływ fakt, że pacjentka pali papierosy, które przyspieszają perystaltykę jelit. W opinii uzupełniającej, biegły R. M., ustosunkowując się do zarzutów pozwanych, stwierdził, że zgoda, jaką powódka wyraziła będąc w szpitalu o treści: „Wyrażam zgodę na proponowane leczenie operacyjne. Zakres operacji pozostawiam do decyzji zespołu operacyjnego i w pełni będę go akceptowała”, oznacza, że wyraziła ona zgodę na zabieg operacyjny co do każdej opcji, w tym laparotomii. Wskazał także, że opisywany charakter ran (przebicia) jelita cienkiego nie wskazuje na to, że doszło do nich na skutek zastosowania elektronarzędzi. Podtrzymał on swoją wcześniejszą opinię w tym zakresie, stwierdzając, że przeprowadzenie laparotomii, jako konwersji laparoskopii ujawniłoby z dużym prawdopodobieństwem perforacje jelit dokonane w trakcie laparoskopii i umożliwiłoby to zaopatrzenie miejsc po nakłuciach, a tym samym zmniejszyłoby ryzyko zapalenia otrzewnej, jakie rozwinęło się w następstwie perforacji jelita. Natomiast przeprowadzona laparoscopia miała potwierdzić lub wykluczyć obecność torbieli jajnika, jednakże odpowiedzi nie dała. Należało zatem podjąć działania, aby odpowiedzieć na pytanie, czy w jajniku są zmiany patologiczne, gdyż wskazaniem do zabiegu było podejrzenie torbieli jajnika. Dodał on także, że brak obserwacji lekarskich pomiędzy 19 a 27 maja 2000r. powoduje, że nie można ocenić, co zrobiono, aby zapewnić nadzór u pacjentki, u której wykonano długą, bardzo trudną oraz potencjalnie ryzykowną laparoskopię. W odróżnieniu od biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł., biegły uznał, że w sytuacji braku istotnej poprawy stanu ogólnego chorej w dobie drugiej, tj. 27 maja 2000r., już wtedy należało co najmniej poszerzyć diagnostykę – ewentualnie laparotomię zwiadowczą. Pacjentka po laparoskopii, u której zabieg polegał jedynie na uwolnieniu zrostów, powinna być w drugiej dobie w bardzo dobrym ogólnie stanie. U powódki brak było takiej poprawy, co powinno skłonić lekarzy do szczególnej uwagi. Biegły ten wskazał również, że powódka została przejęta przez chirurgów celem leczenia perforacji jelita, a nie podejrzanego zapalenia otrzewnej. Pozwani nie mieli wpływu na sposób i efekt tego leczenia.

Natomiast biegły J. D. wskazał, że odstąpienie przez zespół ginekologiczny od konwersji do laparotomii w trakcie zabiegu w dniu 25.05.2000 r., nie było jedyną przyczyną poniesionego uszczerbku na zdrowiu u powódki E. G.. W istotnej części przyczyniły się do tego powikłania, prowadzonego od dnia 28.05.2000 r., leczenia chirurgicznego. Bowiem wycięcie znacznej części jelita cienkiego w trakcie operacji w dniu 8.08.2000 r. było spowodowane wystąpieniem nieszczelności w zespoleniu jelita cienkiego wykonanego w trakcie pierwszej operacji chirurgicznej. Wystąpienie nieszczelności po pierwszym zabiegu resekcyjnym jelita cienkiego u powódki, należy zakwalifikować jako możliwe powikłania pooperacyjne. Nie ma tu znamion błędu w postępowaniu lekarskim. Oznacza to również, że nie można obarczać operujących chirurgów odpowiedzialnością za wystąpienie tych powikłań i współprzyczynienie się do powstania szkody na zdrowiu. Biegły ten uznał, że obecny stan zdrowia powódki można określić jako stabilny. U powódki pozostało około 2 metrów jelita cienkiego. Po okresie adaptacji, jest to wystarczająca długość jelita potrzebna do zachowania wydolnego wydzielania i wchłaniania, za które odpowiedzialne jest jelito cienkie. Zespół krótkiego jelita pojawia się zwykle przy pozostawieniu mniej niż 50 cm jelita cienkiego. Z pasażu wyłączona została również prawa część okrężnicy. Pozostała, lewa część jest w stanie przejąć fizjologiczne funkcje wyłączonego odcinka. Nie

występują u powódki istotne zaburzenia w stanie odżywienia, jednak utrzymujące się oddawanie licznych, luźnych stolców oraz stany bólowe jamy brzusznej, wpływają na komfort życia powódki i ograniczają możliwości życiowe. Z danych zawartych w karcie informacyjnej z leczenia w Klinice (...) w S. wynika, że nie wykazano zmian w obrazie morfologicznym krwi i innych badaniach biochemicznych. Nie było również zmian w morfologii błony śluzowej dwunastnicy oraz ściany okrężnicy. Obserwowany zespół bólowy z zatrzymaniem gazów i stolca, który ustąpił po lekach przeciwbólowych i rozkurczowych, podobny do występującego w niedrożności zrostowej, mógł mieć również tło czynnościowe. Na tło czynnościowe może także wskazywać wynik badania kontrastowego jelita cienkiego z dnia 19.06.2008 r. (karta nr 907), w którym obserwowano szybki pasaż środka kontrastowego przez jelito cienkie, bez objawów upośledzenia drożności badanego jelita, a także badanie kontrastowe jelita grubego z pobytu w dniach 7-10.04.2010 w oddziale Chirurgicznym (karta nr 907). Biegły wskazał, że powódka powinna prowadzić oszczędny i unormowany tryb życia, bez napięć emocjonalnych, ze stosowaniem diety lekkostrawnej z zwiększoną liczbą posiłków o mniejszej objętości, ze standardową zawartością białka, z zakazem palenia papierosów. Koszt zalecanej diety nie jest wyższy od tzw. diety normalnej. Biegły wskazał również, że wskazane jest także stosowanie przez powódkę preparatów farmakologicznych regulujących motorykę jelit pod kontrolą poradni gastroenterologicznej. Biegły ustalił stały uszczerbek na zdrowiu powódki wynikający z następstw przebytych operacji w maju i sierpniu 2000 r. na 25 %. Nadto, biegły stwierdził, że w jego ocenie powódka nie wymaga obecnie opieki lub pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych niezbędnych czynności życiowych. Poziom wydolności fizycznej i sprawności ruchowej pozwala powódce na samodzielne funkcjonowanie. Wskazana jest okresowa stacjonarna rehabilitacja sanatoryjna ukierunkowana na normalizację funkcji przewodu pokarmowego. Oceniając sposób funkcjonowania powódki po wyjściu ze szpitala, biegły wskazał, że po wypisaniu z oddziału chirurgicznego w sierpniu 2000 r. powódka prowadziła bardzo oszczędny tryb życia, który oznacza znaczne ograniczenie aktywności życiowej, w tym możliwości podróży, wykonywania pracy zarobkowej, kontaktów towarzyskich. Powódka musiała także dostosować się do zmienionego sposobu przygotowywania posiłków i odżywiania. Występujące okresowo nawroty dolegliwości bólowych jamy brzusznej i związana z tym konieczność leczenia szpitalnego nie pozwalały na planowanie zamierzeń wynikających z życia osobistego i pracy zarobkowej. Z kolei, zgłaszane przez powódkę naprzemienne występowanie częstych, luźnych stolców, z zaparciami, dolegliwości bólowe brzucha z krótkotrwałym zatrzymaniem gazów i stolca, i dolegliwości bólowe okolicy odbytu nie mają bezpośredniego związku z wykonaną w dniu 25.05.2000 r. laparoskopową operacją ginekologiczną. Jakkolwiek operacja ta zapoczątkowała ciąg niekorzystnych zdarzeń medycznych. Biegły zwrócił uwagę na fakt, że powódka była kierowana do szpitala z powodu silnych bólów w podbrzuszu, głównie prawym oraz zaparc. W przeszłości powódce wycięto wyrostek robaczkowy. Takie dane wskazywały już przed operacją na możliwą obecność choroby zrostowej w miednicy małej. Powódka miała także wcześniej wykonaną operację żyłaków odbytu, o czym informuje wpis w karcie przedoperacyjnej konsultacji anestezjologicznej (karta nr 139). Można więc przyjąć, że na skutek powikłań pooperacyjnych, które wystąpiły po zabiegach w dniu 25 i 28 maja 2000r., a objawów ubocznych przebytej operacji resekcyjnej w dniu 8.08.2000 r., doszło do nasilenia się wcześniej występujących objawów chorobowych oraz do wystąpienia nowych związanych z rozległym wycięciem jelita cienkiego. Biegły ostatecznie stwierdził, że obecny stan zdrowia powódki można określić jako stabilny. Rokowanie co do poprawy stanu zdrowia powódki jest umiarkowane pomyślne. Wśród istotnych przyczyn dolegliwości bólowych jamy brzusznej i zaburzeń w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego biegły dostrzegł czynnik psychogeny (czynnościowy). Wdrożenie terapii w tym zakresie powinno wiązać się z poprawą funkcji przewodu pokarmowego oraz lepszą sprawnością i wydolnością organizmu powódki w przyszłości. Nadto, obecny stan zdrowia powódki pozwala na wykonywanie w swoim zawodzie lekkiej, niedługotrwałej pracy w przyjaznym otoczeniu i w niepełnym wymiarze godzinowym. Takie warunki zapewnia praca w warunkach chronionych. Nadto, biegły wskazał, że jego zdaniem palenie papierosów przez powódkę ma niekorzystny wpływ na funkcjonowanie przewodu pokarmowego, zwłaszcza na jego motorykę. Zaprzestanie palenia tytoniu przez powódkę może przyczynić się do zmniejszenia intensywności występujących objawów i ułatwić dalszą poprawę stanu zdrowia. W opinii uzupełniającej z 10 kwietnia 2013r. biegły, na skutek zapytań pozwanych, stwierdził, że u powódki wycięcie około 15 cm odcinka jelita cienkiego doprowadziło do wystąpienia powikłania w postaci przetoki jelitowej, przy czym do tego rodzaju powikłań dochodzi niekiedy po stosunkowo prostych technicznie operacjach, wykonywanych przez doświadczonych operatorów oraz sumiennym i starannym postępowaniu pooperacyjnym, zgodnym z obowiązującymi procedurami. Leczenie zachowawcze przetoki jelitowej, w wybranych przypadkach, jest przyjętym w chirurgii postępowaniem

terapeutycznym, przy czym biegły nie był w stanie stwierdzić, czy wcześniejsze wkroczenie operacyjne, skutkowałoby wycięciem krótszego odcinka jelita cienkiego z korzystnym dalszym przebiegiem, czy też, po jej wykonaniu, nie byłaby potrzebna kolejna interwencja chirurgiczna.

Natomiast biegła z zakresu psychiatrii A. J. stwierdziła, że pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego powódki wystąpiło stopniowo od maja 2000r., w związku z zabiegami operacyjnymi i powikłaniami, jakie pojawiły się w przebiegu leczenia. Początkowo wystąpiły zaburzenia adaptacyjne – tj. reaktywne, związane ze stresem z powodu pogorszenia stanu somatycznego, następnie stopniowo rozwinęły się zaburzenia depresyjne przewlekłe, które trwają do tej pory. Kolejne zabiegi operacyjne oraz stwierdzenie choroby zrostowej wpłynęły na dalsze pogorszenie się jej stanu psychicznego. Utrzymujące się dolegliwości ze strony układu pokarmowego mają wpływ utrzymywanie się przewlekłych objawów depresyjnych. Z tej przyczyny powódka wymaga leczenia przeciwdepresyjnego, długotrwałego stosowania leków przeciwdepresyjnych – co najmniej od sierpnia 2000r. Rokowanie odnośnie poprawy kondycji psychicznej powódki w przyszłości uzależnione jest od jej stanu zdrowia somatycznego oraz nasilenia objawów ze strony przewodu pokarmowego, które istotnie ograniczają funkcjonowanie powódki.

Pozwany (...) Szpital w K. w dacie wyrządzenia powódce szkody był ubezpieczony w (...) S.A Inspektorat w K.. Pozwani U. P., R. Ś. i M. H. zawarli z pozwanym Szpitalem w dniu 12 stycznia 2000r. umowy cywilnoprawne o świadczenie usług medycznych, na mocy której Szpital powierzył pełnienie im samodzielnie opieki lekarskiej w oddziale położniczo – ginekologicznym ZOZ w K.. W §13 tych umów wskazano, że przyjmujący zamówienie – czyli pozwani U. P., R. Ś. i M. H., ubezpieczają się od odpowiedzialności cywilnej i ponoszą solidarną odpowiedzialność z udzielającym zamówienia Szpitalem, wobec roszczeń cywilnych pacjentów i ich rodzin. Prokuratura Rejonowa w Kołobrzegu postanowieniem z 26 lutego 2002r. umorzyła śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania uszczerbku na zdrowiu E. G..

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał, że powództwo oparte na art. 415 k.c. okazało się częściowo zasadne.

Sąd doszedł do przekonania, iż pozwanemu (...) Szpitalowi w K. nie można przypisać odpowiedzialności z art. 429 k.c., albowiem brak jest jego winy w wyborze. Niemniej pozwany Szpital przyjął na siebie odpowiedzialność wobec roszczeń cywilnych pacjentów i ich rodzin, co uczynił na mocy § 13 umowy zawartej dnia 12 stycznia 2000r z pozwanymi lekarzami. Ponadto w dacie wyrządzenia powódce szkody obowiązywała ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, która w art. 35 ust. 5 zakładała, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie.

Sąd nie miał także wątpliwości co do tego, że za szkodę, jakiej doznała powódka, odpowiedzialni są pozwani. W toku długotrwałego i szczegółowego postępowania dowodowego przeprowadzonego w niniejszej sprawie doszło do wydania przez biegłych sądowych kilku opinii, z których Sąd wyprowadził wnioski pozwalające na stwierdzenie, że doszło do popełnienia błędu lekarskiego przez pozwanych R. Ś., U. P. i M. H., albowiem podczas laparotomii, po ujawnieniu się licznych zrostów, należało dokonać konwersji do laparotomii, czyli otwarcia jamy otrzewnej, rozpreparowania zrostów na ostro i dopiero wówczas dokonać próby oceny jajników, zwłaszcza prawego, gdzie wyczuwano podczas badania ginekologicznego opór. Zaniechanie otwarcia jamy brzusznej, zamiast kontynuowania laparoskopii, należało traktować jako postępowanie niezgodne z zasadami wiedzy lekarskiej. Zwłoka w przeprowadzeniu laparotomii miała bowiem wpływ na obecny stan zdrowia powódki, gdyż przeprowadzenie laparotomii jako konwersji laparoskopii ujawniłoby z dużym prawdopodobieństwem perforacje jelit dokonane w trakcie laparoskopii, umożliwiłoby to zaopatrzenie miejsc po nakłuciach i zmniejszyłoby ryzyko zapalenia otrzewnej, jakie rozwinęło się w następstwie perforacji jelita.

Sąd zarazem podkreślił, że żaden z biegłych nie dopatrywał się niewłaściwego postępowania lekarzy chirurgów, którzy przejęli powódkę jako pacjentkę podczas operacji w dniu 28 maja 2000r. po tym, jak ujawniono u niej perforacje jelita cienkiego. To, że w postępowaniu tych lekarzy nie było znamion błędu lekarskiego, mimo powstałych u powódki powikłań pooperacyjnych po zabiegu, jaki miał miejsce w dniu 28 maja 2000r., potwierdził dodatkowo biegły sądowy z dziedziny gastroenterologii J. D., który w opinii z 22 grudnia 2012r. wskazał, że wystąpienie nieszczelności

po pierwszym zabiegu resekcyjnym jelita cienkiego u powódki należy zakwalifikować jako możliwe powikłania pooperacyjne. Oznacza to również, że nie można obarczać operujących chirurgów odpowiedzialnością za wystąpienie tych powikłań i współprzyczynienie się do powstania szkody na zdrowiu.

Zaznaczył również Sąd, iż obecnie nie można stwierdzić, czy pozwani decydując się na laparotomię zauważyliby perforacje jelita cienkiego, czy nie, gdyż do tego rodzaju zabiegu nie doszło – co właśnie było błędem lekarskim. Tego, że perforacje jelita mogłyby być dostrzeżone i odpowiednio zabezpieczone, wykluczyć jednak nie można i już sama ta okoliczność powoduje, że zaniechanie wykonania laparotomii przez pozwanych, przy istniejących licznych zrostach u powódki i niewyjaśnieniu stanu jej przydatków – do czego w istocie zmierzała laparoscopia, należało uznać za działanie sprzeczne z zadaniami wiedzy medycznej. Natomiast dalsze zabiegi, jakie powódka musiała przejść i kolejne jej cierpienia z tym związane, były następstwem zabiegu z 25 maja 2000r., a więc same w sobie nie mogły być traktowane jako przyczynę jej aktualnych schorzeń i traumy, jaką przeżyła.

Sąd zarazem za chybione uznał stwierdzenie pozwanych, jakoby z opinii biegłego J. D. ma wynikać, że zabieg laparoskopii nie został przeprowadzony błędnie. Biegły ten bowiem nie sporządził opinii na tę okoliczność, a zakres zlecenia sądowego do niego wystosowanego nie obejmował tej kwestii. Biegły ten również nie odnosił się do opinii R. M., czy opinii innych biegłych wypowiadających się na temat prawidłowości wykonania zabiegu laparoskopii, a jego opinia dotyczyła następstw zabiegów operacyjnych, jakie powódka przeszła w dniu 28 maja 2000r. i 8 sierpnia 2000r. Sąd nie dał również wiary pozwanym, którzy przesłuchiwani w charakterze strony próbowali wskazywać, że istotą zabiegu laparoskopii przeprowadzonego w dniu 25 maja 2000r. u powódki, nie miało być dotarcie do jajników w celu zbadania czy są tam torbiele. Przeczy temu dokumentacja medyczna zawarta w aktach sprawy, z której jasno wynika, że w badaniu kwalifikacyjnym w dniu 18 maja 2000r. stwierdzono zmiany o charakterze guza okolicy prawnych przydatków (k. 142). Nie dał również Sąd wiary pozwanym, którzy wskazywali, że laparoscopia, jaką została przeprowadzona u powódki miała cechy laparoskopii diagnostycznej, a nie zabiegowej, a tym samym nie upoważniała ich do przejścia na laparotomię. Podkreślił, że R. Ś. stwierdził wprost, że przed zabiegiem uprzedza pacjentkę, co jest celem takiego zabiegu i jednocześnie informuje ją, że może skuteczna okazać się dopiero laparotomia. Dodał jednak również, że jeśli celem laparoskopii jest usunięcie torbiele jajnika, to stara się laparoskopowo torbiel usunąć. Tak było w tym przypadku. Podkreślił ponadto Sąd, że wszyscy biegli sporządzający opinię w sprawie zgodnie wskazali, że zgoda, jakiej udzieliła powódka na przeprowadzenie zabiegu w dniu 25 maja 2000r. pozwalała na przejście z laparoskopii do laparotomii, stąd zaniechanie tego zabiegu operacyjnego – wobec wyraźnych medycznych wskazań – stanowiło błąd lekarski.

Sąd także wyjaśniał, że nie jest usprawiedliwione dzielenie skutków tego zabiegu, a tym samym ograniczanie odpowiedzialności pozwanych, na stan po zabiegu z 25 maja 2000r., a następnie po operacji z 28 maja 2000r. oraz po zabiegu operacyjnym z 8 sierpnia 2000r. Niewątpliwie bez dokonania perforacji jelita cienkiego podczas zabiegu w dniu 25 maja 2000r. nie doszłoby do dalszych komplikacji zdrowotnych u powódki, które musiały skutkować kolejnymi zabiegami. Stąd należało uznać, że obecny stan zdrowia E. G. jest wynikiem laparoskopii z 25 maja 2000r., aczkolwiek Sąd musiał mieć na uwadze fakt, że powódka trafiła jednak do (...) Szpitala w K. z dolegliwościami bólowymi, prawdopodobnie występującymi na tle istniejących u niej zrostów jelit, które już wówczas powodowały u niej bóle brzucha i problemy gastryczne. Jak wskazał przy tym biegły gastroenterolog J. D. w opinii z 22 grudnia 2012r., zgłaszane przez powódkę naprzemiennie występowanie częstych, luźnych stolców, z zaparciami, dolegliwości bólowe brzucha z krótkotrwałym zatrzymaniem gazów i stolca, i dolegliwości bólowe okolicy odbytu nie **mają** bezpośredniego związku z wykonaną w dniu 25.05.2000 r. laparoskopową **operacją** ginekologiczną. Można więc było zdaniem Sądu przyjąć, że na skutek powikłań pooperacyjnych, które wystąpiły po zabiegach w dniu 25 i 28 maja 2000r., a objawów ubocznych przebytej operacji resekcyjnej w dniu 8.08.2000 r., doszło do nasilenia się wcześniej występujących objawów chorobowych oraz do wystąpienia nowych związanych z rozległym wycięciem jelita cienkiego. Sąd zatem zaznaczył, że ta okoliczność musiała mieć wpływ na zgłaszane przez powódkę roszczenia, w tym przede wszystkim na wysokość żądanego przez powódkę zadośćuczynienia w kontekście przeżywanych przez nią cierpień i dolegliwości bólowych.

W zakresie wysokości żądanej przez powódkę zadośćuczynienia Sąd uznał je za wygórowane. Sąd wziął pod uwagę przede wszystkim jej cierpienia związane z przebytymi zabiegami, czasookres pozostawania w szpitalu i dolegliwości z tym pobytem związane, a następnie sposób jej funkcjonowania po wyjściu ze szpitala i obecny stan zdrowia. Niewątpliwie sam fakt, że powódka przybyła do szpitala na zabieg pozornie nieskomplikowany i mający trwać kilkanaście minut, a ostatecznie spędziła w nim ponad trzy miesiące, świadczył już sam w sobie o traumie, jakiej doznała. Jej cierpienie rozpoczęło się już po pierwszym zabiegu operacyjnym, jaki miał miejsce 25 maja 2000r., przy czym największe dolegliwości i cierpienia miały miejsce w czasie leczenia zachowawczego w okresie od dnia 28 maja 2000r. do 7 sierpnia 2000r., kiedy to pozbawiona była możliwości jedzenia i picia, odżywiana była jedynie jelitowym preparatem odżywczym w kroplówce, miała założony dren, z którego wyciekała treść jelitowa, co jest bardzo bolesne i nieprzyjemne nie tylko dla ciała, ale i psychiki. Cierpienia powódki nie ustąpiły również po wypisaniu z oddziału chirurgicznego w sierpniu 2000 r. Oprócz tego, że musiała ona prowadzić bardzo oszczędny tryb życia, który oznaczał znaczne ograniczenie aktywności życiowej, w tym możliwości podróżowania, wykonywania pracy zarobkowej, kontaktów towarzyskich, to dodatkowo występowały u niej okresowe nawroty dolegliwości bólowych jamy brzusznej i związana z tym konieczność leczenia szpitalnego. Okoliczności te nie pozwalały jej na planowanie zamierzeń wynikających z życia osobistego. W pierwszym miesiącu, po powrocie do domu, bała się wychodzić z domu z uwagi na częste biegunki. Z mieszkania wychodziła tylko na chwilę. Nadto powódka musiała także dostosować się do zmienionego sposobu przygotowywania posiłków i odżywiania. Mimo stosowania diety, cały czas borykała się z biegunkami i niedrożnościami jelit, ma częste bóle w jamie brzusznej i momenty załamań psychicznych. Z tego względu zażywa leki przeciwko biegunkom oraz przeciwbólowe i rozkurczowe. Powódka nadal pozostaje pod stałą kontrolą Poradni Gastrologicznej oraz Poradni Zdrowia Psychicznego. Sąd miał także na uwadze, że przed zabiegiem operacyjnym w maju 2000r. powódka udzielała się towarzysko, żyła aktywnie, a obecnie musi prowadzić oszczędny tryb życia, unika kontaktów z ludźmi. Do tego biegła psychiatra stwierdziła, że pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego powódki wystąpiło stopniowo od maja 2000r., w związku z zabiegami operacyjnymi i powikłaniami, jakie pojawiły się w przebiegu leczenia. Utrzymujące się dolegliwości ze strony układu pokarmowego nadal mają wpływ na utrzymywanie się przewlekłych objawów depresyjnych. Z tej przyczyny powódka wymaga leczenia przeciwdepresyjnego, długotrwałego stosowania leków przeciwdepresyjnych, natomiast rokowanie odnośnie poprawy kondycji psychicznej powódki w przyszłości uzależnione jest od jej stanu zdrowia somatycznego oraz nasilenia objawów ze strony przewodu pokarmowego, które istotnie ograniczają funkcjonowanie powódki. Biegła wskazała, że choć jej samopoczucie związane jest także z występującą chorobą zrostową, tak nie da się przy tym oddzielić i ustalić procentowo, który czynnik w jakim procencie wpłynął na obecny jej stan psychiczny. Jednocześnie biegła stwierdziła, że proces leczenia powódki przebiega dość dobrze, co jednak nie znaczy, że dolegliwości jej minęły, ale zostały złagodzone i umożliwiają jej funkcjonowanie w życiu osobistym i zawodowym.

Sąd miał więc na uwadze, że powódka w wyniku zabiegu laparoskopii, podczas której doszło do perforacji jelita i zapalenia otrzewnej, została poddana dodatkowo dwóm zabiegom, które przy właściwym postępowaniu pozwanych lekarzy, mogły w ogóle się nie odbyć. Na skutek doznanych uszkodzeń jelita, wycięto jej około dwóch metrów jelita cienkiego, czego nie da się już naprawić i z czym powódka będzie musiała funkcjonować. Przy jej wcześniejszych dolegliwościach związanych ze zrostem jelit, brak tak znacznego odcinka jelita skutkuje pogłębieniem jej objawów związanych z prawdopodobnie istniejącą u niej chorobą zrostową w miednicy małej. Powódka przeżyła wiele zabiegów medycznych, które i tak nie doprowadziły do całkowitego jego wyleczenia i do dnia dzisiejszego musi być ona pod stałą kontrolą lekarską. Natomiast na skutek nieprawidłowych czynności pozwanych powódka doznała 25% uszczerbku na zdrowiu, a występujące u niej schorzenia początkowo spowodowały, że była ona całkowicie niezdolna do pracy, natomiast obecnie posiada orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy.

Wobec tego Sąd uznał, że adekwatną do przeżytych przez powódkę cierpień i doznanych urazów będzie kwota 100.000 zł zadośćuczynienia. Sąd zasądził tę kwotę wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wydania wyroku, na podstawie art. 481 § 1 k.c. Sąd przyjął, że skoro dopiero w wyroku nastąpiło ostateczne określenie wysokości zobowiązania pozwanego wobec powódki, to nieuzasadnione byłoby naliczanie odsetek od daty wcześniejszej. Nadto dopiero na etapie postępowania dowodowego przed sądem doszło do powołania dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu psychiatrii. Skoro więc Sąd oceniał należne dla powódki zadośćuczynienie za krzywdy i cierpienia, jakich doznała

od momentu powstania u niej szkody do chwili orzekania, uwzględniające również wystąpienie u niej przyszłych dolegliwości, to nie było możliwe zasądzenie na jej rzecz odsetek od daty wcześniejszej.

Odnośnie żądania przez powódkę odszkodowania oraz renty Sąd przyjął, że braki dowodowe po stronie powodowej nie pozwalały na uwzględnienie tego roszczenia, nawet w części. Powódka w ramach żadanego odszkodowania wskazała koszty drogiej diety wysokokalorycznej, koszty zakupu leków, rehabilitacji, wizyt u lekarzy, utraty możliwości zarobkowania, utraty zdrowia oraz opieki osoby trzeciej. Dodała przy tym, że ogół tych kosztów to kwota 50.000 zł, jaką do tej pory wydatkowała na te cele. Sąd jednak zaznaczył, że pomimo zastępowana powódki przez fachowego pełnomocnika, wskazana przez E. G. kwota stanowiła jedynie sumę tych poszczególnych strat, bez nawet przybliżonego określenia poszczególnych rodzajów szkód majątkowych i przedstawienia twierdzeń ich dotyczących. Z tego już względu Sąd nie miał też możliwości zastosowania w sprawie art. 322 k.p.c. Sąd podkreślił, że powódka nie przedstawiła żadnych dowodów mających choć w części przedstawiać fakt posinionych przez nią kosztów związanych czy to z leczeniem, czy dietą. Przesłuchani w sprawie świadkowie nie potrafili nawet w przybliżony sposób wskazać tego, jakie kwoty miesięcznie powódka ponosi w związku z leczeniem i odżywianiem. Co więcej, przyznały, że wspierały powódkę i pomagały jej bez jakiegokolwiek gratyfikacji pieniężnej. Jednocześnie Sąd zdołał ustalić, że powódka nie wymagała pomocy osoby trzeciej. Nadto, jak sama wskazała, nie ponosiła dodatkowych kosztów wizyt lekarskich, które świadczone jej były w ramach bezpłatnej opieki lekarskiej. Również turnusy rehabilitacyjne, z których powódka korzysta raz w roku, są refundowane ze środków publicznych. Sąd również podał, że dieta, jaką zalecono powódce również nie wymagała ponoszenia przez nią większych kosztów, niż dotychczas. Powódka nadto zdaniem Sądu nie wykazała, ile na leki wydaje, jakie są to leki, czy musi je stosować regularnie, czy tylko okresowo.

Podobne stanowisko Sąd zajął odnośnie żądania renty przez powódkę. Nie udowodniła ona w ocenie Sądu, w jakim zakresie i czy w ogóle zwiększyły się jej potrzeby. Nie przedstawiła jakichkolwiek dowodów na okoliczność zwiększonych potrzeb utrzymania oraz stałych kosztów leczenia i rehabilitacji. Powódka zaś obecnie posiada częściową niezdolność do pracy, nadal pobiera rentę inwalidzką w kwocie 900 zł netto miesięcznie, dodatkowo podjęła zatrudnienie na 1/2 etatu w Zakładzie Pracy Chronionej w D. jako pielęgniarka i jej miesięczne wynagrodzenie wynosi 638,88 zł netto. Powódka wskazywała w toku postępowania, że przed operacją podejmowała prace dorywcze jako pomoc biurowa, a także że była zatrudniona w innych zakładach pracy, jednakże nie potrafiła określić jakie wynagrodzenie z tego tytułu otrzymywała. Sąd nie miał zatem żadnego poglądu na to, w jakiej sytuacji finansowej pozostawała powódka przez operacją i jak ta sytuacja ma się do jej obecnego położenia, a zatem nie było możliwe określenie ewentualnego uszczerbku w jej majątku, doznanego na skutek jej powikłań zdrowotnych.

O kosztach procesu orzeczono w oparciu o art. 100 k.p.c.

Apelacje od powyższego wyroku wywiodły obie strony.

Pozwani: (...) Szpital w K., U. P., R. Ś. i M. H. zaskarżyli ww. wyrok w punktach 1, 3 i 4, domagając się jego zmiany poprzez oddalenie powództwa w całości i obciążenie powódki kosztami postępowania za wszystkie instancje. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucali:

1. naruszenie przepisów:

a) art. 415 k.c. poprzez przyjęcie, iż pozwany ponosi winę za szkodę powstałą na skutek wyboru przez pozwanych lekarzy niezgodnego z zasadami wiedzy medycznej i standardami sposobu postępowania, o czym świadczyć miałyby niedokonanie konwersji na laparotomię podczas zabiegu laparoskopowego, gdy w rzeczywistości wybór tego postępowania był zgodny ze sztuką medyczną;

b) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i ich arbitralną oraz wybiórczą ocenę w uzasadnieniu podjętego rozstrzygnięcia skutkujące naruszeniem przepisów art. 65 § 1 k.c. i art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. z uwagi na nierozważenie zgodnie z zaleceniami Sądu Apelacyjnego w Szczecinie zawartymi w wyroku I ACa 224/08, jak też bezkrytyczne przyjęcie wyjaśnień powódki na okoliczność doznanych cierpień i bezkrytyczną ocenę twierdzeń biegłego psychiatry, który nigdy nie zapoznał się z rzekomo istniejącą dokumentacją leczenia depresji u

powódki przez okres kilkunastu lat. Nadto zarzucano, że w sposób niedopuszczalny Sąd I instancji pominął zeznania biegłego J. D., który słuchany w ramach pomocy sądowej we wrześniu 2013 r. wyraźnie zeznał, rzeczowo medycznie i logicznie uzasadniając swoje stanowisko ustalił po ponownym zapoznaniu się z materiałem dowodowym w sprawie, że jednak nie mogły istnieć w dniu zabiegu laparoskopii otwory świadczące o naruszeniu przez pozwanych powłoki jelit, co w okolicznościach niniejszej sprawy ma zasadniczy wpływ na uznanie, że pozwani jakoby popełnili błąd w sztuce medycznej nie dokonując konwersji laparoskopii na laparotomię w dniu 25 maja 2000 r. Zarzucano, że pełnomocnicy powódki obecni na uzupełniającym przesłuchaniu tego biegłego nie wnieśli żadnych uwag do tych zeznań, w związku z czym należało uznać za przyznany fakt, że otworów w jelicie w czasie laparoskopii nie było.;

2. błąd w ustaleniach faktycznych będących podstawą wyroku polegający na przyjęciu przez Sąd, że w przedmiotowej sprawie wystąpił błąd medyczny, podczas gdy z opinii biegłego J. D. wynika, że następstwa zabiegu laparoskopii mogą być jedynie traktowane jako możliwe powikłania pooperacyjne.

Pozwani wnieśli o dopuszczenie dowodu z przesłuchania biegłego J. D. na okoliczność ustalenia, że w chwili zakończenia zabiegu laparoskopii nie istniały otwory powstałe w wyniku nakłuc podczas laparoskopii i tym samym konwersja na laparotomię nie pozwoliłoby, i to z dużym prawdopodobieństwem, zauważyć i opatrzyć powstałych jakoby w czasie wykonywanej przez pozwanych lekarzy laparoskopii.

Pozwani w swych apelacjach identycznie argumentowali, że biegły J. D. jednoznacznie stwierdził, iż następstwa tego zabiegu mogą być jedynie rozpatrywane w kategoriach możliwych powikłań pooperacyjnych a nie błędu medycznego, czyli brak jest podstaw do przypisania pozwanym winy. Ponadto zarzucano, że Sąd w uzasadnieniu wyroku podnosząc, iż nie ma wątpliwości, że za szkodę jakiej doznała powódka odpowiedzialni są pozwani, nie wykonał zalecenia Sądu Apelacyjnego: choćby i uznając, że gdyby nawet brak konwersji na laparotomię było błędem lekarskim, to jaki jest normalny związek przyczynowy między owym błędem a stanem zdrowia powódki. Zarzucili, że Sąd I instancji w żadnym zakresie swego uzasadnienia nie omówił, na czym wymagany przez Sąd Apelacyjny związek przyczynowy polega, w zakresie obciążania pozwanych normalnymi skutkami normalnych następstw. Niewątpliwie bowiem Sąd I instancji sam wskazał, że począwszy od dnia 28 maja 2000 r. dalsze zdarzenia są powikłaniami. Sąd zdaniem apelujących nie rozważył, że przecież już Sąd Apelacyjny wskazał, iż gdyby przyjął, że pozwani popełnili błąd nie dokonując konwersji, to jest to jedynie współprzyczyną, a nie przyczyną wyłączną, samodzielną. Stąd kwota 100.000 zł jest w okolicznościach niniejszej sprawy rażąco zawyżona, skoro z wyjaśnień samej powódki, dokumentacji lekarskiej oraz wywiadu zebranego przez biegłego psychiatrę jednoznacznie wynika, że powódka cierpi na dolegliwości wynikające z choroby zrostowej, a nie w wyniku zaniechania dokonania konwersji na laparotomię. Zdaniem pozwanych Sąd winien był też logicznie zweryfikować twierdzenia biegłej psychiatry odnośnie depresji powódki trwającej kilka lat, powołującej się na niepoznaną przez nią dokumentację leczenia powódki w poradni psychiatrycznej. Ponadto zarzucono, iż Sąd nie rozważył w zakresie oceny stanu zdrowia powódki, że biegli jednoznacznie potwierdzili, iż zaprzestanie palenia papierosów przez powódkę doprowadzi ją do odzyskania sił i sprawności gastrycznej w stopniu eliminującym opisywane przez nią dolegliwości (w szczególności biegunki). Apelujący wyrazili opinię, że nie można wiązać rzekomego błędu nie dokonania konwersji na laparotomię z obecnymi i poprzednio ujawnionymi dolegliwościami dotyczącymi skutków choroby zrostowej u powódki, na którą chorowała jeszcze przed zabiegiem laparoskopii. Do tego, skoro jak J. D. zeznał, że nie mogło być otworów po nakłuciu, to w tej sytuacji nawet przeprowadzenie laparotomii nic by nie zmieniło: otwory polaparoskopowe bowiem nie mogłyby być zauważone (stwierdzone), powstałyby później i tym samym ów ciąg dalszych zabiegów i tak miałyby miejsce. Nie zgodzono się ze stanowiskiem Sądu, jakoby J. D. zeznał o powyższym ponad zakres zlecenia, gdyż odpowiadał on na rozprawie we wrześniu 2013 r. na pytania pozwanych, Sąd to dopuścił, a strona powódka nie zgłosiła do zamknięcia rozprawy żadnych zastrzeżeń. Podniesiono także, iż skoro powódka wyraziła zgodę na proponowane leczenie: laparoskopię, to tym samym Sąd w niedopuszczalny sposób uzupełnił to oświadczenie uznając, że powódka także w ten sposób wyraziła zgodę także na laparotomię. Zdaniem strony pozwanej Sąd bezzasadnie zarzucił pozwanym lekarzom, że powinni przejść na laparotomię.

Z kolei powódka zaskarżyła punkt 2 ww. wyroku, zarzucając:

1. błąd w ustaleniach faktycznych poprzez ustalenie, iż powódka:

- nie przedstawiła dowodów na poparcie swoich twierdzeń odnośnie poniesienia kosztów związanych z leczeniem i rehabilitacją, zwiększonymi wydatkami na żywność, lekarstwa i środki higieniczne spowodowanych szkodą wyrządzoną powódce przez pozwanych;

- nie przedstawiła dowodów na poparcie swoich twierdzeń odnośnie wysokości zwiększonych wydatków oraz zmniejszenia się jej widoków powodzenia na przyszłość w zakresie dochodzonej w niniejszym postępowaniu renty;

2. naruszenie przepisów postępowania - art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, wyrażające się w uznaniu:

- że zgromadzone w niniejszej sprawie dowody nie dają wystarczających podstaw do określenia wysokości poniesionych przez powódkę kosztów związanych z leczeniem i rehabilitacją, zwiększonymi wydatkami na żywność, lekarstwa i środki higieniczne spowodowanych szkodą wyrządzoną powódce przez pozwanych;

- że zgromadzone w niniejszej sprawie dowody nie dają wystarczających podstaw do określenia wysokości zwiększonych wydatków oraz zmniejszenia się jej widoków powodzenia na przyszłość w zakresie dochodzonej w niniejszym postępowaniu renty;

- że rozmiar cierpień i krzywda jakiej doznała powódka uzasadnia przyznanie zadośćuczynienia jedynie w wysokości 100.000 zł, nie zaś w kwocie stanowiącej żądanie pozwu tj. 200.000 zł;

3. obrazę prawa materialnego - art. 6 k.c. oraz naruszenie przepisów postępowania - art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów wyrażające się w uznaniu, że powódka:

- nie podołała ciężarowi dowodowemu, w zakresie wykazania poniesienia kosztów (i ich wysokości) związanych z leczeniem i rehabilitacją, zwiększonymi wydatkami na żywność, lekarstwa i środki higieniczne spowodowanych szkodą wyrządzoną powódce przez pozwanych w stopniu uzasadniającym zasądzenie na jej rzecz świadczenia odszkodowawczego zgodnie z żądaniem pozwu;

- nie podołała ciężarowi dowodowemu, w zakresie wykazania wysokości zwiększonych wydatków oraz zmniejszenia się jej widoków powodzenia na przyszłość w zakresie dochodzonej w niniejszym postępowaniu renty w stopniu uzasadniającym zasądzenie na jej rzecz renty zgodnie z żądaniem pozwu;

4. obrazę prawa materialnego - art. 481 § 1 k.c. poprzez uznanie, że odsetki za opóźnienie od zasądzonego zadośćuczynienia należą się wyłącznie od dnia wyrokowania, nie zaś od dnia wyznaczonego wezwaniem do zapłaty.

W oparciu o powyższe zarzuty powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie żądania pozwu w całości i zasądzenie solidarnie od pozwanych na swą rzecz kosztów postępowania sądowego wraz z kosztami zastępstwa procesowego za I i II instancję według norm przepisanych, z uwzględnieniem kosztów postępowania odwoławczego.

Powódka zarzuciła, iż Sąd zmarginalizował okoliczność, że szereg skutków wyrządzonej jej szkody ma charakter trwały i nieodwracalny. Podniosła, że Sąd I instancji ustalając wysokość krzywdy jaką doznała, pominął możliwość nawiązywania relacji emocjonalnych, fizycznych, czy też możliwości założenia rodziny. Powódka na skutek swej niepełnosprawności i dolegliwości natury fizycznej, na jakie cierpi, zmuszona była wycofać się z życia towarzyskiego, unika kontaktów z ludźmi. Ponadto Sąd pominął fakt, iż występujące u powódki dolegliwości (spowodowane w znacznym stopniu zdarzeniem, za które ponoszą odpowiedzialność pozwani) uniemożliwiają jej aktywne uczestnictwo w praktykach religijnych. Tymczasem powódka przed feralnym zabiegiem była w zasadzie zdrową kobietą bez żadnych ograniczeń żywieniowych. Odnośnie odsetek powódka wskazywała, że Sąd w sposób nieuzasadniony uznał, iż ustalenie faktu wystąpienia i rozmiaru krzywdy nastąpiło dopiero w przedmiotowym postępowaniu. Fakt bowiem wystąpienia krzywdy w niniejszej sprawie był oczywisty i ewidentny, zaś jej wysokość również nie powinna budzić

wątpliwości. Pozwani posiadali pełną świadomość odnośnie istnienia po stronie powódki krzywdy spowodowanej zdarzeniem za które ponoszą odpowiedzialność, o czym świadczy złożona na rozprawie w dniu 13 października 2010 r. propozycja ugodowa. Odnośnie leków to został przedstawiony spis leków wraz z ich cenami, które zgodnie z zaleceniami lekarzy zażywać musi powódka, sporządzony przez mgr farm. J. K. Apteka (...) (załączony do pozwu). Nadto konieczność, a także określenie, jakie leki zażywać musi powódka, potwierdzają zgromadzone w sprawie zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia, oraz wypisy, w których wyraźnie wskazano nazwy leków które musi zażywać powódka. Również przeprowadzone przed Sądem dowody z przesłuchania świadków oraz powódki dostarczają informacji o kosztach, jakie ponosi ona z tytułu konieczności zakupu leków i diety. Natomiast w przypadku rozpoczęcia pobierania przez powódkę świadczenia emerytalnego (co nastąpi w ciągu najbliższych 2 lat) utraci ona możliwość korzystania z koniecznych dla niej rehabilitacji nieodpłatnie. Natomiast fakt zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość nie został w toku procesu zakwestionowany przez pozwanych. Powódka nadto zeznała, że w 1999 r. była zatrudniona na dwóch etatach, co nakazuje przyjąć, iż jej sytuacja zarobkowa uległa pogorszeniu z co najmniej dwukrotnej minimalnej krajowej wysokości wynagrodzenia z tytułu stosunku pracy do obecnie uzyskiwanej kwoty 638,88 zł. Podniosła też, że z tytułu zmniejszonej możliwości zarobkowej w najbliższej przyszłości uzyska świadczenie emerytalne w wysokości dużo niższej, aniżeli uzyskałaby gdyby na skutek działania pozwanych nie stała się osobą niepełnosprawną.

W odpowiedziach na apelacje strony nawzajem wnosiły o oddalenie apelacji przeciwników oraz zasądzenie na swą rzecz kosztów postępowania odwoławczego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje obu stron nie zasługiwały na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że w ocenie Sądu odwoławczego ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd pierwszej instancji są prawidłowe i kompletne, a wyprowadzone z nich wnioski nie budzą zastrzeżeń. Ocena materiału dowodowego dokonana przez Sąd Okręgowy mieści się więc w ramach wskazań zawartych w art. 233 § 1 k.p.c., jak również ustalony przez ten Sąd w sprawie stan faktyczny nie nosi błędów, które zarzucali apelujący. Stąd te ustalenia i ocenę prawną Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne, co czyni zbytecznym ponowne ich szczegółowe przytaczanie. Warto nadto już w tym miejscu odnotować, że Sąd Okręgowy wydał obecnie zaskarżone orzeczenie w wyniku ponownego rozpoznania sprawy, na skutek wydania wyroku kasatoryjnego przez tutejszy Sąd Apelacyjny w dniu 30 czerwca 2010 r., sygn. akt I ACa 224/08 i w ocenie Sądu drugiej instancji wypełnił tenże Sąd wszystkie wskazania co do dalszego postępowania wyrażone w uzasadnieniu tego wyroku.

Kontrolę instancyjną zaskarżonego wyroku należało rozpocząć od zarzutów stawianych przez pozwanych: lekarzy przeprowadzających zabieg operacyjny u powódki w dniu 25 maja 2000 r. oraz szpitala, w którym doszło do tego zabiegu, albowiem ten krąg apelujących kwestionował roszczenie powódki już u samej jego zasady, podczas gdy Sąd Okręgowy uwzględnił to powództwo, tyle że nie w pełnej wysokości oraz zakresie. Zaznaczyć przy tym wypada, iż stanowisko oraz argumentacja wszystkich pozwanych, zawarte w odrębnie wywiedzionych apelacjach, były niemal identyczne.

Pierwszorzędną kwestią, którą jednolicie akcentowali apelujący pozwani, była kwestia popełnienia przez pozwanych lekarzy błędu medycznego podczas zabiegu laparoskopii, który to błąd – zgodnie z tym co przyjął Sąd Okręgowy – miał się wyrażać w zaniechaniu podczas tego zabiegu z 25 maja 2000 r. konwersji z laparoskopii na laparotomię.

W tym kontekście nie można oczywiście pomijać treści uzasadnienia wspomnianego już wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 30 czerwca 2010 r., który uchylając zaskarżony wyrok Sądu pierwszej instancji i przekazując sprawę do ponownego rozpoznania właściwie przesądził już wtedy, że błędem w sztuce lekarskiej było właśnie kontynuowanie laparoskopii w dniu 25 maja 2000 r. i zakończenie jej bez konwersji na laparotomię, co – jak zaznaczano - w sposób jasny i precyzyjny opisał biegły R. M. w swej opinii pisemnej i uzupełniającej ustnej złożonej na rozprawie w dniu 24 czerwca 2010 r. Zgodnie z art. 386 § 6 k.p.c. ocena prawna i wskazania co do dalszego postępowania wyrażone w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji wiążą zarówno sąd, któremu sprawa została przekazana, jak i sąd

drugiej instancji, przy ponownym rozpoznaniu sprawy; nie dotyczy to jednak wypadku, gdy nastąpiła zmiana stanu prawnego. W stanowisku wyrażonym wówczas przez Sąd Apelacyjny, podstawę do przyjęcia takiego wniosku odnośnie popełnionego błędu medycznego dawały opinie biegłych wydane do tamtej pory w rozpoznawanej sprawie. Sąd odwoławczy dysponował bowiem na datę orzekania opinią sporządzoną przez instytut specjalistyczny - Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej (...) w Ł., jak również dwoma opiniami wydanymi już na etapie postępowania apelacyjnego – wspólnie przez biegłych dr hab. n. med. T. S. i dr n. med. R. B. oraz osobno przez biegłego dr n. med. R. M..

Na tej podstawie, w oparciu o wnioski tych biegłych, Sąd Apelacyjny doszedł wówczas do przekonania, iż zabieg laparoskopii z dnia 25 maja 2000 r. był przeprowadzony co do zasady prawidłowo, a błędem był jedynie brak konwersji na laparotomię. Nie było bowiem przeciwwskazań medycznych do takiego kontynuowania zabiegu zgodnie z celem, w jakim przystąpiono do laparoskopii, a było nim potwierdzenie lub wykluczenie obecności torbieli jajnika. Według tych opiniujących wtedy biegłych sama perforacja jelit była normalnym powikłaniem w tego typu zabiegu, a nie błędem. Jednocześnie byli oni także zgodni co do istnienia związku przyczynowo-skutkowego przejawiającego się w tym, że gdyby doszło do konwersji na laparotomię, to przeprowadzenie jej z wysokim prawdopodobieństwem ujawniłoby także perforacje jelit dokonane z pewnością w trakcie laparoskopii (choć z w sposób niezawiniony przez pozwanych) oraz umożliwiłoby to zaopatrzenie miejsc po nakłuciach i istotnie zmniejszyłoby ryzyko zapalenia otrzewnej, jakie rozwinęło się w następstwie perforacji jelita, choć nie wykluczyłoby go w sposób pewny.

Konkludując, założeniem, na którym opierali się wskazani biegli formułując pogląd o błędzie medycznym, było zatem przyjęcie, że przejście z laparoskopii do zabiegu na otwartej jamie brzusznej w dniu 25 maja 2000 r. ze znaczną dozą prawdopodobieństwa doprowadziłoby do ujawnienia istniejących już wtedy perforacji jelita u powódki i ich zaopatrzenia, co mogłoby uchronić ją przed zakażeniem otrzewnej i dalszymi operacjami.

Należało mieć w związku z tym na względzie, iż na gruncie przepisu art. 386 § 6 k.p.c. ocena prawna i wskazania co do dalszego postępowania wyrażone w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji wiążą o tyle, o ile nie zmieniły się przepisy prawa mające zastosowanie w sprawie oraz o ile przy ponownym rozpoznaniu sprawy nie zostaną ustalone inne okoliczności faktyczne, modyfikujące poprzednio rozważoną podstawę faktyczną rozstrzygnięcia. W judykaturze więc przyjmuje się, że wiążące wytyczne mogą dotyczyć konieczności przeprowadzenia czy oceny określonych dowodów, co nie oznacza jednak, że sąd pierwszej instancji przy ponownym rozpoznaniu sprawy nie może przeprowadzić lub ocenić żadnych innych dowodów.

W tym zaś kontekście apelujący pozwani powoływali się na stanowisko wyrażone przez kolejnego biegłego, zawezwanego w niniejszej sprawie przy ponownym jej rozpoznaniu, w osobie dr n. med. J. D.. Ten biegły w ustnej opinii uzupełniającej na rozprawie w dniu 19 września 2013 r. - na pytania pełnomocnika pozwanych lekarzy - zakwestionował bowiem stanowisko biegłych sporządzających poprzednie opinie odnośnie istnienia błędu medycznego w postaci braku konwersji laparoskopii na laparotomię, który pozostawałby w związku przyczynowo-skutkowym z brakiem już w dniu 25 maja 2000 r. rozpoznania i zaopatrzenia perforacji jelita.

W ocenie Sądu Apelacyjnego należało przyznać rację apelującym o tyle, że skoro biegły ten, choć pobocznie, to jednak sformułował takie stanowisko w czasie jego przesłuchania przed Sądem, a strona przeciwna także nie zgłosiła w tej mierze zastrzeżeń, to Sąd Okręgowy – w ramach swobodnej oceny materiału dowodowego zgodnie ze wskazaniem art. 233 § 1 k.p.c. - miał obowiązek poddać analizie i ocenie opinię biegłego J. D. także i w tym fragmencie. W związku z tym Sąd Apelacyjny, w uwzględnieniu wniosku apelujących pozwanych, przeprowadził na rozprawie w dniu 16 czerwca 2015 r. dowód z ustnych wyjaśnień biegłego J. D. do złożonych przezeń w sprawie opinii. Taki dodatkowo przeprowadzony dowód na etapie postępowania apelacyjnego, zdaniem Sądu odwoławczego, nie był jednak w stanie podważyć oceny Sądu pierwszej instancji, że za miarodajne i wiarygodne źródło wiedzy specjalnej w zakresie genezy powstania u powódki perforacji jelita podczas zabiegu w dniu 25 maja 2000 r. należało uznać opinie wydane przez poprzednich biegłych.

Sąd Apelacyjny podkreśla, że biegły R. M. i zespół specjalistów z instytutu naukowego w Ł. konsekwentnie i spójnie potwierdzali ten sam błąd medyczny, a polegający na zaniechaniu przejścia z laparoskopii na laparotomię,

co mogło z wysokim prawdopodobieństwem doprowadzić do wykrycia u powódki już wtedy perforacji jelita (jako powikłania wpisanego w ryzyko zabiegu laparoskopii) i odpowiedniego zamknięcia tych otworów. Natomiast takie swoje przekonanie biegli, w szczególności w osobach R. M. (k. 860, 1023) oraz T. S. i R. B. (k. 745, 798), wywodzili z charakteru stwierdzonych perforacji, które łączyli z efektem nakłucia jelita podczas wprowadzania igły Veresa oraz podczas wprowadzania pierwszego trokara laparoskopu do jamy brzusznej.

Tymczasem opinia biegłego J. D. była pod tym względem odosobniona, albowiem wyraził on swoje osobiste przekonanie, iż nawet w razie przejścia z laparoskopii na laparotomię lekarze nie byłiby w stanie stwierdzić tych perforacji, gdyż jego zdaniem takie otwory perforacyjne jeszcze wtedy nie istniały. Wyraził bowiem zapatrywanie, iż nie były one rezultatem nakłucia, a jedynie oparzenia tkanki w związku z elektrokoagulacją, a zatem powstały później, co pozostaje w sprzeczności z założeniami pozostałych wskazanych biegłych. Na rozprawie w dniu 19 września 2013 r. biegły D. więc argumentował, że jego zdaniem te trzy uszkodzenia pełnej grubości ściany jelita u powódki powstały dopiero w wyniku rozkładu tkanki martwej na skutek oparzenia elektrycznego, zaznaczając, iż procesy naprawcze organizmu prowadzą do upłynnienia uszkodzenia – martwicy i otwór w ścianie jelita pojawia się przy takiej opcji dopiero po 2 lub 3 dniach. Stąd biegły ten ostatecznie zakwestionował, aby istniało tak wysokie prawdopodobieństwo wykrycia uszkodzenia jelita przy wczesnej konwersji na laparotomię, jak to przyjmowali inni wypowiadający się już przed nim w sprawie biegli.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego przebieg przesłuchania w dniu 16 czerwca 2015 r. wyraźnie jednak uwidocznili, że J. D. - w odróżnieniu od pozostałych biegłych – nie był w stanie w sposób jasny, zrozumiały i przekonujący obronić swojego stanowiska. Żywione przez niego odmienne przekonanie próbował on bowiem wesprzeć tylko względem na swoje doświadczenie i praktykę zawodową, czego nie można jednak odmówić także pozostałym biegłym opiniującym w tej sprawie. Jednocześnie na pytania Sądu i pełnomocnika powódki nie potrafił on w sposób przystępny i racjonalny wyjaśnić swojego zapatrywania co do braku błędu medycznego w analizowanym przypadku. Jego wyjaśnienia cechowała labilność, a taki sposób jego argumentacji nie mógł w sposób skuteczny podważyć wiarygodności spójnej wersji pozostałych biegłych. Także Sądowi odwoławczemu wydaje się bowiem rozsądnie umotywowana ocena biegłych R. M., T. S. i R. B., którzy jednoznacznie połączyli genezę powstania perforacji jelita powódki z nakłuciami przy pomocy sprzętu używanego przy laparoskopii, wskazując na charakter, rodzaj występujących otworów w postaci dwóch mniejszych punktowych, które odpowiadałyby nakłuciu podczas wprowadzaniu igły Veresa, i jednego większego ok. 0,5 mm, który odpowiadałby nakłuciu podczas wprowadzania pierwszego trokara (o większej średnicy) laparoskopu do jamy brzusznej. Biegły R. M., odnosząc zaś się wprost właśnie do opcji powstania tych otworów na skutek zastosowania elektronarzędzi, wyraźnie wykluczył taką możliwość w analizowanym przypadku, wyjaśniając, że opisywany charakter ran nie wskazuje na taki mechanizm urazu. Biegły J. D. nie potrafił zaś w przekonujący sposób obronić swojego poglądu w tej kwestii. Tego rodzaju utrzymywane przez niego wnioski nie zniosły także konfrontacji z podawanymi szacunkowymi terminami powstania tych otworów przy oparzeniu elektrycznym, czy pojawienia się objawów zakażenia, w połączeniu nadto z realiami tego przypadku. Mianowicie, biegły R. M. stwierdził, iż uszkodzenia za pomocą elektronarzędzi (oparzenia jelit) mają inną dynamikę – ujawniają się perforacją jelit 4-5 dni po zabiegu. Tymczasem powódka była poddana zabiegowi w dniu 25 maja, zaczęła zgłaszać bóle brzucha w dniu 27 maja, a w dniu 28 maja pojawiły się symptomy zakażenia otrzewnej i przeprowadzono u niej drugi zabieg wycięcia fragmentu jelita, w którym znajdowały się te otwory perforacyjne. Z kolei biegły J. D. w trakcie przesłuchania w dniu 19 września 2013 r. wskazywał, iż otwór w ścianie jelita pojawia się przy oparzeniu jelita po 2 lub 3 dniach. Do tego, jak wynikało z wyjaśnień tego biegłego na rozprawie apelacyjnej, należało dodać pewien czas na powstanie objawów zakażenia otrzewnej, co w takim razie zdaniem Sądu odwoławczego z dużym trudem można byłoby odnieść do wskazanych realiów niniejszej sprawy. Co więcej, biegły - pod naporem pytań zadawanych mu w tym względzie przez pełnomocnika powódki - zaczął dopuszczać jeszcze inne terminy, a wreszcie nie zdołał jasno uargumentować swojego stanowiska i ostatecznie wszystko złożył na karb tego, iż każdy przypadek może mieć indywidualny przebieg. Z pewnością jednak takie tłumaczenie to zbyt mało, aby podważyć stanowczy i jednoznaczny pogląd wyrażany przez trzech innych biegłych. Wypada również odnotować, że choć dowód z uzupełniającej ustnej opinii biegłego J. D. został przeprowadzony na wniosek apelującej strony pozwanej, to ich pełnomocnik nie zadał biegłemu konkretnego pytania w tym zakresie.

Sąd Apelacyjny stwierdza, że brak rzeczowego poparcia swego poglądu odnośnie źródła powstania perforacji jelita u powódki, tak aby tok rozumowania biegłego dał się zweryfikować sądowi pod kątem fachowości, rzetelności i logiczności, cechował całość wypowiedzi biegłego J. D. na rozprawie apelacyjnej. Dotyczyło to więc również tej części jego przesłuchania, w której miał się odnieść do kwestii, w obliczu niekwestionowanego występującego przy zabiegu laparoskopii nadciśnienia w jamie otrzewnej, czy gdyby perforacja jelita u powódki wystąpiła już wtedy to takie drobne uszkodzenia jelit zostałyby zauważone. Jego stanowisko w tym względzie raziło brakiem jasności, a zdawało się ostatecznie sprowadzać do wniosku, że skoro już podczas zabiegu w dniu 25 maja 2000 r. lekarze operujący nie stwierdzili wycieku treści jelitowej, to takich otworów jeszcze wtedy nie było. Tymczasem biegli z instytutu w Ł. wyraźnie wyjaśniali w swej opinii, że podczas kontroli zakończonej laparoskopii czasem pojedyncze, niewielkie uszkodzenia mogą być niezauważone, mimo dołożenia należytej staranności, ponieważ sprzyjać temu może właśnie istniejące wtedy w jamie otrzewnej nadciśnienie w wyniku wprowadzenia gazu, a zatem powodujące m.in. uciśnięcie jelit uwolnionych od zrostów, przez co drobne uszkodzenia jelit mogą być niezauważone (k. 365). Ponadto zaś ten zespół specjalistów także wyjaśnił, iż jest wysoce prawdopodobnym, że w czasie konwersji udałoby się stwierdzić otwory perforacyjne w ścianie jelita, gdyż nie ma już wówczas nadciśnienia w jamie otrzewnej, i pierwotnie je zaopatrzyć, co mogłoby zapobiec zaistniałym dalszym powikłaniom pooperacyjnym, związanym z nieuszczelnnością zespolenia (k. 367). Takim konkretnym argumentom biegły J. D. nie potrafił przeciwstawić rzeczowo własnych kontrargumentów. Nie można przy tym tracić z pola widzenia, że dowód z opinii biegłego sądowego podlega, jak każdy inny, ocenie sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jego przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 1001, nr 4, poz. 64).

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny doszedł do jednoznacznego przekonania, iż opinia biegłego J. D. w zakresie błędu lekarskiego nie mogła zostać uznana za rozstrzygającą, albowiem przedstawiała ona w tej mierze wersję odosobnioną od tej, która wynika z poprzednich opinii kilku innych biegłych, oraz, w odróżnieniu od nich, nie mogła zostać uznana za przekonującą z uwagi na sposób argumentowania stanowiska przez biegłego J. D.. Stąd w konsekwencji zarzucane przez apelujących pozwanych uchybienie procesowe Sądu Okręgowego, w postaci braku poddania ocenie tego dowodu w całości, i tak nie mogło odnieść zamierzonego przez skarżących skutku.

W dalszej kolejności pozwani akcentowali jednak w apelacji, iż nawet gdyby uznać, że te otwory perforacyjne powstały na skutek nakłucia w tym samym dniu co zabieg, to nadal pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia zakresu zgody udzielonej przez powódkę przed tym zabiegiem laparoskopii. Sąd odwoławczy podziela jednak w pełni w tej mierze ocenę Sądu Okręgowego, opartą na wnioskach pochodzących z opinii biegłego R. M., iż zgoda E. G. o treści „Wyrażam zgodę na proponowane leczenie operacyjne. Zakres operacji pozostawiam do decyzji zespołu operacyjnego i w pełni będę go akceptowała”, oznacza, że wyraziła ona zgodę na zabieg operacyjny co do każdej opcji, w tym laparotomii. Podobne stanowisko wyrazili też biegli z instytutu medycznego w Ł.. Nie ma w związku z tym naruszenia art. 65 k.c. Zresztą żaden z opiniujących w sprawie biegłych nie miał wątpliwości, że zgoda, jakiej udzieliła powódka na przeprowadzenie zabiegu w dniu 25 maja 2000r., pozwalała na przejście z laparoskopii do laparotomii, stąd zaniechanie tego zabiegu operacyjnego – wobec wyraźnych ku temu wskazań medycznych – stanowiło błąd lekarski. Tym bardziej, że sam pozwany R. Ś. przyznawał, iż przed zabiegiem uprzedza pacjenta, że skuteczna może się dopiero okazać laparotomia. Odmienne jedynie przekonanie pozwanych żywione w apelacji nie mogło więc zmienić tego, iż przedmiotowa zgoda dawała pełną możliwość wykonania konwersji z laparoskopii na laparotomię, co wynika wyraźnie z jej treści („Zakres operacji pozostawiam do decyzji zespołu operacyjnego i w pełni będę go akceptowała”). Podobnie, jak subiektywna ocena wyrażana przez pozwanych co do możliwości dokonania wtedy takiej konwersji i wykonania laparotomii nie była w stanie podważyć jednoznacznego, konsekwentnego i stanowczego stanowiska opiniujących biegłych, że taka zmiana zabiegu w dniu 25 maja 2000r. była w pełni możliwa i konieczna. Biegli nie stwierdzili, ażeby istniały jakiegokolwiek powody, które uniemożliwiały przeprowadzenie laparotomii, nie stwierdzili w dokumentacji medycznej żadnych adnotacji na temat jakiegokolwiek zagrożenia lub pogorszenia się stanu pacjentki wymagającego pilnego zakończenia zabiegu laparoskopowego. Stąd należało zgodzić się z biegłym R. M. i biegłymi z Ł., że decyzja o zakończeniu laparoskopii bez konwersji do laparotomii była błędem lekarskim, gdyż nie został osiągnięty cel, w jakim

wykonywano laparoskopię, tj. nie dokonano wizualizacji miednicy, w tym jajników, dla wykluczenia istnienia torbieli, a gdyby kontynuowano zabieg zgodnie z jego celem to występowała znaczna szansa na wykrycie wówczas perforacji jelit u powódki. Oczywiście nie ma w tej mierze stuprocentowej pewności, ani nie ma takiej pewności, czy mimo zaopatrzenia w tym dniu uszkodzeń i tak nie wystąpiłoby zakażenie otrzewnej, ale wysokie prawdopodobieństwo, że można byłoby te otwory dostrzec i uniknąć w ten sposób dalszych powikłań, jest wystarczające do uznania, że do zawniesienia w tym tylko zakresie doszło. W tym przejawiało się zatem istnienie normalnego związku przyczynowo-skutkowego. Warto tu jedynie dodać, że od dawna wyrażane jest w judykaturze stanowisko, iż na gruncie tzw. procesów medycznych wystarcza określenie istnienia związku przyczynowego z wysoką dozą prawdopodobieństwa, gdyż w przypadku utraty lub pogorszenia zdrowia częstokroć nie jest realne wymaganie ścisłego wykazania takich zależności.

W tej sytuacji także Sąd odwoławczy uznał, że opinie biegłych – poza zdyskwalifikowaną w tym tylko zakresie opinią J. D. - dawały podstawy do przyjęcia, że przejawem zawniesienia pozwanych lekarzy było zaniechanie przez nich w dniu 25 maja 2000 r. przejścia z laparoskopii na laparotomię, gdyż ze znacznym prawdopodobieństwem można byłoby wykryć już wtedy uszkodzenia jelit, a przynajmniej ten jeden większy otwór, co z kolei mogłoby zapobiec konieczności wykonania kolejnych operacji w stanie istniejącego już zapalenia otrzewnej i zaistniałym dalszym powikłaniom pooperacyjnym lub zmniejszyć ich skalę. Niezasadny jest więc tu zarazem zarzut apelujących, jakoby Sąd pierwszej instancji nie dostosował się do wskazań zawartych w uzasadnieniu wyroku kasatoryjnego, w którym Sąd odwoławczy akcentował, iż Sąd ten winien dokonać ustaleń, w jakim zakresie szkoda dochodzona przez powódkę od pozwanych była normalnym następstwem odstąpienia od laparoskopii i nie przeprowadzenia następowej laparotomii, co w opinii biegłych było jedynie błędem. Oznaczało to, że zadaniem Sądu Okręgowego przy ponownym rozpoznaniu sprawy było ocenić, czy i jaki jest ten związek przyczynowy pomiędzy stwierdzonym błędem lekarskim w zakresie zaniechania przejścia na laparotomię podczas zabiegu w dniu 25 maja 2000 r. a stanem zdrowia powódki, na ile jest on tak naprawdę uwarunkowany na podłożu tego błędu, a nie jej własnych schorzeń. Przy tym biegli wyjaśniali, że zabiegi operacyjne w dniu 28 maja i 8 sierpnia 2000 r. były przeprowadzone prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską, a powikłania (podobnie jak pojawienie się perforacji jelita podczas zabiegu laparoskopii) były objęte ryzykiem operacyjnym.

Tak też Sąd Okręgowy, po ponownym rozpoznaniu sprawy, wyraźnie przecież w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku akcentował, że „dalsze zabiegi, jakie powódka musiała przejść i kolejne jej cierpienia z tym związane, były następstwem zabiegu z 25 maja 2000r., a więc same w sobie nie mogły być traktowane jako przyczynę jej aktualnych schorzeń i traumy, jaką przeżyła” (str. 37). Sąd też następnie wyjaśniał, że cyt. „stan zdrowia E. G. jest wynikiem laparoskopii z 25 maja 2000r., aczkolwiek sąd musiał mieć na uwadze fakt, że powódka trafiła jednak do (...) Szpitala w K. z dolegliwościami bólowymi, prawdopodobnie występującymi na tle istniejących u niej zrostów jelit, które już wówczas powodowały u niej bóle brzucha i problemy gastryczne. Jak wskazał przy tym biegły gastroenterolog J. D. w opinii z 22 grudnia 2012r., zgłaszane przez powódkę naprzemienne występowanie częstych, luźnych stolców, z zaparciami, dolegliwości bólowe brzucha z krótkotrwałym zatrzymaniem gazów i stolca, i dolegliwości bólowe okolicy odbytu nie mają bezpośredniego związku z wykonaną w dniu 25.05.2000 r. laparoskopową operacją ginekologiczną. Jakkolwiek operacja ta zapoczątkowała ciąg niekorzystnych zdarzeń medycznych, tak fakt, iż powódce w przeszłości wycięto wyrostek robaczkowy oraz, że miała także wcześniej wykonaną operację żyłaków odbytu, pozwala na wysnucie wniosków, że już przed operacją występowała u niej choroba zrostowa w miednicy małej” (str. 39-40 uzasadnienia Sądu Okręgowego).

Trafnie zatem w oparciu o opinie biegłych, w tym w szczególności przeprowadzoną podczas ponownego rozpoznania sprawy opinię biegłego J. D., Sąd pierwszej instancji konstatował tę część rozważań, iż na skutek powikłań pooperacyjnych, które wystąpiły po zabiegach w dniu 25 i 28 maja 2000r., a objawów ubocznych przebytej operacji resekcyjnej w dniu 8.08.2000 r., doszło tak naprawdę do nasilenia się wcześniej występujących objawów chorobowych i do wystąpienia nowych związanych z rozległym wycięciem jelita cienkiego. Sąd Okręgowy wyraźnie wobec tego zaznaczył, że taka okoliczność „musiała mieć wpływ na zgłaszane przez powódkę roszczenia, w tym przede wszystkim na wysokość żądanego przez powódkę zadośćuczynienia w kontekście przeżywanego przez nią cierpienia i dolegliwości bólowych”. Także zatem przy szacowaniu wysokości należnego powódce zadośćuczynienia prawidłowo Sąd ten miał na

względnie, iż „powódka w wyniku zabiegu laparoskopii, podczas której doszło do perforacji jelita i zapalenia otrzewnej, została poddana dodatkowo dwóm zabiegom, które przy właściwym postępowaniu pozwanych lekarzy, mogły w ogóle się nie odbyć. Na skutek doznanych uszkodzeń jelita, wycięto jej około dwóch metrów jelita cienkiego, czego nie da się już naprawić i z czym powódka będzie musiała funkcjonować. Przy jej wcześniejszych dolegliwościach związanych ze zrostem jelit, brak tak znacznego odcinka jelita skutkuje pogłębieniem jej objawów związanych z prawdopodobnie istniejącą u niej chorobą zrostowej w miednicy małej” (str. 43 uzasadnienia).

Reasumując, niesłuszne są zarzuty apelujących pod kątem wypełnienia przez Sąd I instancji wskazań udzielonych poprzednio przez Sąd II instancji, albowiem treść uzasadnienia zaskarżonego wyroku wyraźnie potwierdza, że Sąd Okręgowy przy ponownym rozpoznaniu sprawy poczynił stosowne ustalenia i właściwie ocenił, w jakim konkretnie zakresie szkoda powódki pozostaje w normalnym związku przyczynowo-skutkowym z tym jedynym stwierdzonym zawinieniem pozwanych. Kompleksowej odpowiedzi na pytania w tej mierze dostarczyła wszak opinia biegłego J. D., do czego biegły ten został faktycznie powołany. Z opinii tej mianowicie wynika, że jej dolegliwości gastroenterologiczne nie mają swego źródła w takim zabiegu z dnia 25 maja 2000 r. i zaniechaniu pozwanych przejścia na laparotomię, gdyż tak naprawdę powódka zmagająca się z nimi już wcześniej - została przecież skierowana do szpitala z powodu silnych bólów w podbrzuszu, miała wycięty wyrostek robaczkowy, cierpi na chorobę zrostową. Zawinienie pozwanych skutkowało zatem tym, że uszkodzenia jelit, jako zwyczajne powikłanie operacyjne, ale które mogło zostać wykryte już w dniu 25 maja 2000 r. gdyby kontynuowano zabieg, spowodowało u powódki rozwinięcie się zapalenia otrzewnej, co skutkowało kolejną operacją, usunięciem części jelita oraz nasileniem się wcześniej występujących objawów. To zaniechanie lekarzy w zakresie konwersji z laparoskopii na laparotomię doprowadziło z wysokim prawdopodobieństwem do rozwinięcia się zakażenia w jamie brzusznej powódki, a w związku z tym proces jej leczenia był dłuższy i wiązał się z dużo większymi cierpieniami, która to szkoda jak najbardziej pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z zawinieniem pozwanych na gruncie art. 361 § 1 k.c. i czemu nie mogą zaprzeczyć apelujący. Stan zdrowia powódki, który jest skutkiem błędu popełnionego przez pozwanych lekarzy w dniu 25 maja 2000 r. w postaci zaniechania przejścia do operacji na otwartej jamie brzusznej oraz powikłań prowadzonego następnie leczenia chirurgicznego (mimo, że nie wynikają z naruszenia zasad sztuki lekarskiej, ale można było ich uniknąć z wysokim prawdopodobieństwem razie podjęcia odpowiedniej decyzji przez lekarzy), uzasadnia przeto solidarną odpowiedzialność cywilną lekarzy z art. 415 k.c. i w związku z tym Szpitala za taką szkodę powódki. Natomiast z punktu widzenia ich odpowiedzialności wobec niej nie ma już znaczenia rozkład zawinienia i stopień, w jakim konkretnie każdy z pozwanych przyczynił się do powstania szkody, gdyż tego rodzaju kwestie mogą się co najwyżej aktualizować i być przedmiotem ustaleń w procesie regresyjnym na gruncie art. 441 § 2 k.c.

W tym momencie należało wobec tego przejść do omówienia zarzutów podniesionych w apelacji wywiedzionej przez powódkę, która w pierwszym rzędzie domagała się uwzględnienia jej roszczenia o zadośćuczynienie w większym zakresie aniżeli tylko w kwocie 100.000 zł. Z kolei pozwani jednolicie twierdzili, że tak przyznana jej suma pozostaje zawyżona.

Poddanie kontroli instancyjnej zaskarżonego wyroku w tym zakresie należało jednak poprzedzić istotną uwagą wstępną, iż zgodnie z ugruntowaną linią poglądów w orzecznictwie sąd drugiej instancji może korygować wysokość zasądzzonego przez sąd pierwszej instancji zadośćuczynienia za doznaną krzywdę tylko wtedy, gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy mających na to wpływ jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, jako rażąco wygórowane lub rażąco niskie (vide: wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 2000 r., II CKN 651/98, LEX nr 51063, i z dnia 9 lipca 1970 r., III PRN 39/70, OSNC 1971/3/53; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 27 września 2012 r., sygn. III APa 16/12, OSA 2012/12/103-135). Ingerencja sądu odwoławczego jest zatem możliwa dopiero wówczas, gdy sąd pierwszej instancji pominął jakieś istotne okoliczności wpływające na szacowanie odpowiedniego zadośćuczynienia lub nie nadał im należytego znaczenia.

Tymczasem w analizowanym przypadku Sąd Apelacyjny nie dostrzega uzasadnionych podstaw do ingerencji w taką treść zaskarżonego wyroku, albowiem zasądzona kwota nie jest ani rażąco wygórowana, ani też rażąco zaniżona. Przy określeniu należnej powódce kwoty zadośćuczynienia Sąd Okręgowy nie pominął żadnych istotnych kryteriów, obszernie je wymienił, opisał i uargumentował swoje stanowisko, stąd nie ma potrzeby ponownego dokładnego ich

powielania w niniejszych rozważaniach. Także apelacja E. G. w istocie nie dostarcza żadnych nowych okoliczności, takich których nie wzięłyby już w tej mierze pod uwagę Sąd pierwszej instancji. Z kolei apelacja strony pozwanej opiera się głównie w tej mierze na mylnej – jak wyjaśniono – negacji dopuszczenia się błędu lekarskiego, który pozostawałby w związku ze szkodą powódki, wobec czego taka argumentacja skarżącej również nie mogła odnieść oczekiwanego rezultatu.

Apelująca powódka zdaje się jednak przede wszystkim zapominać, że skoro zachowanie pozwanych jedynie przyczyniło się do jej obecnego stanu zdrowia, a więc jest jego współprzyczyną a nie źródłem, to musiało to wpłynąć na szacowanie należnego jej zadośćuczynienia. Nie można bowiem tracić z pola widzenia, że odpowiedzialność pozwanych sięga tylko tych skutków, które pozostają w normalnym związku przyczynowo-skutkowym z jej szkodą. Tymczasem E. G. już wcześniej cierpiała na schorzenia związane z bólami brzucha, występująca u niej choroba zrostowa także nie jest spowodowana przez pozwanych. Należy nadto pamiętać, że jedynym ich zawinieniem był brak przeprowadzenia konwersji z laparoskopii na laparotomię, a powikłania w postaci perforacji jelit objęte są już zwykłym ryzykiem operacyjnym, tak jak i biegli nie dopatrzili się żadnych naruszeń sztuki lekarskiej przy wykonywaniu kolejnych zabiegów z 28 maja i 8 sierpnia 2000 r., czego zresztą strona powodowa nie kwestionuje. Co więcej, nie można wykluczyć, że nawet przy zdecydowaniu się na przeprowadzenie w dniu 25 maja 2000 r. laparotomii, przynajmniej jeśli chodzi o te dwa mniejsze otwory, to także mogłyby nie zostać wtedy zauważone, a zapalenie otrzewnej mimo to również mogło wystąpić. Nie można też twierdzić, że dolegliwości bólowe powódki i niekorzystne objawy gastryczne zostałyby wyeliminowane, skoro są związane z występującą u niej chorobą zrostową.

Warto jednocześnie odnotować, iż z opinii biegłego J. D., jak i biegłych T. S. i R. B., wynika, że u powódki pozostało ok. 2 m jelita cienkiego, co jest ilością wystarczającą po okresie adaptacji do spełniania prawidłowo swych fizjologicznych funkcji, a zatem dokonana resekcja nie powinna pozostawiać poważniejszych konsekwencji dla jej stanu zdrowia. Do tego biegły J. D. wyjaśnił, że tzw. zespół jelita krótkiego pojawia się zwykle dopiero przy pozostawieniu mniej niż 50 cm jelita cienkiego, a zatem nie jest to przypadek powódki, oraz że nie występują u niej istotne zaburzenia w stanie odżywiania. Zalecono powódce prowadzenie oszczędniejszego trybu życia, ale biegli nie stwierdzili przeszkód do jej samodzielnego funkcjonowania, bez potrzeby opieki ze strony osób trzecich, uznano też, iż może wykonywać pracę w zakładzie pracy chronionej. Nic więc w sprawie nie wskazuje, aby stan zdrowia E. G. będący normalną konsekwencją jedynie zaniechania pozwanych wyłączał ją z korzystania z rozrywek kulturalnych czy uczestniczenia w uroczystościach religijnych, w szczególności, że w trakcie procesu nie podnosiła, aby nie wystarczyło jej na takie praktyki religijne spędzanie czasu 1-2 godzin dziennie poza domem. Wydaje się też w świetle zgromadzonego materiału dowodowego i opinii biegłego J. D., że nie ma przeciwwskazań do nawiązania przez powódkę bliskich relacji z innymi ludźmi. Natomiast biegły R. M. stwierdził, że na część dolegliwości, jakim są biegunki, może mieć wpływ fakt, że pacjentka pali papierosy, które przyspieszają perystaltykę jelit. Także biegły J. D. zastrzegł, że zaprzestanie palenia tytoniu przez powódkę może przyczynić się do zmniejszenia intensywności występujących objawów i ułatwić dalszą poprawę stanu zdrowia. Powódka, deklarując więc chęć korzystania w pełni z uroków życia, powinna przede wszystkim uczynić wszystko to, co pozostaje w zasięgu jej możliwości, a z pewnością zalicza się do tego całkowite zaprzestanie palenia papierosów.

Zauważa też Sąd Apelacyjny, że biegły J. D. ponadto stwierdził, iż na zaburzenia powódki w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego i dolegliwości bólowe jamy brzusznej ma wpływ czynnik psychogeny, co było z kolei poddane badaniu przez biegłego psychiatrę. Nie można przy tym nie dostrzegać, że kwestie związane z depresją u powódki zostały podniesione dopiero podczas ponownego rozpoznania sprawy, a zarazem Sąd Okręgowy słusznie miał na względzie, że obecny stan zdrowia psychicznego E. G. jest następstwem nie tylko zawinienia pozwanego, ale i jej chorób samoistnych. Nie mogą zatem z jednej strony apelujący pozwani zasadnie negować tego, iż kolejne zabiegi operacyjne i związane z tym cierpienia fizyczne w sposób naturalny musiały niekorzystnie odbić się na jej stanie zdrowia psychicznego, a z kolei z drugiej strony apelująca powódka powinna pamiętać, że z opinii biegłej z zakresu psychiatrii wynika, iż taki stan jej zdrowia psychicznego ma także związek z występującą u niej, nie z winy pozwanych, chorobą zrostową jelit i dolegliwościami samoistnymi. Biegła ta wyraziła też jednak ocenę, że dolegliwości powódki

w zakresie stanu psychicznego zostały obecnie złagodzone oraz umożliwiają jej funkcjonowanie w życiu osobistym i zawodowym.

W tej sytuacji Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że kwestię cierpień fizycznych i psychicznych powódki (tych już doznanych i przyszłych) związanych z przeprowadzeniem kolejnych zabiegów operacyjnych wraz z pojawieniem się kolejnych powikłań, których można było z dostatecznie wysokim prawdopodobieństwem uniknąć, jak i związanych z usunięciem u powódki części jelita czy nasileniem wcześniej już posiadanych objawów chorobowych, wraz ze zmianami w trybie życia powódki połączonych przyczynowo z zawinieniem pozwanych, właściwie rekompensuje zasądzona na rzecz E. G. kwota 100.000 zł, która nie jest w tych okolicznościach ani rażąco wygórowana, ani rażąco zaniżona. Wpadało tu na marginesie przypomnieć, że tutejszy Sąd Apelacyjny już w ramach wcześniejszego rozpoznawania sprawy (sygn. akt I ACa 224/08) zwracał jasno uwagę, że zadośćuczynienie, którego domagała się powódka w kwocie 200.000 zł, jawiło się już wtedy jako zbyt wygórowane, tak w realiach sprawy, jak i biorąc pod uwagę poziom życia społeczeństwa.

Niezasadna okazała się nadto apelacja powódki w zakresie jej roszczenia odsetkowego od zasądzonego zadośćuczynienia, które Sąd Okręgowy uwzględnił dopiero od dnia orzekania w dniu 13 czerwca 2014 r.

W orzecznictwie rzeczywiście można się spotkać z rozbieżnością stanowisk odnośnie początkowego terminu naliczania odsetek za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę. Mianowicie, niekiedy wyrażany jest pogląd, iż zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę jest wymagalne dopiero z dniem wyrokowania przez sąd (art. 316 k.p.c.). Zobowiązany zatem dopiero od tego dnia pozostaje w opóźnieniu w zapłacie zasądzonego zadośćuczynienia i tym samym dopiero od tego dnia należą się od niego odsetki za opóźnienie (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1997 r., I CKN 361/97, LEX nr 477638, z dnia 20 marca 1998 r., II CKN 650/97, LEX nr 477665, z dnia 4 września 1998 r., II CKN 875/97, LEX nr 477579, z dnia 9 września 1999 r., II CKN 477/98, LEX nr 477661). Z kolei w innych orzeczeniach wyrażane jest wprost odmienne zapatrywanie, zgodnie z którym zadośćuczynienie za krzywdę zobowiązany ma zapłacić niezwłocznie po wezwaniu przez uprawnionego (art. 455 in fine k.c.), w związku z czym odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia powinny być zasądzone od dnia, w którym zobowiązany ma zadośćuczynienie zapłacić (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 września 1970 r., II PR 257/70, OSNC 1971, nr 6, poz. 103, z dnia 12 lipca 2002 r., V CKN 1114/00, LEX nr 56055, z dnia 18 lutego 2010 r., II CSK 434/09, LEX 602683).

Natomiast jak wskazuje się w najnowszym orzecznictwie (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10, LEX nr 848109; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 10 lutego 2012 r., I ACa 1405/11, LEX nr 1109992), zaś ten nurt poglądów podziela Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę, żadne ze wskazanych stanowisk nie może być uznane za wyłącznie właściwe. Rozmiar krzywdy oraz szkody majątkowej może się zmieniać w czasie. Różna może być zatem w miarę wpływu czasu wysokość należnego zadośćuczynienia. Stąd wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę, a tym samym i początkowy termin naliczania odsetek za opóźnienie w zapłacie należnego zadośćuczynienia, może się też różnie kształtować w zależności od okoliczności sprawy (zob. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2008 r., II PK 100/08, OSNP 2010, nr 10, poz. 108). Jeżeli więc powódka żąda od pozwanego zapłaty określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od danego dnia poprzedzającego dzień wyrokowania, odsetki te powinny być zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu, o ile tylko w toku postępowania zostanie wykazane, że dochodzona suma rzeczywiście się powodowi należała tytułem zadośćuczynienia od wskazanego przez niego dnia. Jeżeli natomiast sąd ustali, że zadośćuczynienie w rozmiarze odpowiadającym sumie dochodzonej przez powoda należy się dopiero od dnia wyrokowania, odsetki od zasądzonego w takim przypadku zadośćuczynienia mogą się należeć dopiero od dnia wyrokowania. Wobec tego o terminie naliczania odsetek powinny każdorazowo decydować okoliczności faktyczne konkretnego rozpatrywanego przypadku. Istotne jest przy tym nie tylko to, czy dłużnik znał wysokość żądania uprawnionego, ale także to, czy znał lub powinien znać wszelkie okoliczności decydujące o rozmiarze należnego od niego zadośćuczynienia.

W realiach analizowanej sprawy Sąd odwoławczy uznał, iż prawidłowe było przyjęcie w tym kontekście na gruncie art. 481 § 1 k.c. daty ponownego wyrokowania przez Sąd Okręgowy. Należało zwrócić uwagę, że już w uzasadnieniu poprzedniego wyroku tutejszy Sąd Apelacyjny stanął na stanowisku, iż błędnie wtedy Sąd pierwszej instancji zasądził

odsetki za okres poprzedni, skoro zadośćuczynienie miało rekompensować krzywdę powódki na dzień orzekania. Ponadto wypadało uwzględnić, że dopiero przeprowadzone w sprawie nader przecież liczne opinie biegłych sądowych umożliwiły rozstrzygnięcie skomplikowanej i wcale nieoczywistej kwestii, czy w ogóle miał miejsce w tym przypadku błąd medyczny po stronie pozwanych lekarzy, a tym była warunkowana odpowiedzialność cywilna pozwanych. Natomiast co się tyczy jednorazowej propozycji ugodowej wystosowanej przez pozwanych w październiku 2010 r. na kwotę 50.000 zł, to w rzeczywistości nie można jej przypisywać symbolu przyznania racji powódce, ponieważ konsekwentnie nadal potem kwestionowali oni swą odpowiedzialność, a należało ją więc rozpatrywać jedynie w kategorii wyrazu ich dążenia do szybkiego zakończenia tego sporu sądowego. Co więcej, należało mieć tu na względzie, że już uprzednio Sąd Apelacyjny wyrażał ocenę, iż dochodzone zadośćuczynienie pozostaje wygórowane, a właściwą ocenę wysokości tego świadczenia należnego powódce umożliwiły sądowi - i tym samym także pozwany - dopiero opinie biegłych J. D. i A. J., o które zostało uzupełnione postępowanie dowodowe przy powtórnym rozpoznaniu sprawy przez Sąd pierwszej instancji. Poza tym, jak już wspomniano, kwestie związane ze stanem zdrowia psychicznego zostały podniesione przez powódkę dopiero na tym późniejszym etapie postępowania, a przecież ustalenia w tej mierze miały także wpływ na ostateczny wynik sprawy. Stąd należało przyznać rację Sądowi Okręgowemu, że z omówionych przyczyn należało obrać w realiach przedmiotowego przypadku jako datę graniczną, od której należało liczyć opóźnienie pozwanych w zapłacie należnego powódce zadośćuczynienia, właśnie dzień powtórnego wyrokowania.

Nie zasługiwała wreszcie na uwzględnienie apelacja strony powodowej także w części kwestionującej oddalenie jej żądań dotyczących zasądzenia odszkodowania i renty z art. 444 § 1 i 2 k.c. Wyjaśnić wypada, że renta przewidziana w tym przepisie ma naprawić doznaną w wyniku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia szkodę majątkową, wyrażającą się w zwiększeniu wydatków lub zmniejszeniu dochodów. Każda z wymienionych okoliczności, a więc utrata zdolności do pracy, zwiększenie się potrzeb lub zmniejszenie widoków powodzenia na przyszłość, może stanowić samodzielną podstawę żądania zasądzenia renty. Zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie (np. konieczność stałego leczenia, zabiegów, kuracji, opieki osób trzecich, specjalnego odżywiania itp.). Zmniejszenie się widoków powodzenia na przyszłość wyraża się uszczerbkiem majątkowym, polegającym na utracie innych korzyści majątkowych, jakie poszkodowany, dzięki swoim właściwościom (np. szczególne uzdolnienia czy kwalifikacje), mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszczerbku na zdrowiu. Renta powinna odpowiadać różnicy między zarobkami, jakie powód mógłby osiągać, gdyby nie uległ wypadkowi, a wynagrodzeniem, jakie - w konkretnych warunkach - jest w stanie uzyskać przy wykorzystaniu uszczuplonej zdolności zarobkowej. Świadczenie to winno rekompensować poszkodowanemu uszczerbek, który wskutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia powstał w jego dochodach z tytułu pracy zarobkowej lub prowadzonej działalności gospodarczej. To na stronie powodowej spoczywa ciężar dowodu na tej płaszczyźnie.

W tej mierze warto więc przypomnieć, że już poprzednio rozpoznając sprawę tutejszy Sąd Apelacyjny sygnalizował braki w zakresie materiału dowodowego dotyczącego kosztów leczenia powódki, wielkości jej zwiększonych potrzeb czy zmniejszonych widoków na przyszłość, rozmiaru różnicy między jej wcześniejszymi zarobkami a jej obecnymi możliwościami w zakresie wykonywania pracy zarobkowej i uzyskiwanym dochodem, a te braki dowodowe nie zostały uzupełnione podczas ponownego rozpoznania sprawy. Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 30 czerwca 2010 r. podkreślał, że dla wykazania wysokości żadanego odszkodowania konieczne jest udowodnienie przez powódkę poniesionych kosztów na dodatkowe leczenie (czas ich poniesienia, wysokości, co na te koszty składa się), rehabilitację, koszty opieki osoby trzeciej (kto, kiedy za jaką odpłatnością, konieczność opieki), dodatkowe wyżywienie w związku ze stanem zdrowia. Sąd Okręgowy miał także ustalić, czy przyjmowane przez powódkę leki są jedynie konsekwencją zabiegu z dnia 25 maja 2000r., czy ze względu na stan zdrowia powódki, będący normalnym następstwem tego zabiegu, powinna ona stosować specjalną dietę, a jeżeli tak to jaką i o ile koszt tej diety jest wyższy od kosztu diety przeciętnego człowieka.

Tymczasem należy zgodzić się z Sądem pierwszej instancji, że powódka, reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, nie sprostала w tym zakresie ciężarowi dowodu, który spoczywał na niej z mocy art. 6 k.c., a taka ocena zaoferowanego w tej sprawie materiału dowodowego nie nosi cech dowolności. Słusznie więc uznał ten Sąd, że nie zostało dowiedzione, iż powódka musi stosować droższą dietę aniżeli tzw. dieta normalna, co wykluczył w

sporządzonej opinii biegły J. D.. Nie ma także w aktach sprawy dowodów na to, że E. G. musi spożywać stale leki, które pozostają w związku przyczynowym z tym jedynie zawinieniem pozwanych w postaci braku konwersji laparoskopii na laparotomię. Biegły J. D. nie wskazywał, aby to w następstwie zawinienia strony pozwanej, za które ponosi odpowiedzialność cywilną, powódka musiała stale przyjmować leki. Nie można bowiem apelująca zapominać, iż jej dolegliwości gastroenterologiczne mają pierwotne źródło w jej chorobach samoistnych i stąd doraźne przyjmowanie w związku z tym leków nie może obciążać pozwanych. Stąd przedłożony do pozwu spis leków sporządzony przez mgr farm. J. K. z apteki (...), zaświadczenia lekarskie, ani też zeznania świadków i samej powódki, nie dawały podstaw do zasądzenia jakichkolwiek kwot z tego tytułu od pozwanych, w szczególności, że nie sposób na tym tle ustalić, które konkretnie z tych leków i z jakim dawkowaniem dotyczą właśnie takich, a nie innych schorzeń powódki. Znamienne jest tu zresztą, że skarżąca – ani w toku procesu przed Sadem pierwszej instancji, ani w apelacji – sama nie była w zasadzie w stanie wyszczególnić konkretnych kwot w powiązaniu z konkretnymi jej potrzebami i uszczerbkami, które miały się składać na formułowane przez nią żądanie odszkodowawcze o globalnej wysokości 50.000 zł oraz renty do ostatecznie kwoty 700 zł miesięcznie. Wskazanie ich sumy, właściwie bez określenia chociażby przybliżonej wielkości poszczególnych rodzajów strat, jest niewystarczające. Z opinii biegłego J. D. ponadto wynikało, że powódka nie wymagała i nadal nie wymaga pomocy osób trzecich. Odnośnie zaś rehabilitacji to raz, że jest ona związana także z samoistnymi chorobami powódki, a dwa - że korzysta z nich bezpłatnie. Nie można przy tym teoretyzować co będzie za dwa lata, jak to się sugeruje w apelacji, co zresztą dotyczy także ewentualnej wysokości świadczenia emerytalnego powódki, w którym to kierunku zresztą nie podjęła skarżąca stosownej inicjatywy dowodowej.

Nie sposób było w rezultacie uznać za wykazane, iż zwiększyły się potrzeby powódki, bądź że zmniejszyły się, i ewentualnie konkretnie o ile, jej dochody, i to tylko w granicach akcentowanego związku przyczynowego. Słusznie punktował Sąd pierwszej instancji, że powódka otrzymuje obecnie rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy (900 zł netto miesięcznie) i dodatkowo wykonuje pracę na część etatu w zakładzie pracy chronionej (ok. 640 zł netto miesięcznie), a jednocześnie brak jest danych w materiale dowodowym zaoferowanym w niniejszej sprawie, aby Sąd mógł poczynić ustalenia odnośnie tego, jak dokładnie przedtem kształtowała się jej sytuacja zarobkowa i jak kształtowałyby się z wysokim prawdopodobieństwem obecnie, przy założeniu, że nie zaszłoby zdarzenie, z którego powódka wywodzi swe roszczenie. Podkreślić należy, że powódka jedynie twierdziła, iż przed operacją pracowała równocześnie w dwóch zakładach pracy - (...) i Sanatorium (...), lecz nie przedstawiła dowodów na te okoliczności, a nawet sama nie potrafiła określić jakie wynagrodzenie uzyskiwała z tych źródeł, co uniemożliwiło Sądowi określenie ewentualnego uszczerbku w jej majątku. Samo bowiem gołosłowne twierdzenie strony, w sposób naturalny i oczywisty zainteresowanej korzystnym dla niej wynikiem sprawy, a dotyczące okoliczności istotnych dla sprawy, nie stanowi dowodu, lecz wymaga udowodnienia innymi środkami dowodowymi (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2001 r., I PKN 660/00, Wokanda 2002/7-8/44). Skoro zaś nie zostały zaoferowane sądowi w niniejszej sprawie jakiegokolwiek dowody, które umożliwiłyby przeprowadzenie weryfikacji prawdziwości twierdzeń strony powodowej w tym zakresie, to musiała ona ponieść negatywne skutki takiego zaniechania w zakresie inicjatywy dowodowej. Natomiast załączony dopiero do apelacji dowód w postaci świadectwa pracy E. G. wystawionego w dniu 12 lutego 2001 r. podlegał pominięciu na podstawie art. 381 k.p.c. jako spóźniony. Niezależnie od tego nie mógłby i tak odnieść zamierzonego przez apelującą skutku, albowiem dowód ten odzwierciedla jedynie fakt zatrudnienia powódki przed zabiegiem w (...) S.A. w K., a nie wskazuje wysokości jej pensji, zaś nawet gdyby przyjąć wartość minimalnego wynagrodzenia, to i tak sumując otrzymywaną teraz przez nią rentę i pensję nie sposób byłoby stwierdzić, iż zostało wykazane istnienie uszczerbku majątkowego po stronie powódki.

Stąd w pełni zgodna ze wskazaniem art. 233 § 1 k.p.c. pozostawała ocena materiału dowodowego, która doprowadziła Sąd pierwszej instancji w tej sprawie do poczynienia ustaleń i wyprowadzenia wniosku, iż powództwo E. G. w części dotyczącej odszkodowania i renty pozostało przez nią nieudowodnione. W świetle przedstawionych uwag należało bowiem dojść do wniosku, że powódka nie powołała wystarczająco sprecyzowanych okoliczności uzasadniających takie roszczenia ani nie wykazywała ich możliwymi do zgłoszenia dowodami.

Mając zatem na uwadze powyższą argumentację Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację powódki i pozwanych jako niezasadne.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 100 i art. 108 § 1 k.p.c. poprzez ich wzajemne zniesienie.

SSA E. Buczkowska-Żuk SSA A. Sołtyka SSA E. Skotarczak