

Sygn. akt I ACa 90/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 kwietnia 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

| | |
|-----------------|--|
| Przewodniczący: | SSA Artur Kowalewski |
| Sędziowie: | SA Małgorzata Gawinek (spr.) SSO Krzysztof Górski |
| Protokolant: | sekr. sądowy Justyna Kotlicka |

po rozpoznaniu w dniu 23 kwietnia 2015 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa Z. M.

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

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 21 listopada 2014 r., sygn. akt I C 548/13

I. oddala apelację,

II. odstępuje od obciążania powoda kosztami procesu pozwanych w postępowaniu apelacyjnym.

Małgorzata Gawinek Artur Kowalewski Krzysztof Górski

Sygn. akt I ACa 90/15

UZASADNIENIE

Powód Z. M. - po ostatecznym sprecyzowaniu żądania pozwu złożonego w dniu 17 marca 2003 roku - wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. na swą rzecz kwoty 530.950 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa oraz renty w wysokości 1.150 zł miesięcznie od dnia 1 listopada 2001 roku, płatnej do dnia 10-tego każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w razie zwłoki. Powód wskazał, że na ww. kwotę 530.950 zł składają się: odszkodowanie - 20.000 zł, koszty leczenia - 10.950 zł i zadośćuczynienie - 500.000 zł. Powód łączył swoje roszczenie z zabiegiem w pozwanym Szpitalu w dniu 16 września 2001 roku, kiedy przeszczepiono mu na oddziale chirurgii nerkę od martwego dawcy, w związku z którym to zabiegiem był trzykrotnie reoperowany, usunięto

mu z uwagi na stan zapalny prawe jądro, dokonano eksplantacji przeszczepionej nerki, a w jego organizmie rozwinęła się posocznica. Powód podał, iż po przeszczepie nie zapewniono mu warunków izolacji. Dokumentacja choroby - w ocenie powoda - była zaś prowadzona nierzetelnie.

Pozwany (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz obciążenie powoda kosztami procesu w całości. Pozwany zaprzeczył, jakoby został popełniony błąd w sztuce lekarskiej i aby dokumentacja medyczna była prowadzona nierzetelnie. Pozwany podał, iż to nerka była źródłem zakażenia, a nie przetoka odbytu, zaś przeszczepiona nerka została usunięta po to, aby nie doszło do posocznicy, natomiast powód nie wyrażał zgody na wcześniejszą eksplantację, mając nadzieję, że nerkę da się uratować. Twierdził pozwany, że zakażenie rozwinęło się w następstwie odrzucenia przeszczepionej nerki, które z kolei było spowodowane nietolerancją biorcy i rutynowym stosowaniem immunosupresji celem ratowania przeszczepionego organu.

Postanowieniem z dnia 7 grudnia 2005 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego - (...) Spółkę Akcyjną w W.. Pozwany ten wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu; podniósł zarzut przedawnienia i zaprzeczył, aby zdarzenie, na które powołuje się powód, było objęte ochroną ubezpieczeniową.

Sąd Okręgowy w Szczecinie wyrokiem z dnia 24 lutego 2011 roku, sygn. akt I C 1299/04, oddalił powództwo w całości.

Na skutek apelacji powoda Sąd Apelacyjny w Szczecinie wyrokiem z dnia 13 marca 2013 roku, sygn. akt I ACa 295/11, uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie, pozostawiając sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Wyrokiem z dnia 21 listopada 2014 roku, sygn. akt I C 548/13, Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo i odstąpił od obciążenia powoda kosztami procesu na rzecz pozwanych.

Sąd wydał wyrok tej treści po dokonaniu następujących ustaleń faktycznych:

Pozwany (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. w okresie od 1 sierpnia 2001 roku do 28 lutego 2002 roku był objęty ochroną ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej (...) Spółka Akcyjna na podstawie polisy seria (...) nr (...), polisy seria (...) nr (...) polisy seria (...) nr (...). Powód Z. M. urodził się (...). W 1995 roku stwierdzono u niego niewydolność nerek. W okresie od 2 stycznia do 16 lutego 1995 roku był hospitalizowany w Szpitalu Wojewódzkim w K.. W konsekwencji powód został zakwalifikowany do leczenia w programie przewlekłej dializy. Podtrzymywany był przy życiu przy pomocy aparatury do dializ obsługiwanej przez osoby trzecie. Od tego okresu przechodził dializy 3 razy po 5 godzin w tygodniu. W Stacji Dializ Szpitala Wojewódzkiego w K. przeprowadzono wstępne badania w kierunku zakwalifikowania powoda Z. M. do zabiegu transplantacji nerki. Powód wyraził wówczas zgodę na zabieg przeszczepienia nerki w obecności pracownika Ośrodka Dializ Szpitala Wojewódzkiego w K., podpisując się na karcie do zgłoszenia zabiegu przeszczepienia nerki z dnia 23 lutego 2001 roku. W dniu 10 września 2001 roku ponownie sporządzono kartę zgłoszenia powoda Z. M. do zabiegu przeszczepienia nerki, jednak na tej karcie nie został umieszczony podpis powoda. W formularzach zgłoszenia do przeszczepu brak jest wyszczególnionych drukiem informacji dla pacjenta o możliwych powikłaniach związanych z dokonaniem transplantacji nerki i o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych oraz o ich działaniu. Lekarze prowadzący powoda Z. M. w czasie trwania procedury kwalifikowania do zabiegu przeszczepu nerki wielokrotnie informowali go o możliwości odrzucenia przeszczepionej nerki, możliwych powikłaniach związanych z dokonaniem transplantacji nerki i o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych i ich działaniu. Aby powód mógł być wciągnięty na listę, wcześniej musiał mieć oznaczone antygeny zgodności tkankowej, musiał wyrazić zgodę na przeszczep, oraz uzyskać pełne informacje o dużym ryzyku przeszczepu. Przygotowywania powoda do transplantacji trwały trzy lata, natomiast od zakwalifikowania powoda do samego zabiegu minął rok. Powód Z. M. jeszcze w stacji dializ zarówno przed kwalifikacją do przeszczepu, jak i po tym zdarzeniu był kilkakrotnie informowany o ryzyku takiego przeszczepu przez lekarzy ze stacji. W szczególności był informowany o możliwościach powikłań związanych z samym zabiegiem operacyjnym

i znieczuleniem ogólnym, jak i możliwości powikłań powstałych w związku z leczeniem immunosupresyjnym (wirusowych, bakteryjnych, infekcyjnych). Bezpośrednio po znalezieniu organu dla powoda przez (...) i udaniem się na zabieg do (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. w celu transplantacji nerki, powód Z. M. był po raz kolejny poinformowany przez lekarzy ze Stacji Dializ o możliwych komplikacjach związanych z transplantacją nerki i dużym ryzyku z nim związanym.

W przypadku Z. M. lekarze nie stwierdzili przeciwwskazań do wykonania przeszczepu. Występująca u powoda uchyłkowatość jelita jest bardzo powszechna u pacjentów dializowanych, co wynika z przebiegu choroby i sposobu leczenia. Pacjentowi rutynowo przed przeszczepem zakładana jest historia choroby i pacjent podpisuje zgodę na proponowany zabieg i leczenie. Zgoda jest efektem przyjęcia przez chorego do wiadomości wyjaśnień, co do dalszego postępowania, oraz informacji o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych. Jednocześnie bezpośrednio przed samą operacją pacjent jest po raz kolejny informowany w skróconej sposób ze względu na konieczność przeprowadzenia operacji w określonym czasie, o samym zabiegu jak i ryzyku z nim związanym i o możliwości wycofania zgody na przeprowadzenie zabiegu.

Z. M. został umieszczony w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu (...) w S. w dniu 16 września 2001 roku i przebywał w nim do 16 lutego 2002 roku. Od powoda został wówczas ponownie odebrana zgoda na zabieg przeszczepu nerki. Powód ponadto wyraził zgodę na leczenie zabiegowe bez wymaganego szczepienia przeciw żółtacze wszczepiennej typu A i B (WZW), będąc poinformowany o ryzyku tej decyzji dla jego zdrowia. Jednocześnie złożył oświadczenie, iż nie będzie wnosił skarg przeciwko szpitalowi w przypadku zakażenia żółtaczką wszczepienną (WZW), które to zakażenie może być związane przyczynowo z pobytem w pozwanym szpitalu leczeniem. W historii choroby na ostatniej jej stronie brak jest podpisów powoda Z. M. na pieczętkach o wyrażeniu zgody na leczenie operacyjne i na znieczulenie. W historii choroby znajduje się karta „przekazania chorego na oddział chirurgii” z Oddziału Nefrologicznego, z datą 1 października 2001 roku z rozpoznaniem: przewlekła niewydolność nerek, stan po przeszczepie nerki od dawcy martwego dnia 16.09.01 r. podejrzenie przecieku moczu. Rozpoznanie: stan po wszczepieniu nerki po stronie prawej i po usunięciu krwiaka okolicy rany. Martwica moczowodu, przetoka moczowa.

W dniu 16 września 2001 roku wykonano u Z. M. przeszczepu nerki od dawcy martwego. Zabieg ten został przeprowadzony zgodnie z obowiązującymi wówczas procedurami, a sam zespół operacyjny nie miał żadnych „chirurgicznych trudności” w trakcie zabiegu. W trakcie pobytu w szpitalu powoda poddawano badaniom USG nerki i na bieżąco monitorowano jego stan zdrowia. Bezpośrednio po zakończeniu operacji powód Z. M. zgodnie z obowiązującymi wówczas standardami nie wymagał szczególnej opieki pielęgniarstwa, aniżeli ta przewidziana dla pacjentów po przeszczepie nerki. W dniu 28 września 2001 roku powód Z. M. zaczął skarżyć się na silne bóle w okolicy nerki przeszczepionej. W związku z tym wykonano badanie USG, które wykazało w dolnym biegunie nerki twór budzący podejrzenie krwiaka. Chorego podłączono do 3 – godzinnej dializy. Po dializie skierowano go na oddział chirurgiczny z podejrzeniem ostrego odrzucenia i pęknięcia nerki, gdzie dokonano reoperacji. Nie stwierdzono pęknięcia nerki. Wykonano natomiast biopsję śródoperacyjną z powodu podejrzenia ostrego odrzucenia graftu nerki. Po rewizji łoża przeszczepionej nerki powód znajdował się w stanie ogólnym dobrym bez dolegliwości. Z łoża wyprowadzono 2 redony z których zanotowano dość obfity wyciek z obu koloru różowego. Wykonano kontrolne USG nerki i łoża i nie stwierdzono płynu poza nerkami. Wykonano również hemodializę. W dniu 1 października 2001 roku powód Z. M. został powiadomiony o przecieku moczu i o konieczności wykonania powtórnej reoperacji. Przekazano go w trybie pilnym na oddział chirurgii. Śródoperacyjnie stwierdzono zbiornik moczu w ranie i przetokę moczową w miejscu zespolenia z powodu martwicy moczowodu nerki przeszczepionej. Wykonano ponowne zespolenie moczowodu własnego o miedniczkę nerki przeszczepionej. W przebiegu pooperacyjnym stwierdzono ponowny przeciek moczu, wprowadzono więc zgodnie z decyzją lekarzy cewnik M. przez miąższ nerki do moczowodu i na zewnątrz. Założenie tegoż cewnika stanowiło jedyny właściwy sposób postępowania według wówczas obowiązującej wiedzy medycznej. Wykonanie tegoż zabiegu miało na celu umożliwienie wygojenia się zespolenia miedniczkowo-moczowodowego i ustąpienie zacieku moczowego. Po wykonaniu przedmiotowych zabiegów przeprowadzono badanie histopatologiczne, które nie wykazało u pacjenta cech ostrego odrzucenia nerki. Cewnik M. po założeniu go pacjentowi, nie wymaga żadnej specjalnej kontroli, jest on utrzymywany w czystości przez pielęgniarki pod nadzorem lekarza.

W dniu 17 października 2001 roku stwierdzono, iż powód jest osłabiony, skarży się na ból w okolicy jąder i cewki moczowej. Po przeprowadzeniu badań rozpoznano u niego zapalenie najądrza. W dniu 22 października 2001 roku przeprowadzono u powoda Z. M. konsultację urologiczną. Próba leczenia zachowawczego nie przyniosła efektu. Lekarz konsultujący zaproponował, w przypadku próby ratowania przeszczepionej nerki, usunięcie jądra jako źródła infekcji, natomiast w przypadku rezygnacji z nerki dalsze leczenie zachowawcze. W dniu 10 listopada 2001 roku otrzymano wynik biopsji nerki przeszczepionej, z której wynikało, iż brak jest cech ostrego odrzucenia, istnieje natomiast ostre uszkodzenie nabłonka cewek o umiarkowanym nasileniu. W dniu 13 listopada 2001 roku u powoda przeprowadzono zabieg usunięcia jądra prawego. Po operacji pacjent był osłabiony. Od tej chwili nastąpiło znaczne pogorszenie stanu klinicznego pacjenta przejawiające się między innymi okresową dezorientacją co do miejsca, czasu i otoczenia, brakiem współpracy. Od 2 grudnia 2001 roku wprowadzono powoda ponownie w program przewlekłych hemodializ z powodu utrzymującej się azotemii i oligurii. Z otrzymanego dnia 12 grudnia 2001 roku wyniku biopsji nerki wynikało, iż brak jest cech ostrego odrzucenia, istnieje natomiast „ostry stan zapalny w śródmiąższu kory nerki przeszczepionej – charakter nacieku wskazuje na etiologię bakteryjną (grzybiczą)”. W dniu 14 grudnia 2001 roku przeprowadzono u powoda badania laryngologiczne i stwierdzono zmiany grzybicze w jamie ustnej. Dnia 18 grudnia 2001 roku wystąpiono z wnioskiem o antybiotyk zastrzeżony kat. III TIENAM (imipenem), wskazując na „stan po przeszczepie nerki. Stan po usunięciu jądra prawego. Sepsa” oraz na przewlekłe stany zapalne dróg moczowych oraz usunięcie jądra prawego. We wniosku podano, że stan chorego był ciężki. W wyniku posiewu wyhodowano *Pseudomonas SPP* i stwierdzono jego wrażliwość na Tienam. Zespół terapeutyczny zaakceptował wniosek o wskazany antybiotyk. W świetle wyników biopsji nerki otrzymanych dnia 31 grudnia 2001 roku rozpoznano ostre (podostre) odrzucanie przeszczepu. Dnia 1 stycznia 2002 roku po hemodializie przekazano powoda Z. M. do oddziału chirurgii celem usunięcia nerki przeszczepionej. Powód początkowo wyrażał zgodę na eksplantację nerki, następnie jednak odmówił poddania się zabiegowi. Ostatecznie - za zgodą powoda - w dniu 4 stycznia 2002 roku przeprowadzono operację i usunięto nerkę. Ostatecznie stwierdzono u powoda powikłania w związku z przebiegiem choroby: ATN, odporne na leczenie ostre odrzucanie, przeciek moczu.

W dniu 16 stycznia 2001 roku powód na swoje żądanie został przewieziony do Szpitala Wojewódzkiego w K. celem dalszego leczenia. Na oddziale wewnętrznym tego szpitala powód przebywał do 6 marca 2002 roku. W chwili przyjęcia znajdował się w ciężkim stanie ogólnym po zabiegu przeszczepienia nerki, powikłanym posocznicą, z zaburzeniami świadomości, gorączką, ropniem w bliźnie pooperacyjnej, biegunkami. Po zastosowaniu celowej antybiotykoterapii, hemodializ uzyskano wyrównanie stanu ogólnego chorego. Wypisany został do domu w stanie ogólnym wyrównanym. W dniu 27 września 2002 roku powód został ponownie przyjęty do Szpitala Wojewódzkiego w K., gdzie dokonano operacji przetoki około odbytniczej. Zabieg przebiegał bez powikłań. Powód został wypisany do domu po dializie 29 września 2002 roku.

Obecnie powód jest poddawany hemodializie 3 razy w tygodniu po 5 godzin. U Z. M. występuje przewlekła choroba nerek o nieustalonej etiologii z krańcową ich niewydolnością, obecnie w stadium 5; choroba ta u powoda od początku wymagała dializoterapii, leczenia przeszczepem nerki, a następnie po nieprzyjętym przeszczepie – stałą dializoterapią. Zabieg transplantacji nerki pobranej ze zwłok powodowi został przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną i obowiązującymi w tym zakresie standardami. Dolegliwości powoda związane z uchyłkowatością jelita nie stanowiły przeszkody do wykonania zabiegu transplantacji nerki. Z. M. w związku z tym schorzeniem także nie wymagał szczególnego nadzoru ze strony personelu medycznego. U pacjenta Z. M. nerka została przeszczepiona po upływie 23 godzin od pobrania, a więc w optymalnym czasie. Moczowód u powoda nie pękł, tylko nie wgoił się do pęcherza moczowego z powodu martwicy ściany wszczepionego odcinka. Powikłanie to niejednokrotnie pojawia się u pacjentów z przeszczepioną nerką. Skutkiem wycieku moczu do jamy brzusznej może być zapalenie otrzewnej, a także posocznica. Wyciek moczu do jamy brzusznej jako powikłania po przeszczepie w przypadku takim, jak powoda, można rozpoznać po upływie od kilku do kilkunastu godzin od momentu jego pojawienia się. Wyciek u powoda rozpoznano w odpowiednim czasie po jego powstaniu, o czym świadczy dalsze leczenie chirurgiczne. Decyzja w przedmiocie założenia powodowi cewnika Malekota w przedmiotowej sprawie należała do lekarzy leczących chorego. U powoda założenie takiego cewnika, jak i sama decyzja podjęta przez lekarzy, była prawidłowa oraz odbyła się zgodnie z obowiązującymi zasadami. Już przed operacją powód musiał być cewnikowany, jednak nie musiało być

to zapewnione z użyciem cewnika M.. Brak jest podstaw do przyjęcia, że wystąpienie posocznicy było spowodowane działaniem lub zaniechaniem ze strony lekarzy albo zaniechaniami higienicznymi. Była ona powikłaniem leczenia immunosupresyjnego, niezbędnego do utrzymania przeszczepu, które wystąpiło pomimo osłony antybiotykowej. Źródłem zakażenia mógł być np. zaciek moczowy. Zapalny stan prawego jądra u powoda jest powikłaniem, które może wystąpić u pacjentów po przeszczepie nerki, nie można go przewidzieć ani mu zapobiec. Usunięcie prawego jądra zakażonego wraz z najądrzem było leczeniem urologicznym operacyjnym najbardziej skutecznym. Ze względu na leczenie immunosupresyjne usunięcie jądra było zabiegiem ratującym życie. Nie da się jednoznacznie ustalić przyczyny powstania przetoki odbytu u powoda. Mogła ona powstać samoistnie i zapewne nie miała ona żadnego związku z leczeniem nefrologicznym. Dodatkowo od wielu lat miał rozpoznawaną uchyłkowatość jelit - to sprzyja stanom zapalnym i powstawaniu przetok. Przetoki odbytu występują najczęściej w wyniku przebiccia się ropnia okołoodbytniczego na powierzchnię skóry. Niemniej nie było możliwe zapobieżenie powstania przetoki odbytu u powoda. Przyczyną uogólnienia zakażenia u powoda było właśnie leczenie immunosupresyjne, niezbędne do utrzymania przeszczepionej nerki. Bez immunosupresji nie byłoby posocznicy, ale wtedy nerka zostałaby odrzucona przez organizm pacjenta w bardzo krótkim czasie po operacji. Nie da się ustalić jednoznacznie ogniska lub źródła zakażenia u powoda, które się następnie uogólniło. Jedną z przyczyn mógł być prawdopodobnie zaciek moczowy. Brak jest podstaw do przyjęcia, aby przeszczep nerki u powoda był wadliwie wykonany, jednak zaciek moczowy mógł doprowadzić do uogólnienia zakażenia, czyli do posocznicy. W przypadku powoda nie było wadliwego wszczepienia nerki, wystąpiło natomiast powikłanie w postaci odcinkowej martwicy moczowodu i zacięku moczowego. Dane z dokumentacji lekarskiej i zeznań świadków świadczą o tym, że nadzór, leczenie i opieka pielęgnarska były prawidłowe. Z doświadczenie klinicznego wynika, że w podobnych przypadkach, jak u powoda, stan pacjenta ze schorzeniem nerek bez transplantacji, jak i po nieudanej transplantacji jest porównywalny. Brak jest uzasadnienia do przyjęcia że schorzenia, na jakie zapadł powód w pozwanym Szpitalu tj. zmiany na błonach śluzowych i na skórze i stan sanitarny w jakim się znajdował, mogły doprowadzić do rozwoju posocznicy.

Nic nie sprzeciwia się przyjęciu, że stan sanitarny Szpitala nie odbiegał od przeciętnych standardów wymaganych dla tego rodzaju placówek. Szpital ten posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości w Służbie Zdrowia. Oznacza to, że rygorystycznie przestrzegane są standardy postępowania z pacjentem w okresie jego leczenia. Powód w trakcie pobytu w pozwanym szpitalu nigdy nie skarżył się ani na warunki sanitarne, higieniczne ani na wyżywienie szpitalne. Nie było także żadnych uwag odnośnie opieki na powodem. Pacjenci przebywający w czasie hospitalizacji powoda w pozwanym Szpitalu - także znajdujący się po transplantacji nerki - nie skarżyli się na opiekę medyczną, czy stan sanitarny, czy też wyżywienie. Wskazywali na dobre warunki higieniczne i sanitarne oraz właściwą opiekę medyczną i pielęgnarską świadczoną na oddziale.

Na podstawie powyższych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy uznał powództwo za niezasadne.

Sąd wyjaśnił, że zeznania świadków J. P., J. M. i L. M., powiązanych rodzinnie z powodem, co do stanu sanitarnego pozwanego szpitala i jakości opieki pozostają w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym, zwłaszcza zeznaniami świadków będących nie tylko członkami personelu pozwanego szpitala, ale także pacjentami, którzy w tym samym czasie co powód byli hospitalizowani na oddziale nefrologicznym. W ocenie Sądu nie można też dać wiary przesłuchaniu powoda w tej części, w jakiej negował on wyrażenie przez siebie zgody na zabieg transplantacji nerki. Znamienne, że te twierdzenie pojawiły się dopiero na późniejszym etapie procesu, zaś pierwotnie powód nie negował, że świadomie zgodził się na zabieg. Ponadto długotrwałość procesu kwalifikowania do przeszczepu organów, konieczność spełnienia wielu wymogów formalnych oraz współdziałania w tym zakresie pacjenta prowadzi zdaniem Sądu do wniosku, że powód musiał wyrazić zgodę na poddaniu się powyższemu zabiegowi operacyjnemu. Zresztą z zeznań lekarza prowadzącego do chwili obecnej powoda wynika, iż powód – pomimo negatywnych konsekwencji poprzednio wykonanego przeszczepu nerki – chciałby, aby ponownie wykonano u niego powyższy zabieg, co świadczy o akceptowaniu związanego z tym ryzyka.

Za przekonującą Sąd uznał opinię przedstawioną przez Uniwersytet (...) we W. i nie podzielił zarzutów strony powodowej dotyczących sporządzonej opinii, co szczegółowo wyjaśniał. Sąd oddalił wobec tego wniosek strony powodowej o przeprowadzenie dowodu z opinii innego składu biegłych z zakresu chirurgii. W szczególności nie

przyjął, aby dyskredytujące dla stwierdzenia rzetelności opinii były stwierdzenia instytutu o niemożliwości pewnego ustalenia niektórych faktów, bądź o prawdopodobieństwie wystąpienia innych. Istota dowodu z opinii biegłych lub instytutu naukowego polega na tym, że oceny stanu rzeczy w sprawie dokonują osoby, których wiedza i doświadczenie z zakresu danej dziedziny życia społecznego pozwalają na wysnucie wniosków o rzeczywistych koincydencjach i uwarunkowaniach zaistniałych zdarzeń. Podważenie tych wniosków w oparciu jedynie o własne przypuszczenia i domniemania strony procesu nie może zatem być skuteczne. Sąd podkreślił, że nie jest też obowiązany dopuścić dowodu z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia nie jest korzystna dla strony. W rozpoznawanej sprawie Sąd uznał, że nie jest uzasadniony wniosek powoda o przeprowadzeniu dowodu z opinii innego instytutu, albowiem opinia sporządzona przez instytut wyznaczonego przez Sąd – po jej uzupełnieniu w zakresie objętym zarzutami strony powodowej - jest na tyle katagoryczna i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia stanowiące przedmiot sporu.

Stąd Sąd wyjaśnił, że nie zostały wykazane podstawy odpowiedzialności pozwanego szpitala z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zgodnie z treścią pozwu zdarzeniami, które miały prowadzić do powstania u powoda szkody, był przede wszystkim zabieg przeszczepu nerki oraz nieprawidłowe leczenie powoda po tym zabiegu. Przy ocenie zgodności przeprowadzonych operacji ze standardami wiedzy medycznej Sąd odwołał się do przedłożonej przez instytut opinii. Z tej opinii wynika, że powód został prawidłowo zakwalifikowany do zabiegu transplantacji nerki, zaś występujące u niego dolegliwości związane z uchyłkowatością jelita nie stanowiły przeszkody do wykonania tego zabiegu. Sam zabieg przeszczepu powodowi, pobranej ze zwłok nerki został przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną i obowiązującymi w tym zakresie standardami, w szczególności został zachowany odpowiedni termin pomiędzy pobraniem organu do przeszczepu a samym zabiegiem transplantacyjnym. Okoliczność, że doszło do odrzucenia przeszczepu, wynikała zaś z przyczyn niezależnych od szpitala, albowiem – jak wskazano w opinii instytutu – była ona następstwem reakcji immunologicznej prowadzącej do nieodwracalnego uszkodzenia mięszu nerki i utraty jej funkcji. Instytut wyjaśnił, że ewentualne wadliwe wszczepienie nerki na skutek błędu operatora nie może prowadzić do odrzucenia przeszczepu w sensie jak wyżej. Z tego względu Sąd uznał, że w przypadku powoda nie było wadliwego wszczepienia nerki, wystąpiło natomiast powikłanie w postaci odcinkowej martwicy moczowodu i zacieku moczowego. W tym zakresie instytut także wyjaśnił, że u powoda nie doszło do pęknięcia moczowodu, a jedynie nie wgoił się on do pęcherza moczowego z powodu martwicy ściany wszczepionego odcinka, co jest jednym z powikłań mogących się pojawić u pacjentów z przeszczepioną nerką. Z opinii instytutu ponadto wynika, że skutkiem wycieku moczu do jamy brzusznej może być zapalenie otrzewnej, a także posocznica, co należy także do typowych powikłań po tego rodzaju zabiegach. Instytut wyjaśnił jednocześnie, że wyciek moczu do jamy brzusznej powoda rozpoznano w odpowiednim czasie po jego powstaniu i wdrożono prawidłowe leczenie chirurgiczne. Instytut nie dopatrył się nieprawidłowości w zakresie założenia powodowi cewnika Malekota.

Sąd ocenił, że w świetle opinii Uniwersytetu (...) we W. nie można obciążyć pozwanego szpitala odpowiedzialnością za powstałe u powoda powikłania. Instytut w sporządzonej opinii logicznie i przekonująco wytłumaczył, że posocznica, która wystąpiła u powoda w końcowym okresie jego leczenia w pozwanym szpitalu, była powikłaniem leczenia immunosupresyjnego, niezbędnego do utrzymania przeszczepu, przy czym brak jest podstaw do przyjęcia, że jej wystąpienie było spowodowane działaniem lub zaniechaniem ze strony lekarzy albo zaniedbaniami higienicznymi. Z opinii też wynika, że wprawdzie bez immunosupresji nie byłoby posocznicy, ale wtedy nerka zostałaby odrzucona przez organizm pacjenta w bardzo krótkim czasie po operacji. Instytut wskazał także, że na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego nie da się ustalić jednoznacznie ogniska lub źródła zakażenia u powoda, które się następnie uogólniło, choć najprawdopodobniej jedną z przyczyn mógł być zaciek moczowy. Na podstawie opinii Uniwersytetu (...) we W. oraz pozostałego materiału dowodowego nie sposób także w ocenie Sądu przyjąć, że pozostałe schorzenia, na jakie zapadł powód w czasie pobytu w pozwanym Szpitalu, tj. zmiany na błonach śluzowych i na skórze, oraz stan sanitarny, w jakim się znajdował, mogły doprowadzić do rozwoju posocznicy. Instytut w sposób jasny również wyjaśnił, że powstały u powoda zapalny stan prawego jądra jest powikłaniem, które może wystąpić u pacjentów po przeszczepie nerki i które nie można przewidzieć ani mu zapobiec. Zgodnie z opinią instytutu usunięcia prawego jądra zakażonego wraz z najądrzem było leczeniem urologicznym operacyjnym najbardziej skutecznym, a ze względu na leczenie immunosupresyjne miało charakter zabiegu ratującego życie powoda. Sąd wziął pod uwagę, że

w zakresie powstałej u powoda przetoki odbytu podmioty sporządzające opinię wskazały, że nie da się jednoznacznie ustalić przyczyny powstania, jednak wyjaśniły, że może ona powstać samoistnie i z tego względu nie miała ona prawdopodobnie żadnego związku z leczeniem nefrologicznym. Jednocześnie z opinii instytutu wynika, że w każdym przypadku nie było możliwe zapobieżeniu powstania przetoki odbytu u powoda.

Powód nadto w toku procesu podnosił, że zbyt późno przeprowadzono u niego zabieg usunięcia przeszczepionej nerki. W ocenie Sądu w tym zakresie nie można jednak postawić zarzutu stronie pozwanej bezprawnego zaniechania, skoro to sam powód nie wyrażał zgody na przeprowadzenie tego zabiegu. Sąd uznał, że wprawdzie z dokumentacji medycznej wynika, iż występowały u powoda pewne zaburzenia świadomości, jednak miały one charakter okresowy, zaś ogólny stan zdrowia – jak wynika z opinii instytutu – pozwalał na podjęcie przez niego w sposób świadomy decyzji co do jego leczenia.

Zdaniem Sądu powyższe analizy dokonane przez instytut prowadzą do wniosku, że zarówno przeprowadzony u powoda zabieg przeszczepu nerki, jak i dalsze leczenie powoda, odbywało się na podstawie właściwej diagnostyki, przy wyborze odpowiedniej metody leczenia i zgodnie z obowiązującymi zasadami sztuki lekarskiej. Okoliczność zaś, że powyższe leczenie nie doprowadziło do osiągnięcia zakładanego celu, tj. skutecznego przeszczepu nerki, a wręcz przeciwnie - u powoda doszło do pogorszenia stanu zdrowia na skutek powikłań, była następstwem okoliczności niezależnych od szpitala i jego pracowników.

Sąd wskazał też, że powód ponadto powoływał się na brak swej świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, co ma istotne znaczenie w świetle art. 34 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 roku Nr 277, poz. 1634). Według Sądu w niniejszej sprawie zostało ustalone, że już w Stacji Dializ Szpitala Wojewódzkiego w K. przeprowadzono wstępne badania w kierunku zakwalifikowania powoda do zabiegu transplantacji nerki i powód wyraził wówczas zgodę na zabieg przeszczepienia nerki w obecności pracownika Ośrodka Dializ Szpitala Wojewódzkiego w K., podpisując się na karcie do zgłoszenia zabiegu przeszczepienia nerki z dnia 23 lutego 2001 roku. Wprawdzie na kolejnej karcie zgłoszenia powoda do zabiegu przeszczepienia nerki z dnia 10 września 2001 roku powód nie podpisał się, jednak w świetle zgody wyrażonej w piśmie z dnia 23 lutego 2001 roku Sąd uznał, że było to zbędne - tym bardziej, że sam powód przyznał, że wyraził zgodę na zakwalifikowanie go do zabiegu transplantacji. Sąd wziął pod uwagę, że w formularzach zgłoszenia do przeszczepu brak jest wyszczególnionych drukiem informacji dla pacjenta o możliwych powikłaniach związanych z dokonaniem transplantacji nerki i o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych oraz o ich działaniu, jednak uwzględnił, że w tym okresie praktyka odbierania zgody pacjenta na zabieg medyczny nie przewidywała konieczności utrwalenia treści pouczenia udzielonego pacjentowi w trybie art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Sąd zauważył, że z zeznań świadków O. M. i A. Z. (1) wynika, iż w czasie trwania procedury kwalifikowania do zabiegu przeszczepu nerki wielokrotnie informowali go o możliwości odrzucenia przeszczepionej nerki, potencjalnych powikłaniach związanych z dokonaniem transplantacji nerki i o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych i ich działaniu. W ocenie sądu zeznania te są wiarygodne, albowiem z jednej strony jako lekarze prowadzący powoda w Szpitalu Wojewódzkim w K. posiadają oni wiedzę na temat przebiegu kwalifikowania i przygotowania powoda do zabiegu operacyjnego, zaś z drugiej strony nie są oni związani z żadną ze stron procesu i tym samym nie są zainteresowani w jego wyniku. Dodatkowo wskazał Sąd, że za wiarygodnością tych zeznań przemawia взгляд na przebieg procedury poprzedzającej sam zabieg transplantacji, która ma charakter wieloetapowy i wymaga pełnego współdziałania pacjenta. Z tego względu Sąd dał wiarę świadkom A. Z. (1) i O. M., że wielokrotnie spotykali się z powodem i wyjaśniali mu, na czym będzie polegać zabieg przeszczepu nerki i jakie są potencjalne niebezpieczeństwa tego zabiegu. Z tego względu uzasadniony jest zdaniem Sądu wniosek, że wyrażając zgodę na ten zabieg powód był świadomy charakteru planowanej operacji, możliwości odrzucenia przeszczepu, a także powstania powikłań pooperacyjnych i pomimo tego był zdeterminowany podać temu zabiegowi. Pośrednio wskazuje na to zresztą obecna postawa powoda, który - jak wynika z zeznań świadka O. M. - nawet po doświadczeniach poprzedniego nieudanego zabiegu transplantacji nadal chciałby, aby u niego wykonać przeszczep nerki. Sąd wziął także pod uwagę, że z dokumentacji medycznej nie wynika, aby bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym w pozwanym szpitalu powód ponownie wyraził pisemną zgodę na przeszczep nerki, w ocenie Sądu nie budzi jednak

wątpliwości, że powód taką zgodę wyraził. Po pierwsze, w tym zakresie nadal istniała zgoda powoda wyrażona w piśmie z dnia 23 lutego 2001 roku i jest bezsporne, że powód jej nie cofnął. Po drugie, nawet z przesłuchania strony powodowej wynika, że przed operacją w pozwanym szpitalu lekarz odbył z nim rozmowę w sprawie planowanego zabiegu i wówczas zgodził się na operację. Wprawdzie powód zaprzeczył, aby wówczas go pouczono o możliwości występowania powikłań, lecz w ocenie Sądu nie jest to wiarygodne. Z zeznań świadków, zwłaszcza T. Ś., wynika, że standardową procedurą jest informowanie pacjentów przed zabiegiem o charakterze zabiegu i możliwych zagrożeniach związanych z tym zabiegiem. Brak podstaw do przyjęcia, że w przypadku powoda odstąpiono od takiej procedury. Należy ponadto mieć na względzie fakt, że lekarze zatrudnieni w pozwanym szpitalu mieli uzasadnione podstawy do przyjęcia, że powód w trakcie postępowania kwalifikującego go do przeszczepu nerki uzyskał pełną informację o charakterze tego zabiegu, możliwości odrzucenia nerki, o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych oraz o ich działaniu, a także możliwych powikłaniach związanych z dokonaniem transplantacji nerki. Biorąc pod uwagę nagły charakter samego przeszczepu nerki wynikający z konieczności nieprzekroczenia odpowiedniego czasu od chwili pobrania nerki od dawcy do jego przeszczepu, trudno było wymagać od lekarzy pozwanego, że ponownie przekażą powodowi szczegółowe informacje w tym zakresie. Z tych przyczyn Sąd doszedł do wniosku, że powód wyraził w sposób prawidłowy zgodę na zastosowane w stosunku do niego zabiegi lecznicze w pozwanym szpitalu, a w konsekwencji zachowanie lekarzy wykonujących zabieg przeszczepu nerki nie miało charakteru bezprawnego.

Z takich w głównej mierze przyczyn Sąd Okręgowy powództwo oddalił.

O kosztach procesu orzekł na podstawie art. 102 kpc.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł powód, wnosząc o jego zmianę poprzez orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu i zasądzenie od pozwanych solidarnie na swą rzecz zwrotu kosztów zastępstwa za wszystkie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania. Zaskarżonemu rozstrzygnięciu zarzucił:

1. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że powód został prawidłowo poinformowany o możliwych powikłaniach zdrowotnych występujących po zabiegu przeszczepu nerki i brak ustalenia, czy powód został należycie poinformowany o konsekwencjach jakie mogą wystąpić w przypadku nieusunięcia nieprzyjętego przez organizm przeszczepionego organu;
2. obraza prawa procesowego, a mianowicie art. 227 w zw. z art. 233 k.p.c. poprzez odmowę przeprowadzenia dowodu z opinii innych biegłych (instytutu) aniżeli wydających opinię przy poprzednim rozpoznawaniu sprawy.

Apelujący uzasadniał, że błędne są ustalenia Sądu I instancji dotyczące prawidłowego informowania powoda o możliwości różnego rodzaju powikłań jakie mogą powstać po skomplikowanej operacji, którą jest przeszczep nerki. Zarzucono, iż takie ustalenie Sąd oparł tylko na zeznaniach niektórych świadków (k. 7 uzasadnienia wyroku), gdy tymczasem w dokumentacji medycznej nie ma żadnej pisemnej informacji o udzieleniu powodowi przynajmniej ogólnej informacji o możliwych powikłaniach jakie mogą wystąpić. Sam powód zaś utrzymywał, że był informowany tylko i wyłącznie o możliwości odrzucenia przeszczepu i konieczności usunięcia przeszczepionego organu i na taką ewentualność się godził. Twierdził, że nie sposób przyjąć za pewne informowanie powoda przez lekarzy i personel medyczny o możliwościach zakażenia wirusowego, bakteryjnego czy grzybiczego, gdy nie ma o tym żadnej wzmianki na piśmie. Natomiast zeznający w tym zakresie świadkowie są w oczywistym stopniu zainteresowani w składanie zeznań określonej treści. Przeciwnie ustalenia Sądu nie dadzą się też uzasadnić w zebranych materiale dowodowym. Podniesiono nadto, że gdy rozważano konieczność usunięcia przeszczepionego organu także nie udzielono powodowi informacji o konsekwencjach dalszego pozostawiania odrzuconego organu w organizmie. Nadto, powód przekonywał, że przy ponownym rozpoznawaniu sprawy, dla zachowania pełnego obiektywizmu niezbędnym było zasięgnięcie opinii innych specjalistów aniżeli wydających poprzednią opinię, o co wnosił. Podkreślono także w apelacji, że w sytuacji stwierdzenia uchyłkowatości jelit występującej u powoda personel medyczny winien był przywiązać szczególną uwagę do ogólnego stanu zdrowia powoda i przewidywać możliwość wystąpienia przetoki odbytu. Tym bardziej było to konieczne, że u powoda występowały biegunki w znacznym stopniu przyczyniające się do powstawania

przetoki. O ile więc personel medyczny nie zauważył problemów powoda z biegunkami, to tym bardziej uzasadnione jest przyjęcie odpowiedzialności pozwanego. Zdaniem powoda, tak samo rzecz się ma jeżeli chodzi o zapalenie jądra skutkujące jego usunięciem, jak też wystąpienie posocznicy. W apelacji twierdzono, że zapalenie jądra nastąpiło w wyniku założenia cewnika Malekota i za całkowicie nieuprawnione należy uznać twierdzenie, jakoby cewnik ten był utrzymywany w należytym stanie czystości, albowiem gdyby tak było, to nie doszłoby do powstania stanu zapalnego. Stan taki nie wystąpił zaś u innego pacjenta, któremu wszczepiono nerkę od tego samego dawcy.

Pozwany (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od powoda na swą rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. wniósł o oddalenie apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda okazała się bezzasadna, ponieważ nie zawierała żadnych argumentów, które mogłyby podważyć prawidłowe rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego.

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, stąd te ustalenia i oceny prawne Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne, co czyni zbytecznym ponowne ich szczegółowe przytaczanie. Sąd Okręgowy starannie zebrał i szczegółowo rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je nie naruszając swobodnej oceny dowodów, uwzględniając w ramach tej oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego. Nie sposób jest wobec tego podważać adekwatności dokonanych przez ten Sąd ustaleń do treści przeprowadzonych dowodów.

Należy przy tym zwrócić uwagę, że stosownie do treści art. 378 § 1 kpc zakres kognicji sądu drugiej instancji wyznaczają granice apelacji. W tych granicach sąd jest zobowiązany do merytorycznej, kompleksowej oceny zaskarżonego wyroku. Obowiązek ten nie ma wszakże charakteru absolutnego, wyabstrahowanego od treści wyartykułowanych przez skarżącego zarzutów. O ile bowiem w zakresie naruszenia prawa materialnego treść tych zarzutów ma znaczenie marginalne, o tyle – co się tyczy zarzutów naruszenia prawa procesowego – sąd drugiej instancji jest nimi związany (tak Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55). Innymi słowy, jeśli apelujący nie zgłosi określonych zarzutów natury proceduralnej, to zagadnienie naruszenia przepisów procesowych pozostawać musi poza sferą oceny sądu odwoławczego, za wyjątkiem tych przepisów, których naruszenie może skutkować nieważnością postępowania.

W analizowanym przypadku apelujący zarzucił Sądowi pierwszej instancji dopuszczenie się błędu w ustaleniach faktycznych w tej części, w której ustalił, że powód został prawidłowo poinformowany o możliwych powikłaniach zdrowotnych występujących po zabiegu przeszczepu nerki oraz zarzucił z kolei brak ustalenia, czy powód został należycie poinformowany o konsekwencjach jakie mogą wystąpić w przypadku nieusunięcia nieprzyjętego przez organizm przeszczepionego organu, jak również podniósł zarzut naruszenia przepisów art. 227 w zw. z art. 233 k.p.c. poprzez odmowę przeprowadzenia dowodu z opinii innych biegłych (instytutu) aniżeli wydający opinię przy poprzednim rozpoznawaniu sprawy.

W kontekście przytoczonych zarzutów należy wyjaśnić, że zwalczanie ustaleń faktycznych sądu i związanej z tym oceny materiału dowodowego może następować tylko poprzez argumenty natury jurydycznej, a mianowicie wykazanie, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności lub mocy dowodowej, bądź niesłusznie im ją przyznając. Jeżeli zaś z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w powiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona

przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, OSNC 2000/7-8/139). Nie jest natomiast dostateczne przekonanie o innej - niż przyjął sąd - wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie przez skarżącego. W judykaturze powszechnie przyjmuje się, że zarzucenie naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów nie może polegać na przedstawieniu przez stronę alternatywnego stanu faktycznego, a tylko na podważeniu podstaw tej oceny z wykazaniem, że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, LEX nr 52347; z dnia 2 kwietnia 2003 r., I CKN 160/01, LEX nr 78813; z dnia 15 kwietnia 2004 r., IV CK 274/03, LEX nr 164852; z dnia 29 czerwca 2004 r., II CK 393/03, LEX nr 585758).

Tymczasem Sąd odwoławczy stwierdził, że apelacja wywiedziona przez powoda w niniejszej sprawie ma w istocie charakter polemiczny i jako taka nie mogła odnieść zamierzonego przez skarżącego skutku. Apelujący, kwestionując dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne (w zakresie ograniczonym jednak tylko do dwóch ww. kwestii) oraz ocenę dowodu z opinii instytutu naukowego – Uniwersytetu (...) we W., przeciwstawił im bowiem jedynie własne deklaratywne stanowisko co do doniosłości przeprowadzonych w sprawie dowodów, w oderwaniu od całokształtu okoliczności wynikających z zebranego materiału dowodowego i nadzwyczaj szczegółowej oraz wyczerpującej argumentacji przedstawionej przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Taka subiektywna ocena dokonywana przez stronę, dążącą do narzucenia sądowi własnych ocen korzystnych dla prezentowanego przez nią w procesie stanowiska i oczekiwanej treści rozstrzygnięcia, nie mogła zatem stanowić miarodajnej podstawy orzekania.

Trzeba zatem podkreślić, że Sąd pierwszej instancji niezmiernie gruntownie i wnikliwie wyjaśnił podstawy swych ustaleń faktycznych, z których wynikało, że Z. M. w czasie trwania procedury kwalifikowania do zabiegu przeszczepu nerki był wielokrotnie informowany o możliwości odrzucenia przeszczepionej nerki, ale i o możliwych powikłaniach, związanych z samym zabiegiem operacyjnym i znieczuleniem ogólnym, oraz możliwości powikłań (wirusowych, bakteryjnych, infekcyjnych) powstałych w związku z koniecznością zażywania leków immunosupresyjnych. Sąd Okręgowy wziął pod uwagę, że w pisemnych formularzach brak było wyszczególnionych informacji dla pacjenta o możliwych powikłaniach związanych z dokonaniem transplantacji nerki i o konieczności przyjmowania leków immunosupresyjnych, ale zarazem Sąd ten szczegółowo, logicznie, zgodnie z zasadami doświadczenia życiowego oraz odnosząc się do pozostałych zebranych w sprawie dowodów argumentował, że mimo to powód faktycznie otrzymał od lekarzy takie pouczenie przed poddaniem się operacji. Potwierdzały to zeznania przesłuchanych świadków, przy czym nie chodzi tylko o zeznania lekarzy zatrudnionych w pozwanym Szpitalu, ale - jak wskazywał Sąd - także zeznania świadków O. M. i A. Z. (1), którzy są lekarzami prowadzącymi powoda Z. M. w Szpitalu Wojewódzkim w K., stąd posiadają oni wiedzę na temat przebiegu kwalifikowania i przygotowania powoda do zabiegu operacyjnego, a jednocześnie nie są oni związani z żadną ze stron procesu. Warto też w tym miejscu przypomnieć, że ocena zeznań świadków nie może się ograniczać do rodzaju stosunków łączących świadka ze stroną, ale powinna opierać się na zestawieniu treści zeznań z pozostałymi dowodami naświetlającymi okoliczności sprawy w sposób odmienny i na dokonaniu prawidłowego wyboru, po rozważeniu wynikłych sprzeczności w świetle zasad logiki i doświadczenia życiowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 listopada 2003 r., IV CK 183/02, LEX nr 164006). Natomiast w niniejszej sprawie zarzut podniesiony przez apelującego pod adresem oceny dowodów z zeznań świadków, na okoliczność treści udzielanych mu pouczeń, sprowadzał się do gołosłownej i ogólnikowej ich negacji, bez wskazania jakim zasadom swobodnej oceny dowodów Sąd miał w tej mierze uchybić, bez skonkretyzowania o których świadków chodzi oraz postawieniu tezy, że świadkowie byli w sposób oczywisty zainteresowani w składaniu zeznań korzystnych dla pozwanego Szpitala. O ile nawet to ostatnie zastrzeżenie mogło się dotyczyć świadków wywodzących się z personelu tego Szpitala, to już jednak traciło na aktualności w stosunku do świadków O. M. i A. Z. (1), a którzy także potwierdzali, że wielokrotnie spotykali się z powodem i wyjaśniali mu, na czym będzie polegać zabieg przeszczepu nerki i jakie są potencjalne niebezpieczeństwa tego zabiegu.

Sąd Apelacyjny pragnie nadto zaakcentować, że z treści dopuszczonej w sprawie opinii oraz zeznań świadków, którzy są obeznani w procedurach kwalifikacji pacjenta do transplantacji nerki, wynikało, iż taki proces jest wieloetapowy i na każdym z nich, standardowo w rozmowach z pacjentem zawsze uświadamia się mu ryzyko ewentualnych powikłań związanych z przeszczepem, nawet jeśli w gotowym formularzu nie ma wprost wyszczególnionej takiej

pozycji. Powyższa praktyka znalazła wreszcie odzwierciedlenie i w zeznaniach świadka R. C., pacjenta pozwanego Szpitala przyjętego w tym samym celu i w tym samym czasie co powód, a który to świadek wspominał, że już w stacji dializ był informowany o konieczności zażywania leków immunosupresyjnych. Także zresztą Z. M. przyznał w czasie przesłuchania, że przed zabiegiem tłumaczono mu zasadę działania leków immunosupresyjnych, które obniżają odporność. Racjonalnie rzecz ujmując za zasadny więc uznać należy wniosek, że powód był niejednokrotnie informowany o ryzyku i niebezpieczeństwie dla jego zdrowia związanym z operacją transplantacji nerki, stąd jego zgoda na poddanie się takiemu leczeniu operacyjnemu była w pełni świadoma, mimo że na przygotowanym druku taka pozycja się nie znalazła.

Apelujący błędnie więc zakłada, że przesądzający jest tu brak takiej wzmianki na piśmie, albowiem sąd ma obowiązek dokonania ustaleń w oparciu o całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a ten w niniejszej sprawie wykazał, że w praktyce Z. M. otrzymał taką informację w niezbędnym zakresie. Stąd tożsame wnioski Sądu pierwszej instancji, z uwagi na ich logiczną poprawność oraz oparcie na wszechstronnie ocenionym materiale dowodowym, musiały się ostać jako w pełni prawidłowe. Tym bardziej, że z zeznań świadka O. M. wynika, iż nawet po tych przeżyciach powód nadal wyraża gotowość poddania się kolejnemu zabiegowi transplantacji nerki, co doskonale obrazuje, że choćby wcześniej rzeczywiście nie podano mu pełnej informacji o możliwych powikłaniach – to tak naprawdę nie zmieniliby to i tak treści jego decyzji.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się także uchybień w stanowisku Sądu orzekającego w pierwszej instancji, który argumentował, że opóźnienie w przeprowadzeniu u powoda zabiegu usunięcia nieprzyjętej nerki wynikało z początkowego braku wyrażenia przezeń zgody na przeprowadzenie tego zabiegu, co zresztą przyznawał sam powód w trakcie przesłuchania, a którego ówczesny ogólny stan zdrowia, jak wynika z dokumentacji medycznej i opinii instytutu, pozwalał mu na podjęcie w sposób świadomy decyzji co do jego leczenia. Natomiast sam powód, będąc przesłuchiwanym, nawet nie podnosił, iżby nie został należycie poinformowany o zagrożeniach w przypadku nieusunięcia tej odrzuconej nerki, co miało być przyczyną braku jego akceptacji dla takiego zabiegu. Jednocześnie zaś sam przyznawał, iż lekarze tłumaczyli mu wtedy, że nerka nie podjęła pracy i ostatecznie zgodę na jej usunięcie wyraziła jego żona. Wynika stąd zatem, że to nie postawa lekarzy w aspekcie informacyjnym, ale postawa samego Z. M., który nie chciał się pogodzić z niepowodzeniem zabiegu transplantacji, skutkowało opóźnieniem w usunięciu tej nerki. Co jednak najistotniejsze, to to, że z ustnej opinii biegłych wynikało, że początkowa odmowa przez powoda takiej zgody, i wyrażenie jej w dniu 4 stycznia 2002 roku i wykonanie w tym dniu tego koniecznego zabiegu nie miała w praktyce znaczenia dla stanu zdrowia powoda po tym zabiegu.

Nieskutecznym okazał się również zarzut apelującego dotyczący nieprzeprowadzenia przez Sąd dowodu z opinii innego zespołu biegłych (instytutu). Skarżący, podnosząc ten zarzut, nie przedstawił dla niego merytorycznej argumentacji, podczas gdy Sąd Okręgowy drobiazgowo wskazywał i opisywał przyczyny, z uwagi na które uznał za miarodajną opinię wykonaną przez specjalistów z Uniwersytetu (...) we W. i zarazem oddalił wniosek strony powodowej o powołanie innego zespołu biegłych dla sporządzenia opinii w tej sprawie. Natomiast w miejsce tego apelujący przedstawił jedynie własne arbitralnie żywione poglądy, które nie mogły samoistnie świadczyć o zasadności tego wniosku i zarzutu apelacji.

Wbrew temu co uważa skarżący, z całą pewnością przyczyną dyskwalifikującą opinię Uniwersytetu (...) we W. nie może stać się jedynie względ na okoliczność, że niniejsza sprawa podlegała ponownemu rozpoznaniu na skutek wyroku kasatoryjnego Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 13 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 295/11, a podczas pierwszego rozpoznania sprawy opinię sporządzał ten sam instytut i następnie wydał jedynie opinię uzupełniającą. W realiach tej sprawy w żadnym razie bowiem fakt wydania wyroku kasatoryjnego nie podważał obiektywizmu i fachowości tych biegłych. Tutejszy Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu rzeczonego wyroku z dnia 13 marca 2013 r. nie zakwestionował profesjonalizmu i merytorycznej warstwy wywodów tych specjalistów, wydających poprzednio opinię w tej sprawie, stąd nie postulował o dokonanie zmiany zespołu opiniujących biegłych, ale jedynie wskazywał na potrzebę pewnego uzupełnienia dowodów oraz wyjaśnienia po tym przez biegłych pewnych niejasności, które zdaniem Sądu odwoławczego mogły budzić uzasadnione wątpliwości. Takie wskazania Sądu drugiej instancji w pełni zrealizował Sąd Okręgowy podczas ponownego rozpoznania sprawy, a uzupełniająca pisemna opinia biegłych,

wraz z uzupełniającym postępowaniem dowodowym w zakresie dowodów osobowych, w sposób gruntowny rozwiła definitywnie wszystkie wątpliwości, które sygnalizował uprzednio Sąd Apelacyjny. Wreszcie też trzeba odnotować, że sama strona powodowa nie sprzeciwiała się na rozprawie w dniu 25 października 2013 r. dopuszczeniu przez Sąd Okręgowy dowodu z uzupełniającej opinii pisemnej Uniwersytetu (...) we W., wnosząc jedynie o poszerzenie tezy dowodowej, tym samym najwyraźniej nie dopatrując się istnienia potrzeby zmiany zespołu opiniującego, a taką potrzebę dostrzegła - co wymowne - dopiero po wydaniu opinii niekorzystnej dla powoda.

Jak już więc nadmieniono, Sąd Okręgowy starannie uzupełnił postępowanie dowodowe zgodnie ze wskazaniem zawartymi w wyroku z dnia 13 marca 2013 r. oraz wnikliwie wyjaśnił te kwestie, które wzbudziły wówczas wątpliwości Sądu odwoławczego, a w szczególności znaczenie uchyłkowości jelita dla samej możliwości przeprowadzenia transplantacji stwierdzonej u powoda, konieczności uwzględnienia tego schorzenia podczas obserwacji powoda po transplantacji, zwłaszcza w kontekście stwierdzeń biegłych o sprzyjaniu tego schorzenia w powstawaniu stanów zapalnych i przetok i podawaniu jako jednej z możliwych przyczyn wystąpienia tych powikłań, oraz prawidłowość postępowania personelu medycznego pozwanego Szpitala wobec powoda po wprowadzeniu cewnika Malekota.

Sąd pierwszej instancji, odwołując się do treści dokumentów, zeznań świadków, poprzednio wydanych opinii oraz opinii uzupełniającej, sporządzonej już podczas ponownego rozpoznania sprawy, przekonywująco argumentował, że nie zostało w tym przypadku wykazane, aby pracownicy pozwanego Szpitala dopuścili się błędów w sztuce lekarskiej, nieprawidłowości w zakresie leczenia i pielęgnacji czy zaniedbań w zakresie aseptyki i higieny. Sąd ten w sposób prawidłowy ustalił materialnoprawną podstawę odpowiedzialności cywilnej pozwanych oraz przesłanki dochodzonego przez powoda roszczenia, stwierdzając jednocześnie, że strona powoda nie zdołała udowodnić spełnienia się tych warunków w niniejszym postępowaniu.

Wskazać przy tym należy, że w przypadku procesów o takiej specyfice, jak w rozpoznawanej sprawie, dowód z opinii biegłego ma szczególną rangę. Dowód ten podlega oczywiście jak każdy inny ocenie sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 kpc, 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). Jednakże zdaniem judykatury, jeśli ten dowód pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności nie posiada wad, sąd orzekający nie może nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego, czy zamiast nich przedstawiać własne (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 października 1987 r., II URN 228/87, PiZS 1988, nr 7, poz. 62; z dnia 19 grudnia 1990 r., I PR 148/90, OSP 1991, z. 11–12, poz. 300). Sąd Apelacyjny w tej sprawie podziela zdanie Sądu orzekającego w pierwszej instancji, że sporządzona dla celów niniejszego procesu opinia instytutu, po jej uzupełnieniu w ramach ponownego rozpoznania sprawy, jest pełna, jasna, kategoryczna, nie zawiera luk i wobec tego jest na tyle przekonywująca, że Sąd nie miał już obowiązku dopuszczania dowodu z opinii innych biegłych, celem ustalenia czy przypadkiem jakiś inny zespół biegłych nie zajmie odmiennego stanowiska. Podkreślić trzeba, że jeżeli opinia biegłego czyni zadość wymienionym wymogom, co pozwala uznać za wyjaśnione znaczące dla istoty sprawy okoliczności, to wtedy nie zachodzi potrzeba dopuszczania dowodu z kolejnej opinii biegłych. Granicę obowiązku prowadzenia przez sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy, okoliczność zaś, że opinia biegłych nie ma treści odpowiadającej stronie, zwłaszcza gdy w sprawie wypowiadało się kilku kompetentnych pod względem fachowości biegłych, nie stanowi uzasadnienia dla przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii (zob. też: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 października 2013 r., I ACa 577/13, LEX nr 1391952; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2008 r., I UK 91/08, LEX nr 785520; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 roku, II CR 638/74, OSP 1975/5/108). W niniejszej sprawie opinia została wydana przez zespół kilku doświadczonych lekarzy z zakresu specjalności właściwych dla schorzeń powoda, którzy w sposób logiczny uargumentowali wspólnie i konsekwentnie wyrażane stanowisko o braku błędów w sztuce lekarskiej w odniesieniu do procesu przeszczepu nerki u Z. M.. Natomiast jak wielokrotnie stwierdzał Sąd Najwyższy, samo niezadowolenie strony z oceny przedstawionej przez biegłych nie uzasadnia potrzeby dopuszczenia przez sąd dowodu z opinii innych biegłych (zob. wyroki z dnia 6 maja 2009 r. II CSK 642/08, LEX nr 511998; z

4 sierpnia 1999 roku, I PKN 20/99, OSNP 2000/22/807; z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, LEX nr 52795).

Stąd nie sposób zgodzić się z twierdzeniami apelacji, iż występowała w sprawie potrzeba zasięgnięcia opinii innych specjalistów, aniżeli Uniwersytetu (...) we W.. Opiniujący w sprawie instytut wyjaśnił, iż dolegliwości powoda związane z uchyłkowatością jelita nie stanowiły przeszkody do wykonania zabiegu transplantacji nerki, a mimo tego schorzenia powód także nie wymagał szczególnego nadzoru ze strony personelu medycznego. Do tego biegli stali na stanowisku, że choć rozpoznawana u powoda uchyłkowatość jelit sprzyja stanom zapalnym i powstawaniu przetok, niemniej i tak nie było możliwe zapobieżenie powstania przetoki odbytu u powoda. Także decyzja w przedmiocie założenia Z. M. cewnika Malekota, oraz samo wykonanie tej czynności, były zdaniem biegłych prawidłowe i odbyło się zgodnie z obowiązującymi zasadami. Biegli uzasadniali, że wprowadzenie cewnika do dróg moczowych, już nawet przed operacją oraz jego długotrwałe utrzymywanie, jest koniecznością u pacjentów z przeszczepioną nerką, co niewątpliwie wiąże się z dużym ryzykiem powstania zakażenia dróg moczowych, ale równocześnie nie ma innego sposobu kontroli wydzielania moczu i jego odprowadzania u takich pacjentów. Natomiast odmienne stanowisko apelującego, sprowadzające się tylko do przedstawienia własnego przekonania, nie popartego jednak wiadomościami specjalnymi i wyzbytego z choćby próby podjęcia merytorycznej polemiki ze stanowiskiem biegłych, nie mogło doprowadzić do podważenia wniosków płynących z tej opinii. Sąd Apelacyjny potwierdza zarazem zasadność stwierdzeń Sądu Okręgowego, iż nie zostały wykazane jakiegokolwiek zaniedbania nie tylko w leczeniu, ale i w pielęgnacji powoda przez personel pozwanego Szpitala oraz zapewnieniu mu należytych standardów aseptyki, w tym utrzymywaniu w należyтым stanie czystości założonego mu cewnika. Należy w szczególności wskazać, iż przebywający wraz z powodem, w tym samym czasie, w tych samych warunkach i w tym samym celu inny pacjent – R. C., zeznał, iż nie miał najmniejszych zastrzeżeń co do stanu sanitarnego i pracy personelu, jak również nie przypominał sobie sytuacji, aby powód domagał się toalety, był zanieczyszczony, ale aby personel miał mu nie udzielać pomocy i pomagała mu w tym żona. Co więcej, zdaniem Sądu odwoławczego przypadek R. C., któremu przeszczep nerki od tego samego dawcy się przyjął, dodatkowo wręcz potwierdza prawidłowość wniosków biegłych, że brak osiągnięcia takiego efektu w przypadku Z. M. nie był wynikiem niewłaściwego postępowania lekarzy, pielęgniarek czy niewłaściwych warunków panujących w pozwanym Szpitalu, ale przyczyną tego stanu rzeczy stało się zaistnienie niezależnych od nich powikłań, które należą do typowych w przypadku transplantacji nerki, a których nie da się przewidzieć i im zapobiec.

Z tych przyczyn Sąd drugiej instancji w pełni podzielił szczegółową argumentację przedstawioną przez Sąd pierwszej instancji, w której w oparciu o stanowisko biegłych drobiazgowo Sąd ten wyjaśniał, iż zabieg transplantacji nerki został przeprowadzony zgodnie ze sztuką medyczną, zaś wyciek moczu do jamy brzusznej czy zapalny stan jądra są właśnie takimi powikłaniami pooperacyjnymi przeszczepu nerki, których zaistnienia nie można przewidzieć i im zapobiec, a usunięcie jądra u powoda stanowiło zabieg najbardziej skuteczny i było zabiegiem ratującym życie ze względu na konieczne leczenie immunosupresyjne. Biegli zwracali również uwagę, że skutkiem właśnie wycieku moczu do jamy brzusznej może być posocznica, przy czym wyciek moczu u powoda rozpoznano w odpowiednim czasie po jego powstaniu i podjęto właściwe leczenie. Biegli nie dopatrzili się też podstaw do przyjęcia, że wystąpienie posocznicy było spowodowane działaniem lub zaniechaniem ze strony lekarzy albo zaniedbaniami higienicznymi, gdyż była ona powikłaniem leczenia immunosupresyjnego, niezbędnego do utrzymania przeszczepu, które wystąpiło pomimo osłony antybiotykowej. Wskazali, że bez immunosupresji nie byłoby co prawda posocznicy, ale wtedy nie byłoby szans na przyjęcie nerki przez organizm pacjenta. Nadto, choć biegli przyznawali, że niemożliwe jest pewne ustalenie przyczyny wystąpienia przetoki odbytu u powoda, to równocześnie podkreślali, że i tak nie było możliwe zapobieżenie jej powstaniu. Stwierdzili także, iż przyczyną odrzucenia przeszczepu nie był błąd personelu pozwanego Szpitala, ale taka reakcja organizmu powoda na transplantację nowego organu.

Natomiast wszelkie argumenty przedstawione w apelacji pod kątem treści takiego stanowiska biegłych miały jedynie charakter polemiki, opartej na zawodnym wyprowadzaniu przez powoda wniosków, na podstawie skutków dla jego zdrowia związanych z owym nieudanym zabiegiem transplantacji nerki, o przyczynach takiego stanu rzeczy mających jego zdaniem źródło w zawinionym działaniu pozwanego Szpitala, bez posiadania jednak ku temu wiedzy specjalnej. Tymczasem właśnie miarodajnemu zbadaniu takiego związku przyczynowo - skutkowego i jego wyjaśnieniu przy

udziale specjalistycznych wiadomości służy dowód z opinii biegłych sądowych oraz instytucji naukowych i naukowo-badawczych. Należy także podkreślić, że lekarz ma obowiązek zawsze postępować z należytą starannością, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jednak co do zasady nie odpowiada za osiągnięcie określonego rezultatu leczniczego, lecz tylko za przedsięwzięcie wszelkich możliwych czynności, które są w danej sytuacji możliwe, aby ten rezultat osiągnąć i nie doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia osoby leczonej. Pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze więc na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z choćby najlżejszej winy lekarza. W tej zaś mierze Sąd – opierając się na zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym - nie stwierdził nieprawidłowości.

Mając zatem na uwadze, że prawidłowości rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji nie obaliły zarzuty zgłoszone przez powoda w apelacji oraz że Sąd odwoławczy nie stwierdził uchybień, które winien brać pod uwagę z urzędu – na podstawie przepisu art. 385 kpc – wywieczona w sprawie apelacja została oddalona jako bezzasadna.

Na podstawie art. 108 § 1 kpc oraz art. 102 kpc Sąd odwoławczy natomiast nie obciążył powoda kosztami postępowania apelacyjnego należnymi stronie pozwanej, mając na względzie jego trudną sytuację zdrowotną, majątkową oraz odczuwane przez niego, a dające się zrozumieć z uwagi na ciężki stan zdrowia i związane z tym uciążliwości, subiektywnie żywione przekonanie o istnieniu przesłanek do pociągnięcia pozwanego Szpitala do odpowiedzialności cywilnej za ww. zdarzenia.

SSA Małgorzata Gawinek SSA Artur Kowalewski SSO (del.) Krzysztof Górski