

Seminarium dla Wydziału Lekarskiego
Maria Boratyńska, Zakład Medycyny Sądowej WUM
temat: Należyte informowanie pacjenta a komplikacje w trakcie i po zabiegu
Kazus – chirurgia szczękowa

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 stycznia 2016 r.
Sygn. akt VI ACa 322/15

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:
Przewodniczący - Sędzia SA Agata Zajęc (spr.)
Sędziowie: SA Ewa Stefańska
SO (del.) Jolanta Pyżlak
Protokolant: Izabela Nowak

po rozpoznaniu w dniu 21 stycznia 2016 r. w Warszawie
na rozprawie sprawy **z powództwa M. M.**
przeciwko Centrum Medyczne (...) sp. z o.o. w W. i M. J.
o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę
na skutek **apelacji powódki**
od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie
z dnia 2 grudnia 2014 r.
sygn. akt III C 1216/09

I. oddała apelację;

II. zasądza od M. M. na rzecz Centrum Medyczne (...) sp. z o.o. w W. kwotę 2 700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Magda M., powódka w sprawie, od urodzenia cierpiała na zespół Ehlersa-Danlosa (EDS) - rzadką chorobę genetyczną wywołującą zaburzenia budowy tkanki łącznej, wynikające z nieprawidłowej syntezy kolagenu. Do podstawowych objawów należą: skóra delikatna, źle się gojąca i łatwo ulegająca uszkodzeniom; kruchość naczyń, nadmierna ruchomość w stawach, osteoporoza, a w przypadku tej pacjentki - również wada wzroku i jaskra, skłonność do powstawania tętniaków i niedomykanie zastawek. Rozwinęła się u niej również wada zgryzu (progenia) z niedomykaniem – utrudniająca gryzienie i trawienie pokarmów. Nasiloną wadą objawia się wysunięciem brody oraz dolnej wargi, co zdecydowanie nie dodaje urody. Nieleczona pogłębia się szczególnie w starszym wieku i powoduje dolegliwości zdrowotne.

Po dojściu do pełnoletności Magda M., dzięki internetowej kwerendzie i naradach z innymi osobami dotkniętymi tą przypadłością, znalazła praktykującego prywatnie lekarza Marka J., gotowego wykonać chirurgiczną korektę wadliwego zgryzu. Po konsultacji medycznej uznano za konieczne przeprowadzenie zabiegu dwuszcękowego, poprzedzonego usunięciem czterech „ósemek” i dwuletnim leczeniem ortodontycznym, którego podjęła się żona pozwanego. Ostatecznie Magda M. zdecydowała się na zabieg prywatnie, za kwotę 15.000 zł, bo termin oczekiwania na leczenie refundowane był zbyt długi. Operował Marek J. w Centrum Medycznym (...) sp. z o.o., gdzie wynajmował salę operacyjną wraz z zespołem zabiegowym "w pakiecie". Operacja odbyła się 13 lutego 2009 r. Zabieg prowadzono bez zakłóceń do momentu, gdy zaobserwowano wylew krwi do przedniej komory oka. Wobec konieczności zbadania oka zabieg przerwano, rezygnując z osteotomii

żuchwy i całkowitej korekty zgryzu, a operowane miejsce tylko zabezpieczono. Pacjentka została przewieziona na konsultację do szpitala. Tam stwierdzono uszkodzenie twardówki lewego oka, w wyniku czego nastąpiło przemieszczenie i wypadnięcie tkanek oka oraz masywny krwotok wewnątrzgałkowy, a ponadto uszkodzenie aparatu wiązadłowego soczewki. Następnego dnia w Szpitalu twardówkę zszyto, ale soczewkę trzeba było usunąć. W rezultacie tych komplikacji Magda M. nie widzi na lewe oko. Po przebytym zabiegu rekonstrukcji gałki ocznej oko jest mniejsze i zapadnięte w głąb oczodołu, a kolor nierozpoznawalny.

Magda M. załamała się psychicznie. Nie zdecydowała się na dokończenie przerwanej korekty szczękowej w obawie, że znowu mogłoby wydarzyć się coś złego. Wstydzi się swojego wyglądu i nie akceptuje go, co wpłynęło na ograniczenie jej związków towarzyskich. Najpierw zasłaniała oko plastrem, potem grzywką i do chwili obecnej nie mówi prawdy odpowiadając na pytania o swój wygląd. Deklaruje, że straciła sens życia, reaguje na przemian złością i poczuciem winy. Jednocześnie obawia się o wzrok, bo wciąż choruje na jaskrę. Cały czas jest pod opieką okulistów i specjalistów od zaburzeń metabolicznych.

Powołując się na popełniony przez Marka J. błąd w sztuce lekarskiej wniosła o zadośćuczynienie) **250 000 zł**, odszkodowanie i rentę od Centrum Medycznego (...) sp. z o.o. i Marka J. **solidarnie**. Swoje żądania wywodziła z uszkodzenia narządu wzroku oraz twarzy, cierpienia fizycznego i psychicznego. Dr Marek J. zwrócił jej poniesione koszty operacji.

Sąd zważył, co następuje.

Podstawą rozstrzygnięcia było zweryfikowanie, czy został popełniony błąd w sztuce lekarskiej, a więc czy operator ponosi winę za nastąpienie szkody. Za błąd medyczny uważa się działanie lub zaniechanie sprzeczne z aktualnym stanem wiedzy i praktyki medycznej. Na lekarzu spoczywa zaś obowiązek dołożenia należytej staranności w swoim działaniu. Zasadność roszczenia, czyli odpowiedzialność pozwanego, wystąpiłaby zatem tylko gdyby wykazano, że szkoda u pacjentki powstała wskutek zawinionego działania lub zaniechania lekarza podejmującego czynności diagnostyczne i operacyjne. **Pojęcie winy lekarza** przy wykonywaniu zabiegu medycznego powinno być interpretowane w sposób szczególny, przy czym **na pojęcie to składają się dwa elementy**: obiektywny i subiektywny. Pierwszy z nich oznacza **bezprawność** działania, **czyli zachowanie sprawcy szkody musi naruszać konkretne reguły postępowania, nakazy czy zakazy**. Element **subiektywny** oznacza **wadliwość zachowania sprawcy związany z elementami przewidywania i momentem woli**. Przy ocenie tego elementu pojawia się kwestia miernika staranności czyli wzorca, z którym należy zestawić zachowanie sprawcy. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko **zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych**, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale **także niezręczność i nieuwaga w przeprowadzanym zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach**. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej, wymaganą wobec lekarza, jak to formułuje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej i według tej wartości przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania

Dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: **winy** - w tym przypadku po stronie lekarza przeprowadzającego zabieg, **szkody** jakiej miałyby doznać powódka wskutek działania bądź zaniechania pozwanego oraz istnienie **normalnego** (adekwatnego) **związku przyczynowego** między winą a szkodą. Brak któregokolwiek z tych elementów skutkuje brakiem odpowiedzialności.

Podstawy odpowiedzialności lekarza wykonującego zabieg medyczny.

Pierwsza podstawa to błąd w sztuce lekarskiej. W orzecznictwie przyjmuje się, że pojęcie to wskazuje na każde postępowanie obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi

zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Trafnie przyjmuje się, że błąd w sztuce medycznej jest obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lub zaniechanie lekarza, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. W każdej zatem sytuacji kiedy zabieg wykonywany jest wadliwie, niezgodnie z zasadami sztuki medycznej stanowi on delikt, który uzasadnia odpowiedzialność lekarza ewentualnie szpitala w którym lekarz jest zatrudniony. **Pierwszą kwestią**, która powinna być zostać rozważona i została rozważona, było ustalenie **czy zabieg został przeprowadzony prawidłowo**, tj. zgodnie z zasadami sztuki medycznej. **Uznanie, że tak było, otwiera pole do dalszych rozważań, czy zabieg poprzedzony był prawidłowo udzieloną zgodą pacjenta.**

Kwestia **zgody pacjenta na zabieg** pojawia się **dopiero w tym momencie, kiedy zabieg przeprowadzany jest prawidłowo** i stanowi **drugą możliwą podstawę odpowiedzialności** lekarza. Żadna bowiem zgoda pacjenta nie powoduje uchylenia bezprawności w przypadku zabiegu przeprowadzonego niezgodnie ze sztuką medyczną. Wskazać w tym miejscu należy, że z obowiązkami lekarza dotyczącymi samego procesu leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia odpowiedniej informacji. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie (określanej mianem zgody "objaśnionej", "poinformowanej" lub "uświadomionej"), a bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza. Celem spoczywającego na lekarzu obowiązku wyjaśnienia pacjentowi skutków zabiegu operacyjnego jest, by pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego, w tym jakich powikłań, może się spodziewać. **Obowiązek informacji** uregulowany w [art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty](#) obejmuje **normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one charakter niebezpieczny dla życia lub zdrowia**. Nie oznacza to jednak, by informacja miała zawierać wszystkie możliwe następstwa zabiegu, nawet nietypowe i nieobjęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach powikłań.

W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje ponadto zjawisko określane mianem **ryzyka medycznego**. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. **Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne**. Zasadniczo, pacjent poinformowany o istniejącym ryzyku, wyrażając zgodę na zabieg przyjmuje je na siebie. Konsekwencje ryzyka ponoszonego przez lekarza wiążą się wobec tego z prawidłowo przeprowadzonym zabiegiem oraz z tym, czy pacjent wyrażając zgodę na zabieg, a zatem zdejmując z lekarza odpowiedzialność za skutki zabiegu przeprowadzonego prawidłowo, wobec wystąpienia komplikacji, wskazaną wyżej zgodę wyraził świadomie. Istotne jest zatem, czy pacjent został uprzedzony o możliwych, niekorzystnych konsekwencjach przeprowadzenia zabiegu, a w związku z tym czy decydując się na zabieg rozważył możliwość wystąpienia takich następstw.

Co do prawidłowości wykonania zabiegu

Według **biegłego specjalisty w chirurgii szczękowej M. N.** zabieg był wykonywany prawidłowo do czasu, kiedy został przerwany na skutek zauważanego wylewu krwi do komory przedniej oka lewego, a nastąpiło to pod koniec pierwszej części operacji. Przeprowadzona bezzwłocznie konsultacja okulistycka spowodowała prawidłowe zabezpieczenie szczęki na tym etapie zabiegu i przewiezenie powódki do Szpitala (...). Jak wynika z opinii biegłych przeprowadzone czynności do czasu wystąpienia wylewu, jak i bezpośrednio po jego zauważeniu zostały przez dr Marka J. przeprowadzone prawidłowo. Przy tego typu operacjach uszkodzenia oczodołu i gałki ocznej są dosyć rzadkie, ale opisy podobnych powikłań (dotyczących różnych operacji, np. zatok czy usuwania polipów) można znaleźć w literaturze medycznej. W ocenie biegłego linie cięcia

zaplanowane i przeprowadzone były prawidłowo. Prawidłowy był również dobór instrumentów. Jednak u chorej z obciążeniem EDS należało liczyć się z powikłaniami, np. krwotokami lub dodatkowymi złamaniami. Co prawda u powódki występuje bardzo duża elastyczność tkanki kostnej, jednakże pole operacyjne nie sąsiadowało bezpośrednio z miejscem uszkodzenia. Ostatni etap pierwszej części operacji polegał na odłamaniu szczęki. U osoby chorej genetycznie szczęka może nie pęknąć w odpowiedni sposób, wówczas wykonywanie ruchów dążących do złamania szczęki może spowodować uginanie całej szczęki, jednak nie dochodzi wówczas do jej pęknięcia, tylko do uginania się. Przy tych ruchach mogło dojść do zwiększenia ciśnienia w gałce ocznej, a w konsekwencji do jej uszkodzenia. Biegły zaznaczył jednak, że nie ma możliwości, aby zahaczyć o gałkę jakimś narzędziem, nie uszkodził jej również odprysk kości, ponieważ kość się nie łamała. Wskazał on ponadto, że przy tego typu operacjach które sam też przeprowadza, w ogóle nie bierze pod uwagę tego rodzaju powikłania jako realnego i w związku z tym nie uprzedza o tym pacjentów.

W ocenie Sądu nie były słuszne ani uzasadnione zarzuty strony powodowej, iż doszło do mechanicznego uszkodzenia gałki ocznej, bo nie wynika to ani z dokumentacji medycznej, ani nie zostało stwierdzone we wnioskach opinii. Pole operacyjne zabiegu nie zachodziło na obszar oczodołu, który jest zabezpieczony kostnie. Biegły wyjaśnił, że pole nie obejmuje oczodołu i struktur wewnątrzoczodołowych, a linie cięcia kości prowadzi się poniżej oczodołów. Analizując przebieg zdarzenia stwierdził, że **najprawdopodobniej przyczyną uszkodzenia gałki ocznej był wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego pod wpływem ucisku przy próbie złamania szczęki w jej tylnym odcinku.** Wpływ na to miała choroba genetyczna powódki, powodująca nadmierną elastyczność tkanki kostnej i powstawanie wadliwych blizn (uszkodzeniu uległo lewe oko, które wcześniej było operowane) oraz jaskra (wzmożone ciśnienie wewnątrzgałkowe). Ostatecznie biegły M. N. **uznał, że nie doszło podczas operacji do błędu w sztuce lekarskiej, lecz do poważnego powikłania trudnego do przewidzenia przed operacją, wynikającego z obciążenia pacjentki chorobą.** Biegły wykluczył zahaczenie gałki narzędziem, bo operacja była poniżej struktur oczodołu, jak również zasadniczo wykluczył odprysk kości. Dodatkowo biegły wyjaśnił, że Marek J., wiedząc o chorobie genetycznej powódki, mógł wprawdzie przewidzieć, że nastąpi krwawienie, że kość złamie się nieprawidłowo, ale nie mógł przewidzieć, że pęknie gałka oczna - tym bardziej, że operacja przebiega poniżej oczodołu. Ostatecznie stwierdził, że gdyby powódka nie była chora genetycznie, takie powikłanie by nie nastąpiło.

Biegła okulista D. P. również kategorycznie stwierdziła, że przyczyną powikłania jest genetyczna choroba powódki. Przedstawiła dwa warianty możliwości uszkodzenia oka, przy czym jednym z nich jest ten opisany przez biegłego chirurga szczękowego – pęknięcie gałki pod wpływem wzrostu ciśnienia międzygałkowego. Drugi wariant to złamanie ściany przysiódkowej oczodołu, która jest najcieńsza, przy bardzo kruchych kościach (osteoporoza) będących objawem choroby Ehlersa-Danlosa, ale to mogłoby być potwierdzone zdjęciem RTG, którego nie wykonano, poza zrobionym USG.

Oboje biegli jednoznacznie uznali w swoich wnioskach na podstawie dogłębnej analizy wszystkich aspektów tego przypadku, że przyczyną szkody jest choroba genetyczna powódki i potwierdzili to w opiniach uzupełniających, odpowiadając na pytania pełnomocników, głównie strony powodowej.

Bezpośrednią przyczyną szkody były objawy towarzyszące chorobie genetycznej powódki m.in. osteoporoza i jaskra, a za to nie można było obciążać pozwanego dr Marka J. Wcześniejsze inwazyjne zabiegi aż do tej chwili nie przynosiły negatywnych następstw, jakkolwiek ryzyko to istniało zawsze w związku z dużą ilością symptomów (objawów) choroby genetycznej, które nakładają się i mogą wywoływać problemy nawet w codziennym życiu. O tym wszystkim Magda M. wie, bo cierpi na ta chorobę od urodzenia, **a przede wszystkim wiedzą jej lekarze stale prowadzący, specjaliści w zakresie chorób genetycznych i okuliści w Poradni, którzy powinni**

przewidzieć zagrożenie przy planowanym od kilku lat zabiegu i ewentualnie sprzeciwić się jego wykonaniu tudzież przekazać chociaż jakiegokolwiek wątpliwości powódce albo pozwanemu. [I to jest to, co mi się w tej sprawie nie podoba - MB] Nic takiego nie miało jednak miejsca, co tylko mogło utwierdzić strony postępowania w przekonaniu, że ze względu na chorobę genetyczną nie ma zagrożenia.

Sam fakt, że takie następstwa nie zostały w literaturze odnotowane, nie stanowi o tym, że doszło do błędu w sztuce medycznej. Byłoby to bowiem zbyt daleko idące rozumowanie. Nie ma bowiem znaku równości pomiędzy możliwością przewidzenia pewnych komplikacji, jakie mogą wystąpić w trakcie lub po wykonaniu zabiegu, a kwestią ustalenia możliwości przyjęcia błędu w sztuce medycznej, za który odpowiedzialność ponosi lekarz.

Sporny zabieg, który był wykonywany przez pozwanego dr Marka J., nie był zabiegiem ratującym życie ani też zabiegiem z zakresu chirurgii kosmetycznej. Był to natomiast zabieg ze wskazań medycznych, który służył skorygowaniu pewnych deformacji w zakresie szczęki powódki. **Sąd Apelacyjny nie podziela w całości stanowiska, że nie wszystkie możliwe komplikacje muszą zostać objęte pisemną zgodą pacjenta. Sam bowiem fakt, że zgoda pacjenta ma być zgodą pisemną oraz że zakres udzielonych informacji ma być wykazany tylko tym, co zawiera się w tej pisemnej zgodzie, skutkuje obarczeniem lekarza sporządzającego treść zgody ciężarem wykazania zakresu udzielonych informacji. Im szerszy jest więc zakres informacji zawarty w piśmie, jakie podpisuje pacjent, tym łatwiej jest wykazać i udowodnić, jaki był zakres okoliczności, o których pacjent wiedział i w konsekwencji objęty był jego świadomą zgodą.**

Istotne na gruncie niniejszej sprawy było zatem to czy komplikacja, do której doszło podczas zabiegu była możliwa do przewidzenia. Nie ma bowiem możliwości uprzedzenia pacjenta o komplikacji, które nie są możliwe do przewidzenia. W literaturze medycznej, na co wskazał również biegły z zakresu chirurgii szczękowej, nie odnotowano takiego przypadku komplikacji, jak ten który miał miejsce w przypadku powódki, lekarz nie był wobec tego w stanie przewidzieć, że taki skutek może nastąpić. Prawdopodobne są co prawda komplikacje w zakresie nerwu wzrokowego, w trakcie przeprowadzonego zabiegu nie doszło jednak o uszkodzenia nerwu wzrokowego, a do pęknięcia gałki ocznej na skutek wzrostu ciśnienia oczodołowego. Również inni lekarze, z którymi powódka miała kontakt, nie wyrazili negatywnych opinii odnośnie planowanego zabiegu. **Komplikacje, jakie zaistniały podczas spornego zabiegu, były wobec tego nadzwyczajnym zbiegiem pewnych schorzeń, jakie u powódki wystąpiły i związków, jakich na tym etapie w oparciu o dostępną wiedzę medyczną nie można było przewidzieć.**

Wynajęta sala operacyjna oraz kwalifikacje lekarzy i personelu pomocniczego biorącego udział w zabiegu nie budziły zastrzeżeń. Podjęte działania w zakresie wywiadu lekarskiego anestezjologa, zleczone badania i cała procedura przygotowawcza zostały przeprowadzona prawidłowo. Żadna ze stron nie kwestionowała tych elementów i jak wynika z opinii biegłych tzw. otoczenie operacyjne nie miało żadnego wpływu na szkodę pacjentki. Tym samym za nieuzasadnione Sąd uznał skierowane roszczenie do pozwanego Centrum Medycznego (...) sp. z o.o, który wyłącznie udostępniał dr Markowi J. salę operacyjną wraz z oprzyrządowaniem i personelem.

Co do prawidłowości udzielonej zgody

Magda M. podjęła świadomie decyzję o poddaniu się zabiegowi osteotomii szczęki tym bardziej, że dolegliwości związane z niedomykaniem się szczęki z biegiem lat pogłębiały się i mogły w przyszłości rzutować negatywnie na stan zdrowia - problemy z gryzieniem i trawieniem mające wpływ na cały układ pokarmowy. W tym przypadku pierwszoplanowe były względy natury medycznej, a nie estetycznej. **Poszukiwała na forach internetowych wszelkich informacji**

związanych z operacją tego typu i nawiązała kontakt z osobami, które miały ją już za sobą. W ten sposób ustaliła również osobę pożądanego operatora i posiadając już „wiedzę internetową” zgłosiła się do dr Marka J. Pozwany zgodził się na wykonanie zabiegu, opisując jego przebieg, po koniecznym dwuletnim leczeniu ortodontycznym, które przeprowadziła jego żona Anna J. Magda M. bywała na wizytach, gdzie miała zakładane aparaty ortodontyczne, usunęła też ósemki pod narkozą, co było koniecznością. W tym czasie widziała się z pozwanym lekarzem 3-5 razy, przy czym szczegółowy opis zabiegu miał miejsce przy pierwszym spotkaniu bezpośrednio po diagnozie, kiedy miała podjąć decyzję o poddaniu się dwuletniemu leczeniu i operacji. Wtedy to została poinformowana, co konkretnie trzeba zrobić, w oparciu o zdjęcia w komputerze i model szczęki. Dowiedziała się również o skutkach ubocznych tego zabiegu, mogła zadawać pytania. W międzyczasie miała poinformować o planowanej operacji swoich lekarzy prowadzących, do czego zobowiązał ją pozwany, co też uczyniła. Dłuższe spotkanie, na którym strony rozmawiały o operacji i ewentualnych powikłaniach, miało miejsce już bezpośrednio przed zbliżającą się operacją i wtedy pacjentka podpisała pisemną, opracowaną przez pozwanego zgodę. Zgodę na znieczulenie i wykonanie zabiegu podpisała również na standardowych drukach pozwanego Centrum Medycznego (...) sp. z o.o. Długi okres od podjęcia decyzji o zabiegu do czasu jego przeprowadzenia pozwolił pacjentce na zgromadzenie informacji od lekarzy, którzy stale opiekują się nią ze względu na chorobę genetyczną oraz powiązaną z tym jaskrę. Poza opisem czynności podczas operacji dr Marek J., zapoznał powódkę również z możliwością wystąpienia powikłań, przy czym nie był to monolog tylko dialog, bo powódka dopytywała się o szczegóły. **W pisemnej zgodzie ujął te najczęściej występujące negatywne skutki na podstawie dostępnej literatury medycznej i według kolejności tam wskazanej.** Sąd podkreślił, iż uszkodzenie gałki ocznej trwałe lub przemijające jest jednym z najrzadziej występujących powikłań, które nigdy nie zdarzyły się w praktyce pozwanego, jak również biegłego występującego w sprawie. Podczas takiego zabiegu w zasadzie nie występuje takie powikłanie, ponieważ są to różne pola operacyjne nie powiązane ze sobą.

Sąd I instancji wskazał, że wyrażenie zgody lub sprzeciwu jest jednym z podstawowych praw pacjenta, do czego nawiązuje wprost art. 16 ustawy o prawach pacjenta, w myśl którego pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu informacji. Zgodnie z powołanymi przepisami lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach zastosowania czynności medycznych, aby mógł on podjąć świadomą decyzję udzieloną pozytywnie. **Utrwalone jest już stanowisko, iż lekarz nie ma obowiązku informowania o wszystkich możliwych następstwach zabiegu, łącznie z ich opisem, ale o dających się przewidzieć skutkach ubocznych, które są zwykle skutkiem zabiegu, w szczególności jeżeli da się je przewidzieć.** Informacja powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego na co się godzi i czego może się spodziewać. Informacja ani formularz zgody nie mogą być rozrośnięty do granic absurdu, zawierając wiadomości na temat wszystkich możliwych objawów następstw zabiegu. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie ich wpływu (doniosłości) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. **Zbyt szczegółowe, niezrozumiałe i rozbudowane opisy powodują brak zrozumienia, a tym samym uniemożliwiają podjęcie świadomej zgody, bo pacjent czuje się zagubiony w ilości medycznych szczegółów,** a faktycznie powodowane są interesem firmy ubezpieczeniowej od której szpital kupuje ubezpieczenia OC. **[Ha! - MB]**

Jeszcze przed wizytą u pozwanego pacjentka miała obszerną wiedzę na temat zabiegu z Internetu, a później poszerzyła ją bezpośrednio u pozwanego. Mogła ją uzupełniać przez całe dwa lata przygotowań do operacji podczas spotkań z pozwanym i lekarzami prowadzącymi. **Przy interpretacji wyrażania świadomej zgody podkreślana jest konieczność możliwości zadawania pytań przez pacjenta.** Strony w zeznaniach mówią, że rozmawiały na temat zabiegu

i powikłań, a zatem pytania w niniejszym przypadku miały miejsce.

Oceniając kwestię zgody, wyrażonej dwukrotnie w formie pisemnej, Sąd przeanalizował w świetle jej treści zeznania obu stron. Wynika z nich jednoznacznie, że to, co zapisano, miało miejsce, a ponadto przy kilkakrotnych wizytach powódka dowiedziała się od operatora znacznie więcej o samym zabiegu i powikłaniach. **Magda M. była aktywną pacjentką, która wiedziała, czego oczekuje i nie obawiała się formułować pytań, tym bardziej, że leczenie i operacja było odpłatne, a zatem z natury rzeczy więcej można wymagać od lekarza w zakresie informacji o zabiegu, który przyjmuje prywatnie w swoim gabinecie i nie jest pod presją czasu.** Sąd nie miał przy tym wątpliwości, że powódka, jako osoba inteligentna i wykształcona dociekała szczegółów odnośnie zabiegu i ryzyka niepowodzenia, tym bardziej, że jako pacjentka poważnie chora od urodzenia miało często do czynienia z lekarzami i była świadoma niebezpieczeństw związanych z chorobą genetyczną. Jak z powyższego wynika, poddając się operacji była osobą w pełni świadomą co do przebiegu operacji i jej konsekwencji. **Sąd stwierdził ponadto, że nie ma zabiegu bez ryzyka i każdy lekarz oraz pacjent muszą się liczyć z ujemnymi konsekwencjami.** Postępowanie bardziej asekuracyjnie doprowadziłoby do sytuacji zaniechania zabiegów inwazyjnych, co uniemożliwiłoby leczenie pacjentów.

Do przyjęcia odpowiedzialności pozwanych konieczne było wykazanie istnienia **zawinionego** działania personelu Centrum Medycznego (...) sp. z o.o. bądź lekarza Marka J.. Domagając się roszczeń w deliktowym reżimie odpowiedzialności poszkodowany nie może opierać się na domniemaniu winy, ponieważ odpowiednie przepisy takiego domniemania nie ustanawiają. Zwrot pieniędzy za zabieg, czy też propozycja dokończenia operacji bez opłat w żaden sposób nie „stanowi o przyznaniu się do winy” i nie może być przez Sąd w ten sposób oceniane. Był to tylko wyraz współczucia i sympatii pozwanego do powódki, jak to sam określił. **Sam fakt wystąpienia tak dotkliwej szkody nie może być samodzielną podstawą zasądzenia dochodzonych roszczeń, bo byłoby to bezpodstawną, nieuzasadnioną krzywdą dla pozwanych.**

Na skutek przebytego zabiegu oraz jego negatywnych następstw powódka niewątpliwie doznała znacznego bólu i cierpienia, zaś jakość jej życia uległy pogorszeniu, jednak biorąc pod uwagę powyższe rozważania brak było uzasadnionych podstaw do obciążenia odpowiedzialnością za ujemne następstwa zabiegu zarówno pozwanego dr Marka J. jak i Centrum Medycznemu (...) sp. z o.o. w W., **wobec jednoznacznego braku przesłanek ku temu.** Zebrany w sprawie materiał dowodowy dał w ocenie Sądu podstawy do przyjęcia, iż pozwany postępował zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, zarówno przed zabiegiem, w trakcie jego trwania i w dalszej opiece nad powódką, **co skutkuje oddaleniem powództwa w całości.**

(Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 21 stycznia 2016 r., sygn. VI ACa 322/15)

Pytania kontrolne

1. Jakie są dwie podstawowe okoliczności decydujące o odpowiedzialności odszkodowawczej za negatywne skutki wykonanego zabiegu leczniczego?
2. (niezwiązane z referowaną sprawą) Od czego zależy odpowiedzialność za popełniony błąd medyczny?
3. Na kim ciąży obowiązek udowodnienia winy lekarza lub całego szpitala?
4. Kogo i jakimi środkami dowodowymi obarcza powinność udowodnienia należytego poinformowania pacjenta?
5. Jakie są kryteria należytego poinformowania pacjenta?

Przepisy prawa

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 4. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z **należyłą starannością**.

Art. 31. 1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi **przystępnej informacji** o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

2. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, **innym osobom za zgodą** pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.

3. Na **żądanie pacjenta** lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.

4. W **sytuacjach wyjątkowych**, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może **ograniczyć informację** o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji. **[przywilej terapeutyczny]**

5. Obowiązek lekarza, określony w ust. 1, **dotyczy także pacjentów, którzy ukończyli 16 lat.**

6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest **nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia** znaczenia informacji, **lekarz udziela informacji osobie bliskiej** w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

7. Pacjentowi, który **nie ukończył 16 lat**, lekarz udziela **informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu** procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i **wysłuchuje jego zdania**.

Ustawa o prawach pacjenta...

Art. 3 ust. 1 pkt 2) osoba bliska – małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazaną przez pacjenta;

Art. 9. 1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.

2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.

4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2.

5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie. **6.** W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy (...) o zawodach lekarza i lekarza dentystry, pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.

7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach

pielęgniarskich.

Art. 16. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 17. 1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust.

1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, **w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.**

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma **prawo do wyrażenia sprzeciwu** co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Opiekun faktyczny wg ustawy o prawach pacjenta

Art. 3 ust.1 pkt 1) opiekun faktyczny – osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga;

Kodeks cywilny

Art. 355. § 1. Dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (**należyta staranność**).

§ 2. Należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej **określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności.**

Art. 361. § 1. Zobowiązany do odszkodowania ponosi **odpowiedzialność tylko za normalne następstwa** działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Art. 415. Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.