

Seminarium z prawa medycznego

Temat: Kraniotomia i podawanie w wątpliwość zgody na zabieg

Sprawa sądowa o odszkodowanie za powikłania. Wyrok sądowy przytoczony w całości.
Nieprawomocny

Sygn. akt I C 202/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 marca 2019 roku

Sąd Okręgowy w Gdańsku I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Mariusz Bartnik

Protokolant: st. sekr. sąd. Aneta Graban

po rozpoznaniu w dniu 12 marca 2019 r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa J. P. (1) przeciwko (...) (...) Zakładowi Opieki Zdrowotnej w G.

o zapłatę i o ustalenie,

1) **oddala powództwo w całości;**

2) zasądza od powódki J. P. (1) na rzecz pozwanego (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej w G. kwotę 1.198,51 zł (jeden tysiąc sto dziewięćdziesiąt osiem złotych 51/100) tytułem kosztów sądowych w zakresie wydatków w sprawie oraz kwotę 7.217 zł (siedem tysięcy dwieście siedemnaście złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

UZASADNIENIE

Powódka J. P. (1) wniosła pozew przeciwko (...) Zakładowi Opieki Zdrowotnej w G. domagając się:

1. zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w zapłacie od dnia 7.12.2012 r. do dnia zapłaty.

2. zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kwoty 87.664,44 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w zapłacie od 7.12.2012 r. do dnia zapłaty.

3. zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kwoty 93.886,39 zł tytułem skapitalizowanej renty z tytułu całkowitej utraty zdolności do pracy zarobkowej za okres od dnia 1.04.2010 do dnia 30.08.2012 wraz z odsetkami od dnia 7.12.2012 r. do dnia zapłaty.

4. zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kwoty 3.347,23 zł z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, w wysokości 3.347,23 zł miesięcznie, płatnej do dnia 10 każdego miesiąca, poczynając od września 2012 r., waloryzowanej corocznie o wskaźnik waloryzacji odpowiadający wskaźnikowi celu inflacyjnego NPB wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w płatności każdej z rat.

5. zasądzenia od pozwanego kwoty 2.483,46 zł miesięcznie płatnej do 10 dnia każdego miesiąca, poczynając od września 2012 r. waloryzowanej corocznie o wskaźnik waloryzacji odpowiadający wskaźnikowi celu inflacyjnego NBP wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w płatności każdej z rat.

6. ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za szkody wynikające z wykonania zabiegu operacyjnego w dniu 15.02.2009 r. bez świadomej zgody powódki.

W uzasadnieniu wyjaśniła, że podczas hospitalizacji w pozwanej jednostce w okresie od 13.09.2009 r. do dnia 28.10.2009 r. doznała szkody w związku z nieprawidłowo przeprowadzonym

zabiegiem medycznym usunięcia trzech tętniaków. Wadliwe działanie szpitala polegało w jej ocenie na niewłaściwym odbiorze przez personel medyczny od niej aktu zgody na zabieg operacyjny, na zlekceważeniu i zbagatelizowaniu potrzeb powódki, niepełnym poinformowaniu jej o ryzyku i skutkach zabiegu kraniotomii, niezapewnieniu powódce odpowiedniego odstępu czasowego między informacją o zabiegu a samym zabiegiem, tym bardziej, iż nie był to zabieg pilny, uzasadniony bezpośrednim zagrożeniem życia. Powódka wyjaśniała bowiem, że miała wątpliwości, co do przeprowadzenia zabiegu. Personel medyczny pozwanego szpitala zapewniał ją jednak, że rokowania co do powodzenia operacji są pozytywne, a jedyne mogące pojawić się po zabiegu komplikacje wiązały się ewentualnie z dyskretnymi zaburzeniami mowy. Tymczasem, po wykonanym zabiegu, doszło do utrudnionego bądź niemożliwego do nawiązania kontaktu słownego z powódką a jej stan ulegał pogorszeniu i utrzymywał się u niej niedowład prawostronny. Ostatecznie doszło do ograniczenia samodzielnego wykonywania czynności samoobsługowych i poruszania się oraz do zaburzeń artykulacji, który to stan utrzymuje się do chwili obecnej. Aktualnie bowiem powódka wykazuje znaczny stopień niepełnosprawności i wymaga zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające jej funkcjonowanie. Z uwagi na stan zdrowia wymaga specjalistycznego leczenia, dodatkowej stałej pomocy i opieki, stosowania leków, rehabilitacji usprawniającej i terapii mowy oraz specjalistycznej diety.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w G. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany wskazał, że powództwo nie zasługuje na uwzględnienie zarówno co do zasady jak i co do wysokości.

W pierwszej kolejności podniósł, że niezasadne są twierdzenia powódki co do tego, że nie wyraziła ona w sposób prawidłowy zgody na zabieg medyczny. Wyjaśnił, że stosownie do obowiązujących przepisów zgoda na zabieg powinna być świadoma, musi być znany jej cel, ewentualne powikłania. W niniejszej sprawie powódka została poinformowana o ewentualnych powikłaniach, które mogą nastąpić po tego typu zabiegu. Wskazał jednakże, że lekarz nie ma obowiązku informowania pacjenta o wszystkich możliwych następstwach przeprowadzonych czynności leczniczych, a jedynie o tych, których ryzyko wystąpienia jest przy wykonywaniu danego zabiegu prawdopodobne i wiąże się z daną wykonywaną u pacjenta czynnością leczniczą. W niniejszej sprawie pacjentka została poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach zabiegu, który miał zostać u niej przeprowadzony, między innymi w zakresie problemów z mową. W momencie wyrażania zgody pacjentka była w pełni świadoma i samodzielnie złożyła podpis na formularzu zgody. Podniósł także, iż w stosunku do powódki wdrożono odpowiednie do jej stanu zdrowia leczenie. Przeprowadzony zabieg przeprowadzono zgodnie ze sztuką lekarską i nie dopuszczono się przy nim do żadnych uchybień. Aktualny stan zdrowia powódki jest wynikiem krwawienia, do jakiego doszło jeszcze przed operacją i nie ma związku przyczynowego z działaniem personelu medycznego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka J. P. (1) w roku 2009 r. przeżyła udar mózgu. W związku z tym, w dniach 18.09.2009 r. - do 13.10.2009 r. była hospitalizowana na Oddziale (...) w W.. W trakcie pobytu i przeprowadzonych badań w przebiegu choroby zdiagnozowano u niej tętniaki na części środkowej lewej półkuli mózgu (angio TK z dnia 5.10.2009 r.). Powódka była wówczas konsultowana neurochirurgicznie i kwalifikowana do leczenia neurochirurgicznego. Dodatkowo stwierdzono krwiniak śródmózgowy, niedowład połowiczny lewostronny, anizokorię L>P, nadciśnienie tętnicze, chorobę dwubiegunową. Początkowo doszło do pogorszenia kontaktu z chorą i wystąpił u niej dyskretny niedowład połowiczny prawostronny. Po zastosowanym leczeniu krwiniak uległ wchłonięciu.

W związku ze stwierdzoną diagnozą i konsultacją neurochirurgiczną oraz wskazaniem konieczności podjęcia leczenia chirurgicznego, powódka wyraziła zgodę na podjęcie dalszego leczenia w (...) w G., gdzie była hospitalizowana w dniach 13.10.2009 r. do 28.10.2009 r. w Klinice (...).

W chwili przyjęcia powódka była przytomna, zachowany był z nią kontakt logiczny a jej mowa była płynna. Stwierdzono tylko wystąpienia dwojenia przy spojrzeniu w lewo i niedomogę przy wodzeniu oka prawego. Z informacji zawartej w dokumentacji medycznej, z którą zapoznał się personel medyczny, wynikało, że pacjentka dotychczas leczona była z powodu nadciśnienia tętniczego i **choroby afektywnej dwubiegunowej**.

Powódka zgodziła się na przyjęcie do szpitala i w dniu 13.10.2009 r. złożyła w związku z tym **czytelny podpis** pacjenta na dole karty przyjęcia.

Jednocześnie wyraziła zgodę na znieczulenie (podpis nieczytelny lekarza bez daty i pieczętki) i na wykonanie zabiegu angiografii. W przeddzień zabiegu klipsowania, wyznaczonego na 15.10.2009 r. powódka miała możliwość podjęcia swobodnej decyzji dotyczącej zabiegu operacyjnego, a także zrozumienia jego ryzyka, powikłań i konsekwencji w Klinice (...) w G.. O samym zabiegu i ewentualnych konsekwencjach jego wykonania lub niewykonania została poinformowana przez lekarza prowadzącego.

W dniu 13.10.2009 r. wykonano w pozwanym szpitalu dodatkowe badanie naczyniowe, aby potwierdzić istnienie tętniaków. Był to zabieg inwazyjny, który podejmuje się, w sytuacji, gdy pacjent decyduje się na zabieg klipsowania tętniaków, gdyż sam w sobie wiąże się z pewnym ryzykiem (wstrzyknięcie kontrastu do naczyń pod ciśnieniem). Przeprowadzony zabieg wykonano prawidłowo i nie doszło po jego zakończeniu do żadnych powikłań u pacjentki. **Potwierdzono istnienie 3 tętniaków. W pozostałym zakresie obraz nie był w pełni czytelny i zalecono obserwację.**

W dniu 15.10.2009 r. przeprowadzony został zabieg neurochirurgiczny zaklipsowania tętniaków, zgodnie z wiedzą i sztuką medyczną. **Po otwarciu czaszki okazało się, że powódka miała 4 tętniaki i każdy z nich mógł doprowadzić do jej śmierci, w razie braku ingerencji chirurgicznej.** W wyniku operacji zaklipsowano jej 3 tętniaki. Po otwarciu czaszki śródoperacyjnie zostały stwierdzone cechy krwotoku z jednego z nich i w związku z tym została przez lekarza nakłuta komora celem zmniejszenia obrzęku mózgu (i uszkodzenia wynikającego z obrzęku). Było to działanie prawidłowe, powodujące zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Z dostępnej dokumentacji medycznej i wykonanych badań dodatkowych nie wynika, żeby śródoperacyjnie doszło do uszkodzenia (niedrożności) tętnic mózgu z następowym udarem niedokrwinnym mózgu. Do krwotoku musiało dojść przed zabiegiem, gdyż po otwarciu opony krwawienie było już widoczne, co wyklucza możliwość mechanicznego (chirurgicznego uszkodzenia naczyń). Cel operacji został osiągnięty, gdyż zahamowano źródła krwawienia. Wdrożone w pozwanym szpitalu leczenie i zastosowana procedura były prawidłowe i zgodne z obowiązującymi standardami. W przypadku obecności tętniaka, jak miało to miejsce u powódki, wykonuje się bowiem badania obrazowe (angio – TK lub angiografii) w ośrodku, w którym jest diagnozowany pacjent. U powódki została wykonana taka pełna diagnostyka.

W przypadku rozpoznania tętniaka, konsultujący neurochirurg proponuje pacjentowi jego zabezpieczenie. Procedura według standardów medycznych wygląda następnie tak, że po przedstawieniu ryzyka leczenia operacyjnego oraz ewentualnego jego braku pacjent, który wyraża zgodę na jest przekazywany na oddział (...) i jest konsultowany przez anestezjologa i kwalifikowany do znieczulenia ogólnego. Po poddaniu premedykacji pacjent jest przewożony na blok operacyjny, gdzie w znieczuleniu ogólnym zostaje zaklipsowany tętniak. Powódka w Oddziale (...) była konsultowana przez neurochirurga, dokonano prawidłowej diagnozy tętniaków mózgu (ich ilości i stanu) i powódka została zakwalifikowana do leczenia, na co wyraziła zgodę. Dokumentacja medyczna powódki wskazuje zatem, że powyższa sekwencja została zachowana.

Brak było też podstaw do przyjęcia, że w Klinice (...) w G. mogło zabraknąć specjalistów, sprzętu albo warunków do przeprowadzenia zabiegu klipsowania tętniaka. Z dostępnej dokumentacji medycznej nie wynika, żeby wystąpiły jakiegokolwiek nieprawidłowości w tym zakresie. Powódka została zoperowana zgodnie z zasadami w stosunkowo krótkim czasie. Od 28.10.2009 r. była leczona zachowawczo i rehabilitowana na Oddziale (...) i (...) w S.. Jej stan był dobry, wykazywała niedowład twarzowo – ramieniowy i afazję mieszaną. Później przebywała w Zakładzie (...) w Miastu, na Oddziale (...) w M., na Oddziale (...) w M., Na Oddziale (...) w S., Na Oddziale (...) w S., na Oddziale (...) i

Pododdziałem (...) w K. do 30.12.2010 r. W styczniu 2016 była hospitalizowana w Oddziale (...) w S.. W dniu 16.08.2010 powódka była badana w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w L. po urazie barku prawego, zdiagnozowano złamanie nasady bliższej kości ramiennej. W okresie od 2.09.2009 r. do 12.07.2011 r. powódka była leczona ambulatoryjnie w (...), w okresie od 1.12.2009 r. do 20.01.31.08.2010 r., 8.02.2012 r. w (...), w okresie 23.04.2013 r. - 6.05.2016 r. w Poradni.

Obecnie u powódki występują objawy uszkodzenia układu nerwowego (afazja, niedowład prawych kończyn) z następowymi zaburzeniami chodu (chodzi przy pomocy jednego trójnogu). **Brak jest podstaw do uznania, że aktualny stan zdrowia powódki jest związany z wykonaniem przedmiotowego zabiegu operacyjnego lub że jest skutkiem ubocznym samego zabiegu.**

Z dostępnej dokumentacji wynika, że zabieg został wykonany prawidłowo, a powikłania, które wystąpiły u powódki, wiązały się z krwawieniem podpajęczynówkowym czyli udarem krwotocznym mózgu, który miał miejsce przed operacją. Celem operacji było wyeliminowanie źródeł krwawienia, czyli tętniaków (zabezpieczenie, by ponownie nie doszło do krwawienia) i to zostało wykonane prawidłowo.

Można przyjąć, że aktualnie występujące u powódki objawy są związane z uszkodzeniem mózgu, który był następstwem wylewów (wynaczyniona krew jest przyczyną uszkodzenia mózgu) a dodatkowo są skutkiem chorób, które dolegały powódce przed wskazanym zabiegiem i są wynikiem uszkodzenia mózgu w przebiegu chorób samoistnych (tętniaki, krwotok podpajęczynówkowy, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca).

Z opinii specjalisty psychiatry i neurologa wynika, że powódka przed zabiegiem operacyjnym samodzielnie wyrażała zgodę na wykonanie zabiegu poprzez składanie podpisów:

1. Przed zabiegiem angiografii (procedura diagnostyczna polegająca na wkłuciu do tętnicy udowej i podaniu kontrastu do tętnic mózgowych). Przyjęta 13.10.2009 r. Obecnie chora przytomna, kontakt logiczny zachowany, mowa wolna, płynna, Wyrażam zgodę J. P. i czytelny podpis.
2. Zgadza się na przyjęcie do (...) Szpitala (...). Czytelny podpis pacjenta.
3. Powódka wyraziła także zgodę na znieczulenie. P. J.. Po rozmowie z lekarzem anestezjologiem i poinformowaniu mnie wyczerpująco o wszystkich sprawach dotyczących znieczulenia wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne. Podpis J. P.. Podpis nieczytelny lekarza bez daty i pieczętki.

Podane powódce przez zabiegiem leki także nie zmieniły jej świadomości. Dopiero po wyrażeniu zgody podaje się zwiększoną dawkę leku, by zmniejszyć strach. Brak jest też podstaw do uznania, że krwotok podpajęczynówkowy mógł mieć wpływ na świadomość powódki. **Choroba dwubiegunowa afektywna**, na którą cierpiała wówczas powódka **była wówczas w stanie remisji**, więc nie miała ona wpływu na podjęcie przez nią decyzji.

Zaburzenia mowy u powódki miały charakter afazji głównie ruchowej, gdyż jej mowa przed operacją była zniekształcona. Po operacji klipsowania doszło do mieszanych zaburzeń mowy u powódki. tj. czuciowo – ruchowe. Nie stwierdzono u powódki zaburzenia czytania (dokonania oceny zasadności złożonego podpisu). Nie występowała również agrafia, tj. niemożność pisania.

Okoliczności pobytu na oddziale operacyjnym były prawidłowo oceniane i odbierane przez powódkę. Na ich podstawie oceniała, że będzie operowana. Występujące u powódki choroby współistniejące i jej stan po zażyciu wszystkich leków nie miał zatem żadnego wpływu na zdolność jej rozeznania oraz prawidłowej i swobodnej oceny stanu, w którym się znalazła.

W związku z istniejącym stanem zdrowia powódka wymagała i będzie wymagała czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych, leczenia specjalistycznego, leków, rehabilitacji. Odnośnie rokowania na przyszłość, wskazał, że wymaga pielęgnacji i czynności opiekuńczych osób trzecich.

Dowody: opinia dr n med. A. D. k. 366-375, uzupełniająca opinia biegłej k. 514 – 524, k. 551 – 556, opinia J. M. k. 422 – 425, wyjaśnienia biegłego złożone na rozprawie k. 499, dokumentacja medyczna k. 22, k. 377- 400, zeznania świadka D. R. utrwalone na płycie cd k.183, zeznania świadka P. S. utrwalone na płycie cd. k. 198, zeznania T. S. utrwalone na płycie cd k. 205, zeznania Z. P.

utrwalone na płycie cd k. 239, zeznania świadka E. K. k. 294 – 295,

Z uwagi na stan zdrowia powódka w okresie od 5.04.2010 r. do 30.04.2010 r., a następnie w okresie od 16.10.2011 r. do 31.10.2011 r. przebywała w domu Opieki (...), z uwagi na to, że musi mieć zapewnioną całodobową opiekę. Powódka w chwili obecnej została uznana za osobę całkowicie niezdolną do pracy. Dowód: umowa k. 23- 26.

Postanowieniem z dnia 29 maja 2018 r. **umorzono dochodzenie w sprawie podrobienia** w okresie od 13/15 października 2009 r. w G. **podpisu J. P.** (1) na formularzu historii choroby ogólnej z Kliniki (...) w G. **pod zgodą na zabieg operacyjny polegający za zaklipsowaniu tętniaka wewnątrzczaszkowego drogą kraniotomii, wobec stwierdzenia, że czynu nie popełniono.** Postanowieniem Sądu Rejonowego Gdańsk – Północ w Gdańsku z dnia 14 listopada 2018 r. sygn. Akt XI Kp 349/18 utrzymano w mocy zaskarżone postanowienie Prokuratury Rejonowej Gdańsk Wrzeszcz w G. z dnia 29 maja 2018 r. w sprawie sygn. Akt PR3 Ds.30.2018

Dowód: postanowienie o umorzeniu dochodzenia k. 605-608, postanowienie Sądu Rejonowego Gdańsk Północ w Gdańsku sygn. Akt XI Kp 349/18 k. 621-622.

Sąd zważył, co następuje:

[ocena wiarygodności dowodów]

Okoliczności stanu faktycznego zachodzące w sprawie niniejszej Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zgromadzony w toku postępowania, tak o charakterze prywatnym, jak i urzędowym. Dokumenty te co do zasady nie budziły wątpliwości co do ich autentyczności oraz treści w nich wyrażonej, z wyjątkiem dokumentacji medycznej zawierającej zgodę powódki na zabieg z dnia 15.10.2009 r. W tym zakresie strona powodowała kwestionowała swój podpis i ocena jego wiarygodności była ostatecznie przedmiotem postępowania przygotowawczego w toku którego zasięgano wiadomości specjalnych.

Sąd przyjmując w pełni wnioski wyprowadzone w tym postępowaniu **ostatecznie uznał, że dokumentacja medyczna zawierała podpis pochodzący od J. P.** (1). W tym zakresie Sąd pomocniczo przeprowadził zatem dowód z akt sprawy Pr 3 Ds 30.2018, który pozwolił na odtworzenie przebiegu tego postępowania i ostatecznych wniosków końcowych.

Sąd uznał za wiarygodne w całości zeznania świadków, personelu medycznego pozwanego szpitala, w tym D. R., w zakresie w jakim wskazywał na okoliczności związane z wyrażeniem przez powódkę zgody na zabieg. Potwierdził, że była ona wówczas świadoma oraz podkreślił, że została poinformowana o normalnych powikłaniach, jakie mogą powstać przy tego typu operacji. Wskazał także, że od początku informował ją o konieczności wykonania zabiegu polegającego na otwarciu czaszki. Gdyby powódka nie wyrażała na ten zabieg zgody, to nikt nie proponowałby jej wcześniejszego zabiegu angiografii, na który także wyraziła zgodę. W sposób logiczny wskazywał bowiem, że ten pierwszy zabieg wykonuje się wyłącznie, aby wykonać później klipsowanie tętniaków i wobec wahań co do zabiegu głównego nikt nie odważyłby się wykonywać zabiegu angiografii, który jest sam w sobie inwazyjny.

Powyższe zeznania w pełni potwierdzały i uzupełniały zeznania świadka T. S., lekarza w pozwanej jednostce, który również wskazywał na to, że skoro dokonano transportu powódki z innego szpitala, celem podjęcia dalszego leczenia, to musiała ona wyrazić już wcześniej zgodę na operację klipsowania. Nie przewozi się specjalnie pacjentów, którzy takiej zgody nie wyrażają. Jednocześnie zaznaczył, że w każdej chwili aż do chwili operacji, można wycofać się z tej zgody, czego powódka nie uczyniła.

Powyższe w pełni potwierdził P.S., który wskazał, że skoro powódka została przewieziona z innego szpitala, to musiała wyrazić wcześniej zgodę na zabieg. Dodatkowo świadek ten w sposób szczegółowy opisał przebieg przeprowadzonej u powódki operacji i wyraźnie potwierdził, to co zostało wskazane w opinii, że powikłania, które wystąpiły u powódki były związane z krwawieniem podpajęczynkowym czyli udarem krwotocznym mózgu, nie wynikały zaś z nieprawidłowości w samej operacji.

Biorąc pod uwagę, że powyższe zeznania wzajemnie ze sobą korespondowały, świadkowie posiadali wiedzę medyczną, a ich wnioski pokrywały się z wnioskami wynikającymi z opinii biegłych Sąd uznał je za w pełni wiarygodne.

Podstawę ustaleń Sądu stanowiły w części również zeznania Z. P., byłego męża powódki, w zakresie, w jakim wskazywał na przebieg leczenia u powódki. Potwierdził również, że powódka jeszcze podczas pobytu w szpitalu w W. wyraziła zgodę na dalsze leczenie tętniaków w szpitalu w G.. Sąd nie kwestionował także jego zeznań w zakresie, w jakim wskazywał na obecny stan zdrowia powódki. Na uwzględnienie nie zasługiwały jedynie jego twierdzenia co do ewentualnego ryzyka, z jakim wiązała się operacja klipsowania tętniaków, gdyż stanowiły w tym zakresie jedynie jego subiektywną ocenę, która nie pokrywała się z tym, jak szacują takie ryzyko specjaliści.

Sąd uwzględnił także zeznania świadka E. K., córki powódki w zakresie, w jakim wskazywała na aktualną kondycję fizyczną jej matki. Na wiarę nie zasługiwały zaś jej twierdzenia co do tego, że powódka nie wyraziła zgody na zabieg i nie podpisała samodzielnie formularza. Powyższe pozostawało bowiem w sprzeczności, z pozostałym uznanym za wiarygodny materiałem. Zdaniem Sądu, nie zasługiwały na wiarę również jej twierdzenia, jakoby lekarze zapewniali powódkę o braku ryzyka związanego z wykonanym zabiegiem. Z jednej strony zeznania w tej części pozostały w sprzeczności z zeznaniami lekarzy z pozwanego szpitala, z drugiej były wewnętrznie sprzeczne, gdyż świadek sam wskazywał jednocześnie, że jej matka bała się operacji z uwagi na ryzyko związane z jego przeprowadzeniem.

Sąd częściowo uwzględnił także zeznania świadka J. P. (3), w zakresie, w jakim wskazywała na okoliczności, w jakich powódka pojawiła się w pozwanym szpitalu. Mając jednak na uwadze, że świadek nie ma wiedzy specjalistycznej, brak jest podstaw do uznania, że posiadała ona możliwość dokonania prawidłowej oceny stanu zdrowia powódki i oceny zgodności świadczonych usług medycznych z wiedzą medyczną. Sąd nie dał wiary jej zeznaniom również w zakresie, w jakim zakwestionowała podpis powódki pod zgodą na zabieg.

Sąd pominął natomiast zeznania T. G. gdyż nic nie wnosiły do sprawy.

Ustalając to, czy w pozwanym szpitalu popełniono błąd diagnostyczny i leczniczy w stosunku do powódki, z uwagi na niezachowanie przez personel medyczny wysokiego stopnia staranności i wykonania w sposób nieprawidłowy zabiegu medycznego bez zgody pacjenta, Sąd oparł się na dowodzie z pisemnej opinii biegłego dr n med. A. D. specjalisty w zakresie neurochirurgii i neurotraumatologii. Opinia ta jest wyczerpująca, bezstronna i jednoznaczna, a przy tym sporządzona została w odpowiedniej formie, zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki, w oparciu o zgromadzoną dokumentację lekarską. Biorąc pod uwagę, że przedmiotowa opinia sporządzona została przez specjalistę z zakresu medycy, brak jest podstaw zakwestionowania przeprowadzonego dowodu, rzetelności i prawidłowości wyprowadzonych wniosków, tym bardziej, iż wszelkie podniesione przez stronę powodową wątpliwości, co do jej treści zostały w sposób szczegółowy wyjaśnione przez biegłego w jego opiniach uzupełniających. Przedmiotowa opinia biegłego nie została zatem w jakimkolwiek zakresie skutecznie zakwestionowana przez stronę, jak również nie nasuwała jakichkolwiek wątpliwości Sądu. Samo zaś subiektywne przekonanie strony powodowej o wadliwości opinii, nie jest wystarczające do podważenia logicznych wniosków z niej płynących.

Sąd w pełnym zakresie uwzględnił także opinię sądowo – psychiatryczną sporządzoną przez biegłego sądowego J. M., specjalisty z zakresu psychiatrii i neurologii, który w sposób pełny odniósł się do kwestii istnienia ewentualnego związku przyczynowego między okolicznościami hospitalizacji powódki w pozwanej Klinice, zabiegiem operacyjnym z dnia 15.10.2009 r. a obecnym stanem zdrowia powódki. Jednocześnie dokonał on pełnej analizy obecnego stanu zdrowia J. P. (1) oraz **odniósł się do wpływu leków, jakie otrzymywała powódka przed zabiegiem na jej ewentualny stan świadomości**.

Na podstawie art. 227 kpc Sąd oddalił natomiast wnioski dowodowe powódki zawarte w piśmie z dnia 15.01.2018 r. gdyż dowody te nie miały już znaczenia dla rozstrzygnięcia.

[ocena merytoryczna]

W ocenie Sądu, analiza zgłoszonego roszczenia w świetle zebranych dowodów **nie dawała podstaw do uwzględnienia roszczenia.**

Powódka wносиła o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz zadośćuczynienia oraz odszkodowania w związku z tym, że w pozwanym szpitalu wdrożono nieprawidłowe leczenie.

Podnosiła bowiem, że zapewniano ją o tym, że podjęte leczenie nie niesie za sobą ryzyka, tymczasem w jego wyniku doszło do szeregu negatywnych skutków, które spowodowały, że powódka na chwilę obecną nie jest osobą w pełni sprawną. Przyczyny pogorszeniu stanu zdrowia powódka upatrywała także w niezachowaniu odpowiedniej organizacji pracy w pozwanym szpitalu.

Podstawą dochodzonych roszczeń były przepisy art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c.

Ocena roszczeń powódki sprowadzała się zatem do ustalenia, czy postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala było zgodne z prawem, istniejącym stanem wiedzy medycznej, bądź czy cechowało się niedbalstwem. Nadto, rozważenia wymagało także to, **czy w pozwanym szpitalu zaistniały błędy organizacyjne**, które spowodowały, że w stosunku do powódki nie zastosowano prawidłowych procedur i nie uzyskała ona należytej pomocy.

Co istotne, dla przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej lekarzowi, za którego działania i zaniechania na podstawie art. 430 k.c. odpowiada placówka medyczna, konieczne jest **oprócz samego wykazania zaistnienia błędu lekarskiego, łączne spełnienie dalszych przesłanek**, to jest **stwierdzenie zawinionego charakteru tego działania**, powstanie **krzywdy po stronie powódki**, a także **istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniem pracowników pozwanego.**

Przyjmuje się, że za błąd w sztuce medycznej uważa się takie działanie lub zaniechanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej.

Stwierdzenie błędu w sztuce lekarskiej wymaga zbadania, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących na chwilę weryfikowania stanu zdrowia pacjenta, zwłaszcza wiedzy, jaką mógł dysponować na ten czas lekarz i czy działanie to było zgodne z wymaganiami aktualnej na tamtą chwilę nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Wyróżnia się błąd diagnostyczny, który powstaje w związku z dokonaniem oceny stanu zdrowia na skutek postępowania obiektywnie nieprawidłowego w świetle zasad medycyny. Wyróżnia się także błąd rozpoznania oraz terapeutyczny (leczenia), który jest popełniany w razie wyboru przez lekarza metody leczenia obiektywnie nieodpowiedniej z punktu widzenia medycznego dla danego wypadku.

Zasadność roszczenia, czyli **odpowiedzialność** pozwanego wystąpiłaby zatem **tylko wówczas**, gdyby wykazano, że zaistniała po stronie powoda **szkoda**, powstała **wskutek zawinionego** działania lub zaniechania lekarza podejmującego czynności diagnostyczne i operacyjne.

Sąd podniósł przy tym, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazano, iż 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 związanej 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 formuluje się w niektórych wypowiedziach, **lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności**

każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 par 2 k.c.) **i według tej wartości przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania** (SN w wyroku z 10.02.2010 r, V CSK 287/09). Winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych. [Ale tym ostatnim zdaniem Sąd zaprzeczył konstatacjom z pierwszej części akaptu – **MB** – tym niemniej nie miało to wpływu na rozumowanie, skądinąd godne aprobaty]

W świetle przeprowadzonych dowodów, Sąd doszedł do przekonania, że nielogiczna okazała się argumentacja powódki, sprowadzająca się do twierdzenia, że personel medyczny pozwanego szpitala nie zachował wysokiego stopnia staranności i wykazał się niewiedzą, w wyniku czego nie podjęto w stosunku do niej czynności, które były konieczne dla ratowania jej zdrowia. **Brak jest też podstaw, by uznać, że w sposób wadliwy odebrano od niej zgodę na zabieg i nie poinformowano jej o ewentualnym ryzyku związanym z zabiegiem medycznym i zlekceważono istnienie schorzeń współistniejących, jak choroby afektywnej dwubiegunowej, która mogła mieć wpływ na stan jej świadomości.**

Sąd oparł swoje ustalenia na dwóch opiniach specjalistów J. M. i A. D. oraz na zeznaniach personelu pozwanego szpitala, które to dowody wzajemnie się uzupełniały i tworzy pełny obraz podjętego wobec powódki leczenia w roku 2009.

Tak ustalony stan faktyczny, nie dawał podstaw do tego, by przypisać stronie pozwanej błąd w sztuce medycznej w zakresie diagnozowania i leczenia powódki.

J.P. (1) była hospitalizowana w Klinice (...) w G. w dniach 13.10.2009 r. do 28.10.2009 r. w związku z tym, że we wrześniu 2009 r. przeszła udar mózgu i w trakcie pobytu na Oddziale (...) w W. w okresie od 18.09.2009 r. -13.10.2009 r. zdiagnozowano u niej tętniaki na części środkowej mózgu lewej. **Zaproponowano jej zatem leczenie operacyjne w pozwanej jednostce, na co powódka wyraziła zgodę. Wdrożone w pozwanym szpitalu leczenie i zastosowana procedura były prawidłowe i zgodne z obowiązującymi standardami.**

W przypadku obecności tętniaka, jak miało to miejsce u powódki, wykonuje się bowiem badania obrazowe (angio – TK lub angiografii) w ośrodku, w którym jest diagnozowany pacjent. Z opinii biegłych jasno wynika, że u powódki w pozwanym szpitalu wykonano pełną diagnostykę.

Następnie, zgodnie ze standardami medycznymi, w przypadku rozpoznania tętniaka, konsultujący neurochirurg proponuje pacjentowi jego zabezpieczenie i przedstawia ryzyko z tym związane. W razie wyrażenia zgody pacjent jest przekazywany na oddział neurochirurgii i jest konsultowany przez anestezjologa i kwalifikowany do znieczulenia ogólnego. Po poddaniu premedykacji pacjent jest przewożony na blok operacyjny, gdzie w znieczuleniu ogólnym zostaje zaklipsowany tętniak. Z ustaleń Sądu wynika, że powyższa sekwencja zdarzeń została u powódki w pełni dochowana.

J.P. w Oddziale (...) była konsultowana przez neurochirurga, gdzie dokonano prawidłowej diagnozy tętniaków mózgu (ich ilości i stanu), a następnie powódka została zakwalifikowana do leczenia, na co wyraziła zgodę.

Brak było również podstaw do uznania, że doszło do jakichkolwiek nieprawidłowości przy wykonaniu samego zabiegu. Powódka została zoperowana zgodnie z zasadami w stosunkowo krótkim czasie. Z opisu operacji wynika, że śródoperacyjnie lekarz stwierdził cechy nadciśnienia oraz krwotoku. Brak jest w takim wypadku podstaw – jak sugerowała strona powodowa - do podjęcia czynności odciągania krwiaka podpajęczynówkowego. Jednocześnie należy podkreślić, że lekarz wobec zaistniałej sytuacji słusznie dokonał nakłucia komory mózgu, co z jednej strony spowodowało nieznaczne zapadnięcie się mózgu w trakcie operacji, ale z drugiej doprowadziło do zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego i mogło mieć jedynie korzystny wpływ na stan neurologiczny powódki, gdyż działanie to spowodowało wyłącznie zmniejszenie ryzyka następnego uszkodzenia mózgu. Wbrew zarzutom powódki prawidłowo dokonano przy tym także odciągania płynu z mózgu, a nie jego oddesania. Jak wskazywał biegły, z uwagi na delikatność struktur działanie wskazane przez stronę powodową mogłoby wyłącznie spowodować uszkodzenie mózgu. Brak jest też podstaw do uznania, że konieczność usunięcia płynu z mózgu powódki doprowadziło do jej problemów natury neurologicznej. Śródoperacyjnie zostały stwierdzone cechy krwotoku i została nakłuta komora celem

zmniejszenia obrzęku mózgu, zostały zabezpieczone zaklipsowane tętniaki. Zabieg wykonany został zatem prawidłowo, a jego cel w postaci eliminacji potencjalnych źródeł krwotoku – został osiągnięty.

Sąd nie znalazł także podstaw by uznać, że przyczyną krwawienia w przestrzeni podpajęczynówkowej było działanie lekarza operatora. Jak podkreślała bowiem biegła A.D. w badaniach diagnostycznych wykonanych przed zabiegiem nie stwierdzono cech krwawienia charakterystycznych dla tętniaków, niemniej jednak mając na uwadze, że krwawienie było już widoczne po otwarciu czaszki (co wynika z protokołu operacyjnego) wyklucza to możliwość mechanicznego (chirurgicznego uszkodzenia naczynia - tętnicy, żyły). Źródłem krwawienia mogły być choroby samoistne – miażdżyca, które wpływały na jakość ścian naczyń krwionośnych.

Niezasadne były również zarzuty powódki, co do tego, że w pozwanej jednostce nie zdiagnozowano w sposób prawidłowy ilości tętniaków i krwawienia przed operacją. Podzielając stanowisko biegłych uznać należy, że dokonano prawidłowej ich diagnostyki. Z opisu arteriografii z dnia 13.10.2009 r. wynika, że radiolog rozpoznał trzy tętniaki i dwa podejrzone miejsca, które wymagały obserwacji. Jak podkreślił biegły, **jakkolwiek uznać należy, że nastąpił radykalny rozwój aparatury diagnostycznej, to nadal mimo tych możliwości, nie daje ona pełnych możliwości rozpoznania, gdyż niekiedy małe tętniaki mogą być niewidoczne lub przesłonięte przez prawidłowe naczynia lub inne malformacje naczyniowe** (np. dwa tętniaki obok siebie). Brak jest zatem podstaw, by uznać, że doszło do jakichkolwiek nieprawidłowości w dokonanym opisie.

Jednocześnie nie sposób zarzucić stronie pozwanej niedochowania należytej staranności w tym, że nie wykryto wcześniej krwawienia podpajęczynówkowego. Przeprowadzone badanie arteriografii naczyń mózgowych, jakie przeszła powódka, nie wykrywa krwawienia, gdyż służy ono tylko do zobrazowania naczyń. Celem wykrycia krwawienia wykonuje się badanie TK mózgu. Jednocześnie, u powódki nie było widocznych objawów, które świadczyły o możliwym krwotoku.

Na podstawie badań diagnostycznych nie można również uznać, że przed przyjęciem do pozwanego szpitala wystąpiły u powódki objawy krwotoku podpajęczynówkowego. Cechą charakterystyczną takiego krwotoku jest bowiem nagły i silny ból głowy z ewentualnymi zaburzeniami świadomości (do utraty przytomności), z objawami ogniskowymi (afazja, niedowład). Jest jednak grupa osób, u których nie występują żadne objawy. U powódki przed operacją wystąpiły objawy uszkodzenia OUN (niedowład lewych kończyn, spowolniała mowa, anizokoria), ale nie wystąpiły dodatkowe objawy. Jej stan nie dawał podstaw do uznania, że doszło do krwotoku. Osłabienie mięśni kończyn było bowiem wynikiem już wcześniej przebytego udaru.

Jednocześnie, należy mieć świadomość, że niekiedy wykrycie takiego krwotoku jest niemalże niemożliwe, biorąc pod uwagę tempo jego rozwoju, które może być od paru sekund do kilku godzin od jego początku.

Jakkolwiek arteriografia naczyń mózgowych, która poprzedza zabieg klipsowania, obarczona jest ryzykiem jego wystąpienia (gdyż podaje się kontrast do naczyń pod ciśnieniem), to jednak z dostępnej dokumentacji medycznej nie wynika, by do krwawienia doszło w dniu 13.10.2009 r.

Brak jest też możliwości wykonania zabiegu klipsowania tętniaków bez wykonania arteriografii naczyń. Jego przeprowadzenie jest zatem konieczne, by dopuścić do samego zabiegu klipsowania, zatem narażenie powódki na ryzyko jego przeprowadzenia było niezbędne, by móc podjąć próbę ratowania jej życia.

Podzielając stanowisko biegłej dr n med. A.D. **należy zatem wykluczyć, by krwawienie podpajęczynówkowe miało związek z działaniami medycznymi w szpitalu.** Wykrycie krwotoku po otwarciu czaszki oznacza, że nie doszło do uszkodzenia chirurgicznego, a wcześniejsze, już przebyte krwawienie samoistne pozwala przyjąć, że w tym wypadku również źródłem była przyczyna samoistna.

Co przy tym istotne, brak było podstaw do tego, by odradzać wykonanie operacji, ponieważ najczęstszą przyczyną krwawienia są pęknięte tętniaki, które należy niezwłocznie zaklipsować, co miało miejsce w niniejszym stanie faktycznym.

Biegli na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz akt sprawy wyprowadzili kategoryczne wnioski, że **brak jest podstaw, aby przyjąć, że operacja neurochirurgiczna z**

dnia 15.10.2009 r. została przeprowadzona u powódki w sposób niezgodny z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie daje również podstaw do przyjęcia, że aktualny stan zdrowia powódki jest związany z wykonaniem przedmiotowego zabiegu operacyjnego i że jest jego skutkiem ubocznym.

U J.P. aktualnie stwierdza się uszkodzenia układu nerwowego (afazja, niedowład prawych kończyn) z następowymi zaburzeniami chodu (chodzi przy pomocy jednego trójnogu). **Można przyjąć, że obecnie występujące u powódki objawy są związane z uszkodzeniem mózgu, jednak nie w wyniku operacji.** Dostępna dokumentacja medyczna pozwala na przyjęcie, że przyczyną uszkodzenia są kolejne krwotoki do mózgu (wynaczyniona krew jest przyczyną uszkodzenia mózgu) w przebiegu chorób samoistnych i w wyniku niewydolności naczyń mózgowych (tętniaki, krwotok podpajęczynówkowy, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, zaniki korowo – podkorowe).

Na prawidłowości przy wykonywaniu zabiegu wskazywał także wykonujący go lekarz P. S., który potwierdził, że powikłania, które wystąpiły u powódki, są wyłącznie wynikiem krwawienia podpajęczynkowego (czyli udaru krwotocznego mózgu), który miał miejsce jeszcze przed operacją.

Jak podkreślił, celem operacji było zatamowanie źródeł krwawienia, czyli tego, aby drugi raz tego typu krwawienie nie wystąpiło. Jak przy tym wskazał ze 100 % chorych 50 % ginie na miejscu zdarzenia, około 50 % dojeżdża do szpitala, przy czym 25 % opuszcza szpital z różnymi deficytami neurologicznymi. Podkreślił tym samym, jak wielkie ryzyko wiązało się z wystąpieniem takiego krwawienia, co oznacza, że problemy, z jakimi zmagają się powódka są niejako normalną konsekwencją tego zdarzenia. Potwierdził także, że niewykonanie operacji prowadziło do zgonu pacjentki. Zaklipsowanie tętniaków było konieczne celem zapobieżenia następnym krwotokom śródmózgowym. Powódka miała 3 tętniaki i wszystkie zostały zaklipsowane.

Nie jest zatem tak jak twierdzi powódka, że nieprzeprowadzenie zabiegu, który niósł za sobą ryzyko, umożliwiłoby powódce normalne funkcjonowanie.

Jak podkreślali przy tym biegli, operacja jaką przeżyła powódka, była operacją ratującą jej życie. Wiązała się ona nie tylko z ryzykiem wystąpienia powikłań związanych ze znieczuleniem, ale także z samą operacją (powikłania chirurgiczne). Możliwe powikłania chirurgiczne po operacji niemego tętniaka to pęknięcie tętniaka z następowym krwotokiem, zwężenie światła naczynia operowanego tętniaka.

Na ogromne ryzyko, jakie wiązało się z przebyciem krwawieniem wskazywali także pozostali świadkowie, będący specjalistami z zakresu neurochirurgii. T.S. wskazał wręcz, że szansa, że pacjent po przebyciu krwawienia wewnątrzczaszkowym będzie w stu procentach sprawny, była kilkuprocentowa, gdyż sam krwotok powoduje nieodwracalne straty w mózgu. W przypadku powódki, natężenie krwotoku było najwyższego stopnia w skali Fischera, co oznacza, że powódka była pacjentem najgorzej rokującym z racji intensywności krwi, jaka upłynęła. Lekarz jest w stanie bowiem usunąć skrzepy, natomiast nie jest w stanie usunąć krwi z przestrzeni wewnątrzczaszkowej. Celem operacji, jest nade wszystko zamknięcie tętniaka jako źródła krwawienia, gdyż nie da się opłukać całej krwi. W razie niewykonania operacji na 40% tętniak ponownie by zakrwawił, co miałoby skutek śmiertelny.

Podzielając stanowisko biegłych, brak było również podstaw do przyjęcia, że w Klinice (...) w G. mogło zabraknąć specjalistów, sprzętu albo warunków do przeprowadzenia zabiegu klipsowania tętniaka. Z dostępnej dokumentacji medycznej nie wynika, żeby wystąpiły jakiegokolwiek nieprawidłowości w tym zakresie.

Mając na uwadze, że **Sąd nie znalazł podstaw do przypisania odpowiedzialności lekarzom w związku z przeprowadzonym leczeniem powódki, w dalszej kolejności dokonał oceny kwestii prawidłowości w zakresie wyrażenia zgody przez powódkę na zabieg i na przyjęcie do szpitala**, co w treści pozwu było uznane za drugą podstawę odpowiedzialności lekarza.

Należy mieć na uwadze, że [ta kwestia] pojawia się dopiero w tym momencie, kiedy Sąd ustali, że zabieg przeprowadzany jest prawidłowo. 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. **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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980, Nr 4, poz. 81). Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry obejmuje **normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter**; nie oznacza to, by informacja miała zawierać wszystkie możliwe następstwa zabiegu, nawet nietypowe i nieobjęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach powikłań (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/98, niepublikowany, z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, niepublikowany i z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, „PiM“ 2012, nr 2).

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, wyrażone powyżej, 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.

Powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, Sąd wskazał ponadto, że **informacja powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego na co się godzi, czego może się spodziewać** (SN 29.09.1999 r II CKN 511/96). Zakres obowiązku informacji zależy od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu (S. Apel. w Poznaniu I ACa 236/05). Zgoda musi być objaśniona, aby pacjent świadomie zaakceptował zrozumiałe przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejął je na siebie (S. Apel. w Szczecinie I ACa443/12).

W ocenie Sądu, **w niniejszej sprawie uznać należy, że powódka w sposób świadomy wyraziła zgodę na przyjęcie do szpitala a informacja jej udzielona co do rodzaju i ryzyka związanego z zabiegiem była pełna i pozwalała jej na podjęcie świadomej decyzji**. Nielogiczne jest twierdzenie strony powodowej, że lekarz nie powiadomił pacjentki o wszystkich ewentualnych konsekwencjach wynikających z przeprowadzonego zabiegu. Podkreślić należy, że **zarówno informacja, jak i formularz zgody nie może być zbyt skomplikowany i rozrośnięty i nie musi zawierać wiadomości na temat wszystkich możliwych objawów następstw zabiegu**. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie ich wpływu 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**. Z treści formularza zgody a także zeznań lekarzy prowadzących wynika, że została ona poinformowana o chorobie, przebiegu, skutkach i ewentualnych normalnych powikłaniach po operacji.

Sąd nie miał także wątpliwości, że powódka w sposób świadomy podjęła decyzję o operacji.

Powyższe potwierdził świadek T.S., pracownik pozwanego szpitala, który wskazywał na to, że skoro dokonano transportu powódki z innego szpitala, to musiała wyrazić już wówczas zgodę na operację. Inne założenie jest nielogiczne, gdyż nie dokonuje się przewozów osób, którzy takiej zgody nie wyrażają. Jednocześnie podkreślili, że w każdej chwili do operacji, można wycofać się z tej zgody, czego powódka nie uczyniła.

Pracownicy szpitala podkreślili także, że powódka miała możliwość zadawania pytań związanych z planowanym zabiegiem i w razie wątpliwości mogła uzyskać wyczerpujące odpowiedzi.

Należy wskazać, że **powódka była farmaceutą**, język medyczny nie był jej obcy, wiedziała czego oczekuje i niewątpliwie nie obawiała się formułować pytań. Sąd nie miał przy tym wątpliwości, że powódka, jako osoba inteligentna i wykształcona dociekała szczegółów odnośnie zabiegu i ryzyka niepowodzenia, tym bardziej, że z racji zawodu była świadoma niebezpieczeństw związanych chociażby z podanym znieczuleniem.

Z przeprowadzonych dowodów wynikało nadto, że powódka wyrażając zgodę na zabieg była osobą w pełni świadomą. Sąd oparł się przy tym na opinii specjalisty psychiatry i neurologa, J. M., z której wynikało, że powódka przed zabiegiem operacyjnym wyrażała zgodę na wykonanie zabiegu poprzez składanie podpisów. Choroba dwubiegunowa afektywna, na którą cierpiała była wówczas w stanie reemisji, więc nie miała ona wpływu na podjęcie przez nią decyzji. Świadomości powódki nie zmieniały także podawane jej wówczas leki. Biegły wyjaśnił, że dawkę, która może wpłynąć na stan świadomości, podaje się dopiero po wyrażeniu zgody. Taka sytuacja miała miejsce w stanie faktycznym sprawy.

Z dokumentacji jasno wynika, że powódka w chwili wyrażania zgody była przytomna, miała zachowany kontakt logiczny i samodzielnie złożyła podpis na formularzu. Okoliczność tę potwierdził D. R., lekarz w pozwanym szpitalu, który zajmował się powódką. Wskazywał, że wyraziła ona zgodę na wykonanie zabiegu angiografii – jest to procedura diagnostyczna, która jest inwazyjna i polega na wkłuciu do tętnicy udowej i podanie kontrastu do tętnic mózgowych. Wskazał, że informował wówczas powódkę, że jeżeli angiografia potwierdzi tętniaki to następnie będzie wdrażane leczenie bardziej inwazyjne. Gdyby powódka na wstępie nie wyraziła zgody na wówczas nie wyraziła zgody na operację tętniaków, w ogóle nie byłoby przeprowadzany zabieg angiografii, który był ryzykowny.

Personel pozwanego szpitala miał świadomość, że powódka cierpiała także na inne schorzenia. Stwierdzono wówczas zaburzenia mowy. Nie stwierdzono u powódki zaburzenia czytania (dokonania oceny zasadności złożonego podpisu). Nie występowała również agrafia, tj. niemożność pisania. Okoliczności pobytu na oddziale operacyjnym były prawidłowo oceniane i odbierane przez powódkę. Na ich podstawie oceniała, że będzie operowana. Występujące u powódki choroby współistniejące i jej stan po zażyciu wszystkich leków nie miał wpływu na zdolność rozeznania powódki oraz prawidłowej i swobodnej oceny stanu, w którym się znalazła.

Z przedstawionej dokumentacji wynika zatem, że powódka wyraziła zgodę na wszystkie wykonane w pozwanej jednostce czynności medyczne, tj.

1. W dniu 13.10.2009 r. **Na przyjęcie do szpitala** „Zgadzam się na przyjęcie do (...) – Szpitala (...). Czytelny podpis pacjenta”
2. W dniu 13.10.2009 r. **Przed zabiegiem angiografii**. Wskazano - Obecnie chora przytomna, kontakt logiczny zachowany, mowa wolna, płynna, Wyrażam zgodę J. P. i czytelny podpis.
3. Powódka wyraziła także zgodę **na znieczulenie**. P. J.. Po rozmowie z lekarzem anestezjologiem i poinformowaniu mnie wyczerpująco o wszystkich sprawach dotyczących znieczulenia wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne Popis J. P.. Podpis nieczytelny lekarza bez daty i pieczętki. Jakkolwiek **przy ostatnim nie było daty i pieczętki, co należy potraktować jako zaniedbanie, niemniej jednak nie skutkujące bezprawnością pozwanej jednostki.**

Zdaniem Sądu Okręgowego, **zgoda powódki była akceptacją świadomą, a pozwany szpital wypełnił swój obowiązek w tym zakresie**. Z art.13 kodeksu Etyki Lekarza wynika, że obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia, a informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w

sposób dla niego zrozumiały. W ocenie Sądu, pozwany prawidłowo wypełnił ten obowiązek.

Na uwzględnienie nie zasługiwał także ostatecznie podniesiony zarzut, że podpis na dokumencie zgody nie pochodzi od powódki. Sąd miał na uwadze, że powyższe okoliczności były przedmiotem ustaleń w postępowaniu przygotowawczym w sprawie w sprawie podrobienia w okresie od 13/15 października 2009 r. w G. podpisu J. P. (1) na formularzu historii choroby ogólnej z Kliniki (...) SPOZ w G. pod zgodą na zabieg operacyjny polegający za zaklipsowaniu tętniaka wewnątrzczaszkowego drogą kraniotomii. **W toku tego postępowania powołano biegłego z zakresu badania pisma ręcznego, który stwierdził jednoznacznie, że podpis złożony pod zgodą z dnia 13 października 2009 r. pochodzi od J. P.** W związku z tym, postanowieniem z dnia 29 maja 2018 r. umorzono dochodzenie wobec stwierdzenia, że czynu nie popełniono. Postanowieniem Sądu Rejonowego Gdańsk – Północ w Gdańsku z dnia 14 listopada 2018 r. sygn. Akt XI Kp 349/18 utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie Prokuratury Rejonowej Gdańsk Wrzeszcz w Gdańsku z dnia 29 maja 2018 r. w sprawie sygn. Akt PR3 Ds.30.2018.

W świetle powyższego Sąd uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie, o czym orzeczono w punkcie I wyroku.

O kosztach orzeczono w punkcie drugim wyroku. Sąd na podstawie art. 98 par 1 i 3 kpc zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 1.198,50 zł tytułem kosztów sądowych oraz kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Łącznie w sprawie obie strony uiściły zaliczki w wysokości 5.000 zł. Łączna zaś wysokość wydatków wyniosła 4.698,51 zł. Biorąc zatem pod uwagę, że łączna wysokość zaliczki wynosiła 301,49 zł, zaś łączna wysokość uiszczonych przez pozwanego zaliczki wyniosła 1.500 zł to na jego rzecz należało zwrócić kwotę 1.198,51 zł (różnicy powyższych kwot). Wysokość należności na rzecz pełnomocnika ustalono zaś w oparciu o par 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

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 należytą 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.

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

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.

Kodeks cywilny

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

Art. 430. Kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną **z winy tej osoby** przy wykonywaniu powierzonych jej czynności.

Komentarz

W świetle przeprowadzonych dowodów Sąd doszedł do przekonania, że argumentacja

skarżącej pacjentki sprowadzająca się do twierdzenia, iż personel medyczny pozwanego szpitala nie zachował wysokiego stopnia staranności i wykazał się niewiedzą, w wyniku czego nie podjęto w stosunku do niej czynności, które były konieczne dla ratowania zdrowia, okazała się nielogiczna. Brak jest też podstaw, by uznać, że w sposób wadliwy odebrano od niej zgodę na zabieg i nie poinformowano jej o ewentualnym ryzyku związanym z zabiegiem medycznym oraz zlekceważono istnienie schorzeń współistniejących, jak choroby afektywnej dwubiegunowej, która mogła mieć wpływ na stan jej świadomości. Dlatego Sąd uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Wyrok, mimo że oznaczony jako nieprawomocny,¹ został wybrany między innymi ze względu na bardzo solidne uzasadnienie medyczne, odwołujące się do jasnej i spójnej opinii biegłego. Stan faktyczny sprawy ogniskuje się wokół trudnego, skomplikowanego i obciążonego dużym ryzykiem powikłań zabiegu zaklipsowania tętniaków mózgowych u cierpiącej na nadciśnienie pacjentki po przebytych udarze krwotocznym, a obciążonej dodatkowo chorobą afektywną dwubiegunową. Wykonany drogą kraniotomii zabieg wprawdzie zakończył się powodzeniem, jednak pacjentka doznała szeregu powikłań, za które obwiniała lekarzy oraz szpital. Utrzymywała przy tym, że zgody na zaproponowane leczenie udzieliła w warunkach niedostatecznego poinformowania, a jej podpis na dokumencie został sfalszowany. Równoległe do wszczętej sprawy cywilnej o zadośćuczynienie za krzywdę, naprawienie szkody i rentę, którą w pierwszej instancji zakończył omawiany tutaj wyrok, toczyło się postępowanie przygotowawcze w prokuraturze, którego rezultaty wspomogły dowodowo rozpoznanie niniejszej sprawy.

Jej wynik pokazuje, głównie na potrzeby lekarzy, jakim wymaganiom powinien odpowiadać prawidłowo wykonany zabieg operacyjny, za zgodą pacjenta udzieloną właściwie pod względem prawnym oraz faktycznym. Potencjalnym pacjentom wyjaśnia zaś, że nie każde powikłanie pozabiegowe, choćby najbardziej dolegliwe, świadczy o popełnieniu niedbalstwa i pociąga za sobą obowiązek odszkodowawczy. W tym celu należałoby bądź udowodnić winę konkretnego lekarza albo innego członka personelu medycznego, bądź wykazać uchybienia na poziomie organizacji opieki medycznej w placówce, w zależności od ich rodzaju nazywane w uproszczeniu winą organizacyjną albo anonimową.

Sprawa toczyła się m.in. o błędy medyczne, których popełnienia nie potwierdziła analiza przeprowadzonych przez lekarzy procedur leczniczych. Na procedury te składały się: poudarowe leczenie zachowawcze, inwazyjna i niebezpieczna sama w sobie diagnostyka, jak również finalnie przeprowadzona nie mniej niebezpieczna kraniotomia wraz z zaklipsowaniem tętniaków i zaopatrzeniem skutków wcześniejszego pęknięcia jednego z nich, po tym zaś długotrwała rehabilitacja. Zastosowane środki nie przyniosły pełnego wyleczenia, co z pewnością było dla pacjentki rozczarowujące. Jednak nowoczesna medycyna wciąż jak widać nie jest wszechmocna, zaś diagnostyka obrazowa - nadal obciążona ryzykiem niedokładności.

¹Wg Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych na dzień 26.XII.2022 r., godz. 20.40

I. Problem prawny

Pacjentka domagała się od szpitala odszkodowania za jej zdaniem zawinione błędy medyczne lekarzy, kwestionując przy tym ważność swojej zgody na zabieg operacyjny zarówno materialną (niedostateczne poinformowanie, zlekceważenie potrzeb i nie dość czasu do namysłu), jak i formalną (podrobienie podpisu). Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym opiera się na przepisach art. 415 (wina bezpośredniego sprawcy szkody) w związku z art. 430 kodeksu cywilnego. Jest to podstawa prawna powszechnie stosowana dla przypisania odpowiedzialności za szkody doznane przy leczeniu w placówce szpitalnej. Zgodnie z treścią art. 430 KC - kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Szpital nie może zatem uwolnić się od odpowiedzialności z powołaniem się np. na brak winy w wyborze lekarza czy winy co do nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności.

Do przyjęcia odpowiedzialności szpitala jako zwierzchnika wymagane jest więc wyrządzenie szkody przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonych mu czynności, wina podwładnego oraz związek przyczynowy między zawinionym zachowaniem podwładnego a powstałą szkodą. Obowiązek odszkodowawczy szpitala nie powstaje natomiast, gdy personelowi medycznemu nie można przypisać winy, albo gdy nie zachodzi którakolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związek przyczynowy między zawinionym działaniem lekarza a wyrządzoną szkodą.

Stwierdzenie zawinionych błędów w leczeniu powoduje, że odpowiedzialności nie uchyla nawet prawidłowo udzielona przez pacjenta zgoda; z kolei zaś zgoda udzielona wadliwie jest równoznaczna z brakiem zgody i wówczas nawet zabieg medyczny zakończony sukcesem i wykonany bezbłędnie liczy się za przeprowadzony bezprawnie.

Art. 430 kodeksu cywilnego stanowi rutynową podstawę do przypisania szpitalowi odpowiedzialności za szkody wyrządzone z winy pracującego tam lekarza.

Janina P. musiała być sfrustrowana mizernymi rezultatami leczenia, a przy tym w potrzebie finansowej, bo perypetie zdrowotne spowodowały u niej znaczną niepełnosprawność. Podnosiła, że gdyby nie operacja, mogłaby funkcjonować normalnie, ale to okazało się mniemaniem błędnym, choć do takiego wniosku mogło ją doprowadzić porównanie stanu zdrowia przed operacją z niepełnosprawnością po zabiegu. Poważne zaburzenie psychiczne - chorobę afektywną dwubiegunową - próbowała przy tym wykorzystać jako dowód osłabionej kompetencji, jednak ta argumentacja nie utrzymała się w świetle opinii biegłego psychiatry. Reprezentujący pacjentkę prawnicy kwestionowali poprawność wykonanych czynności medycznych, można powiedzieć,

systematycznie i na wszystkich frontach. W użyciu była prawdopodobnie specjalistyczna opinia prywatna: świadczy o tym pierwsze zdanie uzasadnienia, powołujące się na dokumenty także prywatne oraz podniesiony w postępowaniu zarzut, jakoby nieprawidłowe było zastosowanie techniki odciągania płynu zamiast odsysania. **Prywatna opinia opracowana na zlecenie strony może być potraktowana jako merytoryczny element jej stanowiska w zakresie wiedzy specjalnej, przedstawiony dla poparcia twierdzeń.**² Opinie prywatne nie mają wprawdzie waloru dowodowego równego opiniom biegłych, ale w sytuacjach wątpliwych mogą naprowadzić na właściwy trop i przekonać sąd do zlecenia dodatkowej opinii biegłemu sądowemu. Drobiazgowa analiza protokołu operacji doprowadziła jednak Sąd do wniosku, że zabieg odbył się zgodnie z prawidłami wiedzy medycznej i nie doszło do uchybień, w szczególności technicznych. To samo dotyczy wcześniejszej angiografii, przeprowadzonej szczęśliwie bez powikłań, tyle że dającej obraz niejednoznaczny. Obszar określony jako podejrzany i wymagający obserwacji okazał się czwartym tętniakiem, który rozlał zanim dokonano otwarcia czaszki i tylko tyle wiadomo, wcześniej zaś nie dawał objawów typowych dla krwotoku. Jeśli coś udałoby się lekarzom zarzucić, to ewentualnie spóźnione wykonanie kraniotomii, o ile bardziej wnikliwa ocena symptomów dyktowałaby większy pośpiech - albo niewykonanie tomografii pomimo istnienia ku temu wskazań.

II. Etapy rozumowania sądu

Sąd ocenił najpierw prawidłowość zabiegu, wyjaśnwszy uprzednio kryteria oceny prawnej, a na drugim miejscu odniósł się do kwestii ważności udzielonej przez pacjentkę zgody. Doszedł przy tym do przekonania, że nie ma powiązania przyczynowego między wykonanymi zabiegami a aktualnym stanem zdrowia pacjentki, który jest następstwem przebytej choroby, nie zaś wdrożonego leczenia. Nie ustrzegł się jednak wewnętrznych sprzeczności w rozumowaniu oraz pewnych uproszczeń, które mogłyby zostać wykorzystane w apelacji zwłaszcza do podważenia skuteczności prawnej udzielonej przez Janinę P. zgody na kraniotomię i klipsowanie tętniaków.

1. Gdy chodzi o dochowanie należytej staranności w opiece medycznej, Sąd słusznie rozpoczął od zweryfikowania zarzutów w części dotyczącej uchybień diagnostycznych, technicznych oraz organizacyjnych - czyli od oceny **obiektywnego czynnika należytości**: zgodności z ogólnymi wymaganiami w stosunkach danego rodzaju. W tym celu skonfrontował sekwencję czynności przeprowadzonych u Janiny P. ze standardem postępowania w tego rodzaju sytuacjach klinicznych.

Miejsce standardów i procedur praktykowania medycyny w systemie prawa medycznego stanowi przedmiot zainteresowania doktryny prawa od ponad 20 lat. Dyrektywy postępowania i dobrej praktyki klinicznej opracowywane są na różnych szczeblach - poczynając od zaleceń

²Zob. m.in. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 26.IX.2014 r. Sygn. akt I ACa 891/14 (Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych)

organizacji międzynarodowych (na czele z WHO), przez rekomendacje krajowych i międzynarodowych towarzystw lekarskich, stanowiska konsultantów krajowych i wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny aż po zwykłe regulaminy szpitalne. Niektóre z nich mają rangę aktów normatywnych, to jednak stanowi wyjątek podyktowany specyficznymi potrzebami.³ **Wszystkie one należy traktować w pewnym sensie na równi: jako przybliżoną wykładnię wskazań aktualnej wiedzy medycznej, do których odsyła art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a przy tym jako minimum gwarancyjne dla pacjenta.** Zgodność zaordynowanego postępowania leczniczego z przyjętym standardem wyjściowo wolno uznać za należyte, o ile sytuacja kliniczna mieści się w granicach typowości, a pacjent nie zgłasza uzasadnionych szczególnych potrzeb (np. nie należało, by za wszelką cenę zachować słuch czy płynność mowy). Nie każda przy tym norma zawarta w rekomendacjach wyznacza minimalny poziom wymaganej staranności. W literaturze metodologicznej akcentuje się, że rekomendacje nie mają być traktowane jako sztywne standardy⁴, tylko raczej stanowią rodzaj „rady udzielanej przez bardziej doświadczoną osobę osobie mniej doświadczonej”⁵. Konkretne rekomendacje niekiedy wprost deklarują, że ich celem „nie jest ustanawianie sztywnych standardów czy jakichkolwiek ograniczeń dla lekarzy praktyków.”⁶ Nie powinny więc być stosowane mechanicznie ani bezkrytycznie i w ten sposób „zastępować myślenia klinicznego”⁷. Nazywanie wytycznych standardami jest wręcz odradzane, bo „pojęcie to na ogół implikuje prawnie egzekwowalną konieczność przestrzegania zaleconego postępowania praktycznie w każdym przypadku określonej sytuacji medycznej”⁸.

³Chodzi o szczególne rodzaje działań medycznych, które ze względu na swą doniosłość wymagają standaryzacji nie tylko medycznej, ale i prawnej. Należy do nich stwierdzanie śmierci mózgu oraz nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów. Powinno ono nastąpić w sposób i przy użyciu kryteriów, które są ogłaszane przez Ministra Zdrowia (na podstawie delegacji zwaranej w art. 43a ust. 3 UZL.), a uprzednio ustalone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną przez specjalistów w odpowiednich dziedzinach medycyny i w podobnym trybie systematycznie aktualizowane (art. 43a ust. 2 i 4 UZL.). Rozwiązanie to jest właściwe w przypadkach, gdy istnieje szczególny interes publiczny, by regulacja odwoływała się do kryteriów medyczno-biologicznych, a zarazem była jednolita i formalnie obowiązująca. Z kolei zmieniony stosunkowo niedawno art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej pozostawił Ministrowi Zdrowia możliwość określenia rozporządzeniem standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej dla wybranych dziedzin medycyny lub określonych podmiotów leczniczych, dla zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Tym samym minister pozostaje umocowany do określania właściwych struktur organizacyjnych i procedur, lecz już nie *stricte* medycznej strony działania lekarskiego, co należy uznać za rozwiązanie racjonalnie uzasadnione. Przepisy wydane na tej podstawie będą wpływać przede wszystkim na zakres pojęcia należytej staranności „okołomedycznej”, ale siłą rzeczy muszą w jakiś sposób odwoływać się do aktualnej wiedzy medycznej. Zapisywanie wiedzy medycznej w aktach prawnych co do zasady nie jest praktyką właściwą ze względu na stały i dynamiczny jej rozwój, niemniej - powtórzmy - stanowi dla pacjentów pewne minimum gwarancyjne, które i tak będzie korygowane przez ustawowe odesłanie do wskazań aktualnej wiedzy medycznej w art. 4 UZL. Na podstawie „nowego” art. 22 ust. 5 UDL zostały dotychczas ustanowione standardy organizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, patomorfologii oraz opieki okołoporodowej.

⁴W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych naukowych do praktycznych zaleceń – tworzenie wytycznych według metodologii GRADE*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 2015/125 (Special issue), s. 38, http://pamw.pl/sites/default/files/Cochrane_3_ONLINE.pdf [23.IX.2018 r.].

⁵W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych...*, s. 26

⁶Zob. np. P. Leszczyński, M. Korkosz, K. Pawlak-Buś, M. Bykowska, K. Gruszecka, A. Górka, T. Jankowski, G. Kot, M. Rell-Bakalarska, *Diagnostyka i leczenie osteoporozy – zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego* 2015, https://journals.viamedica.pl/forum_reumatologiczne/article/view/43330/34981 [25.VI.2018 r]

⁷W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych...*, s. 38

⁸ *Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny*, red. P. Gajewski, R. Jaeschke, J. Brożek, Warszawa 2008, s. 143

Poszczególne reguły tam wymienione mają zróżnicowaną moc; zwykle oznacza się je jako wskazania silne lub słabe („warunkowe”) za wdrażaniem pewnej praktyki albo przeciw jej stosowaniu.⁹ Poza tym są opatrywane wskaźnikiem wiarygodności sygnalizującym jakość dowodów naukowych, na których oparto regułę (może to być jakość wysoka, średnia, niska lub bardzo niska)¹⁰. Reguły mogą być oznaczone dowolną kombinacją mocy i wiarygodności, można też zatem napotkać zalecenia „silne”, mimo że oparte na słabych dowodach.¹¹

Ten typ dyrektyw może wywoływać u prawników mylne pojmowanie rekomendacji na podobieństwo norm prawnych: odczytywanie zaleceń silnych jako abstrakcyjnych nakazów albo zakazów, a słabych - jako niewiążących i praktycznie nieistotnych; uznawanie ich za rozstrzygające, zwłaszcza w przypadkach rozbieżności między opiniami biegłych; słowem - traktowanie na wzór stosowania prawa. Przykładowo D. Karkowska wyraża przekonanie, że standardy, w przeciwieństwie do wytycznych, „powinny być bezwzględnie przestrzegane”, jakkolwiek „mają formę zaleceń, a ich stosowanie zasadniczo nie jest określone przepisami prawa”.¹² Z kolei M. Nesterowicz twierdzi stanowczo: „jeżeli w danej dziedzinie istnieją standardy diagnostyki i leczenia, to lekarz musi się do nich stosować”, a uchybienie standardom stanowi zawinienie, „chyba że zachodzi stan wyższej konieczności.”¹³ **Relacje między standardami i zaleceniami a należytą starannością są jednak bardziej subtelne.** Ocena konkretnej decyzji klinicznej polega nie na prostej zgodności z rekomendacją czy literaturą naukową, lecz na dążeniu do realizacji najlepszego interesu pacjenta. W pewnych przypadkach należy zatem, czy to ze względu na dobro pacjenta, czy szacunek dla autonomii, zastąpić zalecany sposób leczenia innym, choćby abstrakcyjnie gorszym, albo nawet w ogóle odstąpić od leczenia. Nietypowość przypadku może wynikać ze szczególnej sytuacji zdrowotnej (zwłaszcza chorób współwystępujących), pozazdrowotnej (nietypowych potrzeb prywatnych lub zawodowych), a nawet z irracjonalnej niechęci pacjenta do proponowanej metody leczenia (np. lęku przed skalpelem albo znieczuleniem ogólnym). **W razie sporu lekarz będzie jednak zmuszony wyjaśnić powody, dla których działał wbrew zaleceniom.**¹⁴

Z założenia rekomendacje mają sprzyjać dobrej praktyce w medycynie przez wskazanie na

⁹Sformalizowany podział wskazań na „silne na tak”, „słabe na tak”, „słabe na nie” i „silne na nie” jest zgodny z rozpowszechnioną współcześnie metodologią GRADE (ang. *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Stosuje się skale bardziej rozbudowane – zob. np. *Podstawy...*, red. P. Gajewski, R. Jaeschke, J. Brożek, s. 147–149. Moc dyrektyw określa się poprzez zwroty „zaleca się”, „należy”, „powinno się” (lub tylko „sugeruje się”, „można rozważyć”, „warunkowo zaleca się”) albo przy użyciu kodów cyfrowych czy innych znaków umownych. Poza systemem GRADE istnieją też inne skale tego typu. Zob. W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych...*, s. 35–36

¹⁰Czterostopniowa jest skala w systemie GRADE, stosowane są też inne. Zob. W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych...*, s. 38

¹¹Szerzej zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „*Studia Iuridica*“ t. 49 (2008), s. 10-20

¹²D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 109 (przyp. 146).

¹³M. Nesterowicz, *Prawo medyczne* wyd. XI, Toruń 2016, s. 96.

¹⁴Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Rekomendacje profesjonalne i standardy ex lege* [w:] *System Prawa Medycznego* (red. nac. E. Zielińska), t. II cz. 1, (Wolters Kluwer), Warszawa 2019, s. 303-305

podstawie wiarygodnych dowodów możliwie najskuteczniejszych i najbezpieczniejszych sposobów rozwiązywania poszczególnych typów problemów klinicznych. Istnienie rekomendacji ułatwia lekarzom pracę, a w wymiarze statystycznym działa na korzyść pacjentów. Uważa się też, że zapewniają one lekarzowi poczucie bezpieczeństwa prawnego: jeśli przy wykonywaniu zawodu przestrzega on zalecanych reguł, „co do zasady może mieć pewność, iż w sytuacjach typowych jego postępowanie z prawnego punktu widzenia zostanie ocenione jako prawidłowe”¹⁵. Z drugiej jednak strony, jeśli nie zorientuje się, że ma do czynienia z przypadkiem nietypowym, bezrefleksyjne trzymanie się procedur zostanie uznane za niestaranne i narazi go na odpowiedzialność.¹⁶

Należyta staranność wymaga wówczas, żeby rozpoznać przypadek jako nietypowy i odpowiednio skorygować standard postępowania albo w ogóle go porzucić, bo standardy nie zwalniają od samodzielnego myślenia. Dyrektywy zawarte w rekomendacjach są „miękkie”; zakładają, że *in concreto* można od nich odstąpić, jeśli jest ku temu dobry powód, albo też uznać pewne zalecenie za niewiążące, jeśli po ogłoszeniu rekomendacji pojawiły się dowody podważające jego sens albo gdy weszła do użycia metoda wyraźnie lepsza od zalecanej. Dlatego nie należy ich absolutyzować, lecz postrzegać jako punkt wyjścia do ostatecznej decyzji klinicznej. Janina P. zarzucała w pozwie, że przy odbieraniu zgody na zabieg klipsowania tętniaków zlekceważono jej potrzeby, postępowanie nie wyjaśniło jednak, o jakie potrzeby chodziło. W świetle uzasadnienia wyroku jej przypadek przedstawia się jako w miarę typowy, zatem wdrożenie leczenia zgodnego z przyjmowanymi standardami wydaje się *prima facie* należyte. Z kolei, skoro nie stwierdzono żadnych uchybień technicznych - wolno uznać, że warunki organizacyjne w pozwanym szpitalu były odpowiednie (a nawet jeśli nie były, to pozostawało to bez związku z powstałą u pacjentki niepełnosprawnością). Wobec braku obiektywnych naruszeń należytości, kwestia czynnika subiektywnego - staranności - pozostaje natomiast bez znaczenia i nie wymaga roztrząsania.

Na marginesie warto tylko zwrócić uwagę na pewne nieścisłości w rozumowaniu Sądu, które nie miały wpływu na rozstrzygnięcie, a służyły tylko do wzmocnienia siły uzasadnienia. Trzeba im jednak przyjrzeć się bliżej dlatego, że podobne zapatrywania bywają cytowane na zasadzie złotych

¹⁵ E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty...*, wyd. II (2014), s. 77-78 (teza 6)

¹⁶Za wyrazisty przykład może posłużyć sprawa rozstrzygnięta wyrokiem SN z 10 marca 2006, IV CSK 80/05. Lekarze pozwanego szpitala nie powzięli wątpliwości diagnostycznych poprzedzających zabieg, a z opinii biegłych wynika, że powinni byli. Sprawilo to, że pacjentce pochopnie usunięto nerkę w rezultacie błędnego i niestaranego rozpoznania. Przywoływana na obronę szpitala zgodność ze standardami leczenia nie miała znaczenia, ponieważ błędna była sama kwalifikacja do tego sposobu terapii: „*Chociaż ksantomatyczne odmiedniczkowe zapalenie nerek jest chorobą bardzo rzadką, zaś jej objawy kliniczne i w pewnych zakresie także laboratoryjne są podobne do objawów guza Wilmsa, to lekarze powinni w pierwszej kolejności podjąć leczenie przeciwbakteryjne i przeciwwzapalne, gdyż tak nakazywały reguły logicznego myślenia w związku z obserwowanym stanem zapalnym, co także dawało szanse na uratowanie nerki. Dopiero w drugiej kolejności, gdyby leczenie farmakologiczne XPN nie przyniosło pożądanych rezultatów lub gdyby przeprowadzona biopsja, która w tym przypadku była nieodzowna do właściwego zdiagnozowania choroby, potwierdziła guz Wilmsa, należało dokonać całkowitej nefrektomii, ponieważ położenie ogniska chorobowego w centralnej części nerki wykluczałoby jej częściowe ocalenie. Tymczasem lekarze (...) przyjęli kolejność odwrotną i od razu, mimo licznych sygnałów podających w wątpliwość występowanie nerczaka, przeszli do działania rutynowego i jednocześnie najdalej idącego w skutkach, co w tym przypadku okazało się tragicznym błędem.*“

myśli i później reprodukowane z wyroku na wyrok, co z kolei nawarstwia nieporozumienia i stwarza wrażenie, iż takie rozumowanie jest w doktrynie i judykaturze przyjęte powszechnie. **Chodzi mianowicie o rozróżnienie między starannością należyłą a podwyższoną oraz o przesądzenie, które z tych kryteriów powinno być stosowane wobec lekarzy.** W omawianej sprawie Sąd najpierw słusznie podkreślił, że nie chodzi o staranność wyższą od przeciętnej, wymaganą wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej i według tej wartości przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. W następnym zdaniu jednak zaprzeczył tym konstatacjom twierdząc, że winą lekarza jest jakoby niedołożenie *najwyższej* staranności możliwej przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych. Pytanie, które kryterium należy uznać za decydujące, wbrew pozorom nie ma zatem charakteru retorycznego, mimo że odpowiedź jest oczywista. Zgodnie z brzmieniem art. 4 ustawy o zawodach lekarza **to należyta, (a nie podwyższona, szczególna ani najwyższa) staranność jest starannością wymaganą od lekarzy**, a jej poziom jako średni wyznacza granicę, poniżej której lekarzowi nie wolno zejść bez ryzyka odpowiedzialności.¹⁷ **Jednocześnie ów poziom należytości jest wysoki** w tym sensie, że preferuje się metody zapewniające największe bezpieczeństwo i skuteczność, a w miarę postępu wiedzy i doskonalenia praktyki lepsze sposoby działania wypierają te mniej bezpieczne i skuteczne. Dotyczy to zarówno technik operacyjnych, jak i ostrożności zwanej elementarną. Za przykład mogą posłużyć metody sprawdzania, czy w polu operacyjnym nie pozostały tzw. ciała obce: chusty, gaziki, zaciski czy nawet całe narzędzia¹⁸ oraz kontrolne prześwietlenia pozabiegowe.¹⁹

2. Zaopatrzenie stwierdzonego sródoperacyjnie krwawienia odbyło się na zasadzie dozwolonego rozszerzenia pola zabiegowego (art. 35 UZL) z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. Tym niemniej skuteczne podważenie zgody na zabieg główny pociągnęłoby za sobą uznanie i tej interwencji za bezprawną i orzeczenie odpowiedzialności za wszystkie jej szkodliwe następstwa.

Świadkowie zgodnie twierdzili, że Janina P. wyraziła zgodę na kraniotomię oraz klipsowanie tętniaków jeszcze podczas pobytu w pierwszym szpitalu w W., o czym miał świadczyć sam fakt

¹⁷Chyba że chodzi o okoliczności nadzwyczajne - np. warunki polowe - gdy dochowanie go jest poza zasięgiem możliwości.

¹⁸Oprócz wizualnej weryfikacji pola operacyjnego (która jest zawodna, bo narzędzie czy materiał może być niewidoczne wśród pętli jelit albo po nasiąknięciu krwią zlewać się kolorystycznie z tłem) stosuje się dwukrotne liczenie (i przy wydawaniu, i przy odbieraniu), układanie po wykorzystaniu w specjalny sposób, zaopatrzenie materiałów tekstylnych w znaczniki rentgenowskie

¹⁹W chwili obecnej chusty i gaziki ze znacznikami stanowią standard, ale nie zawsze tak było. Prześwietlenia sprawdzające również upowszechniają się stopniowo. W jednej ze spraw, dotyczących źle wprowadzonego wkłucia centralnego (nietrafienie we właściwe naczynie krwionośne jest na porządku dziennym ze względu na stopień trudności zabiegu), powstała rozbieżność pomiędzy trzema opiniami biegłych (w tym jednej przygotowanej przez cały zespół), czy kontrolne RTG stanowi wymaganą regułę ostrożności. Sąd przyjął ostatecznie mniejszościowe zapatrywanie jednej biegłej i w ślad za nią uznał, że skoro tak łatwo w niezawiniony sposób nie trafić, to ostrożność nakazuje, by sprawdzić trafienie metodą rentgenowską. Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 28 maja 2013 r., sygn. akt I ACa 124/13 (Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych).

przewiezienia do G. na diagnostyczną angiografię. **Wnioskowanie jest logicznie poprawne, ale taka zgoda mogła mieć charakter zaledwie wstępny:** bez wyniku badania nie da się jej uznać za w pełni uświadomioną. Ponadto dopiero w pozwanym szpitalu pacjentka otrzymała potwierdzoną zeznaniami świadków szczegółową informację na temat prognoz wykonania bądź zaniechania zabiegu oraz jego skutków ubocznych, zyskała możliwość zadawania pytań i udzieliła wyraźnego przyzwolenia na poddanie się zaproponowanej czynności medycznej.

Wymagania ustawowe stawiane uświadomionej zgodzie pacjenta są dość rygorystyczne. Pacjentowi należy się **informacja "przystępna"** (art. 31 ust. 1 UZL i art. 9 UPP) czyli zrozumiała, a przy tym **uprzednia:** przekazana zanim ten udzieli zgody. Zgoda może być zakomunikowana co do zasady w dowolny sposób, byle ujawniała w sposób niebudzący wątpliwości wolę poddania się **proponowanej** czynności (art. 32 ust. 7 UZL i art. 17 ust. 4 UPP) - musi więc mieć miejsce **jednoznaczne przyzwolenie na czynność uprzednio zaproponowaną.**

Najczęściej spotykany sposób rozumienia „zgody świadomej” w prawie cywilnym to zgoda wyrażona przez pacjenta po tym, jak udzielono mu informacji, co sprowadza problem do ich ujawnienia. Listę informacji można mnożyć prawie w nieskończoność, ale istota problemu zgody tkwi jak widać nie tylko w ich zasobie. Amerykańscy bioetycy Beauchamp i Childress sformułowali pięcioelementowy kanon kryteriów, którym powinna odpowiadać uświadomiona zgoda pacjenta na leczenie, ażeby można ją było uznać za udzieloną prawidłowo, czyli w pełni autonomicznie. Według nich "ktoś udziela świadomej zgody na interwencję wtedy (a może wtedy i tylko wtedy), gdy jest **kompetentny w działaniu** [co oznacza zdolność do wykonania określonego zadania – M.B.], **otrzymuje pełną informację, rozumie ją, działa dobrowolnie i przyzwala** na interwencję". Pięcioma składnikami prawidłowo pod względem etycznym udzielonej przez pacjenta zgody są zatem według nich: 1) kompetencja (zdolność do podjęcia danej decyzji), 2) ujawnienie informacji medycznej, 3) rozumienie sytuacji, 4) dobrowolność (w decydowaniu) - inaczej: brak presji i wolność od wpływu z zewnątrz; 5) przyzwolenie (akt wyrażenia zgody)²⁰. Bioetycy słusznie akcentują czynnik zrozumienia - bo przecież nic nie przyjdzie pacjentowi z wiadomości, których nie rozumie i których znaczenia nikt mu nie wytłumaczył. Równie ważna jest faktyczna kompetencja do udzielenia zgody: informowanie o czymkolwiek osoby, która nie przyswaja ani nie przetwarza komunikatów, jest skazane z góry na niepowodzenie, ponieważ nie będzie ona w stanie zrobić z nich użytku. Element dobrowolności oznacza wolność od nacisków i stanowi warunek w oczywisty sposób niezbędny. Akt przyzwolenia stanowi zaś formalne ukoronowanie całego procesu i powinien być dokonany w sposób wyraźny i jednoznaczny.

W praktyce będzie to więc ideał trudny do zrealizowania, zwłaszcza wzięwszy pod uwagę wyśrubowane wymagania informacyjne. Wynika stąd, że **przy tak dużej liczbie czynników stosunkowo łatwe może wydawać się podważenie skuteczności udzielonej zgody i twierdzenie,**

²⁰T. L. Beauchamp, J. F. Childress: *Zasady etyki medycznej*, wyd. IV (tłum. W. Jacórzyński) Warszawa 1996, s. 157.

że pacjent nie otrzymał wszystkich potrzebnych informacji, bez fachowego przygotowania nie wszystkie je zrozumiał, przekonywano go tylko o zaletach przemilczając ryzyko, popędzany nie miał czasu na zastanowienie, był osłabiony, zdezorientowany i pod wpływem środków farmakologicznych wyłączających kompetencję i tak naprawdę wcale nie wyraził przyzwolenia, bo nie wiedział co podpisuje. Można zaryzykować obrazoburczą tezę, że każdy chory mógłby w dobrej wierze podnieść przynajmniej część takich zarzutów, więc każdy udziela na leczenie zgody wadliwej. Sądownictwo i nauka prawa wypracowały w związku z tym rozsądne uproszczenia zwłaszcza co do powinności informacyjnych, a ponadto sposoby na to, by nie dać się zwieść odgrywanej przez niektórych pacjentów indolencji. Z wyroku na wyrok powtarza się zatem fraza, że *zakres obowiązku informacji zależy od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu*. Odpowiada to bioetycznemu modelowi informacyjnemu racjonalnego pacjenta. Sens szerokiego zakresu informacji medycznej należnej pacjentowi na mocy ustaw jest bowiem taki, że pacjentowi przysługuje pełny zasób informacji na temat stanu zdrowia, rozpoznania klinicznego, wyników badań oraz możliwości terapeutycznych, w tym informacji o skutkach niepoddania się terapii. Zatem **informacja w granicach planowanego leczenia i aktualnej wiedzy medycznej oraz znanych specjalnych potrzeb pacjenta liczy się za obowiązkową**. Stosownie do wyróżnianych w bioetyce modeli informowania – począwszy do paternalistycznego modelu „racjonalnego lekarza“ przez zrównoważony model „racjonalnego pacjenta“ aż po elementy modelu subiektywistycznego nastawionego na indywidualne potrzeby konkretnej osoby²¹ – informacyjnym punktem wyjścia powinna być pewna przeciętna. Jest to rodzaj „średniej klinicznej“, uzupełnionej stosownie do rozpoznanych bądź zgłoszonych szczególnych interesów zdrowotnych związanych z płcią, wiekiem, ewentualnymi planami reprodukcyjnymi czy wykonywanym zawodem. W tak szeroko zakreślonym obszarze trudno jest znaleźć dane, które dałoby się określić jako niepotrzebne. Wiadomo przy tym, że godnemu ochroni interesowi informacyjnemu pacjenta trzeba postawić jakieś granice przede wszystkim funkcjonalne, żeby nie zdezorientować natłokiem ani samemu nie zapędzić się w niekończący wykład o szczegółach. Z teoretycznego punktu widzenia trafne jest tutaj lapidarne ujęcie zawarte w jednym z wyroków Sądu Najwyższego: *Informacja udzielona przez lekarza przed zabiegiem 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. Lekarz powinien zatem poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, to jest pożądanym – ze względu na jego cel – skutkach zabiegu jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na*

²¹ Typologia modeli informowania pacjenta weszła do polskiej doktryny dzięki *Zasadom etyki medycznej* T.L. Beauchampa i J.F. Childressa (wyd. polskie s. 160–162).

znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które - jako skutek uboczny - wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta ewentualnie, jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu.²² Od pewnego czasu powszechna jest jednak praktyka zapewnienia pacjentowi możliwości zadawania pytań, która wychodzi naprzeciw jego indywidualnym potrzebom i realizuje subiektywistyczny model informacyjny. W komentowanej sprawie świadkowie deklarowali, że Janina P. również miała taką możliwość. To wszystko nadal jednak nie zapewnia pełnego poinformowania i zawsze istnieje ryzyko, że jakiś istotny szczegół umknie. **Dlatego w razie sporu o zgodę wadliwą z powodu niedoinformowania zarysowała się linia orzecznicza, według której zgoda taka jest bezskuteczna prawnie, jeśli brakująca informacja miałaby wpływ na odmienną decyzję pacjenta.**²³

W omawianej sprawie wolno zakładać, że istotne, jeśli nie decydujące znaczenie miała wiedza, że operacja jest konieczna dla ratowania życia. Dlatego mało prawdopodobne, by pacjentka odmówiła zgody nawet ze świadomością wszystkich możliwych jej skutków. Janina P. utrzymywała, że lekarze przedstawiali perspektywy leczenia jako same zalety i to wypaczyło jej postrzeżenie. Wiadomo jednak, że bała się kraniotomii, musiała więc uświadamiać sobie powagę sytuacji. Sąd wziął również pod uwagę, że kwalifikacje zawodowe farmaceuty czynią z Janiny P. pacjentkę o podwyższonej kompetencji intelektualnej i to w dziedzinie bezpośrednio związanej ze sporem. Wszystko to, na czele z alternatywą - żyć albo nie żyć - przemawia za uznaniem tak udzielonej zgody za prawidłową, nawet przy uwzględnieniu stanu mentalnego zmagającego przez przebyty udar, chorobę dwubiegunową (w stanie remisji) oraz leki uspokajające (podane w dawce uznanej za nieszkodliwą dla kompetencji umysłowej). Beauchamp i Childress słusznie podkreślają, że kompetencja materialna pacjenta (zdolność faktyczna), zależy w dużej mierze od trudności zadania decyzyjnego.²⁴ Im łatwiej objąć umysłem sens i celowość danego zabiegu, tym słabsza kompetencja jest potrzebna, zaś samo ryzyko ma znaczenie dalszoplanowe. Wprawdzie pacjentka zarzucała, że na podjęcie decyzji pozostawiono jej za mało czasu, ten jednak uciekał szybko jeśli uwzględnić pilność zabiegu. Potrzebne czynności odbyły się w trybie dwudobowym i czasu starczyło na rozmowę z lekarzem, która miała miejsce w przeddzień operacji. Wydaje się zatem, że odstępy czasowe między decyzjami i zabiegami były odpowiednie, zwłaszcza gdy wziąć pod uwagę, że z kluczową decyzją

²² Wyrok SN z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/96.

²³ U. Drozdowska, *Z problematyki lekarskiego obowiązku poinformowania o ryzyku i skutkach zabiegu - uwagi na tle wybranego orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów powszechnych* [w:] *Zagadnienia prawa medycznego* red. A. Górski, E. Sarnačka, Warszawa 2018, s. 71

²⁴ O trudności zadania decyzyjnego i jej wpływie na autonomię szczegółowo Beauchamp i Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 150-153.

pacjentka oswajała się już w pierwszym szpitalu.

3. Na podstawie dostępnych danych Sąd przyjął brak adekwatnego związku przyczynowego między komplikacjami zdrowotnymi u pacjentki a podjętymi wobec niej czynnościami medycznymi. Dla podważenia tego wnioskowania kluczowe znaczenie mogłaby mieć odpowiedź na pytanie, skąd wzięło się wykryte dopiero śródoperacyjnie krwawienie i czy zostało to spowodowane zaniedbaniami w opiece medycznej, w szczególności zaniechaniem badania, które mogłoby to krwawienie wykryć wcześniej. W sprawie ustalono, że klipsowanie tętniaków było udane i bez powikłań, a komplikacje, w rezultacie których stan Janiny P. pogorszył się w porównaniu ze stanem sprzed operacji, były spowodowane niewyjaśnionym krwotokiem. Krwotoku tego nie było zaś jak wykryć ze względu na nieswoiste objawy oraz dlatego, że wykazać go może nie angiografia, tylko **TK, której z niewiadomych przyczyn poniechano**. Skoro jednak angiografia dała wynik niejednoznaczny, powstaje pytanie, dlaczego nie wykonano diagnostyki weryfikującej. **Stwierdzenie zawinionego braku należytej wnikliwości diagnostycznej spowodowałoby zmiany w ocenie związku przyczynowego**. Ustalenie powiązania przyczynowego między zaniechaniem diagnostycznym - czyli niewykonaniem TK wykrywającej krwawienie - a jego szkodliwymi następstwami - czyli hipotetycznie spóźnioną kraniotomią - wymaga stwierdzenia nieprzerwanego ciągu zdarzeń pośredniczących. W przypadku zaniechania trzeba dedukować, czy efekt oddziaływania przeniósł się z jednego ogniwa na następne. Zaniechanie w istocie nie ma charakteru przyczynowego, ponieważ polega na braku ingerencji w naturalny przebieg zdarzeń. **Operacja myślowa wymaga stworzenia obrazu rzeczywistości alternatywnej, w której potrzebne działanie zostałoby podjęte**. Od lekarzy można było wymagać starannej diagnostyki. Biegli i świadkowie utrzymywali, że była ona pełna w sensie zapewne zgodności ze standardami. Pytanie tylko, czy jej wynik nie powinien skłonić do powzięcia wątpliwości. Założywszy hipotetycznie, że w omawianej sprawie była ona jednak fragmentaryczna, niekompletna i przez to niestaranna - to gdyby została przeprowadzona całościowo, możliwe że wykryto by krwawienie. Z tego powodu przyspieszono by operację i w rezultacie szkody zdrowotne u pacjentki byłyby przypuszczalnie mniejsze. **Należałoby zatem dowieść, że niewykonanie dodatkowego badania TK miało wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia Janiny P. oraz na opóźnienie wdrożenia stosownego leczenia**. W ustalonym przez Sąd stanie faktycznym brakuje jednak danych, czy sytuacja kliniczna nakazywała przeprowadzenie oprócz angiografii także TK.

Wobec ustalenia, że **wykonane zabiegi zostały przeprowadzone prawidłowo, zgoda pacjentki spełnia kryteria prawnej skuteczności, a zaopatrzenie niespodziewanego krwotoku odbyło się w trybie dozwolonego rozszerzenia zakresu zabiegu** - jedyną podstawę do podważenia omówionego rozstrzygnięcia mogłyby stanowić ewentualne zaniedbania diagnostyczne - o ile dałoby się je udowodnić.