

## **Kwestionowanie prawidłowości zgody udzielonej na zabieg kraniotomii – omówienie wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 26 marca 2019 r. (I C 202/14)**

### **Wprowadzenie**

Wyrok, mimo że oznaczony jako nieprawomocny<sup>1</sup>, został wybrany m.in. 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<sup>2</sup> zabieg zakończył się wprawdzie powodzeniem, jednak pacjentka doznała wielu 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. Równolegle 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 wsparły dowodowo rozpoznanie niniejszej sprawy.

---

<sup>1</sup> Według Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych na dzień 26.12.2022 r., godz. 20.40.

<sup>2</sup> Kraniotomia to zabieg neurochirurgiczny, który polega na miejscowym otwarciu czaszki i oddzieleniu płata kości w celu uzyskania dostępu do struktur wewnątrzczaszkowych. Po zakończeniu właściwej operacji fragment kostny powraca na swoje miejsce.

Jej wynik pokazuje, głównie na potrzeby lekarzy, jakim wymaganiom prawnomedycznym powinien odpowiadać prawidłowo wykonany zabieg operacyjny, za zgodą pacjenta udzieloną właściwie pod względem prawnym oraz faktycznym. Potencjalnym pacjentom wyjaśnia zaś, że nie każde powikłanie, choćby najbardziej dolegliwe, świadczy o popełnieniu niedbalstwa i pociąga za sobą obowiązek odszkodowawczy. W tym celu należałoby albo udowodnić winę konkretnego lekarza lub innego członka personelu medycznego, albo wykazać uchybienia na poziomie organizacji opieki medycznej w placówce, zależnie 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 zakłipsowaniem 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 wciąż obarczona jest ryzykiem niedokładności.

### Stanowiska stron procesu

Pacjentka Janina P.<sup>3</sup>, powódka (skarżąca) w sprawie, wystąpiła przeciwko szpitalowi w G. o 250 000 zł zadośćuczynienia za doznane krzywdy, odszkodowanie jednorazowe w kwocie ok. 88 000 zł oraz rentę w łącznej kwocie ok. 6 000 zł miesięcznie. Swoje żądania wywodziła z faktu, że podczas pobytu w pozwanym szpitalu doznała szkód w związku z – jej zdaniem – nieprawidłowo przeprowadzonym zabiegiem medycznym zabezpieczenia trzech tętniaków.

---

<sup>3</sup> Imię nadane na potrzeby opisu.

Wadliwe działanie szpitala polegało w ocenie powódki na niewłaściwym sposobie odebrania od niej przez personel medyczny zgody na zabieg operacyjny, na zlekceważeniu i zbagatelizowaniu jej potrzeb, niepełnym poinformowaniu o ryzyku i skutkach zabiegu kraniotomii, niezapewnieniu odpowiedniego odstępu czasowego między informacją o zabiegu a samym zabiegiem, tym bardziej że nie był to zabieg pilny, uzasadniony bezpośrednim zagrożeniem życia. Pacjentka podnosiła, że miała co do niego wątpliwości. Personel medyczny pozwanej szpitala zapewniał ją jednak, że rokowania co do powodzenia operacji są pozytywne, a jedyne mogące pojawić się komplikacje wiązałyby się ewentualnie z dyskretnymi zaburzeniami mowy. Tymczasem po zabiegu nawiązanie kontaktu słownego z pacjentką okazało się utrudnione, a w pewnych momentach nawet niemożliwe, stan ulegał pogorszeniu, a przy tym utrzymywał się niedowład prawostronny. Ostatecznie doszło do ograniczenia samodzielnego wykonywania czynności samoobsługowych i poruszania się oraz do zaburzeń artykulacji, które utrzymują się do chwili obecnej. Znaczny stopień niepełnosprawności wymaga zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające codzienne funkcjonowanie. Potrzebne jest specjalistyczne leczenie, dodatkowa stała pomoc i opieka, stosowanie leków, rehabilitacja usprawniająca i terapia mowy oraz specjalna dieta.

Pozwany szpital wnosil o oddalenie powództwa. Twierdził, że zabieg przeprowadzono zgodnie ze sztuką lekarską i nie dopuszczono się przy nim żadnych uchybień, zaś wdrożone leczenie było odpowiednie do stanu klinicznego pacjentki. Obecny stan zdrowia pacjentki jest wynikiem krwawienia, do którego doszło jeszcze przed operacją, i nie ma związku z podjętymi działaniami. Również bezzasadne jest twierdzenie, jakoby Janina P. nie udzieliła na leczenie prawidłowej zgody. Pacjentka została uprzedzona o powikłaniach po tego typu zabiegu, przy czym lekarz nie ma obowiązku informowania o wszystkich możliwych następstwach przeprowadzanych czynności leczniczych, a jedynie o tych, których ryzyko wystąpienia jest dla danego zabiegu prawdopodobne i wiąże się z wykonywaną u pacjenta czynnością. W niniejszej sprawie pacjentka została powiadomowana o możliwych negatywnych konsekwencjach zabiegu, m.in. co do problemów z mową. W momencie wyrażania zgody była w pełni świadoma i samodzielnie złożyła podpis na formularzu.

## Stan faktyczny sprawy ustalony przez sąd

Janina P. przeszła udar mózgu i w dniach od 18 września do 13 października 2009 r. przebywała w szpitalu w W. Zdiagnozowano u niej wówczas tętniaki na części środkowej lewej półkuli mózgu. Dodatkowo stwierdzono krwiałk śródmózgowy, niedowład połowiczny lewostronny, anizokorię  $L>P^4$ , nadciśnienie tętnicze, a także chorobę dwubiegunową. Początkowo doszło do pogorszenia kontaktu z chorą i wystąpił u niej dyskretny niedowład połowiczny prawostronny. Po zastosowanym leczeniu krwiałk uległ wchłonięciu. W rezultacie konsultacji neurochirurgicznej pacjentka została zakwalifikowana do leczenia tętniaków.

W związku z postawioną diagnozą i rekomendowaną koniecznością leczenia neurochirurgicznego Janina P. wyraziła zgodę na dalsze leczenie w szpitalu w G. (pозwanym w sprawie), gdzie przebywała od 13 października do 28 października 2009 r. W chwili przyjęcia do szpitala w G. była przytomna, z zachowanym kontaktem logicznym i płynną mową. Stwierdzono tylko dwojenie przy spojrzeniu w lewo i nieomogę przy wodzeniu prawym okiem. Personel medyczny zapoznał się z dostarczoną dokumentacją, według której pacjentka była dotychczas leczona z powodu nadciśnienia tętniczego oraz choroby afektywnej dwubiegunowej. Pacjentka złożyła czytelny podpis na dole karty przyjęcia do szpitala w G., wyrażając w ten sposób zgodę na hospitalizację.

W tym samym dniu, czyli 13 października 2009 r., wykonano tam u niej dodatkowe badanie naczyniowe – angiografię<sup>5</sup> – aby potwierdzić istnienie tętniaków. Jest to zabieg inwazyjny, sam w sobie wiąże się z pewnym ryzykiem (wstrzyknięcie do naczyń kontrastu pod ciśnieniem). Dlatego podejmuje się go, gdy pacjent uprzednio zdecydował się na

---

<sup>4</sup> Objaw polegający na różnej średnicy źrenic, wynik zaburzenia odruchu źrenicznego po jednej ze stron. Jest często rezultatem obrzęku mózgu.

<sup>5</sup> Angiografia – technika badania obrazowego wykorzystywana do wizualizacji wnętrza naczyń krwionośnych oraz organów ciała, ze zwroceniem szczególnej uwagi na tętnice, żyły oraz komory serca. Standardową metodą jest wstrzyknięcie nieprzepuszczalnego dla promieni rentgenowskich środka kontrastowego, a następnie przeprowadzenie obrazowania przy użyciu technik rentgenowskich.

klipsowanie tętniaków. Zabieg wykonano prawidłowo, a u pacjentki nie doszło po jego zakończeniu do żadnych powikłań. Potwierdzono istnienie trzech tętniaków. W pozostałym zakresie obraz nie był w pełni czytelny i zalecono obserwację. Pacjentka udzieliła w formie pisemnej zgody na wykonanie zabiegu oraz osobnej na znieczulenie.

Zabieg klipsowania zaplanowano na 15 października. W przeddzień Janina P. została poinformowana przez lekarza prowadzącego o samym zabiegu i o ewentualnych konsekwencjach jego wykonania lub niewykonania. Z poczynionych ustaleń wynika, że miała wówczas zapewnioną możliwość podjęcia swobodnej decyzji dotyczącej poddania się operacji, a także zrozumienia jej ryzyka, powikłań i konsekwencji.

W przypadku rozpoznania tętniaka konsultujący neurochirurg proponuje pacjentowi jego zabezpieczenie. Procedura według standardów medycznych wygląda następująco, że po przedstawieniu ryzyka leczenia operacyjnego pacjent, który wyraża zgodę, jest kierowany na oddział i konsultowany przez anesteziologa pod kątem znieczulenia ogólnego. Po poddaniu premedykacji jest przewożony na blok operacyjny, gdzie zostaje zaklipsowany tętniak. Z dokumentacji medycznej wynika, że wobec Janiny P. ta sekwencja czynności została zachowana. Pacjentka była konsultowana przez neurochirurga, wykonano diagnostykę tętniaków, tj. ustalono ich liczbę i stan, a następnie zakwalifikowano do leczenia, na co Janina P. wyraziła zgodę.

Zabieg zaklipsowania odbył się planowo i został przeprowadzony zgodnie z wiedzą i sztuką medyczną. Po otwarciu czaszki okazało się, że tętniaków było 4, a każdy z nich w razie braku ingerencji chirurgicznej mógł doprowadzić do śmierci. Śródoperacyjnie stwierdzono cechy krwotoku z jednego z nich, więc zaklipsowano zgodnie z planem 3 pozostałe, natomiast z powodu krwotoku nakłuto komorę mózgu w celu zmniejszenia obrzęku mózgu (oraz uszkodzenia wynikającego z obrzęku). Było to działanie prawidłowe, powodujące zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Do krwotoku musiało dojść przed zabiegiem, skoro po otwarciu opony krwawienie było już widoczne — to zaś wyklucza możliwość mechanicznego (chirurgicznego) uszkodzenia naczyń. Z dostępnej dokumentacji medycznej i wykonanych badań dodatkowych nie wynika

również, żeby do uszkodzenia (niedrożności) tętnic mózgu z następowym udarem niedokrwiennym doszło śródoperacyjnie. Cel operacji został osiągnięty: 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 Janiny P., wykonuje się bowiem badania obrazowe (angio-TK lub angiografię) w ośrodku, w którym pacjent jest kwalifikowany do zabiegu.

Janina P. została zoperowana zgodnie z przyjętymi w takich okolicznościach zasadami w stosunkowo krótkim czasie. Z dostępnej dokumentacji medycznej nie wynika, żeby wystąpiły jakiegokolwiek nieprawidłowości. Brak było też podstaw do przyjęcia, by w klinice w G. brakowało specjalistów, sprzętu albo warunków do klipsowania tętniaka.

Obecnie u pacjentki 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 jest związany z wykonaniem zabiegu operacyjnego lub że jest jego skutkiem ubocznym. Jak wynika z dostępnej dokumentacji, zabieg został wykonany prawidłowo, a powikłania wiązały się z krwawieniem podpajęczynówkowym, czyli udarem krwotocznym mózgu, który miał miejsce przed operacją.

Można przyjąć, że aktualnie występujące u powódki objawy są związane z uszkodzeniem mózgu, które było następstwem wylewów (przyczynę uszkodzenia stanowi wynaczyniona krew), a dodatkowo skutkiem chorób, które dolegały powódce przed zabiegiem, oraz wynikiem uszkodzenia mózgu w przebiegu chorób samoistnych (tętniaki, krwotok podpajęczynówkowy, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca). W związku z obecnym stanem zdrowia pacjenka wymaga i będzie wymagać czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych, leczenia specjalistycznego, leków oraz rehabilitacji.

Jeśli chodzi o prawidłowość udzielonej na leczenie zgody, to z opinii psychiatry i neurologa wynika, że pacjentka przed zabiegiem operacyjnym samodzielnie wyrażała zgodę na jego wykonanie, składając podpisy na dokumentach: na karcie przyjęcia do szpitala, na formularzu zgody na zabieg angiografii – wyjaśnionej tam jako procedura diagnostyczna

polegająca na wkłuciu do tętnicy udowej i podaniu kontrastu do tętnic mózgowych. Jest tam adnotacja: „obecnie chora przytomna, kontakt logiczny zachowany, mowa wolna, płynna“; zaś na druku zgody na znieczulenie: „po rozmowie z lekarzem anestezjologiem i poinformowaniu mnie wyczerpująco o wszystkich sprawach dotyczących znieczulenia wyrażam zgodę na znieczulenie ogólne“.

Wprawdzie mowa pacjentki przed operacją była zniekształcona, jednak zakłócenia miały charakter afazji głównie ruchowej. Nie stwierdzono zaburzenia czytania ani agrafii, czyli niemożności pisania. Okoliczności pobytu na oddziale operacyjnym były przez pacjentkę odbierane i oceniane prawidłowo: rozumiała, że będzie operowana. Podane przed zabiegiem leki także nie zmieniły jej świadomości. Dopiero po wyrażeniu zgody podaje się bowiem zwiększoną dawkę, by zmniejszyć strach. Brak jest też podstaw do uznania, że na świadomość mógł mieć wpływ krwiałk podpajęczynówkowy. Natomiast choroba afektywna dwubiegunowa była wówczas w stanie remisji, również więc nie miała wpływu na podjęcie decyzji. Choroby współistniejące i stan po zażyciu wszystkich leków nie rzutowały zatem na zdolność rozeznania ani prawidłowej i swobodnej oceny stanu, w którym pacjentka się znalazła.

W związku z tym, że Janina P. kwestionowała autentyczność swojego podpisu na dokumencie zgody na operację (w czym popierała ją córka), zostało wszczęte dochodzenie w sprawie podrobienia podpisu na formularzu historii choroby ogólnej ze szpitala w G. pod zgodą na zabieg operacyjny „polegający za zaklipsowaniem tętniaka wewnątrzczaszkowego drogą kraniotomii“. Postanowieniem Prokuratury Rejonowej Gdańsk-Wrzeszcz z dnia 29 maja 2018 r. dochodzenie w sprawie PR3 Ds.30.2018 umorzono wobec stwierdzenia, że czynu nie popełniono. Umorzenie zostało podtrzymane postanowieniem Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ z dnia 14 listopada 2018 r., XI Kp 349/18.

## **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 k.c. (wina bezpośredniego sprawcy szkody) w związku z art. 430 k.c. Jest to podstawa prawna powszechnie stosowana dla przypisania odpowiedzialności za szkody doznane przy leczeniu w placówce szpitalnej. Zgodnie z treścią art. 430 k.c., 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 powierzonej 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 wyrządzenie szkody przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, wina podwładnego oraz związek przyczynowy między zawinionym zachowaniem podwładnego a powstałą szkodą. Obowiązek odszkodowawczy szpitala nie powstaje jednak, gdy personelowi medycznemu nie można przypisać winy, albo gdy nie zachodzi którakolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności, np. związek przyczynowy.

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

## Ocena wiarygodności dowodów

Okoliczności stanu faktycznego sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zgromadzony w toku postępowania, tak o charakterze prywatnym, jak i urzędowym. Dokumenty te nie budziły wątpliwości ani co do ich autentyczności, ani co do treści w nich wyrażonych, z wyjątkiem dokumentacji medycznej zawierającej zgodę pacjentki na zabieg z dnia



15 października 2009 r. Janina P. kwestionowała swój podpis i ocena jego wiarygodności była ostatecznie przedmiotem postępowania przygotowawczego, w toku którego zasięgnięto wiadomości specjalnych. Sąd cywilny pomocniczo przeprowadził zatem dowód z akt sprawy PR 3 Ds.30.2018, który pozwolił na odtworzenie przebiegu tego postępowania i ostatecznych wniosków końcowych. Przyjmując w pełni konkluzje tam wyprowadzone, sąd ostatecznie uznał, że dokumentacja medyczna zawierała podpis pochodzący od powódki, Janiny P.

Sąd uznał również za wiarygodne w całości zeznania świadków: personelu medycznego pozwanego szpitala, w tym lekarza D.R., co do okoliczności wyrażenia przez pacjentkę zgody na zabieg. Świadek ten potwierdził, że Janina P. była wówczas świadoma oraz podkreślił, że została poinformowana o normalnych powikłaniach, jakie mogą wywiązać się przy tego typu operacji. Podał także, że od początku informował ją o konieczności wykonania zabiegu polegającego na otwarciu czaszki. Argumentował, że gdyby pacjentka nie wyrażała na ten zabieg zgody, to nikt nie proponowałby jej wcześniejszego zabiegu angiografii. W sposób logiczny wywodził, że w takiej sytuacji klinicznej angiografię wykonuje się wyłącznie po to, by później przeprowadzić klipsowanie tętniaków. Gdyby zaś pacjentka wahała się co do zabiegu głównego, nikt nie odważyłby się wykonywać angiografii, która sama w sobie ma charakter inwazyjny. Podobnie zeznawali dwaj inni lekarze, podkreślając, że nie przewozi się specjalnie z innej placówki pacjentów, którzy nie wyrazili wcześniej zgody na operację. Jeden z nich opisał w sposób szczegółowy przebieg przeprowadzonej u Janiny P. operacji i wyraźnie potwierdził wnioski z opinii biegłego, że powikłania, które wystąpiły, były związane z krwawieniem podpajęczynkowym, czyli udarem krwotocznym mózgu, a nie wynikały z nieprawidłowości w przeprowadzeniu 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. Z kolei Z.P., były mąż pacjentki, potwierdził, że Janina P. jeszcze podczas pobytu w szpitalu w W. wyraziła zgodę na dalsze leczenie tętniaków w szpitalu w G.

Sąd uwzględnił także zeznania świadka E.K., córki Janiny P., w części dotyczącej aktualnej kondycji fizycznej matki. Nie dał natomiast wiary jej twierdzeniom, jakoby powódka nie wyraziła zgody na zabieg i nie podpisała samodzielnie formularza, stało to bowiem w sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym uznanym za wiarygodny. Zdaniem sądu nie zasługiwały na wiarę również jej relacje, jakoby lekarze zapewniali matkę o braku ryzyka związanego z wykonanym zabiegiem. Z jednej strony bowiem zeznania w tej części pozostawały w sprzeczności z zeznaniami lekarzy z pozwanego szpitala, z drugiej zaś były wewnątrznie sprzeczne: świadek sama podawała, że jej matka bała się operacji z uwagi na związane z nią ryzyko.

Przy ustalaniu, czy w pozwanym szpitalu popełniono w stosunku do Janiny P. błąd diagnostyczny i leczniczy będący rezultatem niezachowania przez personel medyczny wysokiego stopnia staranności i wykonania zabiegu medycznego w sposób nieprawidłowy oraz bez zgody pacjenta, sąd oparł się na dowodzie z opinii biegłego dr. n. med. A.D., specjalisty w zakresie neurochirurgii i neurotraumatologii. Opinia jest wyczerpująca, bezstronna i jednoznaczna, a przy tym sporządzona zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej, w oparciu o zgromadzoną dokumentację lekarską. Nie ma podstaw do zakwestionowania jej rzetelności i wyprowadzonych wniosków, tym bardziej że wszelkie podniesione przez stronę powodową wątpliwości zostały w sposób szczegółowy wyjaśnione przez biegłego w opiniach uzupełniających. 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., specjalistę z zakresu psychiatrii i neurologii, który odniósł się do kwestii istnienia ewentualnego związku przyczynowego między okolicznościami hospitalizacji Janiny P. w pozwanej klinice, zabiegiem operacyjnym z dnia 15 października 2009 r. a obecnym stanem zdrowia pacjentki. Jednocześnie dokonał analizy jej obecnego stanu zdrowia i odniósł się do wpływu leków, jakie pacjentka otrzymywała przed zabiegiem, na jej ewentualny stan świadomości.

Sąd oparł swoje ustalenia na dwóch opiniach specjalistów oraz na zeznaniach personelu pozwanego szpitala, które to dowody wzajemnie się uzupełniały i tworzą pełny obraz podjętego wobec powódki leczenia.

### **Ocena merytoryczna**

W ocenie sądu analiza zebranych dowodów nie dawała podstaw do uwzględnienia powództwa, wobec tego zostało ono oddalone.

Pacjentka wywodziła swoje pretensje z zapatrywania, że w pozwanym szpitalu wdrożono nieprawidłowe leczenie. Podnosiła, że zapewniano ją, iż proponowana terapia nie niesie ryzyka, tymczasem w jej wyniku doszło do szeregu negatywnych skutków, które spowodowały, że nie jest osobą w pełni sprawną. Przyczyny pogorszenia stanu zdrowia pacjentki upatrywała także w niezachowaniu w pozwanym szpitalu odpowiedniej organizacji pracy. Ocena tych roszczeń sprowadza się zatem do ustalenia, czy postępowanie personelu medycznego pozwanego szpitala było zgodne z prawem, w tym z aktualnym stanem wiedzy medycznej, bądź czy cechowało się niedbalstwem. Ponadto rozważenia wymagało, czy w pozwanym szpitalu zaistniały błędy organizacyjne, które spowodowały, że w stosunku do Janiny P. nie zastosowano prawidłowych procedur i nie uzyskała ona należytej pomocy.

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

Przyjmuje się, że za błąd w sztuce medycznej uważane jest takie działanie lub zaniechanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Wymaga to zbadania, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności w chwili weryfikowania stanu zdrowia pacjenta, zwłaszcza wiedzy, jaką lekarz mógł dysponować w owym czasie, było

zgodne z wymaganiami aktualnej wówczas nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Zasadność roszczenia, pociągająca za sobą odpowiedzialność pozwanego szpitala, wystąpiłaby zatem tylko wtedy, gdyby wykazano, że szkoda pacjenta powstała wskutek zawnionego działania lub zaniechania lekarza podejmującego czynności diagnostyczne i operacyjne.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego obecne jest zapatrywanie, 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. Czynnikiem obiektywnym jest bezprawność działania polegająca na zachowaniu sprawcy szkody naruszającym konkretne reguły postępowania: nakazy bądź zakazy. Czynnikiem subiektywnym oznacza zaś wadliwość zachowania związaną z elementami przewidywania i momentem woli. Przy ocenie pojawia się kwestia miernika staranności, czyli wzorca, z którym należy zestawić zachowanie sprawcy. O zawnieniu lekarza może zadecydować nie tylko brak 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 § 2 k.c.) i ocenianie konkretnego zachowania według tej wartości przeciętnej<sup>6</sup>. Winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności, jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych.

Ustalony stan faktyczny nie dawał podstaw, by przypisać stronie pozwanej błąd w sztuce medycznej w zakresie diagnozowania i leczenia powódki. Janina P. trafiła do pozwanego szpitala w związku z tym, że we wrześniu 2009 r. przeszła udar mózgu i podczas poprzedniej bytności

---

<sup>6</sup> Tak SN w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r, V CSK 287/09.

(18.09.2009–13.10.2009) w innym szpitalu wstępnie zdiagnozowano u niej tętniaki. Zaproponowano zatem leczenie operacyjne, na co pacjentka wyraziła zgodę. Wdrożone leczenie i zastosowana procedura były prawidłowe i zgodne z obowiązującymi standardami. W pozwany szpitalu wykonano u powódki pełną diagnostykę. Zgodnie ze standardami medycznymi, po rozpoznaniu tętniaka konsultujący neurochirurg proponuje pacjentowi jego zabezpieczenie i przedstawia ryzyko z tym związane. Jeśli pacjent wyrazi zgodę na proponowany zabieg, jest kierowany na oddział neurochirurgii, konsultowany przez anestezjologa i kwalifikowany do znieczulenia ogólnego. Po poddaniu premedykacji zostaje przewieziony na blok operacyjny, gdzie w znieczuleniu ogólnym przeprowadza się klipsowanie. Z ustaleń Sądu wynika, że powyższa sekwencja zdarzeń została tu zachowana. Wykonanie uprzedniej arteriografii naczyń jest konieczne, by zakwalifikować do samego zabiegu klipsowania, zatem narażenie na ryzyko związane z arteriografią było niezbędne.

Brak jest również podstaw do uznania, by doszło do jakichkolwiek nieprawidłowości przy wykonaniu samego zabiegu. Zgodnie z przyjętymi dla takiego stanu klinicznego zasadami pacjentka została zoperowana w stosunkowo krótkim czasie. Z opisu operacji wynika, że śródoperacyjnie lekarz stwierdził cechy nadciśnienia oraz krwotoku. Nie było wobec tego wskazań – jak sugerowała strona powodowa – do odciążania krwiała podpajęczynówkowego. Lekarz 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. Takie działanie zmniejszyło ryzyko następnego uszkodzenia mózgu. Wbrew podnoszonym zarzutom prawidłowo dokonano przy tym także odciążania, a nie oddesania płynu. Według biegłego, z uwagi na delikatność struktur mózgu, postulowane przez stronę powodową działanie mogłoby spowodować tylko większe uszkodzenie. Brak jest też podstaw do uznania, że do komplikacji neurologicznych doprowadziła konieczność usunięcia płynu. Śródoperacyjne stwierdzenie cech krwotoku implikowało nakłucie komory celem zmniejszenia obrzęku, a tętniaki zabezpieczono klipsowaniem. Zabieg wykonany

został zatem prawidłowo, a jego cel w postaci eliminacji potencjalnych źródeł krwawienia – osiągnięty.

Sąd nie znalazł także podstaw do uznania, by przyczyną krwawienia w przestrzeni podpajęczynówkowej było działanie lekarza operatora. Jak podkreślała biegła A.D., w badaniach diagnostycznych przed zabiegiem nie stwierdzono cech krwawienia charakterystycznych dla tętniaków. Było już ono jednak widoczne po otwarciu czaszki (co wynika z protokołu operacyjnego), a to wyklucza możliwość mechanicznego (chirurgicznego) uszkodzenia naczynia – tętnicy albo żyły. Źródłem krwawienia mogły być też choroby samoistne, jak miażdżycza, które wpływały na stan ścian naczyń krwionośnych.

Niezasadne były również zarzuty powódki, że liczby tętniaków i krwawienia przed operacją nie zdiagnozowano w sposób prawidłowy. Z opisu arteriografii wynika, że radiolog rozpoznał 3 tętniaki i 2 miejsca podejrzanego, które wymagały obserwacji. Jak podkreślił biegły, mimo że w obecnych czasach nastąpiło radykalne udoskonalenie aparatury diagnostycznej, to nadal nie daje ona pełnych możliwości rozpoznania, bo niekiedy małe tętniaki mogą być niewidoczne lub przesłonięte przez prawidłowe naczynia albo inne malformacje naczyniowe (np. gdy 2 tętniaki znajdują się obok siebie). Brak jest zatem podstaw, by uznać, że dokonany opis był nieprawidłowy.

Nie sposób też zarzucić stronie pozwanej niedochowania należytej staranności w tym, że krwawienia nie wykryto wcześniej. Na podstawie przeprowadzonych badań nie można uznać, że objawy krwotoku podpajęczynówkowego wystąpiły przed przyjęciem pacjentki do pozwanego szpitala. Arteriografia naczyń mózgowych tego nie wykrywa, bo służy tylko do zobrazowania naczyń. Celem wykrycia krwawienia wykonuje się inne badanie – tomografię komputerową mózgu. U Janiny P. nie występowały żadne widoczne objawy. Charakterystyczny dla krwotoku jest nagły i silny ból głowy z ewentualnymi zaburzeniami świadomości (aż po utratę przytomności) i objawami ogniskowymi (afazja, niedowład), choć u niektórych osób krwotok przebiega bezobjawowo. U powódki przed operacją wystąpiły symptomy uszkodzenia OUN (niedowład lewych kończyn, spowolniona mowa, anizokoria), ale nie

było symptomów dodatkowych. Osłabienie mięśni kończyn stanowiło wynik wcześniej przebytego udaru.

Jednocześnie należy mieć świadomość, że niekiedy wykrycie takiego krwotoku jest niemalże niemożliwe, biorąc pod uwagę tempo jego rozwoju, które może wynosić od paru sekund do kilku godzin. Jakkolwiek arteriografia naczyń mózgowych, która poprzedza zabieg klipsowania, obarczona jest ryzykiem krwotoku, to z dostępnej dokumentacji medycznej nie wynika, by do krwawienia doszło w dniu 13 października 2009 r. Brak też było podstaw, by odraczać wykonanie operacji, ponieważ najczęstszą przyczyną krwawienia są pęknięte tętniaki, więc te stwierdzone trzeba zaklipsować niezwłocznie.

Podzielając stanowisko biegłej, 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.

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz akt sprawy biegli wyprowadzili kategoryczne wnioski, że brak jest podstaw do przyjęcia, iżby operacja neurochirurgiczna z dnia 15 października 2009 r. została przeprowadzona 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 inkryminowanego zabiegu operacyjnego i że jest jego skutkiem ubocznym. 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 (przyczyną uszkodzenia jest wynaczyniona krew) w przebiegu chorób samoistnych i w wyniku niewydolności naczyń mózgowych (tętniaki, krwotok podpajęczynówkowy, nadciśnienie tętnicze, miażdżycy, zaniki korowo-podkorowe).

O prawidłowości przeprowadzonego zabiegu przekonywał także wykonujący go lekarz P.S., który zapewniał, że powikłania 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 aby drugi raz tego typu krwawienie nie wystąpiło. Problemy, z jakimi obecnie zmaga się powódka, są niejako normalną konsekwencją przebytego udaru. Ocenił także, że niewykonanie operacji doprowadziłoby do zgonu pacjentki. Zaklipsowanie tętniaków było konieczne celem zapobieżenia następnym krwotokom śródmózgowym. Gdyby tego nie zrobiono, istniało wynoszące ok. 40% ryzyko, że tętniak ponownie by zakrwawił, a to miałoby skutek śmiertelny.

Nie jest zatem tak, jak twierdzi powódka, że nieprzeprowadzenie zabiegu, który niósł takie ryzyko, umożliwiłoby jej normalne funkcjonowanie. Jak podkreślali biegli, była to operacja ratująca życie. Na ogromne ryzyko, jakie wiązało się z przebyłym krwawieniem, wskazywali także pozostali świadkowie, będący jednocześnie specjalistami z zakresu neurochirurgii. T.S. referował, że szansa, by po przebyłym krwawieniu wewnątrzczaszkowym pacjent pozostał w pełni sprawny, była zaledwie kilkuprocentowa, bo sam krwotok powoduje nieodwracalne straty w mózgu. W tym przypadku natężenie krwotoku było najwyższe w skali Fischera, co oznacza, że powódka była pacjentem najgorzej rokującym ze względu na ilość krwi, jaka wypłynęła. Lekarz jest bowiem w stanie usunąć skrzepy, ale nie wyplukać z przestrzeni wewnątrzczaszkowej całą krew.

Sąd podzielił również stanowisko biegłych, że nie ma podstaw do przyjęcia, by w pozwanym szpitalu brakowało specjalistów, sprzętu albo warunków do przeprowadzenia zabiegu klipsowania tętniaka. Z dostępnej dokumentacji medycznej nie wynika, żeby wystąpiły w tej mierze jakiegokolwiek nieprawidłowości.

W dalszej kolejności sąd dokonał oceny prawidłowości wyrażenia przez powódkę zgody na zabieg i na przyjęcie do szpitala. Kwestia ta pojawia się dopiero, kiedy sąd ustali, że zabieg został wykonany prawidłowo. Żadna bowiem zgoda pacjenta nie powoduje uchylenia bezprawności zabiegu przeprowadzonego niezgodnie ze sztuką medyczną.

Z obowiązkami lekarza dotyczącymi samego procesu leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia pacjentowi odpowiedniej informacji.

Prawidłowe wypełnienie tej powinności jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie doniosłej 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 to, 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<sup>7</sup>. 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 charakter niebezpieczny dla życia lub zdrowia. Nie oznacza to, by informacja miała zawierać wszystkie możliwe następstwa zabiegu, nawet powikłania nietypowe i nieobjęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach<sup>8</sup>. Zgodnie z powołanymi przepisami lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach zastosowania czynności medycznych, aby mógł on podjąć świadomą decyzję. Zakres obowiązku informacji zależy od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć inteligentną decyzję co do proponowanego zabiegu<sup>9</sup>. Zgoda musi być objaśniona, aby pacjent świadomie zaakceptował zrozumiane przezeń ryzyko dokonania zabiegu i przejąć je na siebie<sup>10</sup>.

W ocenie sądu w niniejszej sprawie należy uznać, że powódka w sposób świadomy wyraziła zgodę na przyjęcie do szpitala, a udzielona jej informacja co do rodzaju i ryzyka związanego z zabiegiem była pełna i pozwalała na podjęcie świadomej decyzji. Nielogiczne jest twierdzenie

<sup>7</sup> Por. wyrok SN z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980, nr 4, poz. 81.

<sup>8</sup> Por. m.in. wyroki SN z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/98, (niepubl.), z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, (niepubl.) i z dnia 3 grudnia 2009 r., II CSK 337/09, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 2.

<sup>9</sup> SA w Poznaniu, I ACa 236/05.

<sup>10</sup> SA w Szczecinie, IACa443/12.

strony powodowej, że lekarz nie powiadomił pacjentki o wszystkich ewentualnych konsekwencjach wynikających z przeprowadzonego zabiegu. Zarówno informacja, jak i formularz zgody nie może być zbyt skomplikowany i rozrośnięty i nie musi zawierać wiadomości na temat wszystkich możliwych następstw zabiegu. Wystarczające jest ogólne określenie ich rodzaju oraz wpływu na funkcjonowanie organizmu. Zbyt szczegółowe, niezrozumiałe i rozbudowane opisy powodują brak zrozumienia, a tym samym uniemożliwiają podjęcie świadomej zgody, bo pacjent czuje się zagubiony w liczbie medycznych szczegółów. Z treści formularza zgody, a także z zeznań lekarzy prowadzących wynika że powódka została poinformowana o chorobie, przebiegu, skutkach i ewentualnych normalnych powikłaniach po operacji.

Sąd nie miał także wątpliwości, że Janina P. w sposób świadomy podjęła decyzję o operacji. Powyższe potwierdził świadek T.S., pracownik pozwanego szpitala, który wywodził, że skoro pacjentkę przewieziono z innego szpitala, to musiała wyrazić zgodę na operację już tam. Inne założenie jest nielogiczne, gdyż nie robi się tego z osobami, które takiej zgody nie wyrażają. Jednocześnie zaznaczył, że wycofać zgodę Janina P. mogła w każdej chwili.

Pracownicy szpitala podkreślili także, że pacjentka miała możliwość zadawania pytań i wyrażania wątpliwości związanych z planowanym zabiegiem oraz uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.

Powódka była z zawodu 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 do 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, z której wynikało, że powódka przed zabiegiem operacyjnym wyrażała zgodę na wykonanie zabiegu poprzez składanie podpisów. Choroba afektywna dwubiegunowa, na którą cierpiała, była wówczas w stanie remisji, więc nie miała

wplywu na podjęcie decyzji. Świadomości nie zmieniały także podawane 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 w chwili wyrażania zgody powódka 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. Potwierdzał, że wyraziła ona zgodę na wykonanie zabiegu angiografii i zapewniał, że informował ją wówczas, że jeżeli angiografia potwierdzi tętniaki, to następnie będzie wdrażane leczenie bardziej inwazyjne. Gdyby powódka na wstępie nie wyraziła zgody na operację tętniaków, w ogóle nie byłby przeprowadzany ryzykowny zabieg angiografii.

Personel pozwanego szpitala miał świadomość, że powódka cierpiała także na inne schorzenia. Stwierdzono wówczas zaburzenia mowy, nie stwierdzono zaś zaburzenia czytania ani agrafii. Okoliczności pobytu na oddziale operacyjnym były przez powódkę prawidłowo odbierane i oceniane. Choroby współistniejące i stan po przyjęciu leków nie miały wpływu na zdolność rozeznania oraz prawidłowej i swobodnej oceny stanu, w którym się znalazła. Zdaniem sądu zgoda powódki była akceptacją świadomą, a pozwany szpital prawidłowo wypełnił swój obowiązek w tym zakresie.

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 podrobienia podpisu. Powołany tam biegły z zakresu badania pisma ręcznego stwierdził jednoznacznie, że podpis złożony pod zgodą z dnia 13 października 2009 r. pochodzi od pacjentki.

W świetle przeprowadzonych dowodów sąd doszedł do przekonania, że argumentacja powódki 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 oraz zlekceważono istnienie schorzeń współistniejących, jak choroby afektywnej dwubiegunowej, która mogła mieć wpływ na stan świadomości. Dlatego sąd uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

## Komentarz

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, a to okazało się mniemaniem błędnym, choć do takiego wniosku mogło ją doprowadzić porównanie stanu zdrowia sprzed operacji z niepełnosprawnością po zabiegu. Poważne zaburzenie psychiczne 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 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<sup>11</sup>. 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

---

<sup>11</sup> Zob. m.in. wyrok SA w Krakowie z dnia 26 września 2014 r., I ACa 891/14 (Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych).

wcześniejszej angiografii, przeprowadzonej szczęśliwie bez powikłań, tyle że dającej obraz niejednoznaczny. Obszar określony jako podejrzany i wymagający obserwacji okazał się czwartym tętniakiem, który rozlał się, zanim dokonano otwarcia czaszki i tylko tyle wiadomo – wcześniej zaś nie dawał typowych dla krwotoku objawów. Jeśli coś można by lekarzom zarzucić, to ewentualnie spóźnione wykonanie kraniotomii, o ile bardziej wnikliwa ocena symptomów dyktowałaby większy pośpiech, albo niewykonanie tomografii pomimo istnienia ku temu wskazań.

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 udzielonej przez Janinę P. zgody na kraniotomię i klipsowanie tętniaków.

1. Jeśli chodzi o dochowanie należytej staranności w opiece medycznej, sąd słusznie rozpoczął od weryfikacji 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 od ponad 20 lat<sup>12</sup>. Dyrektywy postępowania i dobrej praktyki klinicznej opracowywane są na różnych szczeblach, poczynając od zaleceń organizacji

---

<sup>12</sup> Zob. chronologicznie: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 165–172; E. Zielińska, *Komentarz do art. 4 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2008, 2014, 2022; *System Prawa Medycznego*, red. E. Zielińska t. 2, cz. 1, Warszawa 2019, s. 298–308 oraz opracowania monograficzne: *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, E. Sarnacka, M. Grassmann, Warszawa 2019; *Naukowe podstawy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, red. B. Baranowska, A. Doroszevska, P. Szykiewicz, Warszawa 2020.

międzynarodowych (na czele z WHO), przez rekomendacje krajowych i międzynarodowych towarzystw lekarskich, stanowiska konsultantów krajowych i wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny, aż po zwykle regulaminy szpitalne. Niektóre z nich mają rangę aktów normatywnych, to jednak stanowi wyjątek podyktowany specyficznymi potrzebami<sup>13</sup>. Wszystkie 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 rodzaj minimum gwarancyjnego dla pacjenta. Zgodność zaordynowanego postępowania leczniczego z przyjętym standardem wyjściowo pozwala uznać leczenie za należyte, o ile sytuacja kliniczna mieści się w granicach typowości, a pacjent nie zgłasza uzasadnionych szczególnych potrzeb (np. nie nalega, 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 standardy<sup>14</sup>,

---

<sup>13</sup> 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. Chodzi 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 (art. 43a UZL). 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 pewien sposób odwoływać się do aktualnej wiedzy medycznej. Zapisywanie wiedzy medycznej w prawie co do zasady nie jest praktyką właściwą ze względu na stały i dynamiczny jej rozwój, a 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.

<sup>14</sup> W. 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, nr 125 (wyd. spec.), s. 38 [online:] [http://pamw.pl/sites/default/files/Cochrane\\_3\\_ONLINE.pdf](http://pamw.pl/sites/default/files/Cochrane_3_ONLINE.pdf) [dostęp: 23.09.2018].



tylko raczej stanowić rodzaj „rady udzielanej przez bardziej doświadczoną osobę osobie mniej doświadczonej”<sup>15</sup>. Konkretne rekomendacje niekiedy wprost deklarują, że ich celem „nie jest ustanawianie sztywnych standardów czy jakichkolwiek ograniczeń dla lekarzy praktyków”<sup>16</sup>. Nie powinny więc być stosowane mechanicznie ani bezkrytycznie i w ten sposób „zastępować myślenia klinicznego”<sup>17</sup>. 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”<sup>18</sup>.

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<sup>19</sup>. Poza tym są opatrywane wskaźnikiem wiarygodności sygnalizującym jakość dowodów naukowych, na których oparto regułę (może to być jakość wysoka, średnia, niska lub bardzo niska)<sup>20</sup>. Reguły mogą być oznaczone dowolną kombinacją mocy i wiarygodności, można też zatem napotkać zalecenia „silne”, mimo że oparte na słabych dowodach<sup>21</sup>.

<sup>15</sup> W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych...*, *op. cit.*, s. 26.

<sup>16</sup> Zob. np. P. Leszczyński, M. Korkosz, K. Pawlak-Buś, M. Bykowska, K. Gruszecka, A. Górską, T. Jankowski, G. Kot, M. Rell-Bakalarska, *Diagnostyka i leczenie osteoporozy – zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego* 2015 [online:] [https://journals.viamedica.pl/forum\\_reumatologiczne/article/view/43330/34981](https://journals.viamedica.pl/forum_reumatologiczne/article/view/43330/34981) [dostęp: 25.06.2018].

<sup>17</sup> W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych...*, *op. cit.*, s. 38.

<sup>18</sup> *Podstany EBM, czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny*, red. P. Gajewski, R. Jaeschke, J. Brożek, Warszawa 2008, s. 143.

<sup>19</sup> Sformalizowany 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. *Podstany...*, *op. cit.*, red. P. Gajewski, R. Jaeschke, J. Brożek, s. 147–149. Moc dyrektywy określa się poprzez zwroty „zaleca się”, „należy”, „powinno się” (lub tylko „sugeruje się”, „można rozważyć”, „warunkowo zaleca się”) albo przy użyciu kodów cyfrowych lub 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...*, *op. cit.*, s. 35–36.

<sup>20</sup> Czterostopniowa jest skala w systemie GRADE, stosowane są też inne. Zob. W. Leśniak, M.M. Bała, R. Jaeschke, J.L. Brożek, *Od danych...*, *op. cit.*, s. 38.

<sup>21</sup> Szerzej zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „*Studia Iuridica*” 2008, nr 49, s. 10–20.

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”<sup>22</sup>. Z kolei M. Nesterowicz twierdzi stanowczo, że „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”<sup>23</sup>. Relacje między standardami i zaleceniami a należyłą 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 (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<sup>24</sup>.

Z założenia rekomendacje mają sprzyjać dobrej praktyce w medycynie przez wskazanie na podstawie wiarygodnych dowodów możliwe najskuteczniejszych i najbezpieczniejszych sposobów rozwiązywania

---

<sup>22</sup> D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 109 (przyt. nr 146).

<sup>23</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 11, Toruń 2016, s. 96.

<sup>24</sup> Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Rekomendacje profesjonalne i standardy ex lege* [w:] *System Prawa Medycznego*, red. E. Zielińska, t. 2, cz. 1, Warszawa 2019, s. 303–305.

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”<sup>25</sup>. 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<sup>26</sup>.

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

---

<sup>25</sup> E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści...*, wyd. 2 (2014), s. 77–78 (teza 6).

<sup>26</sup> Za wyrazisty przykład może posłużyć sprawa rozstrzygnięta wyrokiem SN z dnia 10 marca 2006 r., IV CSK 80/05. Lekarze pozwanego szpitala nie powzięli wątpliwości diagnostycznych poprzedzających zabieg, a z opinii biegłych wynika, że powinni byli to zrobić. 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 przeciwzapalne i przeciwbakteryjne, 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 pożądaných 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“.

zabieg klipsowania tętniaków zlekceważono jej potrzeby, postępowanie nie wyjaśniło jednak, o jakie potrzeby chodziło. W świetle uzasadnienia wyroku jej przypadek przedstawia się jako raczej typowy (choć 3 tętniaki naraz to dużo), zatem wdrożenie leczenia zgodnego ze standardami wydaje się *prima facie* należyte. Skoro zaś nie stwierdzono uchybień technicznych, to wolno uznać, że warunki organizacyjne w pozwanym szpitalu były odpowiednie (a nawet jeśli nie były, to pozostawały bez związku z powstałą u pacjentki niepełnosprawnością). Wobec braku obiektywnych naruszeń należytości kwestia czynnika subiektywnego – staranności – jest 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 jednak przyjrzeć im się bliżej dlatego, że podobne zapatrywania bywają cytowane na zasadzie złotych 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 należytą 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 (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 konstatację, 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. To należyta (a nie podwyższona, szczególnie ani najwyższa) staranność jest starannością wymaganą od lekarzy<sup>27</sup>, a jej poziom

<sup>27</sup> Na podstawie: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Staranność należyta a podwyższona* [w] *System Prawa Medycznego*, red. E. Zielińska, t. 2, cz. 1, s. 292 i nast. oraz przywołane tam piśmiennictwo.

jako średni wyznacza granicę, poniżej której lekarzowi nie wolno zejść bez ryzyka odpowiedzialności<sup>28</sup>. Jednocześnie ów poziom należyłości jest wysoki w tym sensie, że spośród będących do dyspozycji środków 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. Decyzje w sprawie określonego sposobu postępowania w medycynie mają więc charakter optymalizacyjny. Dotyczy to zarówno wciąż ulepszanych technik operacyjnych<sup>29</sup>, 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 narzędzia<sup>30</sup> oraz kontrolne prześwietlenia pozabiegowe<sup>31</sup>.

2. Zaostrzenie stwierdzonego sródoperacyjnie krwawienia odbyło się na zasadzie w oczywisty sposób 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.

---

<sup>28</sup> Chyba że chodzi o okoliczności nadzwyczajne, np. warunki polowe, gdy dochowanie go jest praktycznie niemożliwe.

<sup>29</sup> Jednym z jej przejawów jest upowszechnienie zabiegów wykonywanych techniką laparoskopową.

<sup>30</sup> Oprócz wizualnej weryfikacji pola operacyjnego (która jest zawodna, bo narzędzie czy materiał może być niewidoczne wśród pętli jelit albo po nasiąknięciu krwią może zlewać się kolorystycznie z tłem) stosuje się dwukrotne liczenie (i przy wydawaniu, i przy odbieraniu), układanie po wykorzystaniu w specjalny sposób, a także zaostrzenie materiałów tekstylnych w znaczniki rentgenowskie

<sup>31</sup> W 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 uznał, że skoro tak łatwo w niezawiniony sposób nie trafić, to ostrożność nakazuje, by sprawdzić trafienie metodą rentgenowską. Zob. wyrok SA w Lublinie z dnia 28 maja 2013 r., I ACa 124/13 (Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych). Wiele zabiegów, w tym angiografia, odbywa się pod bieżącą kontrolą rentgenowską, przy czym jeden monitor powinien znajdować się na sali operacyjnej, a drugi w pokoju obok. Od pewnego czasu stosuje się również nagrywanie przebiegu operacji – do nagrania można sięgnąć w celu oceny przyczyn niewyjaśnionych w inny sposób powikłań pozabiegowych.

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 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 określone dość rygorystycznie. 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 wolę poddania się proponowanej czynności w sposób niebudzący wątpliwości (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 – przyp. aut.], otrzymuje pełną informację, rozumie ją, działa dobrowolnie i przyzwala na interwencję“. Pięcioro 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)<sup>32</sup>. 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.

**Wszystkie wymienione czynniki znajdują potwierdzenie w polskim ustawodawstwie.** Brakuje tylko ogólnych unormowań odnośnie do skutku możliwych zamachów na dobrowolność. O wymogu udzielenia zgody bez nacisku stanowi *expressis verbis* tylko ustawa o ochronie zdrowia psychicznego<sup>33</sup>. Nie oznacza to jednak, że zgoda inna niż psychiatryczna mogłaby być niedobrowolna.

W praktyce będzie to ideał trudny do zrealizowania, zwłaszcza jeśli weźmie się pod uwagę wyśrubowane wymagania informacyjne. Wynika stąd, że przy tak dużej liczbie czynników stosunkowo łatwe może wydawać się podważenie skuteczności udzielonej zgody. Wystarczy, że pacjent: nie otrzymał wszystkich potrzebnych informacji lub bez fachowego przygotowania nie wszystkie je zrozumiał; przekonywano go tylko o zaletach, przemilczając ryzyko; popędzany, nie miał czasu na zastanowienie; był

---

<sup>32</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, wyd. 4, tłum. W. Jacórzynski, Warszawa 1996, s. 157.

<sup>33</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111 poz. 535 ze zm., t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 882): „Ilekcroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o (...) zgodzie, oznacza to **swobodnie wyrażoną** zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania“ (art. 3 pkt 4).



osłabiony, zdezorientowany i pod wpływem środków farmakologicznych wyłączających kompetencję – a 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 w jakiś sposób wadliwej. Sądownictwo i doktryna wypracowały w związku z tym rozsądne uproszczenia, zwłaszcza co do powinności informacyjnych, a ponadto sposoby na to, by nie dać się zwieść odgrywanej 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 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 osoby<sup>34</sup> – 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

---

<sup>34</sup> Typologia modeli informowania pacjenta weszła do polskiej doktryny dzięki *Zasadom etyki medycznej* T.L. Beauchampa i J.F. Childressa (wyd. polskie s. 160–162). Zob. pierwsze jej omówienie: M. Borańska, P. Koniczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 255–256.

granice, przede wszystkim funkcjonalne, żeby nie zdezorientować natłokiem ani samemu nie zapędzić się w niekończący wykład o szczegółach. Natłok, zwłaszcza nieuporządkowany, zaprzecza ustawowemu kryterium przystępności. Wyczerpująca i zarazem przystępna informacja zaczyna więc przedstawiać się niczym kwadratura koła. 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 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<sup>35</sup>.

Od pewnego czasu powszechna jest jednak praktyka zapewnienia pacjentowi możliwości zadawania pytań, która wychodzi naprzeciw jego indywidualnym potrzebom i realizuje subiektywistyczny model

---

<sup>35</sup> Wyrok SN z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/96.

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<sup>36</sup>.

W omawianej sprawie wolno zakładać, że istotne, jeśli nie decydujące, znaczenie miała wiedza, że operacja jest konieczna dla ratowania życia. Dlatego mało prawdopodobne jest, by pacjentka odmówiła zgody nawet ze świadomością wszystkich możliwych jej skutków (co jednak nie znaczy, by udzieloną zgodę z góry uznać za niewadliwą). 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 we właściwej dziedzinie. Inaczej mówiąc – lepiej niż przeciętny pacjent wiedziała, o co zapytać. Ponadto – choć to nie zostało w uzasadnieniu wyeksponowane – niemożliwe nie może być przedmiotem obowiązku, w tym przypadku informacyjnego: **po otwarciu czaszki sytuacja kliniczna okazała się znacznie bardziej skomplikowana od zakładanej na podstawie wcześniejszej diagnozy**. Nie można zatem wymagać, by przed zabiegiem informowano pacjentkę o możliwych skutkach komplikacji, o których lekarze sami nie wiedzieli (chyba żeby przyjąć, iż niewiedza była zawiniona, ale tego nie wykazano).

Wszystko to, na czele z alternatywą „żyć albo nie żyć“, przemawia za uznaniem tak udzielonej zgody za prawidłową, nawet przy uwzględnieniu stanu mentalnego zmaconego przez przebyty udar, chorobę dwubiegunową (w stanie remisji) oraz leki uspokajające (podane w dawce

---

<sup>36</sup> 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. Sarnacka, Warszawa 2018, s. 71.

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<sup>37</sup>. Im łatwiej objąć umysłem sens i celowość danego zabiegu, tym słabsza kompetencja jest potrzebna, zaś samo ryzyko ma znaczenie dalszoplanowe. Wprawdzie powódka 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 w przeddzień operacji. Wydaje się zatem, że odstępy czasowe między decyzjami i zabiegami były odpowiednie, zwłaszcza gdy wziąć pod uwagę, że z najważniejszym pacjentką 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 wniosku 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

---

<sup>37</sup> O trudności zadania decyzyjnego i jej wpływie na autonomię zob. szczegółowo T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 150–153.

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. Trzy tętniaki plus dwa obszary podejrzane to raczej dużo: tętniak najczęściej jest tylko jeden. Założywszy hipotetycznie, że w omawianej sprawie diagnostyka była 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 było zaniedbaniem i że miało wpływ na pogorszenie stanu zdrowia Janiny P. oraz na opóźnienie we wdrożeniu stosownego leczenia. W ustalonym przez sąd stanie faktycznym brakuje jednak danych, czy sytuacja kliniczna nakazywała przeprowadzenie oprócz angiografii także TK.

Sąd ustalił, że wykonane zabiegi zostały przeprowadzone prawidłowo, a powikłania nie są następstwem operacji, tylko konsekwencją niewyjaśnionego krwawienia stwierdzonego dopiero śródoperacyjnie. Uznał, że kompetentna materialnie (faktycznie) pacjentka udzieliła dobrowolnie zgody oraz przyzwoliła na operację w warunkach odpowiedniego poinformowania i zrozumienia, co razem wzięte spełnia kryteria legalności. Zaopatrzenie niespodziewanego krwotoku odbyło się w trybie dozwolonego rozszerzenia zakresu zabiegu. Jediną podstawę do podważenia omówionego rozstrzygnięcia mogą stanowić ewentualne zaniedbania diagnostyczne.

## **Kwestionowanie prawidłowości zgody udzielonej na zabieg kraniotomii – omówienie wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 26 marca 2019 r. (I C 202/14)**

Rozstrzygnięta nieprawomocnym wyrokiem sprawa cywilna toczyła się o odszkodowanie za szkody zdrowotne wyrządzone zabiegiem neurochirurgicznym klipsowania tętniaków mózgu u pacjentki po przebyłym udarze. Wynik badania był niejednoznaczny – pokazywał trzy tętniaki i dwa obszary podejrzane, wymagające dalszej obserwacji. Po otwarciu czaszki okazało się, że jeden z tych obszarów to rozlany tętniak, który pękł wcześniej bez charakterystycznych objawów. Pozostałe trzy udało się zaklipsować, a rozlaną krew częściowo odessać i zabezpieczyć mózg przed dalszymi uszkodzeniami. Stan pacjentki ostatecznie uległ jednak pogorszeniu i wystąpiła u niej znaczna niepełnosprawność. Na tej podstawie pacjentka wywodziła, że zabieg wykonano nieprawidłowo, a udzielona przez nią zgoda również była wadliwa, ponieważ nie poinformowano jej o możliwości takich powikłań. Zarzuty pozwu nie znalazły potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym. Sąd oddalił powództwo z uzasadnieniem, że czynności diagnostyczne i lecznicze zostały wykonane prawidłowo, a powikłania nie są następstwem operacji, tylko konsekwencją niewyjaśnionego krwawienia stwierdzonego dopiero śródoperacyjnie.

**Słowa kluczowe:** kraniotomia, powikłania śródoperacyjne, zgoda pacjenta

### **Denial the correctness of consent given for a craniotomy procedure – a discussion of the judgment of the Regional Court in Gdańsk of 26 March 2019, ref. no. I C 202/14**

#### **Abstract**

The civil case, which was resolved by a non-final judgment, was pending for compensation for health damages caused by a neurosurgical

procedure of clipping of brain aneurysms in a post-stroke patient. The result of the examination was inconclusive - showing three aneurysms and two suspicious areas, requiring further observation. After opening the skull, it became clear that one of the of these areas was a diffuse aneurysm that had previously ruptured without characteristic symptoms. The other three were successfully clipped and the spilled blood was partially aspirated and the brain was protected from further damage. However, the patient's condition eventually deteriorated and she developed significant disability. On this basis, she deduced that surgery was performed incorrectly and her consent was also defective, as she was not informed of the possibility of such complications. The allegations of the lawsuit were not supported by the evidence on the record. evidence. The court dismissed the claim on the grounds that the diagnostic and treatment procedures were performed correctly, and the complications are not the consequence of the operation, but rather a consequence of unexplained bleeding discovered only intraoperatively.

**Keywords:** craniotomy, intraoperative complications, patient consent