

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 16 marca 2017 r., I ACa 621/17¹

1. Zgoda na zabieg operacyjny nie obejmuje wystąpienia powikłań zabiegu, gdy można przypisać lekarzowi brak należytej staranności podczas jego przeprowadzania czy brak zgodności jego postępowania ze wskazaniami wiedzy medycznej. Taka zgoda nie obejmuje również komplikacji powstałych wskutek pomyłki lekarza.
2. Nie można przyjąć, że w odniesieniu do zabiegu ratującego życie z powodu rozległej postaci nowotworu pacjent powinien ponieść ryzyko jego niepowodzenia, zwłaszcza z uwagi na szeroki zakres jego usuwania i właściwości organizmu. Każdorazowo ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga poczynienia niebudzących wątpliwości ustaleń odnośnie przyczyn szkody w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały.

GLOSA

1. Najbardziej istotna w tej sprawie jest kwestia zgody pacjenta na zabieg operacyjny w związku z powikłaniami i niepowodzeniem w leczeniu oraz ustalenie, czy szpital ponosi odpowiedzialność za szkodę. Rozstrzygnięcia sądów nie były jednolite, co świadczy o złożoności sprawy. Początkowo Sąd Okręgowy oddalił powództwo, a Sąd Apelacyjny – apelację powódki i dopiero po uchyleniu sprawy do ponownego rozpoznania

¹ LEX nr 2300232. Tezy odautorskie wynikające z uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego.

przez Sąd Najwyższy w postępowaniu kasacyjnym Sąd Apelacyjny zmienił dotychczasowe stanowisko i wydał wyrok na korzyść powódki.

Powódka żądała zasądzenia na jej rzecz odszkodowania za poniesione koszty leczenia i wydatki, renty z tytułu zwiększonych potrzeb, zadośćuczynienia oraz ustalenia odpowiedzialności szpitala za szkody, które mogą się ujawnić w przyszłości. Podnosiła, że w trakcie leczenia operacyjnego raka brodawkowego tarczycy w marcu 2009 r. w pozwanym szpitalu lekarz dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej². Wycinając całkowicie gruczol tarczowy, dotknięty nowotworem, uszkodzono nerwy krtańniowe, a następnie wprowadzono rurkę tracheotomijną, którą powódka nosi do dzisiaj. Pozwany nie zaprzeczał temu, lecz twierdził, że nie był to błąd, a powikłanie, które jest charakterystyczne przy tego typu zabiegach operacyjnych³. W opinii Sądu Okręgowego było to powikłanie, które jest normalnym ryzykiem tego typu operacji, zwiększającym się wraz z wielkością zmiany nowotworowej (jak w danym przypadku). Problem sprowadzał się jednak do ustalenia, czy powódka przy udzielaniu zgody została o tym poinformowana i czy przy dolożeniu należytej staranności przez lekarza do takiego powikłania musiało dojść. Ocena tego była tym bardziej skomplikowana, że zabieg operacyjny miał charakter zabiegu ratującego życie.

Sąd Okręgowy przyjął, że: „(...) powódka nie zdołała wykazać, aby faktycznie nie została o możliwych powikłaniach poinformowana, czemu

² W doktrynie i orzecznictwie od lat wiele uwagi poświęca się istocie i rodzajom błędów sztuki lekarskiej – zob. m.in. K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego*, PiM 2008 nr 3, s. 26 i n.; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, wyd. III, Warszawa 1989, s. 63 i n.; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. XI, Toruń 2016, s. 237 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 24 i n.

³ Często w procesach lekarze powołują się na powikłania w leczeniu, zwłaszcza przy zabiegach operacyjnych jako nietypową, choć możliwą reakcję organizmu pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, występującą z różną częstotliwością mniej lub bardziej przewidywalną, a czasami nieprzewidywalną. Za powikłania lekarz (szpital) nie ponosi odpowiedzialności, jeśli nie można mu przypisać żadnej winy i nie mógł im zapobiec, a pacjent o możliwości powikłań został poinformowany przy udzielaniu zgody. Pacjent ponosi wówczas ryzyko powikłań. Z ostatnich orzeczeń – zob. wyrok SA w Krakowie z 18 stycznia 2017 r. (V ACa 146/16, LEX nr 2233014); wyrok SA w Szczecinie z 20 kwietnia 2017 r. (I ACa 6/17, LEX nr 2317668).

przeciży jej własnoręczny podpis na świadomej zgodzie na zabieg, z której wynika, iż uzyskała informację o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji. Sąd zauważył, że kwestia ta miała o tyle drugorzędne znaczenie, iż przeprowadzany zabieg miał w przypadku powódki charakter zabiegu ratującego życie, o czym przesądzał stopień zaawansowania nowotworu. Zatem przy wykazaniu braku świadomej zgody na zabieg (czego powódka nie wykazała) musiałyby również wykazać, iż świadomość powikłań mogłaby skłonić ją do odstąpienia od zabiegu, co mając na uwadze stan zdrowia powódki (zagrożenie życia) w ocenie Sądu wydawało się mało prawdopodobne”.

Trzeba wskazać, że nowsze orzecznictwo wymaga poinformowania pacjenta o możliwości powikłań, aby jego zgoda była w pełni świadoma zarówno co do zabiegów operacyjnych, jak i badań diagnostycznych, często również niosących ze sobą poważne ryzyko. W wyroku z 2 października 2003 r. (I ACa 369/03, PiM 3/2005, z głosem M. Nesterowicza) Sąd Apelacyjny w Lublinie orzekł, że: „Niepoinformowanie pacjenta przez lekarzy o sposobie przeprowadzenia zabiegu gastrokopii i ewentualnych powikłaniach (przy zabiegu nastąpiło przebicie ścian przelyku) jest bezprawne (jako naruszające obowiązujące normy) i zawinione (jako celowe zatajenie informacji w obawie, że pacjent nie wyrazi zgody na zabieg ze względu na możliwość powikłań)”. Podobne stanowisko zajął Sąd Okręgowy w Krakowie w wyroku z 30 grudnia 2003 r. (I C 110/02, PiM 1/2006, z głosem M. Nesterowicza), stanowiąc: „Pacjent powinien zostać poinformowany o mogących powstać skutkach zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy chodzi o ryzyko powikłań. W przeciwnym razie, skoro powikłanie można było przewidzieć, odpowiedzialność za skutki ponosi szpital”. Natomiast Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 13 czerwca 2007 r. (VI ACa 1246/06, LEX nr 434465) stwierdził, że zgoda pacjenta na operację przeprowadzoną przy zastosowaniu krążenia pozaustrojowego w braku pouczenia o ryzyku powikłań, w tym uszkodzenia centralnego układu nerwowego, może być uznana za nieskuteczną. Ten sam sąd w kolejnym wyroku z 11 marca 2008 r. (I ACa 846/07, PS 11-12/2009, z głosem M. Nesterowicza) orzekł, że: „Jeżeli pacjentka nie została poinformowana o możliwości wystąpienia poważnych komplikacji zdrowotnych

wskutek podania kontrastu w postaci roztworu błękitu metylowego, to nie można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg, a tym samym o przejęciu przez nią ryzyka, jakie było z nim związane”.

Inaczej jednak rzecz wygląda w sytuacji zagrożenia życia chorego. Tu Sąd Najwyższy ogranicza obowiązek lekarza udzielenia pacjentowi informacji. W wyroku z 11 stycznia 1974 r. (II CR 723/73, OSPiKA 1/1975, poz. 6) w sprawie, w której dokonano zabiegu operacyjnego tzw. tracheotomii gardła, co było konieczne dla ratowania życia chorego, a po zabiegu doszło do powikłań w postaci przetoki gardłowo-krtaniowej, Sąd Najwyższy powiedział: „Obowiązek lekarza uprzedzenia chorego o możliwych komplikacjach zamierzonej operacji inaczej przedstawia się w sytuacji, gdy chodzi o operację mającą na celu tylko poprawę stanu zdrowia, a inaczej, gdy operacja jest niezbędna dla ratowania życia chorego. W tym drugim przypadku lekarz nie może udzielać pacjentowi tego rodzaju informacji o możliwych powikłaniach operacyjnych, które mogłyby wpłynąć ujemnie na psychikę chorego, a tym samym zwiększyć ryzyko operacji”. W wyroku z 1 kwietnia 2004 r. (II CK 134/03, LEX nr 355344) Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że: „W sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi cel i rodzaj zabiegu oraz zwykle następstwa (...)”. Jeżeli operacja jest niezbędna dla ratowania życia chorego, lekarz nie powinien udzielać pacjentowi informacji o powikłaniach, które zdarzają się niezmiernie rzadko, ponieważ mogłyby to wpłynąć ujemnie na psychikę chorego i doprowadzić do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu albo do zwiększenia ryzyka operacji”. Tezę tę SN podtrzymał w wyroku z 26 kwietnia 2007 r. (II CSK 2/07, OSP 1/2009, poz. 6, z głosem P. Daniluka, i z głosem M. Nesterowicza, PiM 3/2010), głosząc, że „Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszelkich możliwych skutków wykonania zabiegu operacyjnego ratującego życie...”; podobnie stwierdził SN w wyroku z 9 listopada 2007 r. (V CSK 220/07, LEX nr 494157).

Natomiast w wyroku z 3 grudnia 2009 r. (II CSK 337/09, PiM 2/2012, z głosem M. Nesterowicza) Sąd Najwyższy orzekł, że: „Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.

o zawodach lekarza i lekarza dentysty (...) obejmuje przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, następstwa zabiegu operacyjnego, które mają szczególnie niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażają życiu. Nie oznacza to jednak, że w każdym przypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych, nawet poważnych skutkach zabiegu operacyjnego, niezależnie od rodzaju tego zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia”.

Sąd Okręgowy uznał więc, że ze względu na to, iż zabieg operacyjny całkowitego wycięcia gruczołu tarczowego, dotkniętego zaawansowanym nowotworem, był konieczny dla ratowania życia powódki, to udzielenie jej informacji o możliwych powikłaniach (a ryzyko powikłań było duże; według biegłej wynosiło aż 11,3% operacji) nie miało znaczenia. Nie było więc podstaw do odpowiedzialności szpitala, tym bardziej że żaden z biegłych nie wskazał, że doszło do zawinionego narażenia powódki na pogorszenie jej stanu zdrowia z powodu powikłań i że w warunkach, w jakich operacja była przeprowadzana, niekorzystnego skutku można by uniknąć. Żaden z biegłych nie przyznał również, iż lekarz w danym przypadku powinien był i mógł zrobić więcej i lepiej. Każdy natomiast podkreślał, iż ta operacja uratowała powódce życie.

Apelację powódki Sąd Apelacyjny oddalił, podzielając w pełni ustalenia faktyczne i ocenę prawną sądu pierwszej instancji.

2. Skargę kasacyjną od orzeczenia Sądu Apelacyjnego na korzyść powódki złożył, co się rzadko zdarza, Prokurator Generalny RP, wnosząc o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu.

Sąd Najwyższy, rozpatrując kasację, wskazał, że: „obowiązkiem Sądu Apelacyjnego było odniesienie się do dwóch kluczowych kwestii, to jest bezpośredniej przyczyny porażenia lewego fałdu głosowego i niedowładu prawego fałdu głosowego z punktu widzenia prawidłowości przeprowadzenia zabiegu operacyjnego i przebiegu pooperacyjnego oraz identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych przed, w trakcie i przy zakończeniu zabiegu. Podkreślił, że nie jest wystarczające stwierdzenie,

że u powódki wystąpiły okołoperacyjne następstwa przeprowadzonego zabiegu medycznego z grupy tzw. zdarzeń niepożądanych, gdyż istotą sporu było ustalenie, czy uczyniono zadość wszystkim powinnościom, mieszczącym się w ramach starannego działania, aby ich uniknąć. Nie można również było poprzestać na ocenie, że w odniesieniu do zabiegu ratującego życie z powodu rozległej postaci nowotworu pacjent powinien ponieść ryzyko jego niepowodzenia, zwłaszcza z uwagi na szeroki zakres jego usuwania i właściwości organizmu”. Sąd Najwyższy wyjaśnił, że każdorazowo ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga poczynienia niebudzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały.

Sąd Apelacyjny, ponownie rozpoznając sprawę, musiał ustalić, jaka była bezpośrednia przyczyna uszkodzenia nerwów krtaniowych i czy pozwany szpital ponosi za to odpowiedzialność. Nie było to łatwe ani dla Sądu, ani dla biegłych z uwagi na braki w dokumentacji medycznej. Dokumentacja nie zawierała wielu informacji dotyczących opisu rozległości nacieku nowotworowego tkanek szyi u powódki, przecięcia lub uszkodzenia nerwów, a sam opis zabiegu operacyjnego usunięcia gruczolu tarczowego (tyroidektomii) był lakoniczny, na co zresztą zwrócił już uwagę Sąd Najwyższy, rozstrzygając kasację. A zgodnie z ustalonym orzecznictwem braki w dokumentacji medycznej nie mogą być interpretowane na korzyść pozwanego⁴.

Sąd Apelacyjny podkreślił, iż nawet prawidłowo udzielona zgoda na zabieg nie obejmuje wystąpienia powikłań zabiegu, gdy można przypisać lekarzowi brak należytej staranności podczas jego przeprowadzania czy brak zgodności jego postępowania ze wskazaniami wiedzy. Nie można

⁴ Zob. wyrok SN z 15 października 1997 r. (III CKN 226/97, LEX nr 1110924); wyrok SA w Szczecinie z 17 czerwca 2009 r. (I ACa 771/08, OSA 7/2011, poz. 18); wyrok SA w Lublinie z 8 stycznia 2013 r. (I ACa 624/12, PS 3/2016, z glosą M. Nesterowicza); wyrok SN z 27 czerwca 2017 r. (II CSK 69/17, LEX nr 2342153). Co do znaczenia dokumentacji medycznej w postępowaniu dowodowym – zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, wyd. 3, Warszawa 2017, s. 821 i n.; M. Śliwka, *Prawne i zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej*, Warszawa 2015; K. Kordel, *Prowadzenie dokumentacji medycznej – implikacje dowodowe*, PiM 2006 nr 3, s. 100 i n.

też uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza⁵. Powołał się na opinię biegłej sądowej, że mimo istniejącego ryzyka uszkodzenia nerwu krtaniowego przy tego typu operacji, jaką przebyła powódka, do takiego powikłania u powódki nie musiało dojść. Uznał, że „powódka wykazała wysoki stopień prawdopodobieństwa, iż do przecięcia nerwu krtaniowego lewego i uszkodzenia nerwu krtaniowego prawego doszło w trakcie wykonywania zabiegów w dniu 26 marca 2009 r. Z uwagi na to, że przeprowadzenie operacji całkowitego usunięcia gruczolu tarczowego z powodu raka brodawkowatego wymaga każdorazowej identyfikacji nerwów krtaniowych wstecznych przed, w trakcie i przy zakończeniu zabiegów, to pozwany winien był wykazać, że dochował tej standardowej, ogólnie przyjętej procedury, która pozwoliłaby uniknąć szkody. Z uwagi na znaczne braki w dokumentacji medycznej nie był w stanie tego uczynić, także dowody osobowe temu nie sprostały. Jakkolwiek główny zabieg został przeprowadzony prawidłowo, to okoliczności sprawy wskazują na wysokie prawdopodobieństwo zaniechania podczas zabiegu identyfikacji nerwów krtaniowych, co w tym przypadku stanowi błąd medyczny okołoperacyjny”.

W związku z tym Sąd Apelacyjny przyjął odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 430 w zw. z art. 415 k.c. i uwzględnił roszczenia powódki, choć w niższej wysokości, aniżeli dochodzone w pozwie. Trafnie stwierdził, że ponieważ operacja, z uwagi na stopień zaawansowania nowotworu, miała charakter ratujący życie, to „nie sposób uznać, że jedynym źródłem krzywd i cierpień, jakich doznała i ciągle doświadcza powódka są zdarzenia, za które odpowiedzialność ponosi pozwany szpital. Gdyby nie konieczność leczenia choroby nowotworowej, to do zdarzenia wywołującego szkodę nie doszłoby”. Sąd przyznał powódce zadośćuczynienie w kwocie 200 tys. zł (art. 445 § 1 k.c.), zwrot wydatków i kosztów leczenia w kwocie 23 540 zł (art. 444 § 1 k.c.) oraz rentę z tytułu zwiększonych potrzeb w kwocie 620 zł miesięcznie (art. 444 § 2 k.c.).

⁵ Por. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. XI, Toruń 2016, s. 98; E. Bagińska, *Glosa do wyroku SN z 29 X 2003 r., III CK 34/02*, OSP 2005 nr 4, poz. 54.

3. Sąd Apelacyjny uwzględnił też roszczenie powódki o ustalenie odpowiedzialności za szkody, które mogą ujawnić się w przyszłości, uznając na podstawie art. 189 k.p.c. jej interes prawny w tym żądaniu. Na uwagę zasługuje uzasadnienie Sądu, który orzekł: „(...) wskazać należy, że żądanie to ma na celu wyeliminowanie lub przynajmniej złagodzenie trudności dowodowych mogących wystąpić w kolejnym procesie odszkodowawczym z uwagi na upływ czasu pomiędzy wystąpieniem zdarzenia wywołującego szkodę, a dochodzeniem jej naprawienia. (...) kolejny proces odszkodowawczy może toczyć się nawet po wielu latach od wystąpienia zdarzenia wyrządzającego szkodę. Trudności dowodowe z biegiem lat narastają, a przesądzenie w sentencji wyroku zasądzającego świadczenie odszkodowawcze o odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości, zwalnia powoda (poszkodowanego) z obowiązku udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym taka odpowiedzialność już ciąży. (...) Nadto stan zdrowia powódki związany z doznaną szkodą jest na tyle niepewny, że nie da się definitywnie wykluczyć pogorszenia stanu jej zdrowia”.