

Sygn. akt *I ACa 763/17*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 stycznia 2018 r.

**Sąd Apelacyjny w Poznaniu I Wydział Cywilny**

w składzie:

Przewodniczący: SSA Andrzej Daczyński (spr.)

Sędziowie: SSA Bogdan Wysocki

SSA Małgorzata Kaźmierczak

Protokolant: st.sekr.sąd. Halszka Mróz

po rozpoznaniu w dniu 17 stycznia 2018 r. w Poznaniu na rozprawie

sprawy z powództwa **M. P.**

przeciwko (...) **S.A. z siedzibą w W.**

**przy interwencji ubocznej po stronie pozwanej (...) Szpitala Miejskiego im. (...) z Zakładem (...) w P.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego i interwenienta ubocznego

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 11 kwietnia 2017 r., sygn. akt: XVIII C 594/15:

1. oddała obie apelacje;
2. zasądza od pozwanego na rzecz powódki 4050 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Bogdan Wysocki Andrzej Daczyński Małgorzata Kaźmierczak

--	--	--

*I ACa 763/17*

## UZASADNIENIE

Powódka M. P. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 150,000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 27 czerwca 2013 r. do dnia zapłaty i kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, że w dniu 27 lipca 2011 r. została poddana operacji usunięcia wola tarczycy w (...) Szpitalu Miejskim w P. przy ul. (...). W wyniku przeprowadzonego zabiegu doznała porażenia fałdów głosowych i szeregu dalszych komplikacji zdrowotnych, będących źródłem znacznych cierpień fizycznych i psychicznych. Żądanej

kwoty domagała się tytułem zadośćuczynienia kompensującego krzywdę doznaną wskutek przebytego leczenia operacyjnego.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W toku sprawy (...) Szpital Miejski im. (...) z Zakładem (...) ZOZ w P. przy ul. (...) przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej, wnosząc o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 21.600 zł.

Na rozprawie w dniu 3 marca 2017 r., pełnomocnik powódki skonkretyzował podstawę prawną roszczenia, tj, wskazał na art. 4 ustawy o prawach pacjenta obok art. 445 kc.

Wyrokiem z dnia 11 kwietnia 2017 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu zasądził od pozwanego, na rzecz powódki kwotę 130.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia następnego po wydaniu wyroku do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałym zakresie i rozstrzygnął o kosztach procesu.

Podstawą tego orzeczenia są następujące ustalenia faktyczne:

Powódka M. P. została w dniu 30 marca 2011 r, skierowana przez lekarza endokrynologa P. G. do szpitala z rozpoznaniem wole wieloguzkowe nietoksyczne, celem wykonania zabiegu usunięcia gruczolu tarczycy (strumectomii). Powódka leczyła się endokrynologicznie ponieważ miała guzki na gruczole tarczycy i z tego względu przyjmowała stale środki farmakologiczne. Zabieg miał na celu poprawę komfortu funkcjonowania powódki, tak by nie musiała stale przyjmować leków. Nie był zabiegiem koniecznym z punktu widzenia ochrony życia lub zdrowia.

W dniu 21 I. 2011 r. powódka została przyjęta do (...) Szpitala Miejskiego im, J. S. z Zakładem (...) ZOZ w P. na Oddział (...) Ogólnej i K., gdzie oczekiwała na zaplanowaną na dzień 27 I. 2011 r.

Przed planowanym zabiegiem, w formularzu historii choroby powódki w części zatytułowanej „Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku” powódka nie zakreśliła w stosownej rubryce oświadczenia czy wyraża zgodę, czy też nie na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, określonej jako totalne usunięcie gruczolu tarczowego. Powódka jednoznacznie na piśmie wyraziła zgodę na przetaczanie krwi i jej składników i podpisała się pod tym oświadczeniem. W kolejnym wersie, dotyczącym zastosowania miejscowego znieczulenia, powódka nie zakreśliła w formularzu czy wyraża zgodę czy nie wyraża na to zgody. W dalszej części tego fragmentu formularza umieszczony był passus o treści „Decyzję podejmuję z pełną świadomością po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem. W trakcie rozmowy zostały mi przedstawione wskazania, zakres interwencji, stopień ryzyka, a także dające się przewidzieć następstwa udzielenia albo zaniechania wykonania proponowanego świadczenia zdrowotnego. Miałam możliwość zadawania pytań.” Powódka pod tą częścią formularza złożyła własnoręczny podpis i opatrzyła go datą. Pod podpisem w części na ewentualne uwagi lekarza co do odmowy wyrażania przez pacjenta zgody bądź niezdolności do zrozumienia informacji nie odnotowano żadnych wpisów. Zgodę na zabieg odbierał inny lekarz (prowadzący salę), aniżeli lekarz przeprowadzający operację - J. K. (1). Na formularzu historii choroby w tej części znajduje się własnoręczny zapis powódki „Wyrażam zgodę na wykonanie tracheotomii jeżeli zajdzie taka konieczność”. Wpis ten został umieszczony w dniu 1 sierpnia 2011 r.

J. K. (1) w dniu przed planowanym zabiegiem rozmawiał z powódką i poinformował ją na czym będzie polegał zabieg oraz o typowych możliwych powikłaniach pooperacyjnych. Nie poinformował powódki o możliwym powikłaniu w postaci uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych, które może się wiązać z następstwami takimi jak bezgłos i trudności w oddychaniu. Rozmowa trwała kilka minut. Po rozmowie z lekarzem J. K. (2) powódka wyraziła ustnie zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. W czasie rozmowy dr K. nie dysponował historią choroby powódki i nie wiedział czy podpisy złożone przez powódkę na tym dokumencie w dniu 26 I. 2011 r. były złożone przed czy po rozmowie z nim. Rozmowy lekarza operującego i lekarza wypełniającego dokumentację medyczną z powódką

nie odbywały się jednocześnie. Powódka nie zadawała lekarzom żadnych dodatkowych pytań, czuła się przytłoczona ilością dokumentów, które miała do podpisania, a poza tym ufała lekarzom.

W dniu 27 I. 2011 r. przeprowadzono w powódki zabieg usunięcia wola tarczycy. Zabieg w znieczuleniu ogólnym wykonany został przez dr J. K. (1) prawidłowo. Po ekstubacji u powódki wystąpił znaczny spazm oskrzelowy ze stridorem krtaniowym. Ze względu na brak poprawy po lekach, przyjęto ją na oddział pooperacyjny celem leczenia i obserwacji.

W dniu 28 I. 2011 r. powódkę stabilną hemodynamicznie, wydolną oddechowo, z utrzymującą się chrypką przekazano na Oddział (...) Ogólnej i K. celem dalszego leczenia. Wówczas rozpoznano u niej stan po strumectomii, obrzęk krtani, tężyczkę oraz podejrzenie uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego, ale nie na skutek przecięcia ani zerwania, skoro głos u powódki był zachowany. Od dnia 27 I. 2011 r. u powódki narastały i postępowały duszność i bezgłos aż do całkowitego porażenia fałdów głosowych.

W dniu 1 sierpnia 2011 r. dr J. K. (1) zwrócił się do (...) Szpitala przy ul. (...) w P. o konsultację laryngologiczną wskazując, że od dnia operacji u chorej obserwowane są duszności, stridor, bezgłos, a pacjentka wyraziła zgodę na tracheotomię dolną. Konsultujący laryngolog stwierdziła u powódki ciężkie duszności i całkowite porażenie fałdów głosowych. Podjęta została decyzja o przeprowadzeniu u pacjentki tracheotomii dolnej. Po przeprowadzonym zabiegu pacjentkę ponownie przekazano na Oddział (...) Ogólnej (...) Szpitala Miejskiego (...) na ul. (...) w P., gdzie w nocy z 2 na 3 sierpnia 2011 r. wystąpił u niej epizod niewydolności oddechowej z krótkotrwałym zatrzymaniem krążenia.

Od chwili wykonania tracheostomii w dniu 1 sierpnia 2011 r. obserwowano u powódki obraz bliznowatego gojenia tkanek, co wskazywało na niepomyślną tendencję w gojeniu tkanek z wytwarzaniem ziarniny i blizn, skutkującą zaciągnięciem w bliznę nerwu krtaniowego wstecznego i jego trwałym uszkodzeniem. Takie uszkodzenie nie było wynikiem błędu lekarza operującego, ale właściwości tkanek powódki.

M. P. od dnia 3 sierpnia 2011 r. oddycha przez tracheostomię. W dniu 8 grudnia 2011 r. powódka w (...) Centrum Onkologii w P. {(...)} przeszła zabieg usunięcia ziarniny wokół otworu tracheostomijnego. Leczenie ziarniny naciekającej wokół tracheostomii jest pochodną właściwości organizmu powódki, których nikt przewidzieć nie mógł i nie pozostaje w żadnym związku z techniką wykonania usunięcia tarczycy.

W dniu 6 lutego 2012 r. powódka została przyjęta do Poradni Onkologii Laryngologicznej (...) w P. celem poszerzenia szpary głośni. W dniu 7 lutego 2012 r. usunięto ziarninę okolicy bieguna tracheostomii, a w dniu 8 lutego 2012 r. wykonano zabieg poszerzenia szpary głośni.

W dniu 15 czerwca 2012 r. powódka została przyjęta na Oddział (...) celem poszerzenia szpary głośni. W dniu 18 czerwca 2012 r. wykonano zabieg - mikrolaryngoskopię według K.. Wówczas stwierdzono ubytek tkanek w obrębie tylnej części prawego fałdu głosowego (po poprzednim zabiegu}. Przy pomocy lasera CO2 zwąporyzowano tkanki w obrębie prawego fałdu głosowego i prawego przedsionka, a następnie ostrzyknięto prawą połowę krtani dexavenem. W dniu 20 czerwca 2012 r. wymieniono rurkę metalową na plastikową oraz wypisano powódkę do domu.

W dniu 19 października 2012 r. powódka w (...) w Poradni Onkologii Laryngologicznej odbyła wizytę kontrolną w związku z tym, że przez 1 miesiąc funkcjonowała z zaklejoną rurką. Następnie w dniu 22 października 2012 r. została przyjęta na oddział (...) w P. z powodu duszności wysiłkowej celem powiększenia szpary głośni.

W okresie od 11 stycznia 2013 r. do dnia 15 stycznia 2013 r. powódka przebywała na Oddziale (...) i Onkologii Laryngologicznej (...) w P. z powodu duszności wysiłkowej. W dniu 14 stycznia 2013 r. przeprowadzono powódce zabieg polegający na odparowaniu błony śluzowej okolicy prawej nalewki, prawego przedsionka i prawego fałdu głosowego.

Podczas kolejnych hospitalizacji, w dniu 1 marca 2013 r. powódka przeszła dekaniulację, a w dniu 4 kwietnia 2013 r. - tracheostomię dolną.

W dniach 20 grudnia 2013 r. 14 stycznia 2014 r., 13 lutego 2015 r., 20 lutego 2015 r., 28 lipca 2015 r. powódka miała wizyty kontrolne w Poradni Onkologii Laryngologicznej w (...) w P., w trakcie których zgłaszała m.in. duszności, problemy z odksztuszaniem wydzieliny z rurki tracheotomijnej. W dniu 14 marca 2014 r. wymieniono jej rurkę tracheotomijną.

Powódka od dnia 2 listopada 2010 r. leczyła się w Poradni Psychiatrycznej w W. z rozpoznaniem mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych. Leżenie psychiatryczne podjęła po wypadku w pracy, w wyniku którego doznała uszkodzenia kręgosłupa.

Od września 2011 r. M. P. leczyła się psychiatrycznie w związku ze stresem pourazowym albowiem po operacji strumectomii oraz powikłań pooperacyjnych odczuwała chroniczny stan nadmiernego pobudzenia emocjonalnego i wegetatywnego, ze względu na wzmożoną reaktywność na bodźce. Z powyższymi objawami współistniało obniżenie nastroju oraz stany lękowe. Zastosowano u niej farmakoterapię i psychoterapię. Zażywała leki przeciwlękowe oraz nasenne.

Od marca do września 2015 r. powódka korzystała ze wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego w (...) w P. przy ul. (...).

Powódka w niedużym stopniu psychologicznie przystosowała się do oddychania z użyciem rurki tracheotomijnej. M. P. ma zwyczajową tendencję do wzmacniania przykrych odczuć somatycznych, które nasilają się w stresie. Zazwyczaj ma przewlekłe obniżony nastrój, zwiększony poziom lęku, obniżoną samoocenę i nie wierzy w możliwości zmiany, jest pesymistyczna, ma trudności w relacjach społecznych. Cechy te nie zostały wywołane zdarzeniami z lipca/sierpnia 2011r. związanymi z zabiegiem operacyjnym, ale utrudniają adaptację do zmian życiowych powodując występowanie przykrych odczuć w większym nasileniu niż u osoby z większymi możliwościami przystosowawczymi i większym optymizmem. W życiu codziennym obecnie powódka funkcjonuje prawidłowo, podejmuje role społeczne, zawodowe, opiekuje się innymi osobami. Powódka odczuwa znaczne cierpienia psychiczne, występuje u niej trwały zespół braku adaptacji do sytuacji życiowej, w której się znalazła.

W chwili obecnej powódka pozostaje pod stałą opieką Poradni Laryngologicznej w (...) w P.. Zmiany w krtani są utrwalone i nie rokują wyleczenia. Powódka wymaga stałej opieki laryngologicznej. Rokowania co do odzyskania głosu i możliwości oddychania bez tracheotomii są złe.

Ze względu na problemy z nadciśnieniem oraz chorobę serca powódka pozostaje pod opieką lekarza rodzinnego. Na skutek wypadku przy pracy w styczniu 2011 r. miała operowany kręgosłup w odcinku szyjnym. Obecnie powódka raz do roku ma kontrole w związku ze schorzeniami kręgosłupa. Powinna poddać się operacji kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, ale lekarze odmawiają przeprowadzenia operacji ze względu na tracheostomię. W związku z tym powódka leczy się wyłącznie farmakologicznie.

Przed operacją z dnia 27 lipca 2011 r. powódka była osobą pełnosprawną i pracowała zawodowo. Lubiała śpiewać oraz bawić się. Nie miała problemów z robieniem zakupów czy wykonywaniem czynności domowych. Po wykonanej operacji powódka miała problemy z samodzielnym oddychaniem, cierpiała na duszności. Po zastosowanej tracheotomii dolnej powódka przez pół roku nie mogła mówić. Powódka wymagała pomocy osoby trzeciej. Mąż powódki T. P. mył jej włosy, uważając, aby woda nie dostała się do rurki tracheotomijnej. Przy sprzątanii potrzebowała pomocy drugiej osoby. Obecnie powódka nie może samodzielnie robić większych zakupów ani dźwigać.

Powódka w początkowym okresie spała w pozycji półsiedzącej, głośno oddychała i miała problemy z zaśnięciem. M. P. zażywała dużo leków - rano i wieczorem. Często krztusiła się przy jedzeniu i picciu. Przy katarze wydzielina wydostawała się przez rurkę tracheotomijną. Powódka rurkę czyściła w nocy oraz w dzień. Zdarzało się, że do rurki nachodziła krew oraz pojawiały się skrzepy (czasami dwa razy w tygodniu), przy większych skrzepach konieczna była wizyta w szpitalu.

Aktualnie mówienie sprawia powódce trudności. Po większym wysiłku bądź mocniejszym kaszlu zdarza się, że powódce pęka rurka tracheotomijną i jest konieczna jej wymiana. Dotychczas miała wymienianą rurkę kilkukrotnie.

Powódka czuje się wykluczona społecznie, uważa, że znajomi się od niej odsunęli, unika miejsc publicznych ze względu na sposób w jaki mówi i oddycha oraz obawia się o swoje życie.

Obecnie powódka pobiera rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy ze względu na schorzenia kręgosłupa oraz tracheotomię w wysokości 1.236 zł netto miesięcznie. Rentę ma przyznaną do 2019 r. Ponadto pracuje dorywczo, tj. opiekuje się starszym, schorowanym mężczyzną, któremu robi zakupy, gotuje oraz podaje leki. Z tego tytułu uzyskuje dodatkowo 900 zł miesięcznie. Powódka wyprowadziła się od męża i zamieszkała w P. w listopadzie 2013 r. Wynajmuje mieszkanie, za które opłaca czynsz w wysokości 1.200 zł miesięcznie.

W okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. (...) Szpital Miejski im. (...) w P. z ZOL SP ZOZ w P. posiadał obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w (...) S.A. Oddziale Regionalnym w P., stwierdzone polisą Nr (...) z dnia 28 grudnia 2010 r. Umowa przewidywała sumę gwarancyjną 46.500 euro na jedno zdarzenie oraz franszyzę redukcyjną {udział własny 10% nie mniej niż 300 zł w każdej szkodzie).

M. P. pismem z dnia 11 marca 2013 r., zgłosiła interwientowi ubocznemu szkodę na osobie w związku z przeprowadzonym zabiegiem strumectomii całkowitej w dniu 27 lipca 2011 r. Tożsamą szkodę zgłosiła pozwanemu w dniu 25 marca 2013 r.

W piśmie z dnia 3 kwietnia 2013 r. (...) Szpital Miejski w P., wskazał, iż w przededniu zabiegu operacyjnego planowanego na 27 lipca 2011 r. przeprowadzono z powódką rozmowę wyjaśniającą szczegóły operacji, ryzyko powikłań związanych z totalną resekcją tarczycy, w tym uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Wskazano, że chora wyraziła zgodę na zabieg operacyjny stosownym podpisem w historii choroby.

Pismem z dnia 26 czerwca 2013 r. pozwany uznał, iż brak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...) S.A. i wypłaty świadczenia z umowy odpowiedzialności cywilnej (...) Szpitala Miejskiego w P..

Na gruncie ustalonych okoliczności faktycznych Sąd Okręgowy uznał powództwo za usprawiedliwione w przeważającej części.

W niniejszej sprawie powódka domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W zakresie podstawy faktycznej powódka opisała przebieg leczenia w (...) Szpitalu Miejskim im. (...) w P. w lipcu i sierpniu 2011 r. oraz swoją aktualną sytuację zdrowotną i życiową. Podstawy prawnej żądania poszukiwała w art. 445 kc. Pozwany i interwient uboczny, zaprzeczyli by powikłania po operacji powódki wynikały z zawinionego błędu w sztuce lekarskiej oraz podnieśli, że powódka poinformowana o ryzyku wystąpienia powikłań związanych z usunięciem płatów tarczycy, w tym ryzyku uszkodzenia nerwów krtani, wyraziła zgodę na przeprowadzenie zabiegu na piśmie. Na rozprawie w dniu 3 marca 2017 r. pełnomocnik powódki co do podstawy prawnej żądania wskazał, że stanowi ją również, obok art. 445 kc, art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Sąd Okręgowy uznał, że od początku procesu podstawa faktyczna powództwa obejmowała nie tylko prawidłowość samego leczenia operacyjnego powódki, ale również prawidłowość postępowania personelu Szpitala w zakresie uzyskania zgody na zabieg operacyjny. Sam bowiem pozwany już w odpowiedzi na pozew wskazywał, że zgoda na zabieg została udzielona prawidłowo. Okoliczność, że postępowanie dowodowe początkowo skoncentrowało się na kwestii prawidłowości samego leczenia, nie zmienia faktu, że z materiału dowodowego znanego już przed skierowaniem sprawy do instytutu wynikały wątpliwości co do prawidłowości odebrania od powódki zgody na zabieg. W ocenie Sądu nie doszło zatem do zmiany ani rozszerzenia podstawy faktycznej powództwa w toku procesu, a jedynie do konieczności zbadania również innej, niż wskazywana na początku przez powódkę, podstawy prawnej żądania. Ustalenie podstawy prawnej żądania należy tymczasem do sądu orzekającego w sprawie.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe, a w szczególności opinia instytutu nie potwierdziły, aby personel medyczny Szpitala Miejskiego im. (...) w P. podczas przeprowadzania zabiegu całkowitego usunięcia gruczołu

tarczowego powódki dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej i to błędu zawinionego. Zabieg usunięcia wola tarczycy został przeprowadzony prawidłowo tj. zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną, zasadami dobrej praktyki medycznej oraz zasadami wiedzy. Zaburzenia fonacji i wentylacji mogły pojawić się w sposób typowy bezpośrednio po zabiegu w związku z manipulacją operacyjną w bezpośrednim sąsiedztwie nerwów krtaniowych wstecznych. Tego rodzaju uszkodzenie nie było wynikiem nieprawidłowego działania operatora, ale właściwości tkanek powódki.

Szkoda może być jednak wynikiem leczenia zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej, lecz przeprowadzonego bez zgody pacjenta albo z przekroczeniem zakresu zgody.

Jak stanowi art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w brzmieniu obowiązującym na dzień 27 lipca 2011 r. (t.j. Dz. U. z 1997, Nr 28, poz. 152 ze zm.), lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. W myśl ust. 2 przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31. Jak stanowi zaś art. 31 ust. 1 w/w ustawy, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Wskazany wyżej obowiązek lekarza koreluje z prawem pacjenta wynikającym z art. 18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta {Dz.U. 2009, Nr 52, poz. 417} do uzyskania pełnej przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu i prawie do wyrażenia na piśmie zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko. Zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego musi być wyraźna i obejmować ściśle określone czynności medyczne. Powinna dotyczyć poszczególnych faz leczenia: metod diagnostycznych, sposobu leczenia i postępowania po zakończeniu postępowania terapeutycznego. Powinna być świadoma, a więc wyrażona po uzyskaniu od lekarza wyczerpujących oraz zrozumiałych informacji i wyjaśnień.

Z ustalonych natomiast okoliczności faktycznych sprawy wynika, że zgoda od powódki nie została prawidłowo uzyskana. Po pierwsze z samego formularza zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku stanowiącego część historii choroby wynika, że powódka w treści oświadczenia „ ja niżej podpisany wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku określonej jako totalne usunięcie gruczołu tarczowego" nie zakreśliła czy wyraża zgodę na zabieg czy nie. Brak więc jednoznacznego oświadczenia powódki w stosownej części formularza. Nie zmienia tej oceny okoliczność, że powódka złożyła własnoręczny podpis opatrzony datą (26 I. 2011 r.) na końcu części historii choroby zatytułowanej jako „zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku". Skoro sam udzielający świadczenia zdrowotnego w formularzu wyodrębnia trzy kwestie (zgoda na zabieg, zgoda na przetaczanie krwi i jej składników, zgoda na zastosowanie miejscowego znieczulenia), dając tym samym pacjentowi możliwość jednoznacznego wyrażenia zgody na każdą z tych ewentualności, nie można następnie domniemywać, że złożenie podpisu pod całym formularzem oznacza wyrażenie zgody na wszystkie trzy procedury medyczne. Do obowiązków personelu Szpitala należało uzyskanie od powódki pisemnej zgody przede wszystkim na sam zabieg w sposób niebudzący żadnych wątpliwości.

Niezachowanie formy pisemnej pociąga za sobą jedynie ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie i nie eliminuje skutków prawnych samej zgody. Warunek wprowadzony art. 34 ustawy jest wymogiem dla celów dowodowych i dlatego zgoda pacjenta może być wyrażona w innej formie, byle ujawniona została w sposób dostatecznie jasny.

Zgoda nie została uzyskana od powódki w sposób prawidłowy również z tego względu, że nie zostało w sposób niebudzący wątpliwości wykazane, że była udzielana po tym jak lekarz operujący przedstawił informację, o której mowa w art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgoda pacjenta nie może być blankietowa, tymczasem,

jak zostało ustalone w sprawie, zgodę od powódki odbierał inny lekarz, a informacji z art. 31 udzielał lekarz operujący, który nie wiedział czy powódka już wyraziła zgodę na zabieg na piśmie czy nie. Co prawda w formularzu zgody jest zapis, że „Decyzję podejmuję z pełną świadomością po przeprowadzonej rozmowie z lekarzem ale w ocenie Sądu również podpis pod tym zapisem należy uznać za blankietowy, skoro nie zostało jednoznacznie wykazane, że zgoda od powódki miała być odbierana faktycznie dopiero po rozmowie z lekarzem operującym. Ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał zaś na stronie pozwanej. Świadek J. K. (1), powołany przez interwenienta ubocznego po stronie pozwanej, nie był w stanie jednoznacznie tej okoliczności potwierdzić.

Po trzecie, zgoda na zabieg musi być świadoma, a więc wyrażona po uzyskaniu od lekarza wyczerpujących oraz zrozumiałych informacji i wyjaśnień. Jak zaś zostało ustalone w sprawie, powódka nie została poinformowana o wszystkich możliwych powikłaniach pooperacyjnych, w tym możliwym uszkodzeniu nerwu krtaniowego wstecznego. Powódka została jedynie poinformowana o typowych następstwach pooperacyjnych, jak to samo określiła, że może się źle czuć po operacji. Przyjmuje się, że nie w każdym przypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych, nawet poważnych skutkach zabiegu, niezależnie od rodzaju zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają wskazania bezwzględne (zabieg ratujący życie), względne lub czy jest to jedynie zabieg o charakterze kosmetycznym, w przypadku którego zakres informacyjny sięga najdalej. W ustalonych okolicznościach sprawy nie budzi wątpliwości, że zabieg totalnego usunięcia gruczołu tarczowego u powódki był zabiegiem planowym, na skierowanie lekarza endokrynologa z dnia 30 marca 2011 r., mającym na celu podwyższenie komfortu funkcjonowania powódki, a nie ratującym życie. Niepodanie powódce przy zabiegu nieratującym życia i zdrowia informacji o tak istotnym ryzyku jak uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego, co wiązać się może z utratą głosu i założeniem tracheostomii, czyni zgodę wadliwą. Sąd podzielił, wyrażoną w opinii instytutu ocenę, że udzielenie wyczerpującej informacji, a zwłaszcza w zakresie ryzyka najistotniejszego powikłania jakim jest uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych mogło mieć wpływ na akceptację ryzyka przez powódkę. Powódka nie dysponując informacjami na temat możliwych powikłań zabiegu nie zdawała sobie sprawy, iż jej udziałem może być cierpienie jakiego doświadcza w związku z bezgłosem, dusznością i wykluczeniem społecznym jakie to za sobą pociąga.

Tym samym Sąd uznał, że ewentualna niepisemna zgoda powódki na zabieg była wadliwa ze względu na to, że była zgodą blankietową i nieobjaśnioną. Działanie bez zgody pacjenta, nawet podjęte przez lekarza w celu leczniczym i wykonane lege artis, jest tymczasem bezprawne.

Przeprowadzenie interwencji medycznej bez zgody pacjenta może skutkować odpowiedzialnością cywilną związaną z naruszeniem jego dóbr osobistych. Sąd uznał, że właściwą podstawę prawną odpowiedzialności Szpitala, a co za tym idzie pozwanego, stanowi art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który stanowi, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Prawem pacjenta podlegającym ochronie jest między innymi prawo do pisemnej zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta i prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Naruszenie tego prawa, w przypadku powódki miało charakter zawiniony skoro doszło do naruszenia podstawowej reguły staranności w uzyskaniu niewątpliwej pisemnej zgody powódki na zabieg całkowitego usunięcia wola tarczycy oraz naruszenia należytej staranności w udzieleniu powódce wymaganych ustawą informacji.

Szacując wysokość należnego zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę, że skutek operacji z dnia 27 lipca 2011 r. u powódki doszło do obustronnego porażenia fałdów głosowych, a co za tym idzie utraty głosu i założenia tracheostomii. Przez pół roku po operacji powódka nie mówiła, następnie musiała nauczyć się mówić za pomocą rurki tracheotomijnej. Powódka ze względu na złe rokowania będzie najprawdopodobniej musiała korzystać z rurki tracheotomijnej do końca życia. Powódka nie jest w stanie samodzielnie oddychać. Zmiany w krtani są utrwalone i nie rokują wyleczenia. Higiena rurki jest czasochłonna i musi być często podejmowana ze względu na możliwość

powstawania groźnych dla zdrowia skrzepów. Wysilek fizyczny czy mocny kaszel mogą powodować pęknięcie rurki, co wiąże się z koniecznością zasięgnięcia natychmiastowej pomocy lekarskiej. Aktualnie powódka wymaga stałej opieki laryngologicznej. Jakkolwiek nie jest osobą całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji, to jej tryb życia daleki jest od funkcjonowania zdrowego człowieka. Dla poprawienia zdolności mówienia powódka musiała po zabiegu usunięcia gruczołu tarczycy przechodzić kilka kolejnych operacji w celu poszerzenia szpary głośni. Nie budzi wątpliwości, że uszczerbek na zdrowiu powódki w związku z uszkodzeniem nerwu krtaniowego wstecznego, jest znaczny. Po zabiegu z dnia 27 lipca 2011 r, doszło również do pogorszenia stanu psychicznego powódki. Powódka od września 2011 r. leczy się w związku ze stresem pourazowym po przebytych zabiegach z lipca 2011 r. i jego powikłaniach. Występuje u niej trwały zespół braku adaptacji do sytuacji życiowej, w której się znalazła.

Sąd uznał, że odpowiednią sumą tytułem zadośćuczynienia będzie kwota 130.000 zł i taka też wartość podlegała zasądzeniu.

Oddalając powództwo co do kwoty 20.000 zł Sąd miał na względzie, że powódka swoją całościową krzywdę niemajątkową oszacowała na kwotę 150.000 zł. Do krzywdy tej zaliczała również pogorszenie stanu zdrowia psychicznego i konieczność korzystania z pomocy lekarza psychiatry po zabiegu z dnia 27 lipca 2011 r. W tym zakresie Sąd miał jednak na uwadze, że powódka podjęła leczenie psychologiczno-psychiatryczne już w 2010 r., w związku z depresją wywołaną utratą pracy i wypadkiem przy pracy, w wyniku którego przeszła operację kręgosłupa w styczniu 2011 r. Tym samym nie można wszystkich aktualnych ubytków w sferze zdrowia psychicznego powódki łączyć z leczeniem w Szpitalu w 2011 r.

O odsetkach od zasądzzonego zadośćuczynienia Sąd orzekł na podstawie art. 481 kc, a rozstrzygnięcie o kosztach procesu ma oparcie w art. 100 zd. 2 kpc.

Wyrok ten zaskarżyli pozwany i interwenient uboczny.

Pozwany, skarżąc wyrok w całości, zarzucił:

- naruszenie art. 233 kpc poprzez błędną ocenę i brak wszechstronnego rozważenia zgromadzonego materiału dowodowego,
- naruszenie art. 430 kpc w zw. z art. 415 kpc poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie,
- naruszenie art. 448 kc w zw. z art. 23 i 24 kc poprzez zasądzenie zadośćuczynienia w kwocie rażąco wygórowanej.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Ewentualnie wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania, przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego,

Z kolei interwenient uboczny zaskarżył wyrok w części oddalającej powództwo i rozstrzygającej o kosztach procesu, zarzucając:

- naruszenie art. 321 § 1 kpc w zw. z art. 187 § 1 kpc w zw. z art. 328 § 2 kpc i art. 21 kpc poprzez wyjście ponad żądanie pozwu i orzeczenie o zadośćuczynieniu w oparciu o okoliczności faktyczne niewskazane z pozwie,
- naruszenie art. 321 § 1 kpc w zw. z art. 193 § 2 kpc w zw. z § 21 kpc poprzez uznanie, że w sprawie nie doszło do zmiany powództwa,
- naruszenie art. 227 kpc w zw. z art. 278 § 1 kpc w zw. z art. 233 § 1 kpc poprzez uczynienie podstawą orzeczenia okoliczności rozstrzygniętej samodzielnie, mimo braku wiadomości specjalnych,
- naruszenie art. 233 § 1 kpc poprzez błędną ocenę materiału dowodowego,



- naruszenie art. 448 kc w zw. z art. 4 ust. 1 w zw. z art. 18 i 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez błędne przyjęcie, że powódka nie udzieliła prawidłowej zgody na zabieg t przez niewłaściwe oszacowanie wysokości zadośćuczynienia.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, obciążenie powódki kosztami postępowania i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu, w kosztów zastępstwa procesowego w wysokości 21.634. Ewentualnie wniósł o uchylenie orzeczenia w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Powódka wniosła o oddalenie obu apelacji i zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje;

Apelacje pozwanego i interwenienta ubocznego nie zasługiwały na uwzględnienie.

Skarżący podnosili zarówno zarzuty naruszenia prawa procesowego, jak i norm materialnoprawnych.

W pierwszej kolejności odnieść należało się jednak do podniesionego przez interwenienta ubocznego na etapie postępowania apelacyjnego zarzutu przedawnienia roszczenia, jako najdalej idącego. Opiera się on na założeniu, że powódka dokonała w toku sprawy przedmiotowej zmiany powództwa, wskazując dodatkową podstawę prawną roszczenia (art. 4 ust. 1 w zw. z art. 18 i 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) i popierając ją nowymi okolicznościami faktycznymi. W ten sposób obok żądania opartego na odpowiedzialności interwenienta ubocznego za wyrządzenie szkody wynikającej z błędu w sztuce lekarskiej, powódka zgłosiła zdaniem skarżącego dodatkowe roszczenie, związane z odpowiedzialnością za naruszenie prawa pacjenta do informacji i wyrażenia świadomej zgody na zabieg.

Zarzut ten skorelowany jest z podniesionymi przez interwenienta ubocznego zarzutami naruszenia art. 321 § 1 kpc w zw. z art. 193 § 2 kpc w zw. z § 21 kpc poprzez uznanie, że w sprawie nie doszło do zmiany powództwa oraz naruszenia art. 321 § 1 kpc w zw. z art. 187 § 1 kpc, art. 328 § 2 kpc i art. 21 kpc poprzez wyjście ponad żądanie pozwu i orzeczenie o zadośćuczynieniu w oparciu o okoliczności faktyczne niewskazane z pozwie. W. więc one łącznego omówienia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, zgłoszone w pozwie roszczenie o zadośćuczynienie kompensować miało krzywdę doznaną przez powódkę wskutek leczenia operacyjnego przeprowadzonego w (...) Szpitalu Miejskim im. J. S. (2) w P.. Wynikające z pozwu przekonanie o popełnieniu przez lekarza operatora błędu w sztuce lekarskiej nie zawężyło bazy faktycznej roszczenia do okoliczności związanych stricte z przeprowadzonym zabiegiem, a szeroka dokumentacja medyczna dołączona do pierwszego pisma procesowego, ilustrująca przebieg całej hospitalizacji, ale i wcześniejszych i następczych interwencji i badań medycznych, wskazuje na obszerny kontekst faktyczny sprawy. Podstawę faktyczną powództwa wyznaczają zatem wszelkie okoliczności towarzyszące poddaniu się przez powódkę zabiegowi medycznemu, zaistniałe przed, w trakcie i po operacji. Stąd również przedmiotem badania Sądu, od początku procesu, była prawidłowość całego procesu leczenia operacyjnego, zarówno od strony zgodności ze sztuką lekarską, jak i dopełnienia, skatalogowanych ustawowo, obowiązków lekarza i sprzężonych z nimi praw pacjenta. Jednym z aspektów podlegającym badaniu jest też legalność zabiegu związana z wymogiem uzyskania zgody pacjenta na zabieg, w oparciu o rzetelną informację o jego potencjalnych skutkach, w tym możliwych powikłaniach.

Na ten element procedury szpitalnej zwracał uwagę sam pozwany w odpowiedzi na pozew, wskazując, że powódka wyraziła zgodę na zabieg, będąc poinformowana o ryzyku wystąpienia powikłań związanych z usunięciem płatów tarczycy w postaci uszkodzenia nerwów krtani. Z kolei interwenient uboczny eksponował te okoliczności jeszcze na etapie przedprocesowym, w postępowaniu likwidacyjnym - w piśmie z dnia 3 kwietnia 2013 r. (k. 13 akt szkodowych). Także biegli wydający w sprawie opinię potraktowali uzyskanie zgody pacjenta jako element leczenia operacyjnego.

W tych okolicznościach zgodzić należy się z Sądem Okręgowym, że w sprawie nie doszło do uzupełnienia podstawy faktycznej roszczenia, która od początku procesu pozostała niezmieniona. Nie nastąpiła też w związku z tym zmiana powództwa, przez jego rozszerzenie. Oceny tej nie zmienia, wskazanie w toku sprawy alternatywnej podstawy prawnej roszczenia, ostateczny wybór której - jako podstawy rozstrzygnięcia - w ramach wiążących ram faktycznych sprawy - należy do sądu orzekającego.

Mylnie zatem skarżący podnoszą, że przedmiotem rozpoznania sądu były dwa osobne roszczenia zakotwiczone w dwóch różnych stanach faktycznych i podlegające odrębnym terminom przedawnienia. Stąd nie można uznać, że zgłoszenie roszczenia wynikającego z naruszenia praw pacjenta nastąpiło dopiero w toku procesu - z dniem 27 października 2016 r., a zatem po upływie trzyletniego terminu przedawnienia z art. 118 kc.

Przy zgłoszeniu do rozpoznania jednego roszczenia - w oparciu o alternatywnie ujęte podstawy prawne i przy tożsamości podstawy faktycznej - nie mógł okazać się skuteczny zarzut naruszenia art. 21 kpc, wskutek nierozgraniczenia wartościowego dwóch istniejących obok siebie roszczeń.

Dalej, skoro nie doszło do zmiany powództwa, chybił zarzut niedochowania dla tej czynności procesowej, formy pisemnej wynikającej z art. 193 § 21 kpc. W sytuacji rozpoznania roszczenia w granicach zakreślonych przedmiotowo i wartościowo ramami pozwu nie może być też mowy o orzeczeniu ponad żądanie strony, z naruszeniem art. 321 § 1 kpc.

Nieskutecznie też obaj skarżący zakwestionowali ocenę materiału dowodowego (w zakresie dowodu z zeznań powódki i J. K. (1)), ustalenia faktyczne na okoliczność zakresu informacji udzielonego powódce przed wyrażeniem zgody na zabieg oraz charakteru operacji jako nieratującej zdrowie i życie pacjentki.

Ustaień tych Sąd Okręgowy dokonał tymczasem bez obrazy art. 233 § 1 kpc-w oparciu o wszechstronnie przeanalizowany, oceniony zgodnie z zasadami wiedzy, logiki i doświadczenia życiowego materiał dowodowy, a w każdym razie skarżący nie dostarczyli argumentów, pozwalających przyjąć, że tak ujęte kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów zostały przez Sąd ten naruszone.

Broni się w świetle zasad doświadczenia życiowego uznanie za niewiarygodne zeznań powódki w części w jakiej zaprzeczyła, by lekarz prowadzący nie przeprowadził z nią w ogóle przed operacją rozmowy na temat jej potencjalnych, również negatywnych skutków. Klóci się to z ogólnie przyjętymi procedurami szpitalnymi i powszechnie stosowaną praktyką lekarską, o której zeznawał też świadek J. K. (1). Jego zeznania nie miały jednak przymiotu wiarygodności w zakresie w jakim twierdził, że poinformował powódkę konkretnie o możliwym powikłaniu uszkodzenia fałdów głosowych. Po pierwsze, lekarz ten nie potrafił stanowczo określić, czy rozmawiał z powódką po czy przed wypełnieniem dokumentacji przedoperacyjnej- również w zakresie zgody na zabieg - przez lekarza prowadzącego salę. Po drugie, wystąpieniem tego powikłania u powódki był zaskoczony, bowiem spotkał się z nim w swojej praktyce zawodowej po raz pierwszy. Jako racjonalne jawi się natomiast informowanie pacjentów o powikłaniach wynikających z własnego doświadczenia. W końcu uwagę zwraca szczegółowość z jaką świadek wymienił powikłania, co do których uświadomił powódkę, w sytuacji kiedy do zdarzenia doszło 6 lat temu i przy uwzględnieniu ponad trzydziestoletniej praktyki lekarza w placówce interwenienta, wiążącej się z bardzo dużą ilością przeprowadzonych operacji. O tyle jak trudno wyobrazić sobie, by był on w stanie zapamiętać szczegóły każdej rozmowy z pacjentem, o tyle przekonuje wyjaśnienie powódki, że gdyby została poinformowana o możliwości utraty głosu, nie poddałaby się zabiegowi - nie znajdując się przecież w stanie zagrożenia życia. W tym więc zakresie większym ładunkiem wiarygodności odznaczają się zeznania powódki.

Skarżący wytykają niesłuszną kwalifikację zabiegu resekcji tarczycy u powódki jako nieratującego życie. Podczas gdy pozwany wskazuje na błędne ustalenie, że zabieg dotyczył „wola wieloguzowatego nietoksycznego”, w sytuacji kiedy z dokumentacji medycznej wynika rozpoznanie „wola toksycznego”, interwenient podnosi, że charakter świadczenia zdrowotnego jako ratującego życie jest zagadnieniem specjalistycznym, wymykającym się spod oceny Sądu.

Z dokumentu „historii choroby” związanej z przedmiotowym zabiegiem wynika, że powódka przyjęta została na oddział planowo, na podstawie skierowania z rozpoznaniem lekarza kierującego „wole wieloguzkowe nietoksyczne”, a postawione rozpoznanie ostateczne to „wole guzowate toksyczne” (k. 263, 264, 277). Jak zauważył interwient uboczny, wykonane w dniu 22 I. 2011 r. badanie USG wskazało na obecność licznych, drobnych guzków, a badanie śródoperacyjne potwierdziło obecność całkowicie zmienionego zmianami chorobowymi (w postaci guzków i torbieli) gruczołu tarczycowego. Jednak z punktu widzenia procesów decyzyjnych powódki w zakresie zgody na zabieg istotna była świadomość stanu zdrowia sprzed operacji, a zatem rozpoznanie z jakim skierowana została do szpitala przez lekarza endokrynologa. Znaczenie ma zatem, że przedmiotowa operacja miała - wedle jego zapewnień - poprawić komfort jej życia, uchronić ją przed przyjmowaniem nadmiernej ilości leków.

Nawet jednak ostateczne rozpoznanie pooperacyjne - wole guzkowe toksyczne - nie jest równoznaczne z przyjęciem, że zabieg któremu poddała się powódka należał do kategorii ratujących życie. Abstrahując od kwestii, czy jest to wiedza specjalistyczna, wskazać trzeba, że żadna ze stron o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych na tą okoliczność nie wniosowała. Ponadto kwalifikacji takiej zdają się zaprzeczać sami skarżący. Podnoszą oni bowiem jednomyślnie, że nieprzeprowadzenie zabiegu mogłoby skutkować późniejszym zagrożeniem życia lub zdrowia powódki, ze względu na możliwość przekształcenia guzków w złośliwe. Wynika stąd, że nie była to operacja na tym etapie procesu chorobowego konieczna, a jedynie, że miała ona charakter prewencyjny, chroniący powódkę na przyszłość, na wypadek uzłośliwienia zmian. Potwierdzeniem tego jest również, że operacja odbyła się w trybie planowym, na podstawie wystawionego skierowania, nie zaś w trybie nagłym.

Okoliczność ta istotna jest z punktu widzenia zakresu informacji, który lekarz zobligowany jest przekazać pacjentowi - w świetle przepisu art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zagadnienie to wkracza już w materię subsumcji ustalonego stanu faktycznego pod zastosowane normy prawne. Norma ta kreuje obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej informacji, między innymi o dających się przewidzieć następstwach zastosowania albo zaniechania proponowanych metod leczniczych. W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się zróżnicowanie zakresu udzielanej informacji w zależności od celu interwencji lekarskiej. Im mniej dany zabieg jest niezbędny dla ratowania życia lub zapobieżenia powstaniu niepełnosprawności, tym bardziej szczegółowa powinna być informacja. W sytuacji kiedy za operacją przemawiają jedynie względne wskazania, jest szczególnie konieczne, aby lekarz pouczył pacjenta, że proponowany zabieg może wprowadzić i normalnie powinien przynieść poprawę, może jednak także wywołać pogorszenie stanu zdrowia. Ważne jest, żeby pacjent z całą świadomością poddał się zabiegowi albo z niego zrezygnował, nie chcąc ponosić ryzyka pogorszeń (por.: Mirosława Malczewska, komentarz do art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry; wyrok SN z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 2259/08, LEX nr 577166, wyrok SN z dnia 29 grudnia 1969, II CR 564/69, OSP 1070, z. 10, poz. 202). Wymagana informacja nie musi zawierać wszystkich możliwych następstw zabiegu, nawet nietypowych i nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu. Obowiązek informacyjny obejmuje normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter (por.: wyrok SN z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12, LEX nr 1275006). Skarżący nie kwestionują tymczasem, że powikłanie, którego powódka doznała jest dla przedmiotowego zabiegu typowy. Pozwany w swojej apelacji podnosi wręcz, że uszkodzenie nerwów głosowych „wskazywane jest na pierwszym miejscu jako mogące wystąpić po operacji usunięcia tarczycy ze względu na przebieg nerwów w bezpośredniej bliskości tarczycy”.

Skoro obowiązek udzielenia informacji obciąża lekarza, który wywodzi z tego skutki prawne, to na nim, czy też podmiocie odpowiadającym za jego działania, zgodnie z art. 6 kc spoczywa obowiązek udowodnienia, że obowiązek ten został wypełniony. Powinności tej skarżący nie podolali. Trafnie Sąd pierwszej instancji, z uwagi na wypunktowane braki i niejasności, powziął wątpliwości co do udzielenia przez powódkę pisemnej zgody na zabieg. Postępowanie dowodowe wykazało jednak bezspornie, że powódka zgodę na zabieg, choćby w formie ustnej wyraziła. Samo jednak uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go ryzyku i następstwach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka wadliwa. Z taką właśnie zgodą mamy do czynienia w okolicznościach sprawy, w sytuacji kiedy powódka nie została poinformowana o typowym, a wręcz podstawowym, cytując pozwanego, ryzyku uszkodzenia nerwów głosowych.

Zaktualizowały się tym samym przesłanki roszczenia o zadośćuczynienie oparte na podstawie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepis ten służy ochronie dóbr osobistych pacjenta, a decydujące o odpowiedzialności udzielającego świadczeń jest wyłącznie wykazanie naruszenia skatalogowanych w ustawie praw pacjenta i zawinienie podmiotu świadczącego usługę. Takimi właśnie prawami są prawo do wyrażenia zgody na zabieg leczniczy i prawo do uzyskania informacji co do jego konsekwencji dla zdrowia pacjenta. Zarzut naruszenia tego przepisu, podniesiony przez interwenienta ubocznego nie zasługiwał zatem na uwzględnienie.

W końcu również zastrzeżeń nie budzi zasądzona na rzecz powódki tytułem zadośćuczynienia suma 130.000 zł-w ocenie skarżących rażąco wygórowana. Zdaniem Sądu Apelacyjnego spełnia ona tymczasem kryterium adekwatności do skali doznanej przez powódkę krzywdy. Sąd Okręgowy uwzględnił mierniki tej krzywdy w postaci skali, charakteru, długotrwałości doznanych cierpień psychicznych i fizycznych, trwałości doznanych następstw.

Apelujący podkreślają przede wszystkim nieuwzględnienie w wystarczającym stopniu, że aktualny stan zdrowia psychicznego powódki jest również wynikiem doznanego wcześniej wypadku przy pracy i przebytej operacji kręgosłupa szyjnego, akcentując że leczenie psychiatryczne powódki wzięło początek w tych zdarzeniach. Wprawdzie przewlekłe obniżony nastrój, zwiększony poziom lęku, obniżona samoocena, pesymizm i trudności w relacjach społecznych nie zostały wywołane zdarzeniami związanymi z zabiegiem operacyjnym, ale utrudniają adaptację do zmian życiowych z niego wynikających. Powodują występowanie przykrych odczuć w większym nasileniu niż u osoby z lepszymi możliwościami przystosowawczymi. Fundamentalne znaczenie ma jednak, że powódka-wskutek doznanych powikłań - narażona została na wyjątkowo trudne, nawet dla osoby normalnie funkcjonującej pod względem psychicznym, dolegliwości psychiczne, związane z zakłóceniem podstawowych funkcji organizmu człowieka jakimi są mowa i oddychanie. Przez co najmniej półtora roku nie była też w stanie samodzielnie wykonywać najprostszych czynności życiowych, wymagając pomocy ze strony najbliższych. Przede wszystkim uwzględnić trzeba jednak ogrom cierpień fizycznych związanych z kolejnymi hospitalizacjami, zabiegami chirurgicznymi i innymi interwencjami medycznymi, atakami duszności, odkształcaniem wydzieliny, czy nawet podejmowaniem, na etapie początkowym, zwykłej aktywności życiowej. Wielką uciążliwość tak psychiczną, jak i fizyczną stanowi dla powódki oddychanie przez rurkę tracheotomijną. Wziąć też należało pod uwagę, że proces leczenia powódki nie został zakończony i nie rokuje przywróceniem stanu zdrowia sprzed zabiegu. Złe są bowiem rokowania co do odzyskania głosu i możliwości oddychania bez tracheotomii.

W tych okolicznościach przyznane zadośćuczynienie nie może zostać uznane za wygórowane, a zwłaszcza w stopniu rażącym. Korekta w postępowaniu odwoławczym przyznanej przez sąd pierwszej instancji tytułem zadośćuczynienia sumy pieniężnej możliwa jest tymczasem tylko wtedy, gdy jest ona rażąco nieadekwatna do rozmiarów doznanej krzywdy, stanowiąc wartość symboliczną lub nadmiernie wygórowaną.

Z powyższych względów Sąd Apelacyjny w całej rozciągłości podzielił ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd pierwszej instancji, przyjmując je za własne, zgadzając się również z ich subsumcją pod zastosowane w sprawie normy prawne.

W tym stanie rzeczy obie apelacje podlegały oddaleniu z mocy art, 385 kpc.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono z uwzględnieniem, że stroną wygrywającą w postępowaniu apelacyjnym jest powódka, w związku z tym zasądzono na jej rzecz od pozwanego zwrot kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym, w wysokości 4.050 zł, ustalonej na podstawie § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia

Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z dnia 5 listopada 2015 r. z późn.zm).

Bogdan Wysocki Andrzej Daczyński Małgorzata Kaźmierczak