

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 5 kwietnia 2019 roku T. W. wystąpił przeciwko Instytutowi Centrum (...) w Ł. o zapłatę kwot 400.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę i 134.317 zł tytułem odszkodowania, a także o zasądzenie renty z tytułu utraty zdolności do pracy zarobkowej w kwotach po 1.100 zł miesięcznie począwszy od 28 stycznia 2017 roku i na przyszłość. Powód wskazał, że dochodzone kwoty związane są z błędem medycznym, do którego doszło w dniu 27 listopada 2003 roku podczas odbywającego się u pozwanej zabiegu operacyjnego stabilizacji kręgosłupa. W ocenie powoda śruby stabilizacyjne zostały nieprawidłowo umieszczone i doszło do ich pęknięcia w 2014 roku (pozew, k. 2 – 13).

W odpowiedzi na pozew Instytut Centrum (...) w Ł. wniósł o oddalenie powództwa podnosząc, że podczas zabiegu operacyjnego nie doszło do żadnego błędu medycznego, a w zaleceniach powód miał wskazaną konieczność pozostawiania pod opieką poradni neurochirurgicznej. Do późniejszego złamania śruby doszło na skutek przeciążenia materiału, a nie niewłaściwego umieszczenia śrub podczas zabiegu w 2003 roku (odpowiedź na pozew, k. 233 – 237).

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 3 sierpnia 2003 roku u powoda zdiagnozowano uraz kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, ześlizg L5 prawdziwy (karta informacyjna, k. 22)

W dniu 27 listopada 2003 roku T. W. przeszedł zabieg operacyjny stabilizacji i repozycji kręgosłupa L5 – S1 w Instytucie Centrum (...) w Ł.. Do zabiegu wykorzystano system stabilizacji Synthes USS I. W trakcie operacji pod kontrolą radiologiczną wprowadzono przemasadowo śruby do trzonów L4 oraz L5 obustronnie, a następnie po wprowadzeniu prętów w główki śrub oraz opierając pręt o kość krzyżową nałożono nakrętki dokonując korekcji kręgozmyku. Przemieszczenie kręgu L5 w stosunku do kręgu S1 udało się zmniejszyć o około 2/3 (historia choroby, k. 34 – 36).

Powód został wypisany ze szpitala w dniu 9 grudnia 2003 roku bez dolegliwości bólowych w okolicy lędźwiowo – krzyżowej, ale z dolegliwościami bólowymi w prawej kończynie dolnej, bez dolegliwości i zaburzeń neurologicznych. Powodowi zalecono dalszą opiekę w poradni neurochirurgicznej i farmakoterapię (karta informacyjna, k. 41).

Po zabiegu operacyjnym ustawienie aparatu stabilizującego kręgosłup u powoda było poprawne, co stwierdzono w badaniu z 19 grudnia 2003 roku (wynik badania, k. 336).

Po operacji powód dochodził do pełnej sprawności przez około 2 miesiące, a przez kolejne 10 lat czuł się dobrze, cieszył się pełnią życia, wykazywał normalny poziom aktywności i zdolności do pracy (dokumentacja medyczna, k. 63 – 65 i 69 – 71).

T. W. zgłosił się do lekarza w dniu 24 stycznia 2014 roku podając, że popchnął jakiś przedmiot dwa tygodnie wcześniej i od tego czasu sporadycznie drętwiała mu prawa noga. W badaniu RTG w dniu 27 lutego 2014 roku zdiagnozowano złamanie jednej z lewych śrub L5 (dokumentacja medyczna, k. 50 – 54).

Powód zlecił prywatną ekspertyzę przyczyn złamania śruby, która wykazała, że implant poddany był małym obciążeniom dynamicznym zginającym, jednak ciągle zmienne cykle obciążeniowe przez długi okres czasu doprowadziły do zmęczenia materiału, następnie do pierwszego pęknięcia, a w końcu do przeciążenia materiału i złamania zmęczeniowego śruby (raport techniczny, k. 128 – 156).

Proces diagnostyki i leczenia powoda w Instytucie Centrum (...) w Ł. był prawidłowy. U powoda rozpoznano kręgozmyk L5/S1. Wykonano wszystkie niezbędne badania obrazowe i prawidłowo zakwalifikowano powoda do leczenia operacyjnego stabilizacji transpedikularnej L4/L5. Celem tego zabiegu była korekta przesunięcia trzonu

kręgu lędźwiowego L5 wobec kręgu S1. Nie ma żadnych podstaw do uznania, że śruby tytanowe w organizmie powoda zostały umieszczone w sposób nieprawidłowy lub niezgodny z zasadami sztuki medycznej.

Z dużym stopniem prawdopodobieństwa można przyjąć, że do złamania jednej ze śrub stabilizujących kręgosłup doszło na przełomie 2013 i 2014 roku.

Wśród licznych możliwych powikłań pęknięcie śruby oceniane jest na 2 %. Samo pęknięcie śruby u powoda nie ma jednak znaczenia klinicznego, gdyż fragment śruby w trzonie nie uległ przemieszczeniu. W kolejnych badaniach kontrolnych obrazowych nie stwierdzono z tego powodu zwiężenia kanału kręgowego w odcinku lędźwiowym

Obecny stan zdrowia powoda jest dobry. Również rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia są dobre. Pozostawione w organizmie śruby nie powinny dawać następstw zdrowotnych. Materiał użyty do ich wykonania jest obojętny dla organizmu (opinia biegłego neurochirurga, k. 365 – 373).

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dowodów.

W sprawie nie było jakichkolwiek powodów do otwarcia zamkniętej rozprawy. Materiał dowodowy był kompletny i wystarczający do wyrokowania. Opinia biegłego, prawidłowa i logiczna, pozostawała spójna z resztą materiału dowodowego, w tym w szczególności z dokumentacją medyczną przedstawioną przez samego powoda. Korespondencja sądowa doręczana była początkowo na adres pełnomocnika powoda, a po wypowiedzeniu pełnomocnictwa – skutecznie doręczana powodowi na jedyny wskazany przez niego adres na terenie Wielkiej Brytanii.

#### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

**Podstawę odpowiedzialności** zakładu opieki zdrowotnej **za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c.**, zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu 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. Przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga zatem uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu, któremu powierzono wykonywanie czynności, wyrządził szkodę w sposób zawiniony, a między jego zachowaniem a szkodą istnieje związek przyczynowy (art. 415 k.c.).

W doktrynie i orzecznictwie dominuje szeroka wykładnia art. 430 k.c., która dla stwierdzenia przesłanki powierzenia czynności uznaje za wystarczające ogólne, organizacyjne podporządkowanie sprawcy szkody powierzającemu w ramach relacji zwierzchnik – podwładny. Lekarze, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, są w tym rozumieniu podmiotami podlegającymi kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej i mieszczą się w kategorii osób, o jakich mowa w art. 430 k.c.

Z kolei **odpowiedzialność lekarza** operującego wynika z przepisu **art. 415 k.c.**, zgodnie z którym, kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę zobowiązany jest do jej naprawienia.

W rozpoznawanej sprawie w pierwszej kolejności istota sporu sprowadzała się do zbadania wystąpienia przesłanek odpowiedzialności cywilnej, w szczególności, czy doszło do błędów medycznych, a jeżeli tak to czy pozostawały one w normalnym związku przyczynowym ze szkodą.

Przepis art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2011.277.1634 z późn. zm.) stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu

(błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.) przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust 1) i do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16). Pacjent ma także prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23), co wiąże się z obowiązkiem podmiotu udzielającego tych świadczeń do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób przewidziany w przepisach (art. 24 ust. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 tejże ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c., przy czym nie dotyczy to dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta (art. 4 ust 3 pkt 3).

Błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności, zaniechania wykonania badań, przeoczenia nieprawidłowości przy dokonywanych zabiegach i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia, stanowią zatem podstawę odpowiedzialności osób wykonujących zawód medyczny z tytułu czynu niedozwolonego, pod warunkiem jednak, że są przez nich zawinione.

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się, że o przypisaniu winy, a tym samym i odpowiedzialności można mówić jedynie w sytuacjach, gdy porównanie postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wypadnie na niekorzyść lekarza, gdy w jego działaniu można stwierdzić brak należytej staranności. Samo przyjęcie winy, nie decyduje jednakże o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączości przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Lekarz nie odpowiada natomiast za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki (wyrok SA w Białymstoku z dnia 7 marca 2013 r., I ACa 879/12).

W ocenie sądu w rozpoznawanej sprawie **nie doszło do zaistnienia takiego zachowania, które można by zakwalifikować jako błąd medyczny**. W trakcie pobytu T. W. w Instytucie Centrum (...) w Ł. przeprowadzono zabieg operacyjny stabilizacji i repozycji kręgosłupa L5 – S1. U powoda rozpoznano kręgozmyk L5/S1. Wykonano wszystkie niezbędne badania obrazowe i prawidłowo zakwalifikowano powoda do leczenia operacyjnego. Celem tego zabiegu była korekta przesunięcia trzonu kręgu lędźwiowego L5 wobec kręgu S1. Operacja była skuteczna, ponieważ przemieszczenie kręgu L5 w stosunku do kręgu S1 udało się zmniejszyć o około 2/3. Nie ma żadnych podstaw do uznania, że śruby tytanowe w organizmie powoda zostały umieszczone w sposób nieprawidłowy lub niezgodny z zasadami sztuki medycznej. Proces diagnostyki i leczenia powoda był prawidłowy.

Nie ma też podstaw do uznania zaleceń pooperacyjnych w stosunku do powoda za błąd medyczny. Powód miał zaleconą opiekę w poradni neurochirurgicznej. Po dwumiesięcznym okresie dochodzenia do siebie po operacji, przez kolejne 10 lat powód czuł się dobrze, cieszył się pełnią życia, wykazywał normalny poziom aktywności i zdolności do pracy.

Złamanie jednej ze śrub stabilizujących kręgosłup, do którego doszło na przełomie 2013 i 2014 roku, a zatem po około 10 latach od zabiegu ani samo nie może być kwalifikowane jako błąd medyczny, ani nie pozostaje w jakimkolwiek związku przyczynowym z czynnościami medycznymi pozwanego szpitala. Pęknięcie śruby kwalifikowane jest jako powikłanie po operacji, którego prawdopodobieństwo wystąpienia oceniane jest na 2 %. W sprawie nie ma jednak nawet podstaw do uznania pęknięcia śruby za powikłanie pooperacyjne. Śruby tytanowe w organizmie powoda zostały bowiem umieszczone w sposób prawidłowy. Do pęknięcia jednej z nich doszło po 10 latach i to na skutek

przeciążenia materiału i złamania zmęczeniowego śruby. Nie ma oczywiście jakichkolwiek powodów do obciążania szpitala odpowiedzialnością za jakość materiału, z którego śruby zostały wyprodukowane. Co więcej, samo pęknięcie śruby u powoda nie ma znaczenia klinicznego, gdyż fragment śruby w trzonie nie uległ przemieszczeniu. Pozostawione w organizmie śruby nie powinny dawać następstw zdrowotnych, a materiał użyty do ich wykonania jest obojętny dla organizmu. Obecny stan zdrowia powoda jest dobry. Również rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia są dobre.

Ostatecznie stwierdzić trzeba, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie co do prawidłowości diagnostyki i leczenia w Instytucie Centrum (...) w Ł., przebiegu zabiegu operacyjnego i zaleceń pooperacyjnych nie pozwolił na ustalenie, że doszło do błędu medycznego.

W tej sytuacji – z uwagi na niespełnienie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, powództwo podlegało oddaleniu. Zbędne w tej sytuacji stają się rozważania co do rozmiaru szkody w zakresie zadośćuczynienia związanego z popełnionym błędem medycznym, odszkodowania oraz zwiększonych potrzeb.

Z uwagi charakter sprawy, a zwłaszcza sytuację materialną powoda, która obecnie jest trudna, sąd, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powoda kosztami postępowania poniesionymi przez pozwanego.