

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 3 lipca 2012 r. powódka A. Z. wniosła o zapłatę przez pozwanego Szpital Wojewódzki im. (...) II w B. na jej rzecz następujących kwot:

- 75.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami;
- 10.000 zł tytułem odszkodowania za naruszenie praw pacjenta wraz z ustawowymi odsetkami;
- 2.000 zł tytułem odszkodowania za nieprawidłowe leczenie wraz z ustawowymi odsetkami;
- 800 zł miesięcznej renty z powodu znacznego pogorszenia sytuacji życiowej i wzrostu potrzeb wraz z ustawowymi odsetkami.

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, że kilka lat przed operacją cierpiała na dolegliwości ze strony kręgosłupa szyjnego. Miała bóle i drętwienia obu kończyn górnych, silniejsze ze strony prawej, w związku z czym leczyła się u lekarza neurologa. W dniu 11 sierpnia 2008 r. powódka miała przeprowadzoną operację na Oddziale Neurochirurgii w Szpitalu im. (...) II w B.. Operował ją dr G. oraz dr K.. Po wykonanym zabiegu powódka miała niedowład całej lewej ręki, w związku z czym lekarze przeprowadzili kolejny zabieg. Po operacjach powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim. A. Z. podniosła, że przed operacją nie była informowana o ryzyku tego zabiegu. Została poinformowana przez lekarza jedynie o tym, że zabieg będzie trudny oraz w jaki sposób będzie przebiegała operacja. Lekarz nie poinformował powódki natomiast o możliwości uszkodzenia struktur w operowanej okolicy. W chwili obecnej powódka cierpi na niedowład lewej ręki oraz ma przeculicę prawej strony ciała od pachy do stopy. Ciągłe towarzyszą jej dolegliwości bólowe. Jej stan psychiczny jest bardzo zły, tym bardziej że przed operacją powódka mogła wykonywać codzienne czynności. Powódka ma poczucie krzywdy oraz odczuwa brak realnej szansy na poprawę jej stanu zdrowia. Powódka podniosła, że lekarze przeprowadzający zabieg nie dochowali należytej staranności i popełnili błędy w sztuce lekarskiej, albowiem stan zdrowia po operacjach jest gorszy aniżeli ten przed operacjami.

W odpowiedzi na pozew z dnia 4 października 2012 r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości; zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz o przepozwanie (...) S.A, z którym pozwanego łączy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany podniósł, że powódka wyraziła zgodę na opiekę szpitalną, leczenie i badania diagnostyczne, a poza tym uzyskała przed operacją od lekarza informacje dotyczące jej stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania oraz zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Poza tym objawy, które wystąpiły u powódki są rzadkim, ale możliwym powikłaniem współtowarzyszącym. Pozwany podniósł, że nie może ponosić odpowiedzialności, za każde powikłanie operacyjne, występujące w toku leczenia pacjenta, gdyż wiązałoby się to w świetle przepisów prawa z jego odpowiedzialnością absolutną. Poza tym powódka, nie udowodniła faktu powstania szkody i jej rozmiarów, a nadto bezprawności działania osoby, której działanie lub zaniechanie wyrządziło szkodę, winy personelu medycznego, który przeprowadził operację oraz nie przedstawiła jakichkolwiek dowodów potwierdzających, że jej obecny stan zdrowia spowodowany jest zawinionym działaniem lekarzy przeprowadzających zabieg. Nadto pozwany podniósł zarzut przedawnienia, uznając że roszczenie powódki przedawniło się. Powódka dowiedziała się bowiem o szkodzie w dniu 11 sierpnia 2008 r. – w dniu operacji, a termin przedawnienia wynosi 3 lata od momentu dowiedzenia się o szkodzie.

(...) Zakład (...) poinformowany o toczącym się postępowaniu nie przystąpił do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego.

Na rozprawie w dniu 8 listopada 2012 r., strony podtrzymały dotychczasowe stanowiska.

W piśmie procesowym z dnia 4 lutego 2015 r. pełnomocnik powódki zmodyfikował roszczenia w ten sposób, że wniósł o zasądzenie dla powódki od pozwanego łącznej kwoty tytułem zadośćuczynienia w wysokości 96.600 zł za rozstrój zdrowia oraz za naruszenie praw pacjenta.

Na rozprawie w dniu 31 marca 2015 r. powódka poparła powództwo w zmodyfikowanej wersji, pozwany wniósł natomiast o oddalenie powództwa w całości.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka A. Z. leczyła się od 2006 r. u lekarza neurologa z powodu dolegliwości ze strony górnego odcinka kręgosłupa. Powódka skarżyła się na bóle karku i barku, drętwienie prawej kończyny górnej oraz bóle głowy.

(dowód: historia choroby k. 36-45).

W maju 2008 r. powódka udała się do Poradni Neurochirurgicznej w B., gdzie dr J. G. zakwalifikował powódkę do zabiegu operacyjnego dyskopatii odcinka szyjnego C5-C7.

(dowód: zeznania świadka J. G. k. 119, zaświadczenie o stanie zdrowia k. 13)

A. Z. leczyła się również w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) sp. z o.o. w P.. W dniu 4 sierpnia 2008 r. powódka otrzymała skierowanie do Szpitala Wojewódzkiego w B. na Oddział Neurochirurgiczny celem operacji i leczenia stwierdzonej dyskopatii odcinka C5/C6 i C6/C7.

(dowód: historia choroby k. 149, skierowanie do szpitala k. 5v, dokumentacja medyczna k. 28-34)

Powódka została przyjęta na Oddział Neurochirurgiczny Szpitala Wojewódzkiego w B. w dniu 7 sierpnia 2008 r. ze skargami na bóle i drętwienie kończyn górnych szczególnie prawej. Wykonane przed hospitalizacją badanie (...) wykazało dwupoziomową dyskopatię C5-C7. Powódka w dniu przyjęcia do szpitala podpisała zgodę na opiekę szpitalną, leczenie i badania diagnostyczne. Podpisała także zgodę na zabieg operacyjny. Przed zabiegiem lekarz J. G. informował powódkę o stanie jej zdrowia, rozpoznania, rozmawiał z powódką o tym co można zrobić operacyjnie, jakie są następstwa zabiegu, o tym że będzie operowana okolica blisko rdzenia oraz o fakcie, że z racji dużego ucisku na rdzeń, na naczynia odżywiające rdzeń, sam zabieg operacyjny wiąże się z ryzykiem powikłań, także w postaci zaburzeń krążenia. Nadto lekarz poinformował powódkę o tym, że jej stan zdrowia może się pogorszyć. Powódka była zdecydowana na zabieg operacyjny.

(dowód: zeznania powódki – nagranie od 00:33:59 do 00:35:34, płyta k.355, protokół skrócony k.353, zeznania świadka J. G. k. 119-120, historia choroby z Oddziału Neurochirurgicznego, k. 5, k.74)

W dniu 11 sierpnia 2008 r. powódka w godzinach przedpołudniowych została poddana zabiegowi operacyjnemu polegającemu na usunięciu dysku C5 i C6 i usztywnieniu tego odcinka kręgosłupa poprzez wprowadzenie implantu. Zabieg przeprowadzany był przez lekarza J. G. oraz W. K.. W trakcie zabiegu stwierdzono uszkodzony dystraktor - urządzenie służące do rozszerzania przestrzeni międzykręgowej. Użyto innego urządzenia, które działało prawidłowo. Fakt ten nie został odnotowany w dokumentacji medycznej. Po operacji powódka uskarżała się na niedowład lewej kończyny górnej. Tego samego dnia w godzinach wieczornych powódka była poddana reoperacji. W trakcie drugiego zabiegu lekarze usunęli implant włożony podczas pierwszej operacji, sprawdzili czy nie doszło do ucisku na rdzeń, przemieszczenia fragmentów krążka czy też mechanicznych ucisków. Lekarze operujący w składzie jak przy pierwszej operacji nie stwierdzili wówczas żadnych nieprawidłowości. Implant został założony w tym samym miejscu, co poprzednio. Powódka pierwotnie zakwalifikowana została do operacji na poziomie C5/C6 i C6/C7, jednak wykonano operację tylko na poziomie C5/C6.

(dowód: zeznania powódki – nagranie od 00:38:12 do 00:40:40 , płyta k. 355, protokół skrócony k. 353v, zeznania świadka J. G. – k. 119-123, nagranie od 00:06:06 do 00:11:11, płyta k. 355, protokół skrócony k. 351, zeznania świadka W. K. – nagranie od 00:12:38 do 00:14:00, płyta k. 355, protokół skrócony k. 352, dokumentacja medyczna k. 73, pismo k.75-77)

Lekarz operujący J. G. nie pamiętał, w którym momencie został wymieniony dystraktor na inny, działający sprawnie. Nastąpiło to prawdopodobnie w czasie przygotowywania narzędzi przed operacją. Według operującego lekarza zabieg rozpoczyna się w momencie wejścia na salę operacyjną.

(dowód: zeznania świadka J. G. k. 122, nagranie od 00:06:12 do 00:11:11, płyta k. 355, protokół skrócony k. 351)

W. K. i A. K. nie pamiętali czy doszło podczas operacji do uszkodzenia dystraktora.

(dowód: zeznania świadka W. K. – nagranie od 00:14:00 do 00:14:47, płyta k. 355, protokół skrócony k. 352, zeznania świadka A. K. – nagranie od 00:16:27 do 00:16:51, płyta k. 355, protokół skrócony k. 352)

W dniu 12 sierpnia 2008 r. powódka została poddana badaniu rezonansem magnetycznym. Stwierdzono wówczas widoczny materiał pooperacyjny wpuklający się nieznacznie do kanału kręgowego z niewielkim uciskiem centralnym i prawostronnym worka oponowego. W rdzeniu kręgowym na wysokości operacji stwierdzono hyperintensywną zmianę mogącą odpowiadać obrzękowi lub niedokrwieniu. Kontrolne RTG wskazywało prawidłowe ustawienie implantu. Powódce wdrożono leczenie neuroprotektoryjne. W następnych dniach niedowład kończyny górnej lewej ustępował. W dniu 21 sierpnia 2008 r. powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z miernym niedowładem kończyny górnej lewej, z zaleceniami kontroli w poradni neurochirurgicznej oraz rehabilitacyjnej.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 3, 9, 17, 73)

Powódka po operacji przebywała na zwolnieniu lekarskim od dnia 7 sierpnia 2008 r. do dnia 25 września 2008 r. Pozostawała także pod kontrolą lekarza neurologa J. G. w Poradni Neurochirurgicznej w Szpitalu Wojewódzkim w B.. W dniach od 24 listopada 2008 r. do 15 grudnia 2008 r. powódka poddana została rehabilitacji na Oddziale Rehabilitacyjnym Wojewódzkiego Szpitala w B.. Zasadniczym powodem rehabilitacji był niedowład kończyny górnej lewej, zaburzenia czucia w postaci parestezji, nieprzyjemnego czucia dotyku - przeczulicy, zaburzenia czucia temperatury na prawej połowie ciała od linii pachy w dół. Powódka została wypisana z oddziału rehabilitacyjnego w stanie ogólnym dobrym.

(dowód: zeznania świadka E. P. k. 123, dokumentacja medyczna 18, 19-26, 147)

W dniach od 13 maja 2013 r. do 17 maja 2011 r. powódka przebywała w (...) Szpitalu Wojewódzkim im. (...) w P. na Oddziale Neurologicznym z powodu rwy kulszowej prawostronnej w przebiegu wypukliny L4 i L5.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 14)

Decyzją lekarza orzecznika ZUS z dnia 28 stycznia 2009 r. powódka została uznana za częściowo niezdolną do pracy. Stwierdzono, że częściowa niezdolność do pracy powódki powstała w sierpniu 2008 r.

(dowód: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS k. 15, dokumentacja lekarska ZUS)

Pozwany szpital ubezpieczony jest w (...) S.A. z siedzibą w W..

(dowód: umowa ubezpieczenia k. 78-86)

Powódka przed operacją pracowała jako kontroler jakości w szwalni, z wynagrodzeniem miesięcznym 1200 zł. Obecnie jest na rencie z powodu niezdolności do pracy i otrzymuje z powyższego tytułu kwotę 720 zł.

Powódka rehabilituje się raz, czasami dwa razy do roku, nadal leczy się u lekarza neurologa. Bierze leki przeciwbólowe i rozluźniające.

(dowód: zeznania powódki - nagranie od 00:16:08 do 00:17:18, płyta k. 92, protokół skrócony k. 91v, nagranie od 00:37:24 do 00:38:12 i od 00:41:24 do 00:44:24, płyta k. 355, protokół skrócony k. 353-353v, dokumentacja medyczna k. 10)

W dniu 23 stycznia 2009 r. powódka zawiadzała pozwanego do próby ugodowej.

(okoliczność bezsporna)

W okresie przedoperacyjnym badana nie była osobą zdrową i miała obustronny zespół korzeniowy z odcinka szyjnego. Podawała dolegliwości o typie bólów oraz drętwienia obu kończyn bardziej po stronie prawej. Opisany zespół objawów w historii choroby sprzed operacji, dawał podstawy do uznania, że wskazania do operacji były zasadne i dobrze udokumentowane. Badana wyraziła zgodę na proponowane leczenie. Dolegliwości przedoperacyjne były dokuczliwe, a jedynym sposobem leczenia była operacja. Przy usuwaniu zwyrodnień u powódki występowała konieczność uciskania rdzenia, aby wprowadzić stancę lub łyżkę kostną pomiędzy osteolit a worek oponowy. Należy uznać, że istniała możliwość uszkodzenia rdzenia w czasie rutynowej operacji, a w przypadku nawet niewielkiego niekontrolowanego ruchu stancą, łyżką kostną lub zbyt głębokim wprowadzeniem implantu (...), graniczyła z pewnością.

Uszkodzenie rdzenia u powódki jest najmniejsze z możliwych. Doszło do niewielkiego uszkodzenia śródrdzeniowego, wielkości 1,6 mm, bardziej po stronie lewej. U powódki pozostało zaburzenie czucia dotyku oraz bólu i temperatury, które zwykle obejmuje obie kończyny. Niezwykle rzadko może obejmować tylko jedną kończynę. Uszkodzenie rdzenia kręgowego powstało w czasie operacji. (...) jest niewielkie, powoduje wybiórcze, częściowe uszkodzenie rdzenia wielkości 1,6 mm, dające zespół objawów neurologicznych zwany „zespołem rogu tylnego”. Z operacją nie należy wiązać dolegliwości obejmujących kończynę dolną prawą. W rozumieniu neurologicznym jest to niemożliwe. Podawane odczucia należy wiązać z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowego kręgosłupa. W MR tego odcinka z dn. 16. 05. 2011 rozpoznano pęknięcie pierścienia włóknistego na poziomie (...) i stwierdzono centralną wypuklinę. Łączny uszczerbek powstały u powódki wynosi 5%.

Personel lekarski nie popełnił błędu w sztuce. Operacja była obarczona dużym ryzykiem. W tak zaawansowanej chorobie powódki powyższe uszkodzenie mogło się wydarzyć w mechanizmie opisanym powyżej.

Obecny stan zdrowia powódki jest skutkiem powikłania śródoperacyjnego. Nie jest błędem w sztuce lekarskiej, ani przejawem zaniedbania lub lekceważenia pacjenta.

U powódki nie potwierdza się osłabienia funkcji ruchowej kończyn górnych i dolnych. Po zastosowanej rehabilitacji oraz w przebiegu samoistnych odczynów naprawczych, w tym ustąpienia lokalnego obrzęku rdzenia, resorpcji uszkodzonych komórek nerwowych, u powódki nastąpiła na tyle istotna poprawa siły mięśniowej, w tym w szczególności kończyny górnej lewej. Pozostały zmiany o charakterze zaburzeń czucia, mających charakter bólu.

Rokowania powódki na przyszłość są dobre i zależne od osobistego podejścia i zrozumienia istoty choroby przez powódkę. Dolegliwości mogą być dokuczliwe, a przy racjonalnym podejściu pozwalające funkcjonować bez ograniczeń

U powódki nie występują dokuczliwe bóle w kończynie górnej prawej, które były dokuczliwe przed operacją.

Z powodu niedoczulicy kończyny lewej /powódka praworęczna/, ograniczenia są niewielkie. Po zaakceptowaniu stanu zdrowia przez powódkę oraz kontroli wzrokowej ruchów, ograniczenia mogą być niewielkie. Szczególnie mogą

być dokuczliwe ruchy precyzyjne palców ręki lewej. Leczenie powódki było prawidłowe, ale operacja przebiegła z możliwym do wystąpienia powikłaniem.

Obecnie powódka nie wymaga opieki. We wczesnym okresie wymagała pomocy w dostaniu się /transporte/ na rehabilitację. Przebyła też leczenie stacjonarne. Koszt leczenia p - bólowego jest niewielki i zależny od zrozumienia istoty choroby oraz jej akceptacji.

(dowód: opinia biegłego W. P. – k. 157-164, opinia uzupełniająca – k. 191)

W badaniu (...) szyjnego odcinka kręgosłupa wykonanym w dniu 5 marca 2005 r., a więc 5 miesięcy przed operacją nie uwidoczniło zmian w rdzeniu kręgowym powódki. Przed operacją u powódki występował zespół bólowy kończyn górnych, głównie prawej. W przypadku powódki informacja udzielona przez lekarzy o skutkach i powikłaniach operacji powinna być udzielona w sposób wszechstronny i powinna naświetlać również możliwość uszkodzenia struktur nerwowych i skutki kliniczne takiego uszkodzenia. Niedowład lewej kończyny u powódki był nieoczekiwanym objawem, a gdyby przyczyną był np. ucisk rdzenia kręgowego przez krwaki, lub ciało obce wtedy przedłużanie się tej sytuacji w czasie zmniejszało prawdopodobieństwo powrotu funkcji. Lekarze decydując się na reoperację powódki postąpili słusznie. Po drugiej operacji nie było żadnych niezwykłych objawów na tle stanu chorej przed reoperacją. Wynik badania (...) z dnia 12 sierpnia 2008 r. i z dnia 15 grudnia 2012 r. świadczy z największym prawdopodobieństwem o naczyniopochodnym uszkodzeniu rdzenia kręgowego w okolicy operowanej, najprawdopodobniej w czasie operacji. Odnośnie uszkodzonego dystraktora, nie jest wiadomym do jakiego uszkodzenia doszło. Można przypuszczać, że nie było bezpośredniego związku tego uszkodzenia z miejscem operacji, bo w opisie operacji nie ma o takiej sytuacji mowy. Zastosowanie innego narzędzia nie powinno mieć żadnego znaczenia, jeżeli ono nie było uszkodzone. Personel lekarski pozwanego nie popełnił błędu w sztuce lekarskiej. Obecny zaś stan zdrowia powódki nie jest normalnym następstwem pooperacyjnym ani wynikiem błędu w sztuce medycznej. Jest następstwem współistnienia zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, w tym wielopoziomowej dyskopatii oraz zmiany patologicznej naczyniopochodnej w odcinku szyjnym rdzenia kręgowego, która powstała najprawdopodobniej podczas operacji z powodu dyskopatii.

Odnośnie uzyskania zgody pacjenta na wykonanie zabiegu i nie tylko w trybie planowym obowiązkiem lekarza - operatora jest uzyskanie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu. Ogólnie przyjęte jest uzyskiwanie powyższej zgody na piśmie. Natomiast co do protokołu operacyjnego to protokół powinien uwzględniać uszkodzenie narzędzia, wtedy gdy to uszkodzenie miało bezpośredni związek z czynnościami operacyjnymi. Stwierdzenie uszkodzenia narzędzia przed jego użyciem nie musi być odnotowane, nawet gdy użyte narzędzie jest starsze, mniej typowe od tego, które miało być użyte. Opisanie, bądź nie opisanie zdarzeń, które nie mieszczą się w zwykłym, typowym przebiegu operacji zależy od subiektywnej oceny operatora. W niniejszej sprawie nie jest wiadomym jakie uszkodzenie stwierdzono i w jakim momencie. Dokumentacja medyczna odnośnie powódki była prowadzona w sposób zgodny z przyjętymi standardami.

(dowód: opinia biegłego E. R. – k. 263-267, uzupełniająca opinie biegłego E. R. – k. 285-286, 299-300)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych dowodów.

Sąd nie dał wiary zeznaniom powódki, że nie była należycie poinformowana o skutkach przeprowadzanej u niej operacji usunięcia dyskopatii odcinka szyjnego kręgosłupa. Powyższe nie koreluje bowiem z zeznaniami świadka J. G., który stwierdził, że rozmawiał z powódką o zabiegu, a także o ewentualnych następstwach operacji, ryzyku powikłań, z uwagi na zabieg w okolicy rdzenia. Ponadto sugerował, że wynikiem operacji może być pogorszenie się stanu zdrowia powódki. Powódka sama przyznała, że rozmawiała z lekarzem o operacji i uzyskała informację o tym, że jest to zabieg skomplikowany oraz, że będzie operowany obszar przy rdzeniu. Nadto została poinformowana o tym w jaki sposób będzie przebiegał zabieg. Uzyskane od lekarza informacje, a także fakt, że stan zdrowia powódki może ulec pogorszeniu, nie odwiódł powódki od wyrażenia zgody na zabieg operacyjny. Powódka była zdecydowana na operację i dlatego się jej poddała. Trudno dać wiarę powódce, aby przed tak poważnym zabiegiem kręgosłupa nie próbowała dowiedzieć się o ewentualnych niepowodzeniach operacji. Co więcej, biegły W. P. stwierdził, że fakt

niedoinformowania powódki o możliwości uszkodzenia rdzenia, nie miał zasadniczego wpływu albowiem powódka i tak zgodziła by się na operację, ponieważ zwykle chory ma nadzieję, że nie wydarzy się takie powikłanie w jego przypadku. Dolegliwości przedoperacyjne były dokuczliwe, a jedynym sposobem leczenia była operacja. W ocenie Sądu takie stwierdzenie, nie wydaje się być gołosłowne, albowiem w świetle doświadczenia życiowego każdy poddający się operacji ma nadzieję na poprawę swojego stanu zdrowia, a nie na pogorszenie.

Nadto Sąd uznał, że brak jest dowodu na to, aby doszło do pogorszenia stanu zdrowia powódki po operacji w dniu 8 sierpnia 2008 r. Powyższemu przeczy bowiem opinia biegłego W. P. oraz biegłego E. R.. Opinie te nie potwierdziły u powódki osłabienia funkcji ruchowej kończyn górnych i dolnych. Po zastosowaniu rehabilitacji oraz w przebiegu samoistnych odczynów naprawczych, nastąpiła istotna poprawa siły mięśniowej kończyny górnej lewej. Z operacją natomiast nie można wiązać dolegliwości obejmujących kończynę dolną prawą. W rozumieniu neurologicznym jest to niemożliwe. Powyższe dolegliwości są związane z chorobą zwyrodnieniową odcinka lędźwiowego kręgosłupa powódki. Ponadto powódka nie podaje dokuczliwych bólów w kończynie górnej prawej, które były dokuczliwe przed operacją. A zatem stan zdrowia powódki uległ poprawie, wbrew jej twierdzeniu. Fakt odczuwania przez powódkę dolegliwości jest ponadto także wynikiem współistnienia zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, w tym wielopoziomowej dyskopatii.

W ocenie Sądu brak jest również dowodu na to, aby do pęknięcia śruby dystraktora doszło w trakcie zabiegu operacyjnego. Powyższa okoliczność, nie została potwierdzona przez lekarza operującego J. G., który wszakże przyznał, że jeden z dystraktorów był uszkodzony, niemniej jednak użyto do operacji innego urządzenia, które działało prawidłowo. Poza tym, z uwagi na brak okoliczności wskazujących, w którym momencie popsuł się dystraktor oraz na czym polegały uszkodzenia, trudno przypisać wiarę w tym zakresie powódce, że uszkodzenie dystraktora miało wpływ na zabieg operacyjny. Powódka uzyskała wiedzę o niesprawnym dystraktorze od lekarza operującego i sama nie posiada i nie może posiadać wiedzy o przebiegu operacji, w trakcie której znajdowała się w narkozie.

Sąd oddalił wniosek dowodowy pełnomocnika powódki o sporządzenie opinii uzupełniającej przez biegłego E. R. oraz wnioski o sporządzenie opinii przez innego biegłego z zakresu neurochirurgii lub opinii Instytutu. Pełnomocnik powódki w piśmie procesowym z dnia 4 lutego 2015 r. zastrzegł sobie prawo do zgłoszenia wniosku o przeprowadzenie dowodu z kolejnej opinii uzupełniającej biegłego E. R. lub przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu neurochirurgii po zapoznaniu się z treścią zeznań członków zespołu operacyjnego, nie zakreślając tezy dowodowej. Na rozprawie w dniu 31 marca 2015 r. pełnomocnik powódki poparł zastrzeżone wnioski dowodowe. W ocenie Sądu nie zachodziła konieczność rozważania ponownie w kolejnej uzupełniającej opinii biegłego E. R., jak i opinii innego biegłego czy Instytutu okoliczności związanych z wpływem uszkodzonego narzędzia chirurgicznego – dystraktora na stan zdrowia powódki, albowiem w tym przedmiocie wypowiedziało się już dwóch biegłych zarówno E. R. jak i W. P.. Opinie powyższych biegłych są jasne, spójne i kompletne, a wnioski z nich płynące korelują ze sobą. Przeprowadzanie kolejnych opinii na te same okoliczności jest zbędne i nie przyczyni się do rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd oddalił także ponowny wniosek dowodowy pełnomocnika powódki o przeprowadzenie dowodu z opinii kolejnego biegłego lub Instytutu, na okoliczność oceny postępowania pracowników personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem trybu i znaczenia uszkodzenia dystraktora na przebieg operacji, albowiem na powyższe okoliczności wypowiedziało się już dwóch biegłych lekarzy i nie zachodzi konieczność ponownego przeprowadzania dowodu na te same okoliczności.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo jest niezasadne i jako takie nie zasługuje na uwzględnienie.

Powódka początkowo występowała przeciwko Szpitalowi Wojewódzkiemu im. (...) w B. o zapłatę zadośćuczynienia w kwocie 75.000 zł, odszkodowania za naruszenie praw pacjenta w wysokości 10.000 zł oraz zasądzenia kwoty 2.000 zł za nieprawidłowe leczenie, jak i zasądzenia renty miesięcznej w wysokości 800 zł. W toku procesu powódka zmodyfikowała swoje powództwo i wystąpiła z żądaniem zapłaty łącznej kwoty zadośćuczynienia za rozstrój zdrowia oraz naruszenie praw pacjenta.

Żądanie powódki o zadośćuczynienie należy rozpatrywać w kontekście przepisów art. 445§1kc w zw. z art. 444§1kc, w związku z którymi w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia.

W ocenie Sądu odpowiedzialność pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B. kształtuje się co do zasady na podstawie art. 430 kc w zw. z art. 415 kc. Sąd podziela w tym względzie stanowisko Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 15 lipca 2014 r., w sprawie I ACa 25/14, że działalność placówek służby zdrowia polegająca na udzielaniu świadczeń medycznych (poza obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi) nie należy do zakresu imperium, a zakłady opieki zdrowotnej nie są organami władzy publicznej. Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. (Lex nr 1498947).

Odpowiedzialność odszkodowawcza wynikająca z art. 415 kc opiera się na trzech przesłankach w postaci: bezprawności działania lub zaniechania, winie osoby, która dopuściła się bezprawnego działania lub zaniechania i szkodzi będącej normalnym następstwem bezprawnego i zawinionego działania lub zaniechania. Stosownie do treści 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 powierzonych czynności.

Powołany przepis art. 430 kc wprowadza zasadę, że odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego ponosi jego zwierzchnik, który odpowiada na zasadzie ryzyka. Przy odpowiedzialności z art. 430 kc, istotne jest występowanie zwierzchnictwa i podporządkowania, bowiem z jednej strony zachodzić musi kierownictwo, a z drugiej obowiązek stosowania się do wskazówek powierzającego czynność.

Przesłanką odpowiedzialności przełożonego jest wyrządzenie szkody z winy jego podwładnego, przy czym wystarczy tu wykazanie winy bezimiennej, tzw. „anonimowej”. Chodzi tu o sytuacje, gdy konkretna osoba sprawcy szkody nie jest ustalona, lecz daje się określić jako należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika.

W niniejszej sprawie dla przypisania na podstawie art. 430 kc odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego za szkodę powstałą u powódki tj. 5% uszczerbku na zdrowiu w wyniku przeprowadzonej operacji dyskopatii C5/C6 odcinka szyjnego konieczne jest wykazanie bezprawności działania lub zaniechania, winy podwładnego (personelu medycznego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B.) oraz istnienie związku przyczynowego pomiędzy wykazanim zaniedbaniem a szkodą w postaci uszczerbku na zdrowiu.

Podnieść należy, że związek przyczynowy jest kategorią obiektywną i należy go pojmować jako obiektywne powiązane ze sobą zjawiska nazwanego „przyczyną” ze zjawiskiem określonym jako „skutek”. Ustawodawca wprowadzając w art. 361 § 1 kc dla potrzeb odpowiedzialności cywilnej ograniczenie odpowiedzialności tylko za normalne (typowe, występujące zazwyczaj) następstwa działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła, nie wprowadza pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym, odmiennego od istniejącego w rzeczywistości. Ogranicza tylko odpowiedzialność do wskazanych w przepisie normalnych (adekwatnych) następstw. Istnienie związku przyczynowego jako zjawiska obiektywnego jest determinowane określonymi okolicznościami faktycznymi konkretnej sprawy i dlatego istnienie związku przyczynowego bada się w okolicznościach faktycznych określonej sprawy (por. wyrok SN z 08.12.2005 r. III CK 298/05 LEX nr 172174).

Podobnie wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Katowicach w orzeczeniu z dnia 18 lipca 2014 w sprawie I ACa 66/14, że istota regulacji art. 361 § 1 k.c. pozwala na przyjęcie odpowiedzialności sprawcy szkody na podstawie art. 415 k.c. tylko za typowe, a więc normalne skutki jego zawinionych (bezprawnych) zachowań, a nie za wszelkie możliwe ich następstwa, które w ciągu zdarzeń dają się nawet połączyć w jeden łańcuch przyczynowo-skutkowy. Za adekwatne, typowe następstwo określonego zachowania można więc uznać występowanie tylko takiego skutku, który daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, a więc takiego, który - przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego -

jest charakterystyczny dla danej przyczyny, jako normalny rezultat określonego zachowania, w tym także zawinionego deliktu.

Odnosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy Sąd uznał, iż powódka nie wykazała przesłanek odpowiedzialności pozwanego.

Powódka zarzucała pozwanemu, że nie została należycie poinformowana przez lekarza przeprowadzającego operację dr J. G. o konsekwencjach tej operacji, możliwych powikłaniach, co wpłynęło na fakt, że wyraziła ona zgodę na zabieg, wywodząc jednocześnie z powyższego, że brak rzetelnej informacji ze strony lekarza świadczy właśnie o jego winie.

Powyższe zarzuty należy uznać za chybione.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) 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, przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Natomiast w art. 34 ust. 1 stwierdzono, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

Jak wynika z zeznań powódki z dnia 31 marca 2015 r. powódka jasno wskazała, że wyraziła zgodę na zabieg operacyjny. Dokumentacja lekarska (historia choroby) także wskazuje, że w dniu przyjęcia powódki do szpitala tj. w dniu 7 sierpnia 2008 r. powódka wyraziła pisemną zgodę na opiekę szpitalną, leczenie i badania diagnostyczne. W ocenie Sądu brak w dokumentacji medycznej osobnego formularza z wyrażoną pisemnie zgodą powódki na zabieg operacyjny, nie miał zasadniczego znaczenia, albowiem powódka potwierdziła fakt wyrażenia zgody. Powódka potwierdziła, także, że rozmawiała z lekarzem J. G. o operacji, była informowana o fakcie, że jest to zabieg skomplikowany, a operowana będzie okolica blisko rdzenia. Powyższe znalazło potwierdzenie w zeznaniach świadka J. G., który przyznał, że rozmawiał z powódką o zabiegu, o tym, że wiąże się on z ryzykiem powikłań, a nawet z pogorszeniem stanu zdrowia. Powódka miała zatem świadomość ryzyka związanego z przeprowadzaną operacją. W świetle okoliczności przedmiotowej sprawy A. Z. w sposób świadomy wyraziła zgodę na zabieg. W tym miejscu wskazać należy na wnioski płynące z opinii biegłego W. P. (k. 161), że „nawet gdyby wymieniono taką możliwość uszkodzenia jaka spotkała powódkę, powódka i tak zgodziłaby się na operację, ponieważ zwykle chory ma nadzieję, że nie wydarzy się takie powikłanie w jego przypadku. Dolegliwości przedoperacyjne były dokuczliwe, a jedynym sposobem leczenia była operacja”. Powyższe twierdzenia biegłego, w ocenie Sądu nie są gołosłowne, a wsparte są zasadami logicznego rozumowania oraz doświadczeniem życiowym. Powódka decydując się na operację, z pewnością liczyła na poprawę swojego stanu zdrowia, a nie na jej pogorszenie. Dlatego też zgodziła się na zabieg. Zdaniem Sądu sposób postępowania lekarza J. G. w tym zakresie nie był zawiniony, a prawa pacjenta – powódki nie zostały naruszone.

Jak słusznie podnosi się w orzecznictwie, 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 sytuacji, gdy zachodzi bezwzględna konieczność operacji lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykle jego następstwa. Nie potrzebuje, a nawet nie powinien udzielać pacjentowi informacji o następstwach nietypowych nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku w wyroku z dnia 28 listopada 2012 r., w sprawie V ACa 826/12, LEX nr 1313251).

Mając na uwadze powyższe, Sąd nie znalazł podstaw do przypisania lekarzowi operującemu winy w związku z jego postępowaniem, w zakresie nienależytego udzielania informacji powódce o zabiegu i jego skutkach. Dlatego też Sąd nie podzielił stanowiska powódki, co do tego że informacja udzielona przez lekarza J. G. przed operacją była

niewystarczająca, do powzięcia przez powódkę świadomej decyzji o wyrażeniu zgody na operację. Powódka została zapoznana ze swoim stanem zdrowia, poinformowana o ryzyku operacji oraz o fakcie operowania odcinka kręgosłupa blisko rdzenia i o stopniu trudności tej operacji. Powódka wyraziła na nią zgodę. Nadto, należy zauważyć, że lekarz nie jest w stanie przewidzieć wszystkich możliwych skutków operacji, jaką będzie przeprowadzał, a jednocześnie nie ma możliwości poinformowania o nich swojego pacjenta. W ocenie Sądu lekarz operujący udzielił powódce rzetelnej informacji o stanie jej zdrowia, samym zabiegu, sposobu w jaki będzie on przeprowadzany oraz o możliwych skutkach jego wykonania. Dlatego też Sąd nie upatruje winy w postępowaniu lekarza.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, nie dawał także podstaw do stwierdzenia, że przeprowadzony u powódki zabieg usunięcia dyskopatii C5/C6 odcinka szyjnego kręgosłupa został dokonany przez personel medyczny w sposób nieprawidłowy, co z kolei w ocenie Sądu powoduje, że brak jest związku przyczynowego pomiędzy działaniem personelu medycznego, a powstałą u powódki szkodą w postaci uszczerbku na zdrowiu.

Podnosi się w literaturze przedmiotu, że błąd w sztuce medycznej jest obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność lub zaniechanie lekarza, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się zatem nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W przedmiotowej sprawie, w ocenie Sądu powyższe okoliczności nie miały miejsca. Powódka została bowiem prawidłowo zdiagnozowana i zakwalifikowana w sposób prawidłowy do leczenia operacyjnego, co stanowiło okoliczność bezsporną.

Jak wynika z opinii biegłych sądowych personel medyczny nie popełnił błędu w sztuce lekarskiej.

W okresie przedoperacyjnym powódka nie była osobą zdrową i miała obustronny zespół korzeniowy odcinka szyjnego. Podawała dolegliwości bólowe oraz drętwienia obu kończyn bardziej po stronie prawej. Powyższy zespół bólowy kwalifikował powódkę zgodnie z tabelą stałego uszczerbku na zdrowiu do przyznania 10% uszczerbku na zdrowiu (na możliwe 5% do 20%). Wskazania lekarzy do operacji były zasadne i dobrze udokumentowane, a z uwagi na dokuczliwość dolegliwości przedoperacyjnych powódki jedynym sposobem leczenia była operacja. Przy usuwaniu zwyrodnień u powódki występowała konieczność uciskania rdzenia, aby wprowadzić stancę lub łyżkę kostną pomiędzy osteolit a worek oponowy. Należy uznać, że istniała możliwość uszkodzenia rdzenia w czasie rutynowej operacji, a w przypadku nawet niewielkiego niekontrolowanego ruchu stancą, łyżką kostną lub zbyt głębokim wprowadzeniem implantu (...), graniczyła z pewnością. Przeprowadzana u powódki operacja była obciążona dużym ryzykiem. W tak zaawansowanej chorobie powyższe uszkodzenie mogło się wydarzyć w okolicznościach podanych powyżej. (...) uszkodzenia jest jednak niewielkie i powoduje wybiórcze, częściowe uszkodzenie rdzenia wielkości 1,6 mm dające zespół objawów neurologicznych, zwanych zespołem rogu tylnego. Z przeprowadzoną operacją u powódki nie należy wiązać natomiast dolegliwości obejmujących kończynę dolną prawą, albowiem w sensie neurologicznym jest to niemożliwe. Powódka doznała 5% uszczerbku na zdrowiu w wyniku powyższego zdarzenia. Niemniej jednak obecny stan jej zdrowia jest skutkiem powikłania śródoperacyjnego, możliwego w przypadku badanej w tak zaawansowanej chorobie, a nadto jest następstwem współistnienia zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, w tym wielopoziomowej dyskopatii. Nie jest natomiast wynikiem błędu w sztuce lekarskiej ani przejawem zaniedbania lub lekceważenia pacjenta.

Odnosząc się natomiast do podnoszonego przez pełnomocnika powódki zarzutu użycia podczas zabiegu operacyjnego uszkodzonego narzędzia chirurgicznego – dystraktora, mającego wpływ na uszkodzenie rdzenia i obecny stan powódki, Sąd powyższą okoliczność uznał za nie udowodnioną.

Analiza zgromadzonych w sprawie dowodów nie pozwala na stwierdzenie, że w trakcie dokonywanego zabiegu operacyjnego u powódki doszło do użycia uszkodzonego dystraktora - narzędzia służącego do rozprzestrzeniania przestrzeni międzykręgowej. Z okoliczności sprawy nie da się ustalić jakie uszkodzenia dystraktora nastąpiły i w którym momencie, co jest kluczowe przy analizie wpływu uszkodzonego narzędzia na stan zdrowia powódki.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, w ocenie Sądu brak możliwości ustalenia do jakich uszkodzeń dystraktora doszło i kiedy, co z kolei nie daje podstaw do uwzględnienia zarzutu pełnomocnika powódki w tym zakresie.

Odnosząc się natomiast do zarzutu pełnomocnika pozwanego odnośnie przedawnienia roszczenia powódki o zadośćuczynienie, zarzut ten należy uznać za chybiony.

Stosownie do art. 442^(1 §1) §1 kc roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie zobowiązanej do jej naprawienia.

Pełnomocnik pozwanego podnosił, że powódka uzyskała wiedzę o szkodzie w dniu 11 sierpnia 2008 r. – tj. w dniu jej powstania. W tym samym dniu powódka miała również wiedzę o podmiocie odpowiedzialnym za szkodę. Stąd termin przedawnienia roszczenia powódki minął najpóźniej w dniu 11 sierpnia 2011 r. Bez wpływu na ten termin pozostawał fakt zawezwania pozwanego do próby ugodowej, albowiem wnioski ten został złożony w dniu 23 stycznia 2012 r., a zatem w chwili gdy roszczenie powódki było już przedawnione.

W ocenie Sądu zarzut ten nie zasługuje na uwzględnienie. W tym względzie Sąd podzielił stanowisko strony powodowej, uznając, że trzyletni termin biegu przedawnienia winien być liczony od daty zapoznania się przez powódkę z treścią wydania decyzji lekarza orzecznika ZUS z dnia 28 stycznia 2009 r., stwierdzającego częściową niezdolność powódki do pracy, która powstała w sierpniu 2008 r. Powódka nie miała możliwości dowiedzieć się o szkodzie wcześniej, jak wskazywał na to pozwany, albowiem dopiero dokumentacja lekarza orzecznika ZUS potwierdziła istnienie uszczerbku spowodowanego operacją w sierpniu 2008 r. Dlatego też Sąd uznał, że bieg terminu przedawnienia roszczenia powódki rozpoczął się najwcześniej w dniu 28 stycznia 2009 r., niemniej jednak został on przerwany w wyniku czynności powódki w postaci zawezwania pozwanego do próby ugodowej w dniu 23 stycznia 2012 r. A zatem roszczenie powódki nie uległo przedawnieniu.

Mając na uwadze powyższe rozważania, a przede wszystkim brak zawinionego działania personelu medycznego (błędu w sztuce lekarskiej) oraz związku przyczynowego między działaniem medyków a powstałą szkodą, Sąd nie uwzględnił roszczenia powódki o zadośćuczynienie i oddalił powództwo w całości.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 102 kpc, uznając, że ich uiszczenie byłoby dla powódki zbyt uciążliwe i powódka nie byłaby ich w stanie ponieść, bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. Powódka utrzymuje się z renty w wysokości około 720 zł. Nie ma innych dochodów. Dlatego też Sąd postanowił nie obciążać powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego Szpitala Wojewódzkiego im. (...) II w B..