

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 12 października 2011 roku S. K. wystąpił przeciwko pozwanemu Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. o zapłatę kwot: 1.500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, 1.050.000 zł tytułem odszkodowania za straty finansowe spowodowane brakiem możliwości realizacji umów dotyczących korzystania z wizerunku sportowca, 268.500 zł tytułem skapitalizowanej renty za utracone stypendia sportowe, a także o zasądzenie renty z tytułu utraconych dochodów w kwotach po 15.410 zł miesięcznie począwszy od 1 września 2011 roku i na przyszłość. Powód wskazał, że dochodzone kwoty związane są z błędem medycznym, do którego doszło w dniu 6 listopada 2008 roku podczas odbywającego się u pozwanej zabiegu artroskopii kolana lewego – u powoda bez jego zgody i wiedzy wykonano mikrozłamania, które spowodowały przyrośnięcie więzadła rzepki do kości piszczelowej i utratę sprawności kolana. Na skutek tego powód nie mógł powrócić do uprawiania sportu – podnoszenia ciężarów, w szczególności uniemożliwiło to start w Igrzyskach Olimpijskich w L. w 2012 roku (pozew, k. 2 – 15).

W odpowiedzi na pozew (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. wniosła o oddalenie powództwa podnosząc, że przyczyną dolegliwości zdrowotnych powoda jest przeciążenie organizmu na skutek profesjonalnie uprawianego sportu – podnoszenia ciężarów. Po zabiegu w pozwanej klinice powód otrzymał zgodę na dalsze uprawianie profesjonalnie sportu, co oznacza, że działania medyczne pozwanej były prawidłowe. Zastosowana technika mikrozłamań jest metodą przyspieszającą gojenie ran, a nie metodą operacyjną. Ponadto powód został poinformowany o rodzaju zabiegu i możliwych jego powikłaniach (odpowiedź na pozew, k. 163 – 170).

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

W 2007 roku powód S. K. doznał kontuzji przeciążenia więzadła rzepki lewego kolana. Z uwagi na zbliżające się Igrzyska Olimpijskie w 2008 roku, w których startował, przez półtora roku stosowano u niego leczenie zachowawcze. Dopiero po zakończeniu Igrzysk, lekarz polskiej kadry olimpijskiej sztangistów M. K. zdecydował się na zabieg artroskopii kolana u powoda. Powód wyraził zgodę na zabieg artroskopii i usunięcie zwapnień pod więzadłem rzepki (zeznania powoda S. K., k. 811, 00:02:28 w zw. z k. 416, 00:02:18)

W dniu 6 listopada 2008 roku S. K. przeszedł zabieg operacyjny w (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł.. Do placówki trafił z rozpoznaniem entezopatii kończyny dolnej – przeciążenia więzadła rzepki lewej. Podpisał zgodę na zabieg operacyjny – artroskopię kolana lewego. Podczas zabiegu artroskopowego operujący – M. K. wykonał shaving kaletki podrzpekowej i mikrozłamania okolicy guzowatości piszczeli. Powód został wypisany z zaleceniem dalszego leczenia w poradni ortopedycznej, ograniczenia chodzenia przez 3 – 4 dni i rehabilitacji (historia choroby, k. 54 – 56).

Mikrozłamania guzowatości kości piszczeli przyniosło dobry efekt w postaci ustąpienia dolegliwości bólowych z tego obszaru i były właściwie dedykowane do rozpoznania klinicznego. Powód nie miał żadnego ograniczenia zakresu ruchów (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 494).

Pomimo sukcesu leczenia objawów bólowych więzadła rzepki, po zabiegu pojawiły się bóle stawu udowo – rzepkowego lewego, a podawanie leków odżywiających chrząstkę stawu kolanowego nie przyniosło efektu, powód zdecydował się na powtórny artroskopię. Operacja ta miała na celu ocenę chrząstki stawowej (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 488; zeznania prezesa zarządu strony pozwanej M. K., k. 811, 00:24:44 w zw. k. 426, 00:13:32 i k. 812, 00:34:06).

Kolejny zabieg operacyjny S. K. przeszedł w (...) w dniu 21 maja 2009 roku, kiedy to przyjęty został z rozpoznaniem skręcenia i naderwania w obrębie więzadła krzyżowego przedniego i rozmiękania chrząstki (chondromalacja). Powód podpisał zgodę na zabieg operacyjny – artroskopię kolana lewego. Podczas zabiegu artroskopowego podano komórki macierzyste. Powód został wypisany z zaleceniem dalszego leczenia w poradni ortopedycznej, ograniczenia chodzenia przez 3 – 4 dni i rehabilitacji (historia choroby, k. 57 – 59).

Wykonane w (...) podanie komórek macierzystych nie przyniosło oczekiwanej poprawy z powodu obecności bocznego podwichnięcia i pochylenia rzepki, które z kolei nie pozwoliło na odtworzenie tkanki mogącej chronić zakończenia nerwowe w obszarach uszkodzonej chrząstki stawu udowo – rzepkowego. Boczne podwichnięcie i pochylenie rzepki dotyczyło obu stawów i nie było wynikiem zabiegów w (...), lecz patologią niezależną. Nie doszło też do pełnej odbudowy siły mięśnia czworogłowego, co nie pozwalało na ustąpienie dolegliwości ze strony stawu udowo – rzepkowego i przyczyniło się do dynamicznego pogłębienia bocznego podwichnięcia i pochylenia rzepki. W tej sytuacji doktor Ś. z kliniki (...) zaproponował wykonanie bocznego uwolnienia rzepki – przecięcie torebki stawowej i bocznego troczka rzepki (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 489 – 491).

Po zabiegach w (...) w badaniach tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego stwierdzono u powoda prawidłowe ustawienia rzepki, co całkowicie wyklucza obecność skrócenia więzadła rzepki (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 494).

Po obu pobytach w (...) powód miał zaleconą rehabilitację, nie doprowadziła ona jednak do odbudowy siły mięśnia czworogłowego. Proces rehabilitacji nie mógł być kompletny po drugim zabiegu w (...) i w momencie podjęcia decyzji o kolejnym zabiegu operacyjnym – tym razem w C. C. – wkraczał dopiero w fazę intensyfikacji dedykowanych ćwiczeń oporowych, które wymagały wielomiesięcznego usprawniania i nie gwarantowały trwałej poprawy (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 494; historia choroby, k. 54 – 56 i 57 – 59).

Dalsze leczenie i zabiegi operacyjne u powoda wykonywane były w C. C. w W., gdzie S. K. rozpoczął leczenie operacyjne we wrześniu 2009 roku, a następnie przebywał w tej placówce na podstawie umów na zabiegi operacyjne z 15 lutego, 6 września i 11 października 2010 roku, zaś konsultacje lekarskie oraz badania w postaci rezonansu magnetycznego, rtg i usg miał przeprowadzane w okresie od 18 sierpnia 2009 roku do lipca 2012 roku. W szczególności w pierwszym badaniu rezonansu magnetycznego z dnia 26 sierpnia 2009 roku stwierdzono u powoda cechy wysięku i przerostu błony maziowej w stawie kolanowym lewym, pojedyncze cechy zrostu w zachyłku nadrzepkowym, rzepkę ustawioną na prawidłowej wysokości oraz chrząstkę na rzepce i chrząstkę w części centralnej powierzchni rzepkowej kości udowej z cechami chondromalacji. Przed zabiegiem operacyjnym z września 2009 roku stwierdzono u powoda ogniska chondromalacji powierzchni rzepkowej kości udowej, powierzchni stawowej rzepki i na kłykcium bocznym kości piszczelowej, uszkodzenie rogu tylnego łąkotki bocznej, zapalenie błony maziowej oraz zrosty i blizny przyczepy dystalnego więzadła rzepki. Łącznie w C. C. przeprowadzono u powoda 7 zabiegów operacyjnych (umowy, k. 60 – 72; opisy badań, k. 86 – 101, 128 – 144; dokumentacja medyczna, k. 221 – 232).

Pomimo starannej rehabilitacji prowadzonej w C. C. doszło do powikłania w postaci artrofibrozy stawu kolanowego połączonej z brakiem korekty bocznego podwichnięcia rzepki i zrostów więzadła rzepki stanowiących przyczynę minimalnego skrócenia więzadła rzepki. Pierwsza informacja o skróceniu więzadła rzepki operowanego kolana pojawiła się w badaniu RTG z 30 kwietnia 2010 roku (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 494 i 498).

Do zabiegu wykonanego w C. C. w dokumentacji medycznej nie ma ani razu informacji, że istnieje jakikolwiek problem więzadła rzepki. Pierwsze informacje o skróceniu pojawiają się 30 kwietnia 2010 roku na badaniu rentgenowskim porównawczym obu kolan i tomografii komputerowej, gdzie jest opisane skrócenie więzadła rzepki 2 – 3 mm. Druga informacja o skróceniu o 5 mm pojawia się 3 grudnia 2010 roku, po zabiegach wykonanych w C. C.. W C. C. stwierdzono skrócenie więzadła o około 10%. Jeżeli byłoby skrócenie o około 30%, to niemożliwym byłoby, żeby zespół w C. C. nie zauważył takiego skrócenia. Dokumentacja wskazuje, że zespół w C. C. dostrzegł skrócenie – ale pojawiło się ono dopiero w kwietniu 2010 roku (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 767, 00:11:09).

Skala zabiegów operacyjnych wykonanych w (...) była nieporównanie mniejsza, niż w C. C. (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 495).

Stwierdzona u powoda uszkodzenia chrząstki stawu udowo – rzepkowego występowały przed rozpoczęciem zabiegów w (...) i dotyczyły obszaru kolana uznawanego za najtrudniejszy do leczenia. Zmiany były wynikiem ponad fizjologicznych nacisków wynikających z zaburzeń stawu w postaci bocznego podwichnięcia i pochylenia oraz

przeciążeń, jakim był poddawany w wyniku uprawiania podnoszenia ciężarów przez powoda od 6 roku życia. Czynniki te spowodowały, że ostatecznie doszło do niepowodzenia w leczeniu w postaci niemożności powrotu do czynnego uprawiania zawodowego sportu przez powoda (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 495).

W dniu 27 stycznia 2009 roku pomiędzy agentem uprawnionym do reprezentowania powoda w zakresie decydowania o rozpowszechnianiu jego wizerunku, imienia i nazwiska, a firmą (...) zawarta została umowa uprawniająca do wykorzystania wizerunku sportowca w okresie od 1 lutego 2009 roku do 31 stycznia 2013 roku, na podstawie której agent miał otrzymać wynagrodzenie netto w łącznej kwocie 600.000 zł netto. Umowa ta została wypowiedziana przez kontrahenta w dniu 27 maja 2011 roku z uwagi na brak startów S. K. w zawodach sportowych (umowa, k. 37 – 47; wypowiedzenie, k. 36).

W okresie od 2008 do 2010 roku S. K., jako zawodnik (...) otrzymywał od Gminy P. stypendium sportowe w kwotach od 2.140 zł do 7.875 zł netto (zaświadczenie, k. 34).

W 2010 roku Minister Sportu i Turystyki przyznał powodowi stypendium sportowe w wysokości 6.210 zł miesięcznie (pismo, k. 119).

Aktualnie u powoda występuje chondromalacja II/III stopnia chrząstki rzepki oraz chondromalacja II/III stopnia chrząstki powierzchni rzepkowej kości udowej (opinia biegłego radiologa, k. 558).

Obecnie nie jest możliwa obiektywna ocena stanu kolana powoda po operacjach w (...), ponieważ obraz kliniczny kolana uległ radykalnej zmianie po zabiegach wykonanych w C. C.. Skrócenie więzadła rzepki jest powikłaniem po leczeniu operacyjnym w C. C.. Funkcja kolana została jednak przywrócona przez zespół (...), staw kolanowy u powoda jest całkowicie sprawny i umożliwi mu obecnie starty w walkach (...) (opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 731).

Pismem nadanym do pozwanego w dniu 23 sierpnia 2011 roku powód wezwał do zapłaty kwot: 1.500.000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, 1.050.000 zł tytułem odszkodowania, 268.500 zł tytułem skapitalizowanej renty, a także o wypłatę renty z tytułu utraconych możliwości zarobkowych w kwotach po 15.410 zł miesięcznie począwszy od 1 września 2011 roku i na przyszłość. Powód wskazał, że żądane kwoty związane są z popełnionym błędem medycznym (pismo, k. 24 – 29).

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dowodów.

Oceniając zgromadzony materiał dowodowy sąd nie dał wiary uzupełniającej opinii biegłego radiologa, zgodnie z którą po leczeniu powoda w (...) długość więzadła rzepkowego u powoda uległa skróceniu z 53,8 mm do 35,8 mm (k. 593). Przede wszystkim opinia ta jest całkowicie gołosłowna, a biegły odmówił jej uzasadnienia w tym zakresie, w szczególności opisanie dowodów, na których oparł się stawiając powyższe rozpoznanie. Ponadto – co szczególnie istotne – opinia biegłego w tym zakresie pozostaje w sprzeczności z całym materiałem dowodowym zebrany w sprawie. Tu w szczególności wskazać trzeba na to, że na skrócenie więzadła rzepki u powoda wskazują dopiero badania z kwietnia 2010 roku, po dwóch zabiegach operacyjnych w C. C.. Żaden wynik badania – rtg, tomografii komputerowej, czy rezonansu magnetycznego- wykonany przed kwietniem 2010 roku, a w szczególności pomiędzy zakończeniem leczenia powoda w (...), a przed rozpoczęciem leczenia w C. C. nie wskazuje na skrócenie więzadła. Trzeba podkreślić, że badania te nie były wykonywane u pozwanego, a w innych ośrodkach medycznych – (...) – i charakteryzują się one wyjątkowo drobiazgowymi opisami, bardzo dokładnie przedstawiającymi schorzenia w obrębie operowanego kolana u powoda. Z opisów tych jednak, aż do kwietnia 2010 roku, nie wynika, by wśród tych schorzeń wystąpiło skrócenie więzadła rzepki. Ponadto, strategia leczenia powoda w C. C. w ogóle nie uwzględniała – do połowy 2010 roku – skrócenia więzadła rzepki u powoda. Schorzenie takie nie zostało stwierdzone ani w badaniu przedmiotowym, ani w badaniach obrazowych, ani podczas operacji; leczenie operacyjne również nie było na nie ukierunkowane, aż do czasu, gdy – już po dwóch operacjach w C. C. – skrócenie to stwierdzone zostało na badaniach obrazowych, przy czym wynosiło ono wówczas 4 – 5 mm, a nie 20 mm, jak wynika z opinii biegłego radiologa. Wreszcie, opinia biegłego radiologa w tym zakresie stoi w całkowitej sprzeczności z opinią biegłego chirurga ortopedy, który wykluczył istnienie tak znacznego (ponad 30 %) skrócenia więzadła rzepki u powoda, opierając się przy tym na własnej analizie badań

obrazowych i innych badań przeprowadzonych wielokrotnie u powoda, jak również analizie postępowania zespołu leczącego powoda w C. C. (por. opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 703 – 707 i 731). Z opinii tej wyraźnie wynika, że do zabiegu wykonanego w C. C. w dokumentacji medycznej nie ma ani razu informacji, że istnieje jakikolwiek problem więzadła rzepki. Pierwsze informacje o skróceniu pojawiają się 30 kwietnia 2010 roku (skrócenie więzadła rzepki 2 – 3 mm), a następnie 3 grudnia 2010 roku (skrócenie o 5 mm), już po zabiegach wykonanych w C. C.. W C. C. stwierdzono zatem skrócenie więzadła o około 10%. Jeżeli byłoby skrócenie o około 30%, tak jak wskazał biegły radiolog, to niemożliwym byłoby żeby zespół w C. C. nie zauważył takiego skrócenia. Pomiar przez radiologa został wykonany bez podania metodologii badania, skanów (por. opinia biegłego chirurga ortopedy, k. 767 – 768).

Ponadto sąd uznał, że strona powodowa nie przedstawiła wystarczających dowodów na okoliczność braku zalecenia powodowi jakiegokolwiek rehabilitacji w po zabiegach w (...). W tym zakresie sąd dysponował z jednej strony relacją samego powoda, który zaprzeczał, by dostał takie zalecenie. Z drugiej strony lekarz operujący powoda stwierdził, że takie zalecenie zostało wydane. Rozstrzygające w takiej sytuacji znaczenie miały dokumentacja medyczna, z której wynika zalecenie rehabilitacji oraz opinia biegłego chirurga ortopedy potwierdzająca fakt zalecenia powodowi rehabilitacji i wskazująca również dodatkowo, że decyzje co do dalszego leczenia powoda w C. C. były podejmowane całkowicie niezależnie od kwestii związanych z rehabilitacją.

W związku z dokonaną oceną materiału dowodowego nie było potrzeby prowadzenia dalszego postępowania dowodowego. W szczególności sąd pominął dowody z opinii kolejnych biegłych chirurga ortopedy i radiologa, opinię chirurga ortopedy uznając za logiczną, spójną i wyczerpującą, zaś opinię radiologa we wskazanej części za pozbawioną uzasadnienia, a co za tym idzie nie mogącą być podstawą wydanego orzeczenia.

### **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 dentysty (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 należyłą 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 S. K. w klinice (...) w dniu 6 listopada 2008 roku przeprowadzono zabieg artroskopowy, podczas którego operujący – M. K. wykonał shaving kaletki podrzepkowej i mikrozłamania okolicy guzowatości piszczeli. Zastosowane leczenie przyniosło dobry efekt w postaci ustąpienia dolegliwości bólowych z tego obszaru i było właściwie dedykowane do rozpoznania klinicznego. Powód nie miał żadnego ograniczenia zakresu ruchów. Pomimo sukcesu leczenia objawów bólowych więzadła rzepki, po zabiegu pojawiły się bóle w innej okolicy, dotyczyły one bowiem stawu udowo – rzepkowego lewego. Samo zatem wykonanie shavingu i mikrozłamań podczas pierwszego zabiegu nie może być uznane za błąd medyczny, skoro było prawidłowo dedykowane do rozpoznania, prawidłowo wykonane (w tym zakresie żaden z biegłych nie wskazywał na jakiegokolwiek nieprawidłowości), a ponadto przyniosło pożądany efekt leczniczy w postaci ustąpienia bólu operowanej okolicy. Dolegliwości, które pojawiły się po zabiegu z listopada 2008 roku dotyczyły innego obszaru i nie były związane z przeprowadzoną operacją. Początkowo podano powodowi leki odżywiające chrząstkę stawu kolanowego, co jednak nie przyniosło efektu, a następnie wykonano kolejny zabieg artroskopowy, podczas którego podano komórki macierzyste. Ten zabieg nie przyniósł jednak oczekiwanego efektu leczniczego. Podanie komórek macierzystych nie przyniosło poprawy z powodu obecności bocznego podwichnięcia i pochylenia rzepki, które z kolei nie pozwoliło na odtworzenie tkanki mogącej chronić zakończenia nerwowe w obszarach uszkodzonej chrząstki stawu udowo – rzepkowego. Boczne podwichnięcie i pochylenie rzepki nie było wynikiem zabiegów w (...), lecz patologią niezależną. Zmiany te były wynikiem ponad fizjologicznych nacisków wynikających z zaburzeń stawu oraz przeciążeń, jakim był poddawany

w wyniku uprawiania podnoszenia ciężarów przez powoda od 6 roku życia. Nie doszło też do pełnej odbudowy siły mięśnia czworogłowego, co nie pozwalało na ustąpienie dolegliwości ze strony stawu udowo – rzepkowego i przyczyniło się do dynamicznego pogłębienia bocznego podwichnięcia i pochylenia rzepki. Brak efektu leczniczego drugiego zabiegu w (...) nie może być uznany za błąd medyczny, albowiem sama operacja wykonana została prawidłowo i nie doszło po niej do pogorszenia stanu zdrowia powoda. W szczególności, co zostało wyżej szeroko omówione, nie ma podstaw do uznania, że po zabiegach wykonanych przez stronę pozwaną doszło u powoda do skrócenia więzadła rzepki. W szczególności trzeba podkreślić, że po zabiegach w (...) w badaniach tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego stwierdzono u powoda prawidłowe ustawienia rzepki, co całkowicie wyklucza obecność skrócenia więzadła rzepki. Dalsze leczenie i zabiegi operacyjne u powoda wykonywane były w innej placówce medycznej – C. C. w W., gdzie przeprowadzono 7 zabiegów operacyjnych, których rozległość była nieporównywalnie większa niż zabiegów w (...).

Nie ma też podstaw do uznania zaleceń pooperacyjnych w stosunku do powoda za błąd medyczny. Podkreślić trzeba, że po obu pobytach w (...) powód miał zaleconą rehabilitację, nie doprowadziła ona jednak do odbudowy siły mięśnia czworogłowego. Proces rehabilitacji nie mógł być zresztą kompletny po drugim zabiegu w (...) i w momencie podjęcia decyzji o kolejnym zabiegu operacyjnym – w C. C. – wkraczał dopiero w fazę intensyfikacji dedykowanych ćwiczeń oporowych, które wymagały wielomiesięcznego usprawniania i nie gwarantowały trwałej poprawy. Rehabilitacja nie była prowadzona przez stronę pozwaną i trudno doszukać się tu jakiegokolwiek błędu, czy zaniechania leczniczego.

Ostatecznie u powoda doszło do powikłania w postaci artrofibrozy stawu kolanowego połączonej z brakiem korekty bocznego podwichnięcia rzepki i zrostów więzadła rzepki stanowiących przyczynę minimalnego skrócenia więzadła rzepki. Było to jednak powikłanie związane nie z leczeniem operacyjnym powoda w (...), lecz w kolejnym ośrodku – (...), gdzie skala i rozległość zabiegów była nieporównywalnie większa i gdzie faktycznie stwierdzono skrócenie więzadła rzepki (już po operacjach wykonanych przez tę klinikę). Obecnie nie jest możliwa obiektywna ocena stanu kolana powoda po operacjach w (...), ponieważ obraz kliniczny kolana uległ radykalnej zmianie po zabiegach wykonanych w C. C.. Funkcja kolana u powoda została jednak przywrócona przez zespół (...) i staw kolanowy jest aktualnie całkowicie sprawny.

Podobnie jak w każdym przypadku braku satysfakcjonującego wyniku operacji, tak i tutaj o błędzie lekarskim i 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. Niewątpliwie ocena zgodności postępowania lekarza z przyjętym standardem leczenia wymaga wiadomości specjalnych i takie wiadomości specjalne zostały przez sąd w rozpoznawanej sprawie wykorzystane w postaci opinii lekarza chirurga ortopedy. Zgodnie z tą opinią postępowanie lekarza operującego podczas przeprowadzania operacji nie odbiegało od standardu leczenia w tego typu przypadkach, a tym samym nie można mu zarzucić popełnienia błędu lekarskiego.

Ostatecznie stwierdzić trzeba, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie co do prawidłowości diagnostyki w (...), przebiegu zabiegów operacyjnych i zaleceń pooperacyjnych nie pozwolił na ustalenie, że doszło do błędu medycznego.

W tej sytuacji – z uwagi na niespełnienie wszystkich przesłanej odpowiedzialności odszkodowawczej, powództwo podlegało oddaleniu. Zbędne w tej sytuacji stają się rozważania w zakresie wyrządzonej powodowi szkody w zakresie zadośćuczynienia związanego z popełnionym błędem medycznym oraz co do wysokości utraconych przez powoda dochodów.

Dodatkowo wskazać należy, że roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz **roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta** (art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2012/159 tekst jedn. ze zmianami, w zw. z art. 448 k.c.) mają odrębny charakter, określając zasady odpowiedzialności za różne czyny bezprawne (wyrok SN z dnia 29 maja 2007r., V CSK 76/07). Przepis art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast przepis

art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta – niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego.

Mając powyższe na względzie, z uwagi na sformułowane przez powoda zarzuty, w niniejszej sprawie roszczenie o zadośćuczynienie należało ocenić także w oparciu treść art. 4 ustawy o prawach pacjenta, przy czym powód upatrywał naruszenia jego praw w dokonaniu podczas zabiegu operacyjnego w dniu 6 listopada 2008 roku mikrozłamań bez jego zgody. Zarzutu tego nie sposób jednak podzielić. Przepis art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. Zgoda pacjenta nie może być zgodą blankietową (na dowolne działanie lekarza), ale też nie jest wymagana zgoda na wszystkie szczegółowe czynności medyczne, które przeprowadza lekarz podczas danego zabiegu. W ocenie sądu, zgoda powoda na zabieg artroskopowy kolana lewego (udzielona przez powoda przed każdym z zabiegów w (...)) jest wystarczająca do przyjęcia, że w ramach tej zgody lekarz może przeprowadzać czynności medyczne możliwe do przeprowadzenia w trakcie tego typu zabiegu i dotyczące kolana lewego. Nie ma potrzeby udzielania zgody na poszczególne czynności medyczne w ramach zabiegu artroskopii i też nie ma możliwości udzielenia z góry takiej zgody, skoro dopiero podczas przeprowadzania zabiegu artroskopowego lekarz operujący może w pełni ocenić stan operowanego narządu i zastosować adekwatne do tego stanu czynności operacyjne. Zgoda na zabieg artroskopowy u powoda precyzuje organ, którego zabieg ma dotyczyć i jest to wystarczające do uznania, że nie ma ona charakteru blankietowego. Dodać przy tym trzeba, że wykonane mikrozłamania służą przyspieszeniu gojenia ran i nie stanowią samodzielnej metody operacyjnej, zaś ich wykonanie przyniosło dobry efekt w postaci ustąpienia dolegliwości bólowych z operowanego obszaru.

W świetle powyższego, zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta roszczenie powoda również nie zasługiwało na uwzględnienie, co ostatecznie skutkowało oddaleniem powództwa w całości.

Z uwagi charakter sprawy oraz niewątpliwie cierpienia jakich powód doznał w związku z niepełnym zrealizowaniem leczniczego celu operacji i jej komplikacjami, a także fakt, iż do ostatecznej oceny zgłoszonego roszczenia wymagane było postępowanie sądowe i powołanie w nim opinii biegłych, sąd, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powoda kosztami postępowania poniesionymi przez pozwanego.