

Sygn. akt II C 385/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 listopada 2016 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach Wydział II Cywilny Ośrodek (...) w R.

w składzie:

Przewodniczący: SSR del. Sławomir Łabuz

Protokolant: Izabela Kucza

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 8 listopada 2016 roku w R.

sprawy z powództwa Z. K.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

i Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej

Szpitalowi (...) w R.

o zapłatę i ustalenie

1. zasądza od pozwanych (...) Spółki Akcyjnej w W. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w R. na rzecz powódki Z. K. (K.) kwotę 105.020,00 zł (sto pięć tysięcy dwadzieścia złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od 23 kwietnia 2014 r. z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;
2. zasądza od pozwanych (...) Spółki Akcyjnej w W. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w R. na rzecz powódki Z. K. (K.) kwotę 2.219,88 zł (dwa tysiące dwieście dziewiętnaście złotych 88/100) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 28 listopada 2014 r. z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;
3. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
4. zasądza od pozwanych (...) Spółki Akcyjnej w W. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w R. na rzecz powódki Z. K. (K.) kwotę 8.984 zł (osiem tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt cztery złote) tytułem zwrotu kosztów procesu z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;
5. nakazuje pobrać od pozwanych (...) Spółki Akcyjnej w W. i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w R. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Gliwicach Ośrodka (...) w R. kwotę 5.392,82 zł (pięć tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt dwa złote 82/100) tytułem należnych w sprawie kosztów sądowych z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

SSR del. Sławomir Łabuz

Sygn. akt: II C 385/14

UZASADNIENIE

Powódka Z. K. pozwem z dnia 23.09.2014 r. domagała się zasądzenia od pozwanych in solidum kwoty 100.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 23.04.2014 r. tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, kwoty 5.020 zł tytułem odszkodowania za zakup aparatów słuchowych oraz kwotę 2.219,88 zł tytułem zwrotu kosztów przejazdu na leczenie. Nadto, domagała się ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość za skutki ich działań. Podniosła, iż przebywała w pozwanym szpitalu z powodu złamanej nogi. Wskutek niewłaściwie przeprowadzonego leczenia antybiotykami, utraciła słuch. Utrata słuchu spowodowała konieczność leczenia w Klinice (...) w N.. Powódka domaga się zwrotu 4 podróży do kliniki, każda 2*332 km łącznie 2.656 km. Powódka zastosowała przelicznik 0,8358 zł za km co dało dochodzoną kwotę 2.219,88 zł. Dodatkowo zmuszona była zakupić dwa aparaty słuchowe których łączny koszt wyniósł 5.630 zł przy czym NFZ zrefundowała jedynie kwotę 610 zł. Różnicę tj. 5.020 zł dochodzi od pozwanych.

Pozwane (...) wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów. Zarzuciło, iż leczenie było zgodne z zasadami sztuki medycznej a z ostrożności wskazało, iż roszczenie jest zawyżone.

Pozwany Szpital wniosł o oddalenie powództwa. Wskazał, iż pozwany szpital przeprowadził procedury ratujące życie. Nastąpiła kolizja dóbr pacjenta - czynności ratujące życie mogły bowiem narazić ją na powikłania. Zastosowane leczenie było jedynym zgodnym ze sztuką i wiedzą medyczną sposobem wyprowadzenia powódki ze stanu zagrożenia życia.

Sąd ustalił

Powódka Z. K. po złamaniu trzonu kości piszczelowej dnia 13 sierpnia 2011 r. została przyjęta do Wojewódzkiego Szpitala (...) w R. z rozpoznaniem „złamanie trzonu kości piszczelowej” gdzie przebywała do dnia 19 sierpnia 2011 r. W wyniku badania stwierdzono obrzęk i bolesność podudzia prawego. W dniu 13.08.2011r. wykonano zabieg operacyjny tj. zespolenie złamania trzonu kości piszczelowej prawej płytką (...) (otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją - kość piszczelowa/kość strzałkowa). W przedoperacyjnej konsultacji anestezyjologicznej odnotowano m.in., iż powódka „nie leczy się przewlekle, nadciśnienie tętnicze”. Przy wypisie ze szpitala w dokumentacji medycznej odnotowano: „pacjentka po upadku w domu przyjęta do Oddziału w trybie nagłym. Wykonano RTG. Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Zabieg operacyjny dnia 13.08.2011. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Powódka została spionizowana na oddziale. W stanie ogólnym i miejscowym pacjentkę wypisano z Oddziału do dalszego leczenia ambulatoryjnego”. Zalecono kontrolę w Poradni Urazowo-Ortopedycznej za 7 dni, zakaz obciążania kończyny dolnej prawej” (dowód: k. 13-26).

Po 7 dniach od wypisu u powódki pojawiła się wysoka gorączka, obrzęk i sączenie z rany pooperacyjnej. Została ponownie przyjęta do szpitala w dniu 31.08.2011 roku z rozpoznaniem: „zakażony staw rzekomy podudzia prawego”. Przy przyjęciu powódki stwierdzono, iż pozostaje w dobrym kontakcie słowno - logicznym, otyłość, stan po złamaniu goleni. W karcie obserwacji rany po zabiegu operacyjnym prowadzonej codziennie od dnia 01.09.2011 r. odnotowywano m.in.: w dniach od 01 do 5 września 2011 r. „zacerwienie rany, dnia 05 września 2011 roku wysięk ropny, od dnia 11 września 2011 r. martwica, mała przetoka, wysięk ropny od dnia 25 września 2011 strupy martwicze, od dnia 28 września 2011 r. ranę z punktową, czarną martwicą, w dniach 5 i 13 października 2011 r. pobrano posiewy (rana z wysiękiem surowiczo-ropnym), dnia 13 listopada 2011 rana z wysiękiem krwistym, w dniu 18 listopada 2011 roku rana bez cech zapalnych, dnia 28 listopada 2011 r. założono drenaż ssąco - próżniowy, od stycznia 2012r. ubytek skórny, wysięk surowiczo - ropny, w dniu 12.01.12r. czyszczenie i łyżeczkowanie rany.

W dniach od 6 do 8 października 2011 roku powódka zaczęła zauważać pogorszenie się słuchu, narastanie szumu usznego, co zgłaszała personelowi oddziału. W dniu 18.10.2011 doszło do całkowitej utraty słuchu z nasileniem szumu usznego. Została skonsultowana laryngologicznie i włączono leczenie mające na celu poprawę słuchu. Zastosowano sterydy ogólnie i lek poprawiający mikrounaczynienie ucha wewnętrznego co nie przyniosło poprawy. Doszło do nieodwracalnego uszkodzenia słuchu o charakterze odbiorczym.

W wyniku konsultacji anestezyjologicznej przedoperacyjnej, przeprowadzonej w 3 listopada 2011 r. jako chorobę współistniejącą odnotowano „głuchotę po antybiotykach”. W dniu 07.11.2011r. wykonano zabieg operacyjny -

usunięcie zespolenia pod kontrolą RTG z podudzia prawego. Pobrano posiew z rany, wycięcie i zamknięcie przetoki, założono szynę gipsową stopowo – udową. W przebiegu choroby odnotowano m.in.: w dniu 03 listopada 2011 konsultacja internistyczna która nie odbyła się gdyż pacjentka samowolnie opuściła oddział. W dniu 4 listopada 2011 r. pacjentka odmówiła przyjmowania zleconych leków. W dniu 17 listopada 2011r. po długotrwałym stosowaniu leku D., zlecono zmniejszenie dawki leku o połowę. W dniu 19.01.12r. stwierdzono jatrogenne uszkodzenie słuchu, wypisano wnioski na aparat słuchowy do ucha prawego.

Ponownie, powódka przebywała w pozwanym szpitalu w okresie 23 stycznia do 14 lutego 2012 r. z rozpoznaniem: „zakażony staw rzekomy goleni prawej”. W dniu 26.01.2012 wykonano zabieg operacyjny: „resekcja strzałki, wycięcie przetoki, wycięcie stawu rzekomego piszczeli, stabilizacja zewnętrzna. Zastosowano również leczenie farmakologiczne. Przy wypisie odnotowano, iż pacjentka była leczona operacyjnie w dniu 26.01.2012r. Resekcja strzałki, wycięcie przetoki, wycięcie stawu rzekomego piszczeli, stabilizacja zewnętrzna. Pacjentka przyjęta planowo celem dalszego leczenia zakażonego stawu rzekomego podudzia lewego. Pobyt na Oddziale niepowikłany. W stanie ogólnym i miejscowym dobrym pacjentkę wypisano z Oddziału do dalszego leczenia ambulatoryjnego W zaleceniu odnotowano: kontrola w Poradni Urazowo-Ortopedycznej za 2 tygodnie (dowód: k. 137-158, 548-549, 560-562).

Po raz kolejny powódka przebywała w pozwanym szpitalu w okresie 16 kwietnia do 25 maja 2012r. z rozpoznaniem: stan po złamaniu podudzia prawego z zapaleniem kości. Staw rzekomy kości piszczelowej. Wygojony stan zapalny kości. Ubytek słuchu. W dniu 10.05.2012r.: zespolenie złamanie gwoździem śródszpikowym piszczelowym a w dniu 18.04.2012r.: usunięcie stabilizatora Zastosowana leczenie farmakologiczne. W epikryzie wpisowej odnotowano, iż powódka jest po leczeniu zakażonego stawu rzekomego. Uzyskano pełne wygojenie rany i normalizację wskaźników zapalnych. Zespolono złamanie gwoździem śródszpikowym. Po okresie rehabilitacji wypisano do domu. Zalecono częściowe obciążanie kończyny operowanej oraz kontrolę w (...) za ok 2 tygodnie (dowód: k. 159-210).

U powódki rozpoznanie kliniczne, określone jako „zakażenie stawu rzekomego podudzia prawego jako powikłanie złamania trzonu piszczeli prawej, przy przyjęciu jej na Oddział Urazowo - Ortopedyczny pozwanego szpitala było prawidłowe. We wczesnym okresie pooperacyjnym tj. po zabiegu operacyjnym w dniu 13 sierpnia 2011 r. pojawiły się objawy stanu zapalnego w miejscu operowanym, co uzasadniało wdrożenie postępowania diagnostyczno-leczniczego w warunkach szpitalnych.

Postępowanie medyczne wdrożone wobec powódki przez pozwanego szpitala było nieprawidłowe - dotyczyło zarówno diagnostyki mikrobiologicznej, jak i antybiotykoterapii (w ogólności, a w szczególności do stosowania aminoglikozydów takich jak gentamycyna i biodacyna).

Dokumentacja medyczna z pobytu szpitalnego chorej w okresie 31.08.2011 r - 19.01.2012r. na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym wskazuje, iż podstawowe badania laboratoryjne w okresie do czasu włączenia u powódki w leczeniu antybiotyków aminoglikozydowych w dniu 16.09.2011 r, zostały zlecone i wykonane w dopuszczalnym zakresie (morfologia krwi obwodowej, badanie układu krzepnięcia, badanie ogólne moczu, oznaczenie poziomu glukozy, elektrolitów i kreatyniny surowicy krwi). Wyniki tych badań nie ujawniły przeciwwskazań zdrowotnych do zastosowania antybiotyków aminoglikozydowych. Również dane dotyczące stanu klinicznego pacjentki przy przyjęciu w dniu 31 sierpnia 2011 r. wskazujące zwłaszcza na wydolność narządu słuchu, nie wykazały takich przeciwwskazań.

Z punktu widzenia mikrobiologii klinicznej należy stwierdzić, że doszło do opóźnienia diagnostyki mikrobiologicznej miejsca zakażenia o 2 tygodnie — powódka została przyjęta do szpitala w dniu 31.08.2011 r. a materiał do badania pobrano po raz pierwszy dopiero w dniu 13.09.2011. - przez ten czas kontynuując nieskuteczne leczenie empiryczne, przy pogarszającym się stanie klinicznym miejscowym co wynika z zapisów karty obserwacji rany po zabiegu operacyjnym prowadzonej od dnia 01.09 2011 r.

Prawidłowo, w przypadkach zachorowania takiego rodzaju jak u powódki nawet w trakcie antybiotykoterapii, posiewy z zakażonej rany należy pobierać co kilka dni, ponieważ dość często zmienia się flora bakteryjna. Zwykle terapię antybiotykową prowadzi się do 5 dni. Po tym czasie „płynnie” się ją przedłuża, jeżeli jest to uzasadnione na podstawie wyników badań bakteriologicznych lub zmienia się antybiotyk, albo jest on odstawiany. W miarę możliwości, do

działań rutynowych, należą konsultacje ze specjalistą bakteriologiem. Jeżeli w ośrodku, w którym chora była leczona, pracuje specjalista bakteriolog, to lekarze winni korzystać z jego rad.

Badanie mikrobiologiczne i sposób jego przeprowadzenia nie daje podstaw do kwestionowania jego wyniku. Nieprawidłowości w antybiotykoterapii dotyczyły natomiast niewłaściwej interpretacji wyniku oraz nieprawidłowości w stosowaniu leków. A. u powódki nie była właściwa. Początkowo, od dnia przyjęcia powódki do szpitala, stosowano u niej lek z grup cefalosporyn - cefuroksym (Z.). Dawkowanie było akceptowalne choć nieoptymalne. Właściwsze byłoby dawkowanie 3x dziennie a nie 2 x jak w przypadku powódki. Niewłaściwe było jednak stosowanie tego antybiotyku przez 2 tygodnie, pomimo brak poprawy, a wręcz pogarszania się stanu klinicznego miejscowego. Natomiast późniejsze stosowanie aminoglikozydów – gentamycyny i amikacyny (B.) – było ewidentnie nieprawidłowe. Wprawdzie wyizolowane patogeny były farmakologicznie wrażliwe, ale stosowanie aminoglikozydów powinno się odbywać w skojarzeniu z lekami działającymi na struktury zewnętrzne bakterii (B- laktamy, glikopetydy, polimyksyny), a pozwany szpital zastosował 2 aminoglikozydy a nie podano żadnego leku z w/w grup. Skojarzenie 2 aminoglikozydów było nieprawidłowe, ponieważ nie dawało żadnych korzyści leczniczych (oba antybiotyki działają w tym samym miejscu w komórce bakteryjnej) a mogło zwiększyć działania niepożądane. Takie postępowanie niewątpliwie zwiększyło ryzyko potencjalnych działań niepożądanych (ototoksyczność).

Przy dawkowaniu aminoglikozydów należy odnosić się do aktualnej masy ciała pacjenta. Dawka gentamycyny była bardzo niska (stosując odpowiedni przelicznik należałoby przyjąć, że powódka ważyła nieco ponad 30 kg) natomiast dawka amikacyny była ekstremalnie wysoka (odpowiednie przeliczniki dawałyby masę ciała powódki ponad 130 kg). Ponadto przy amikacynie producent nie zaleca przekraczania dawki 1,5 g na dobę, a powódce podawano 2 g (2x1,0 g). A zatem, dawkowanie było nieprawidłowe.

Czas stosowania aminoglikozydów u powódki był ekstremalnie długi. Oba leki włączono dnia 16.09.2011r. i stosowano przez okres jednego miesiąca (gentamycynę do dnia 13.10.2011r. a amikacynę do dnia 19.10.2011r. Podstawowe zasady wiedzy medycznej wskazują, że stosowanie aminoglikozydów nie może przekraczać czasu 7-10 dni. Dłuższe ich podawanie dopuszczalne jest jedynie wyjątkowo a w przypadku powódki nie zachodziły żadne okoliczności to uzasadniające. A zatem czas podawania aminoglikozydów był niewłaściwy. Nadto, w przypadku powódki nie stosowano żadnych dodatkowych badań oraz nie monitorowano jej stanu klinicznego, co także było nieprawidłowe. Z uwagi na toksyczne działanie aminoglikozydów na nerki i słuch należało regularnie oceniać te narządy i monitorować stężenie leków- co najmniej co kilka dni (w USA za postępowanie błędne w praktyce uchodzi brak regularnego monitorowania stężenia leków z tej grupy we krwi). W przypadku powódki nie przzerwano leczenia pomimo stwierdzenia działań niepożądanych, co także było nieprawidłowe.

Należy wskazać, że w sytuacji zachorowania powódki można było zastosować inne leczenie, które byłoby prawidłowe zwłaszcza że ujawniony badaniem mikrobiologicznym w wymazie z rany, tj. gronkowiec złocisty (oporny na metycylinę) był wrażliwy, m.in. na antybiotyki z grupy fluorochinolonów. Wdrożona terapia nie była leczeniem ratującym życie. Jej celem było opanowanie miejscowego stanu zapalnego oraz uzyskanie zrostu kostnego. Dokumentacja medyczna nie potwierdzała, że proces zapalny miał charakter uogólniony lub istniało istotne zagrożenie rozwoju takiego stanu. Jakkolwiek leczenie powódki miało charakter kompleksowy (farmakoterapia, opatrunki, procedury chirurgiczne) i charakteryzowało się etapowością działań, to jednak nie powinno przekraczać czasu 7-10 dni podawania aminoglikozydów. Jeżeli planowana jest dłuższa terapia (tj. istnieją do niej wyraźne wskazania), to trzeba rozważyć ewentualną możliwość uzyskania korzyści terapeutycznych w kontekście możliwości ryzyka wystąpienia powikłań. O tym powódka nie była poinformowana przez pozwany Szpital i nie wyraziła odrębnej zgody na terapię przedłużoną.

Miejscowy proces zapalny był powodem braku zrostu złamania kości piszczelowej. Działaniem priorytetowym było w początkowej fazie leczenia, jego wygojenie. Był to warunek konieczny do możliwości wdrożenia procedur leczniczych ostatecznych, polegających na stabilnym zespoleniu złamania kości piszczelowej z zastosowaniem procedur chirurgicznych mających na celu stymulację zrostu kostnego. Podjęcie takich działań możliwe jest dopiero po wygojeniu procesu zapalnego. W zakresie działań chirurgicznych, postępowanie medyczne było prawidłowe.

W przypadku wyizolowanego gronkowca złocistego podstawowymi lekami są glikopeptydy (na czele z wankomycyną), jak również można było podać linezolid czy ciprofloksacynę. Natomiast jednoczesne stosowanie dwóch aminoglikozydów nie było prawidłowe. W przypadku stosowania aminoglikozydów, po wystąpieniu u pacjenta jakichkolwiek objawów ze strony narządu słuchu (i równowagi) w tym np. szumu w uszach, obligatoryjne jest odstawienie tych antybiotyków. Wynik badania audiometrycznego z 12.10.2011 r. niewątpliwie wskazywał na występowanie u powódki obustronnego niedosłuchu.

Przeprowadzone badanie sędowo-lekarskie, w tym specjalistyczne otolaryngologiczne, wykazało u powódki całkowitą głuchotę ucha prawego i resztki słuchowe ucha lewego. Aktualny, tabelaryczny uszczerbek na zdrowiu u powódki związany przyczynowo z ww. rozpoznaniem można określić na 50 %.

Stan kliniczny powódki przy przyjęciu w dniu 31.08.11r. wskazywał na pełną wydolność narządu słuchu. Dodatkowo, w przypadku powódki, przy stosowanej od dnia 16.09.12r. terapii aminoglikozydami - od dnia 12 października kilkakrotnie było wykonywane badanie audiometryczne oraz badanie potencjałów pniowych ((...)), których wyniki wskazywały na stopniowe pogorszenie się słuchu, co przy uwzględnieniu charakteru uszkodzenia słuchu w całości niewątpliwie przemawia za zaistnieniem związku przyczynowego pomiędzy początkowo niedosłuchem, następnie praktyczną głuchotą - z zastosowanym leczeniem antybiotykami aminoglikozydowymi.

Uszkodzenie słuchu u powódki ma charakter trwały, tj. nieodwracalny i nie rokuje już poprawy na przyszłość. Z tego powodu w styczniu 2012 r. powódka została zaprotezowana aparatem słuchowym na ucho lewe, a w kwietniu 2014r. przeszła zabieg założenia implantu słuchowego (niewątpliwie oszczędzającego) ucho prawe i jego aktywację w maju 2014 roku. W chwili obecnej powódka posługuje implantem oraz aparatem słuchowym i tylko dzięki temu jej słuch można uznać wydolny społecznie. Powódka bez aparatu i implantu nie słyszy. W badaniu audiometrycznym – w uchu prawym brak było reakcji słuchowej natomiast w uchu lewym pozostały resztki słuchowe na poziomie 80-100 dB.

Zgodnie z literaturą fachową dotyczącą leczenia chorób infekcyjnych, w przypadku aminoglikozydów stosowanych dożylnie częstość ototoksyczności to 3%-14% pacjentów objętych tą terapią. Wynik ten dotyczy jednak prawidłowego stosowania leków natomiast postępowanie medyczne w zakresie stosowania aminoglikozydów nie było w przypadku powódki prawidłowe.

(dowód: opinia instytutu naukowo – badawczego k. 612-650)

Przez okres pierwszych dwóch tygodni drugiego pobytu powódki w pozwanym Szpitalu, ani powódka ani też jej córka J. nie mogły uzyskać konkretnych informacji o zdrowiu powódki gdyż – jak wyjaśniano - nie było ordynatora. Po tym okresie pojawił się lekarz - p.o. ordynatora - i poinformował, iż powódka ma gronkowca i przeniesiono ją do izolatki. Od 6 października powódka informowała odwiedzającą ją córkę, iż „szumi jej” w głowie. Powódka zgłaszała to również w trakcie wieczornych wizyt co całkowicie zbagatelizowano tłumacząc najpierw ciśnieniem. Nadal jednak w sprawie powódki, rodzina nie mogła uzyskać żadnych szczegółów. Dnia 17 października powódka poinformowała córkę, iż nie słyszy. Wówczas ta udała się do lekarza gdzie poinformowano ją, iż są powikłania po zastosowaniu leku. Zastosowano inne leki po których opuchła. W reakcji na utratę słuchu oraz traktowanie personelu powódka odmówiła więc przyjmowania dalszych leków (k. 548-549, 560-562).

Po opuszczeniu szpitala powódka nie wiedziała gdzie i jakie podjąć kroki, nie otrzymała w tym zakresie wsparcia szpitala. Udała się do lekarza w R. gdzie dostała skierowanie do Kliniki (...) w W. gdzie była konsultowana. W styczniu 2012 r. powódka została zaprotezowana aparatem słuchowym na ucho lewe. Powódka mając nadzieję na uratowanie słuchu udała się do prywatnego gabinetu lekarza neurologa M. W.. Lekarz po kilku wizytach wskazał jednak, iż leczenie jest bezskuteczne, koniecznym jest implant. W kwietniu 2014r. przeszła zabieg założenia implantu słuchowego ucha prawego i jego aktywację w maju 2014 roku (k. 548-549, 560-562).

Powódka w Klinice (...) była 5 razy wraz z córką lub synem którzy zawozili ją samochodem. Podróż w jedną stronę wyniosła 332 km, łącznie 4 podróże to 2.656 km. Sam implant został założony ze środków NFZ natomiast dodatkowo

zmuszona była zakupić dwa aparaty słuchowe których łączny koszt wyniósł 5.630 zł przy czym, NFZ zrefundowała jedynie kwotę 610 zł. Pozostała różnica 5.020 zł (k. k. 218-219, 548-549, 560-562).

Po utracie słuchu życie powódki uległo decydującej zmianie. Po wyjściu ze szpitala początkiem 2012 r. była całkowicie niesłysząca, nie chodziła – z uwagi na złamaną nogę. Popadła w depresję, córce mówiła, że nie ma po co żyć. Wcześniej była czynną i aktywną osobą, wspierała dzieci. Po wyjściu ze szpitala zaczęła się izolować od środowiska, ponieważ nic nie słyszała, nie mogła się porozumiewać. Czuła się gorsza i zupełnie bezużyteczna. Powódka nie mogła komunikatywnie umawiać się przez telefon. Potrzebuje wsparcia osoby trzeciej, pomagają jej dzieci albo kuzynka, która mieszka w pobliżu. Nie odbiera i nie rozmawia przez telefon, porozumiewa się wysyłając sms-y (dowód: k. 548-549, 560-562).

Sąd zważył

Podstawą prawną odpowiedzialności pozwanego Szpitala jest art. 430 kc. Przepis ten przewiduje, że ten kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu jego kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art.430 kc w zw. z art. 415 kc zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej. Zatem, pozwany szpital ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Na gruncie art. 430 k.c., co stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 kwietnia 1975 r., do przyjęcia winy osoby wskazanej w powołanym przepisie, nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego - wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75). Należy zaznaczyć, że Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne z przepisami prawa lub też - w stosunku do lekarza - naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania lub występował zakaz zaniechania. Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.

Z kolei podstawą prawną odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela sprawcy są zawarte umowy ze szpitalem zgodnie § 2 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki w zw. z art.822 kc, odpowiedzialność ubezpieczyciela stanowi pochodną odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody. Stosownie do art. 822 § 4 k.c. uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Zgodnie z § 2. 1 i 3 powołanego wyżej rozporządzenia, Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2, bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań.

Poza sporem pozostawało, iż w okresie pobytu powódki w pozwanym Szpitalu pozwany (...) S.A. w W. udzielał ochrony ubezpieczeniowej w zakresie szkód wyrządzonych w związku z prowadzoną działalnością leczniczą Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) w R..

Ustalenie winy lekarza w procesie diagnostycznym i leczeniu wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Opinią biegłych sąd nie jest przede wszystkim związany w zakresie zastrzeżonym do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy co do oceny, czy zachowanie lekarza było obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Jeżeli zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie.

W sprawie mamy do czynienia z dość jasną sytuacją. Postępowanie medyczne wdrożone wobec powódki przez pozwany szpital było nieprawidłowe i dotyczyło zarówno diagnostyki mikrobiologicznej jak i antybiotykoterapii. Po pierwsze doszło do opóźnienia diagnostyki mikrobiologicznej miejsca zakażenia o 2 tygodnie – powódka została przyjęta do szpitala w dniu 31.08.2011 r. a materiał do badania pobrano po raz pierwszy dopiero w dniu 13.09.2011. - przez ten czas kontynuując nieskuteczne leczenie przy pogarszającym się stanie klinicznym miejscowym. Prawidłowo, nawet w trakcie antybiotykoterapii posiewy z zakażonej rany należy pobierać co kilka dni gdyż często zmienia się flora bakteryjna. Nieprawidłowości w antybiotykoterapii dotyczyły natomiast niewłaściwej interpretacji wyniku oraz nieprawidłowości w stosowaniu leków i to od samego początku. Początkowo zastosowano lek którego dawkowanie było akceptowalne choć nieoptymalne. Niewłaściwe było jego stosowanie przez 2 tygodnie, pomimo pogarszania się stanu klinicznego miejscowego. Natomiast późniejsze stosowanie aminoglikozydów było już ewidentnie nieprawidłowe. Pozwany szpital zastosował 2 aminoglikozydy których skojarzenie było nieprawidłowe ponieważ nie dawało żadnych korzyści leczniczych. Oba antybiotyki działały w taki sam sposób a ich skojarzenie zwiększało jedynie ryzyko potencjalnych działań niepożądanych. Zastosowana przez szpital dawka gentamycyny była bardzo niska natomiast dawka amikacyny była ekstremalnie wysoka. Ponadto dawkowanie amikacyny było nieprawidłowe. Czas stosowania aminoglikozydów u powódki był ekstremalnie długi tj. przez okres jednego miesiąca zaś podstawowe zasady wiedzy medycznej wskazują, że stosowanie nie może przekraczać czasu 7-10 dni. U powódki nie zachodziły żadne okoliczności uzasadniające tak długie stosowanie. Nadto, nie stosowano żadnych dodatkowych badań oraz nie monitorowano jej stanu klinicznego co jest koniecznością z uwagi na toksyczne działanie aminoglikozydów na nerki i słuch. Co więcej, w przypadku powódki nie przerwano leczenia pomimo stwierdzenia działań niepożądanych. W sytuacji zachorowania powódki można było zastosować inne leczenie, które byłoby bardziej prawidłowe. Dodatkowo, wbrew zarzutom szpitala, wdrożona terapia nie była leczeniem ratującym życie.

Podsumowując należy wskazać, iż zgodnie z literaturą fachową w przypadku aminoglikozydów stosowanych dożylnie częstość ototoksyczności to 3%-14% pacjentów objętych tą terapią. Wynik ten dotyczy jednak prawidłowego stosowania leków natomiast postępowanie medyczne w zakresie stosowania aminoglikozydów było wobec powódki nieprawidłowe. Zatem skoro przy prawidłowym stosowaniu możliwość powikłań wynosi do 14% to w przypadku złego dawkowania 2 leków z tej samej grupy przez ekstremalnie długi czas możliwość działań niepożądanych jest wielokrotniona. Tym bardziej, brak bieżącego monitorowania takiej sytuacji obciąża pozwany Szpital w szczególności zaś, zignorowanie sygnałów powódki co do narządu słuchu.

Stosownie do treści art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. O rozmiarze należnego zadośćuczynienia decyduje rozmiar doznanej krzywdy, zadośćuczynienie ma bowiem na celu naprawienie szkody niemajątkowej, wyrażającej się doznaną krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Oceniając zatem rozmiar doznanej krzywdy Sąd wziął pod rozwagę całokształt okoliczności, w tym rodzaj doznanych przez poszkodowaną obrażeń i rozmiar związanych z tym cierpień fizycznych i psychicznych, ich nasilenie i czas trwania, nieodwracalność następstw, kalectwo i jego stopień, oszpecenie, szanse na przyszłość, wiek poszkodowanej, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową, konieczność korzystania ze wsparcia bliskich. Powódka została przyjęta ze złamaną nogą - ze szpitala wyszła zaś jako osoba niesłysząca, która na trwałe utraciła słuch. Zwrócić należy uwagę przede wszystkim na zaniechania personelu któremu powódka zgłaszała szумы. Poczucie opuszczenia i bezradności pomimo leczenia w szpitalu musiało drastycznie pogłębić u powódki poczucie krzywdy. Należy również uwzględnić załamanie, obawy o przyszłość swoją, możliwość funkcjonowania. W tej sytuacji, biorąc pod uwagę zawinione okoliczności, w uznaniu Sądu właściwą kwotą zadośćuczynienia za doznaną krzywdę jest dochodzona

kwota 100.000 zł która dla powódki stanowi ekonomicznie odczuwalną wartość, przy uwzględnieniu aktualnej stopy życiowej społeczeństwa. Wobec tego, Sąd w pkt 1 wyroku zasądził dochodzoną kwotę z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego pozwanego odpowiadają bowiem in solidum.

Odsetki ustawowe za opóźnienie Sąd zasądził od 23 kwietnia 2014 r. Należy zauważyć, iż zobowiązanie do zapłaty zadośćuczynienia jest zobowiązaniem bezterminowym w związku z czym przekształcenie go w zobowiązanie terminowe następuje stosownie do treści art. 455 k.c., w wyniku wezwania do spełnienia świadczenia. Ponieważ jednak, w świetle utrwalonych w orzecznictwie poglądów, wysokość zadośćuczynienia pieniężnego zależna jest m.in. od tego, jaki miernik przyjmuje się dla określenia tej wysokości oraz jaką chwilę uważa się za odpowiednią do przeprowadzenia wyliczenia, to wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę, a tym samym i początkowy termin naliczania odsetek za opóźnienie w zapłacie należnego zadośćuczynienia, może się różnie kształtować w zależności od okoliczności sprawy. W ocenie Sądu Okręgowego terminem, od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę może być więc, w zależności od okoliczności sprawy, zarówno dzień poprzedzający wyrokowanie o zadośćuczynieniu, jak i dzień tego wyrokowania (tak też wyrok SN z dn. 18 lutego 2011 r., I CSK 243/10). Przyjmuje się, że ciężący obowiązek terminowego świadczenia zależy od spełnienia dodatkowych przesłanek dotyczących współdziałania poszkodowanego, w tym zwłaszcza zgłoszenia roszczenia, oraz obiektywnych możliwości ustalenia okoliczności koniecznych do ustalenia odszkodowania. W wypadku, gdy ustalenie wysokości szkody nie wymaga zasięgnięcia przez sąd wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.), termin wymagalności świadczenia może być określony przed wyrokowaniem o zadośćuczynieniu. Dokonane w toku postępowania ustalenia i oceny wskazują iż utrata słuchu nastąpiła w trakcie leczenia szpitalnego i już w dokumentacji medycznej zostało ono powiązane z leczeniem antybiotykami (jatrogenne uszkodzenie słuchu). Zatem opinia instytutu jedynie potwierdziła wstępne ustalenie samego szpitala. W tej sytuacji z uwagi na okoliczności niniejszej sprawy terminem, od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę jest wezwanie do zapłaty a właściwie upływ zakreślonego w nim terminu (k. 221).

Zgodnie z art. 444 § 1k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. W wyniku uszkodzenia słuchu powódkę skierowano do Kliniki (...) w N. gdzie powódka przynajmniej 4 krotnie przebywała w związku z leczeniem tj. zakładaniem implantu i zaprotezowaniem. Każda podróż to 2*332 km łącznie daje to 2.656 km. Przy zastosowanym przeliczniku kilometrowym 0,8358 zł daje kwotę 2.219,88 zł. Kwotę tę zasądzono w pkt 2 wyroku wraz z odsetkami ustawowymi od daty doręczenia odpisu pozwu. Dodatkowo powódka zakupiła dwa aparaty słuchowe których łączny koszt wyniósł 5.630 zł przy czym NFZ zrefundowała jej jedynie kwotę 610 zł. - różnica tj. 5.020 zł dochodzi od pozwanych. Gdyby nie działania pozwanego Szpitala, powódka nie musiałaby ponosić kosztów dojazdu do Kliniki a w szczególności zakupu aparatów słuchowych. W związku z czym Sąd w pkt 1 wyroku zasądził dodatkowo 5.020 zł (łącznie z zadośćuczynieniem 105.020) wraz z odsetkami liczonymi od dnia wezwania o zapłatę (k. 221).

Sąd w pkt 3 wyroku oddalił roszczenie o ustalenie odpowiedzialności za skutki nieprawidłowego leczenia mogące wystąpić w przyszłości. Należy wskazać, iż po wprowadzeniu w życie art. 442¹ k.c. powódka nie ma interesu prawnego w żądaniu ustalenia odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości, ze względu na regulację zawartą w art. 442¹ § 3 k.c., która eliminuje niebezpieczeństwo upływu terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody na osobie wcześniej niż szkoda ta się ujawniła. W rozpoznawanej sprawie powódka utraciła całkowicie słuch. Bez implantu oraz aparatu powódka nie słyszy. Wprawdzie próbowano leczyć powódkę jednak bezskutecznie czego dowodem było zaprotezowanie i implant. W tych okolicznościach narząd słuchu został nieodwracalnie utracony. Skoro tak, zatem nie można mówić o możliwości zwiększenia utraty słuchu. Powódka w tych okolicznościach nie posiada interesu prawnego (art. 189 kpc) w ustaleniu odpowiedzialności pozwanych.

O kosztach orzeczono stosownie do art. 100 kpc wykładając na stronę pozwaną obowiązek zwrotu wszystkich kosztów albowiem powódka uległa tylko co do nieznacznej części swego żądania (ustalenie). Orzeczenie o kosztach w sprawie

obejmuje osobno koszty procesu przez strony poniesione, a będące kosztami niezbędnymi do celowego dochodzenia praw i celowej obrony oraz koszty sądowe, które nie zostały uiszczone przez strony w toku procesu (art. 108 k.p.c. i art. 108 1 k.p.c.). Strona powodowa poniosła opłatę od pozwu – 5.362 zł oraz 5 zł, koszty zastępstwa procesowego 3.600 zł, opłata od pełnomocnictwa 17 zł – łącznie 8.984 zł. Pozwany (...) SA poniosł koszty zastępstwa procesowego 3.600 zł, opłatę od pełnomocnictwa 17 zł oraz zaliczkę na wydatki łącznie 5.000 zł (2.000 zł + 3.000 zł). Pozwany SP ZOZ Szpital poniosł koszty zastępstwa procesowego 3.600 zł, opłatę od pełnomocnictwa 17 zł. W związku z tym, iż Sąd nałożył na stronę pozwaną obowiązek zwrotu wszystkich kosztów zatem w pkt 4 zasądzone od pozwanych na rzecz powódki kwotę 8.984 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Na koszty nieponiesione składają się wydatki na opinię instytutu w kwocie 10.392,82 zł pomniejszone o zaliczkę uiszczonej na ten cel przez pozwanego (...) w wysokości 5.000 zł co daje 5.392,82 zł. Koszty te należało nakazać pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gliwicach Ośrodka (...) w R. na mocy art. 113 § 1 u.k.s.c. o czym orzeczono w pkt 5 wyroku.