

Sygn. akt I C 769/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 marca 2020 r.

Sąd Rejonowy w Sanoku I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSR Krzysztof Dziewulski

Protokolant: st. sekr. sądowy Bogusława Obłój

po rozpoznaniu w dniu 3 marca 2020r. w Sanoku,

na rozprawie,

sprawy z powództwa : Z. Z.,

przeciwko : (...) S.A. w W.,

o zapłatę,

I. Zasądza od pozwanego (...) S.A.

w W., na rzecz powoda Z. Z. kwotę 10.000 zł (dziesięć tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 3 marca 2020r. do dnia zapłaty.

II. W pozostałym zakresie powództwo oddala.

III. Zasądza od Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Sanoku na rzecz adwokata J. S. kwotę 2.952 zł (dwa tysiące dziewięćset pięćdziesiąt dwa złote) brutto tytułem wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu.

IV. Zasądza od pozwanego (...) S.A.

w W., na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego

w (...) /5 kosztów postępowania obejmujących opłaty

i wydatki tymczasowo poniesione w postępowaniu przez Skarb Państwa - pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt I C 769/17

UZASADNIENIE

wyroku z 3 marca 2020r.

W pozwie złożonym do Sądu Rejonowego w Sanoku 13.07.2017r. powód Z. Z. żądał od pozwanego (...) SA w W. kwoty 50.000 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od upływu 30 dni od dnia zgłoszenia szkody pozwanemu, zasądzenia kosztów procesu oraz przyznanie wynagradzania Kancelarii Adwokackiej albowiem pełnomocnik został ustanowiony z urzędu.

W uzasadnieniu powód wskazał, iż żądane zadośćuczynienie i odszkodowanie są w związku z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia spowodowanym

w czasie jego leczenia w SP ZOZ w S., którego ubezpieczycielem jest pozwany.

Pozwany (...) SA w W. wniósł

o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania na swoją rzecz od powoda. Złożył też wniosek o zawiadomienie SP ZOZ w S.

o toczącym się postępowaniu i wezwanie go do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego.

W uzasadnieniu pozwany przyznał, iż powód był leczony w SP ZOZ w S., który posiada polisę ubezpieczenia OC w Towarzystwie pozwanego, jednak brak jest jej podstaw do uznania odpowiedzialności za rozstrój zdrowia powoda w związku z zabiegiem medycznym. Według pozwanego brak jest

w postępowaniu szpitala cech popełnienia błędu w sztuce medycznej niestaranności lub niedopełnienia obowiązków, a także postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Rozstrój zdrowia powoda był wyłącznie skutkiem wystąpienia niezawinionych przez szpital powikłań wynikających z ryzyka ich rozwoju w związku z charakterem stosowanych zabiegów operacyjnych. Oprócz tego pozwany zarzucił, iż żądanie powoda jest zbyt wygórowane.

Dnia 10.01.2018r. (...) Publiczny Zespół (...)

w S. złożył interwencję uboczną po stronie pozwanego i wniósł

o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu. W piśmie z 17.09.2018r. (k. 162) interwenient uboczny szczegółowo uzasadnił swoje stanowisko wskazując, iż wszelkie czynności personelu szpitala, były wykonane prawidłowo, zaś zakażenie rany pooperacyjnej miało charakter samoistny, nie będący szczepem typu szpitalnego, w związku z obniżeniem odporności wiekowej pacjenta na skutek licznych współistniejących poważnych chorób.

Na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

Powód Z. Z. przebywał na oddziale chirurgii ogólnej

i naczyniowej z pododdziałem urologicznym Szpitala (...)

w S. od 29.09.2011r. do 14.10.2011r. z rozpoznaniem raka nerki lewej

i choroby L.-C.. Zastosowano wówczas leczenie operacyjne nefrektomii lewostronnej. Kilka lat później przebył zabieg w tej samej placówce leczenia przepukliny pachwinowej i wówczas podczas jednego z badań stwierdzono u niego trzy tętniaki na otrzewnej i pod prawą nerką. W związku

z tym w kwietniu 2016r. został skierowany na oddział chirurgiczny rozpoznaniem tętniakowatego poszerzenia aorty i tętnic biodrowych. W dniu 31.05.2016r. o godz. 9.45 został przyjęty do szpitala na oddział chirurgiczny

z rozpoznaniem jak wyżej. Stwierdzono także u powoda przewlekłą niewydolność nerek, stan po nefrektomii lewostronnej, chorobę L.-C. i zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy (z wywiadu), stan po odcinkowej resekcji jelita grubego, nadciśnienie tętnicze oraz stan po cholecystektomii. Przeprowadzono w tym dniu też wywiad epidemiologiczny dotyczący przeszłości pacjenta w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do SP ZOZ w S.. Wykluczono wirusowe zapalenie wątroby oraz inne badania

i zabiegi naruszające powłoki skórne i penetrujące tkanki. Sporządzono także 31.05.2016r. formularz oceny ryzyka zakażenia, w którym uwzględniono hospitalizację w ostatnich 6 miesiącach, palenie tytoniu i przewlekłą niewydolność nerek. Zakreślono też trzecią grupę ryzyka w rzeczonym formularzu.

Powód został zakwalifikowany do operacji na aorcie brzusznej przez lekarza kardiologa po badaniu 1.06.2016r. , jak również przeprowadzono

z powodem konsultację anestezjologiczną . Poinformowano powoda o możliwych powikłaniach m.in. o opóźnionym gojeniu i zakażeniu ran pooperacyjnych. Protokół zgody pacjenta został podpisany 7 czerwca 2016r. (?)k-79.

W dniu 2.06.2016r. o godz. 9.10 rozpoczęto operację, którą przeprowadzał lek. W. S. z udziałem dwóch asystentów, lekarza anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej i dwóch pielęgniarek operacyjnych. Operacja przebiegała w znieczuleniu ogólnym i zakończyła się

o godz. 12.05. Przebieg operacji nastąpił bez powikłań, a pacjent otrzymał leki przeciwbólowe zaś przed operacją antybiotyk. Okresowo oddychał tlenem, zauważono lekkie przekrwienie opatrunku i był cewnikowany celem diurezy. Na drugi dzień po operacji podano zalecane leki, pobrano badania, opatrunek był suchy. Podobnie w następnych

dobach nie zauważono żadnych niepokojących objawów co do gojenia się rany. W dniu 5 i 6.06.2016r. zmieniono opatrunek. (dokumentacja medyczna). W dniu 6 czerwca 2016r. pacjent zgłosił, iż oddał 4 razy wodnisty stolec. Sytuacja powtórzyła się 7 czerwca 2016r. lecz uległa poprawie w następnych dniach po wdrożonym leczeniu. W dniu 8 czerwca 2016r. zmieniono opatrunek – był suchy. W dniu 9 czerwca 2016r. lek. S. B. oglądając ranę stwierdził jej zaczerwienienie dokonał usunięcia części zszywek skórnych z rany (co drugiej) podejrzewając, iż może tam gdzieś być zbiornik ropy (zeznania świadka – barak zapisu w dokumentacji), dokonał rewizji rany stwierdzając niewielki wyciek treści surowiczej (brak wydzieliny ropnej) Dokonał czynności związanych z przeczyszczeniem rany, założono opatrunek i powoda wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym 10 czerwca 2016r. Z zaleceń pooperacyjnych wynika, iż miał zleconą codzienną zmianę opatrunku z toaletą rany i przemywaniem rany „octaniseptem” oraz kontrolę i usunięcie reszty zszywek w poradni chirurgicznej za 5 dni. Powód nie podjął się samodzielnej zmiany opatrunków albowiem jak stwierdził, zabronił mu tego lekarz i zgłosił się do lekarza rodzinnego E. M. w dniu 13 czerwca 2016r. informując, że chodzi do poradni chirurgicznej, gdzie rana jest opatrywana. U lekarza rodzinnego był 13 i 15 czerwca 2016r., gdzie miał zmieniane opatrunki. Już 13 czerwca 2016r. lekarz rodzinny stwierdził rozejście się brzegów rany pooperacyjnej (k.114). Z karty informacyjnej wynika, iż został skierowany w trybie pilnym do poradni chirurgicznej. W dniu 20.06.2016r. powód poinformował lekarza rodzinnego, że rana dalej nie goi się, a lekarz zalecił wizytę w poradni chirurgicznej co drugi dzień.

Powód stosował się do poleceń lekarza rodzinnego w szczególności do zalecenia aby samemu nie zmieniać opatrunku i nie czyścić rany. Zmiany opatrunków miał wykonywane w Poradni Chirurgicznej lecz rana nie goiła się prawidłowo i w dniu 2 lipca 2016r. trafił na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala w S. z rozpoznaniem zakażenia rany pooperacyjnej. Pobrano wówczas posiew z rany. Wynik badania bakteriologicznego uzyskano 8.07.2016r. z wynikiem dodatnim „prewotella melaminigenica” oraz wskazanie wrażliwości tej bakterii na antybiotyki. Pomimo wdrożonego leczenia rana ropiała, nie chciała się goić. Leczenie antybiotykami oraz polegające na czyszczeniu rany i zmianach opatrunku trwało około 2 miesięcy i było dla powoda uciążliwe i bolesne (czyszczenie rany).

Jeszcze 28 lipca 2016r. powód trafił na Oddział Wewnętrzny SP ZOZ w S. z powodu osłabienia, niedokrwistości, bólu brzucha. Między innymi stwierdzono ranę pooperacyjną w stadium gojenia. W dalszym ciągu zalecono kontrole w Poradni Chirurgicznej i 5 sierpnia 2016r. powoda wypisano do domu.

W przedmiotowej sprawie opiniował biegły dr n.med. J. B. specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej, który w swojej opinii z 13.11.2018r. przedstawił cykl leczenia powoda w placówce interwenienta ubocznego oraz odpowiedział na pytania zadane przez strony. I tak biegły stwierdził, że w świetle dokumentacji medycznej proces leczenia powoda i postępowania ambulatoryjnego w oddziale chirurgicznym był prowadzony prawidłowo, także w zakresie przygotowania do zabiegu i sam jego przebieg (wg protokołu operacyjnego). Jednak zakażenie rany której doznał w okresie leczenia ambulatoryjnego miało bezpośredni związek z leczeniem operacyjnym i stwierdził, że podczas usuwania zszywek i rewizji rany lek. S. B. mógł wykonać wymaz z rany pooperacyjnej co wg biegłego może być uznane za niedopatrzenie i mieć w kategoriach zaniechania. Nie miało to jednak, zdaniem biegłego, istotnego wpływu na stan zdrowia powoda. Według biegłego na gojenie się rany i bóle które odczuwał powód mogły mieć wpływ współistniejące schorzenia ale ustalenie tego jest niemożliwe. Według biegłego badania w kierunku flory bakteryjnej były zlecone w odpowiednim momencie i wdrożono w tym przypadku właściwe leczenie. Z powodu tego zakażenia powód nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Biegły w dniu 1.02.2019r. złożył opinię uzupełniającą odpowiadając na zarzuty powoda i podał, iż w świetle dokumentacji medycznej nie można stwierdzić w jaki sposób doszło do zakażenia, na które mogło mieć wpływ wiele czynników (ad. 2 k. 208 opinii). Biegły ponownie podkreślił, iż zlecone i wykonane badanie w kierunku flory bakteryjnej było zlecone w odpowiednim momencie, wykonano je prawidłowo i wdrożono prawidłowe leczenie. Podtrzymał także sugestię, iż lekarz S. B. mógł wykonać wymaz rany pooperacyjnej co można by uznać za niedopatrzenie lecz nie miało to istotnego wpływu na stan zdrowia powoda.

Na podstawie postanowienia z 7.06.2019r. k.281 w sprawie opiniowała także ` ` biegła dr n.med. A. M. specjalista z zakresu epidemiologii i medycyny środowiskowej. W swojej opinii z 13.09.2019r. dokonała analizy przebiegu leczenia powoda na oddziale chirurgicznym i zastosowanych procedur medycznych. Biegła w swojej opinii zawarła też część teoretyczną zawierającą wyjaśnienia terminów takich jak: zakażenia związane z opieką medyczną, zakażenia

szpitalne itp. Co istotne dla sprawy, wskazała, że jednym z objawów zakażenia rany jest jej ból i zaczerwienienie. Analizując przebieg leczenia i postępowania personelu medycznego biegła uznała za nieprawidłowe brak badań w kierunku ustalenia biegunki u powoda jak również innych działań w celu wytlumaczenia powodu przedłużającej się hospitalizacji powoda. Biegła powołała się tutaj na zeznania powoda wg którego odczuwał on silny ból w miejscu operowanym. Według biegłej objawy bólu, wobec braku innych powodów do hospitalizacji mogły świadczyć o zakażeniu, tym bardziej, że pacjent miał wiele chorób towarzyszących i przetrzymywanie go bezpodstawnie zwiększało ryzyko zakażenia szpitalnego.

Biegła w opinii wskazała na duże prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w trakcie operacji, jednak nie postawiła jednoznacznych wniosków wskazując na niepełną dokumentację medyczną. Według biegłej istniało 50% szans na to, że do zakażenia doszło w SP ZOZ, a drugie 50% biegła wskazała na samego powoda i wykonywanie czynności pielęgnacyjnych wokół rany lub innej osoby, która te czynności wykonywała.

Do powyższej opinii zarzuty złożył pozwany i interwenient uboczny wnosząc o jej uzupełnienie. Powyższe zarzuty jak i odpowiedź biegłej z 28.11.2019r. dotyczyły głównie uznanej przez biegłą za zakażenie szpitalne, biegunki, braku badań w tym kierunku z ograniczeniem się jedynie do zastosowania leczenia, a następnie ewentualnego zakażenia bądź jego braku bakterią „clostridium difficile”, co z punktu widzenia przedmiotowej sprawy jest nieistotne. Biegła jednak wskazała, iż parametry krwi powoda podczas przyjęcia go do szpitala nie manifestowały prawdopodobieństwa rozwoju infekcji, co przemawia za faktem, że w tym dniu był zdrowy. Wskazała jednocześnie, że jeśli w podmiocie medycznym przebywa pacjent u którego ryzyko zakażenia jest wysokie to należy wzmożyć reżim sanitarny i wdrożyć procedury, które uchronią go przed zachorowaniem. Na prawdopodobieństwo zakażenia rany pooperacyjnej w trakcie pobytu powoda na oddziale chirurgicznym wskazywały wg biegłej stwierdzone wówczas kłopoty z gojeniem się rany oraz wpis przy przyjęciu na (...) z 3.07.2016r. (pacjent przyjęty z powodu zakażenia rany pooperacyjnej).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych w sprawie w szczególności dokumentacji medycznej (k. 5-7, 46-111, 113-121, 164-168, 242-279), opinii biegłych dr. n. med. J. B. głównej i uzupełniającej (k. 183-191, k.205-210), dr n. med. A. M. (k. 288-301, k. 323-327), z zeznań świadków E. M. (k. 156), S. B. (k. 178), z zeznań powoda (k. 233). Wskazany materiał dowodowy w zakresie w jakim odzwierciedla ustalenia stanu faktycznego, jest wiarygodny, gdyż wzajemnie się uzupełnia i nie zawiera sprzeczności. Wiarygodnym środkiem dowodowym są dokumenty, gdyż nie zostały w żaden sposób zakwestionowane przez strony podobnie jak i zeznania świadków i powoda. Co do opinii biegłych należy podkreślić, iż zarówno biegły B. jak i biegła M. wskazywali, iż opiniują na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i części rzeczy nie da się na podstawie tejże dokumentacji ustalić, w szczególności kiedy i w jaki sposób doszło do zakażenia rany powoda. Wg biegłych w szczególności biegłej M., można jedynie ustalać stopień prawdopodobieństwa co do powyższej okoliczności. Opinie odpowiedziały na zadane pytania i choć jak już wspomniano, pewnych okoliczności na dzień ich wydania nie można było ustalić, mimo to stanowią one wiarygodny materiał dowodowy i w połączeniu z dokumentacją medyczną, zeznaniami świadków i powoda, na podstawie zasad doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania pozwalają na ustalenie okoliczności stanowiących podstawę wyrokowania.

Sąd zważył co następuje.

Powództwo jawi się jako częściowo uzasadnione.

Sprawy jak niniejsza należą do rodzaju spraw, w których przeprowadzenie dowodu istnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy pobyt w szpitalu a zakażeniem rany pooperacyjnej jest zadaniem trudnym, w grę bowiem wchodzi procesy biologiczne, trudno uchwytnie i nie poddające się obserwacji i dokumentacji. W związku z tym zarówno doktryna jak i orzecznictwo sądów w podobnych przypadkach, gdzie brak jest dowodu pewnego wypracowały stanowisko (np. por. wyrok SA w Rzeszowie I ACa 306/12 z 22 listopada 2012r. i SN z 5 kwietnia 2012r. II CSK 402/11 – Lex, „ Infekcja oraz zakażenie wirusem czy bakterią w szpitalu przez lekarza lub pielęgniarkę a odszkodowanie” – (...), iż wystarczające jest ustalenie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu. W

tym przypadku strona pozwana ma możliwość wykazywania okoliczności, których zachodzenie obniża tenże stopień prawdopodobieństwa.

W przedmiotowej sprawie nie sposób precyzyjnie ustalić w jaki sposób i kiedy dokładnie rana powoda uległa zakażeniu. Jednak kilka faktów i okoliczności wskazuje, że nastąpiło to w czasie pobytu powoda na oddziale chirurgicznym SPZOZ w S. w dniach 31 maja – 10 czerwca 2016r.

Zdaniem sądu wskazują na to bowiem takie przesłanki jak: stan zdrowia powoda w chwili przyjęcia do szpitala (powód nie miał cech infekcji), skomplikowany, trwający ok 3 godziny zabieg chirurgiczny, bolesność rany po zabiegu (co zgłaszał powód) i przedłużający się (biegła M.- powód nieopisany w dokumentacji) pobyt powoda w szpitalu i związane z powyższym podejrzenie lek. S. B. zakażenie rany („oglądałem ranę, pojawiło się tam zaczerwienienie”, „usunąłem część szwów gdyż może tam gdzieś był zbiornik ropy”), stwierdzenie przez ww. lekarza wypływu treści surowicznej i zaczerwienienia oraz czyszczenie rany w tym miejscu i jednocześnie brak pobrania wymazu na posiew. W tym miejscu należy też wskazać na braki w dokumentacji medycznej co do powodów usunięcia części szwów i rewizji rany, sprzeczność jej zapisów z zeznaniami powoda co do zaleceń zmiany opatrunków w domu (powód stwierdził, że miał zakaz zmiany samodzielnej) jak również datę zgody pacjenta na zabieg. Zdaniem Sądu można z powyższych faktów domniemywać, iż personel medyczny miał wiedzę, że gojenie rany nie przebiega prawidłowo i przy wiedzy, że pacjent jest obciążony wieloma innymi schorzeniami należało zachować szczególną staranność przy wykonywaniu czynności medycznych i zaleceń lekarskich w tym zleconych badań. W tym miejscu wskazując na późniejszy rozwój zakażenia rany i przebieg procesu diagnozy i leczenia, Sąd uznaje, iż niedopatrzenie lek. S. B. (brak pobrania wymazu) mogło mieć znaczenie, nie tylko dla rozwoju zakażenia ale przede wszystkim możliwości ustalenia czy rana była już w dniu 9 czerwca 2016r. zakażona bakterią. Ustalenie czy to pozytywne czy też negatywne ułatwiłoby niewątpliwie niniejsze postępowanie w zakresie ustalenia stopnia prawdopodobieństwa zakażenia. Przede wszystkim w kontekście stwierdzenia biegłej M., iż do zakażenia mógł w 50 % doprowadzić sam powód. W tym miejscu należy też dodać, że Sąd nie podziela powyższego stwierdzenia biegłej albowiem z zeznań powoda wynika, że nie wykonywał on żadnych czynności związanych ze zmianami opatrunków czy przemywaniem rany, a które to czynności wykonywał w poradni chirurgicznej lub u lekarza rodzinnego. Dlatego też Sąd wyklucza, iż powoda obciąża, nawet w części, wina w spowodowaniu zakażenia rany. Kolejną okolicznością, która wskazuje na zakażenie rany w trakcie pobytu powoda w SP ZOZ w S. jest rodzaj szczepu bakterii, który ostatecznie poznano w lipcu 2016r. Mianowicie nie był to szczep charakterystyczny dla zakażeń szpitalnych (np. gronkowiec złocisty) lecz bakteria bytująca w drogach oddechowych i kale człowieka. Bakteria generalnie niegroźna ale gdy zalaża się w ranie (wrota zakażenia) spowodowała rozstrój zdrowia powoda. Powyższe pozwala Sądowi na domniemanie, że skoro szczep tej bakterii występuje generalnie w drogach oddechowych człowieka to wydostaje się z nich na skutek kaszlu, kichania czy mówienia a są to zwykle czynności, których nie sposób uniknąć czy to podczas operacji, zmiany opatrunków lub kontaktu z wysterylizowanym sprzętem medycznym. W tym zakresie są one nieuchwytnie, niezmiernie i praktycznie wykluczające ustalenie relacji szkoda – zdarzenie jako przyczynowo adekwatne. W tej sytuacji więc, biorąc pod uwagę szereg powyższych faktów i okoliczności oraz ich powiązań, Sąd uznał, że w tym przypadku istnieje niekwalifikowane powiązanie kauzalne (brak normalnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem danej osoby- personelu a szkodą) uzasadniające przyjęcie, że za zaistniałe zdarzenie odpowiedzialności Zakładu interwenienta a w konsekwencji pozwanego Zakładu (...). Pomimo bowiem (jak wynika z dokumentacji medycznej) zastosowania wszelkich procedur w zakresie profilaktyki około i pooperacyjnej- musiał zawieść czynnik ludzki obecny przy przeprowadzaniu zabiegu. Szpital zobowiązany był do dołożenia należytej staranności przy wykonywaniu świadczeń a skoro powód był pacjentem obciążonym wieloma chorobami to wymagana była, zdaniem Sądu, szczególna staranność uwzględniająca powyższe. W tej sytuacji, jak wskazali biegli, zaniedbaniem w leczeniu były min. brak wymazu z rany i nieokreślona przyczyna biegunki. Nie sposób pominąć braków i nieścisłości w dokumentacji medycznej.

Nieprzekonująca jest więc argumentacja pozwanego i interwenienta (także powołując się na opinię biegłej M.) jakoby rozstrój zdrowia powoda był wyłącznie skutkiem wystąpienia niezawinionych przez szpital powikłań wynikających z ryzyka ich rozwoju w związku z charakterem stosowanych zabiegów operacyjnych. Pozwany, zdaniem sądu, nie

wykazał, że zakażenie nie miało związku z leczeniem w SP ZOZ S. i nastąpiło z winy pacjenta (tj. zaraził się własnymi bakteriami) i pozostawało w bezpośrednim związku ze współistniejącymi chorobami.

W przedmiotowej sprawie usługę medyczną świadczył publiczny zakład opieki zdrowotnej a więc w tym przypadku odpowiedzialność za szkodę należy ustalać w oparciu o przepisy o czynach niedozwolonych. (art. 415 kc). Pojęcie winy w tym przypadku należy wiązać z dyspozycją art. 354 kc, który stanowi „ dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno - gospodarczemu oraz zasadom współzycia społecznego a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający zwyczajom.” Zobowiązanie placówki medycznej w tym przypadku polegało na wykonaniu zabiegów i procesu leczenia zgodnie ze „ sztuką medyczną”. Jednak skutkiem tego doszło powstania szkody w postaci rozstroju zdrowia powoda związanego z zakażeniem rany pooperacyjnej. Ustalenia stanu faktycznego wskazują, że czynności te nie były przeprowadzone z należytą starannością a nawet dotknięte były zaniedbaniem (brak pobrania wymazu z rany). Przesądza to w ocenie Sądu o odpowiedzialności zakładu interwenienta ubocznego i w konsekwencji jego Ubezpieczyciela w oparciu o powołane wyżej przepisy i art. 822 kc. W tej sytuacji powodowi przysługuje realizacja roszczenia o zadośćuczynienie przewidziana w art. 444 i 445 kc. choć nie w pełnym zakresie co wysokości zgłoszonego żądania. Za doznaną krzywdę w postaci zakażenia rany pooperacyjnej i związane z tym konieczność leczenia jego uciążliwość i bolesność oraz niewątpliwie obawą o własne zdrowie, Sąd przyznał powodowi kwotę 10000 zł tytułem zadośćuczynienia. Kwota powyższa z jednej strony pozwoli zrekompensować choć w części doznaną krzywdę a z drugiej strony nie spowoduje nieuzasadnionego wzbogacenia powoda. Należy zauważyć, iż rozstrój zdrowia powoda nie spowodował u niego trwałego uszczerbku na zdrowiu a dolegliwość została wyleczona. Brak jest też podstaw do stwierdzenia, że pogłębiła ona inne dolegliwości i choroby na, które cierpi powód. Dlatego też, żądanie ponad zasądzoną kwotę Sąd oddalił w oparciu o powołane wyżej przepisy w związku z art. 6 kc o czym orzekł jak w pkt II wyroku.

Orzeczenie kosztach zostało wydane w oparciu o art. 100 kpc w zw. z art. 108 § 1 kpc, w którym to Sąd dokonał stosunkowego rozdzielenia kosztów w oparciu o wynik sprawy (powód utrzymał się z żądaniem w 1/5, a koszty tymczasowo w sprawie ponosił Skarb Państwa).