

UZASADNIENIE

16 października 2015 roku H. S. wniosła pozew przeciwko (...) S.A. w W., domagając się zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego 100'000,00 zł odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej powódki oraz 150'000,00 zł zadośćuczynienia za krzywdę, z odsetkami ustawowymi od 31 sierpnia 2014 roku do dnia zapłaty, w związku ze śmiercią męża B. S. (1), oraz kosztów procesu według norm. Roszczenia te oparte zostały na twierdzeniu, że B. S. (1) zmarł na skutek błędu medycznego popełnionego w związku z pobytem w (...) Szpitalu (...) (...) w Ł. przy ul. (...) i przy Placu (...) w Ł..

Pozwany, któremu doręczono odpis pozwu 17 marca 2016 roku (k 96), nie uznał powództwa wnosząc o jego oddalenie i zasądzenie od powódki kosztów procesu według norm. Ubezpieczyciel potwierdził udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, jednakże zakwestionował fakt, aby w placówkach medycznych wskazanych przez stronę powodową doszło do zaniedbań w opiece nad B. S. (1), które mogły pozostawać w adekwatnym związku przyczynowym z jego śmiercią.

Na skutek wniosku zgłoszonego przez pozwanego Sąd zawiadomił o toczącym się procesie SPZOZ (...) Szpital (...) im. (...) w Ł. (...) Szpital (...) z siedzibą w Ł., który na rozprawie 23 czerwca 2016 roku zgłosił interwencję uboczną po stronie pozwanej oraz złożył odpowiedź na pozew, w której wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu na swoją rzecz od powódki.

Stan faktyczny:

7 października 2013r. B. S. (1) został przyjęty w (...) Szpitalu (...) (...) w Ł., do Kliniki (...), z powodu pogorszenia parametrów niewydolności nerek, nawracającej biegunki - okresowo z obecnością krwi. Badaniem fizykalnym i obrazowym ustalono rozpoznanie:

- ostre uszkodzenie nerek nałożone na przewlekłą chorobę nerek,
- cukrzyca typu 2 nieinsulinozależna,
- miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych,
- stan po wszczepieniu protezy aortalno— dwuudowej,
- stan po EA prawej tętnicy szyjnej w wywiadzie,
- zmiana rozrostowa płuca lewego w trakcie diagnostyki,
- niedokrwistość wtórna,
- hepatopathia,
- żylaki przełyku II/III° OMED,
- przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka,
- stan po polipektomii,
- nawracające biegunki.

Z uwagi na istotną niedokrwistość oraz dodatni wynik trzykrotnego badania kału na krew utajoną, wykonano u pacjenta kolonoskopię, w której uwidoczniiono: polipy jelita grubego. Wykonano polipektomię. Podjęto leczenie zachowawcze uzyskując poprawę stanu ogólnego.

24 października 2013r. B. S. (1) w stanie optymalnej poprawy został wypisany do domu z zaleceniem dalszej kontroli ambulatoryjnej. Zalecono odbiór badania histopatologicznego usuniętych polipów jelita grubego. W wykonanych 29 października 2013r. badaniach histopatologicznych ustalono, że dostarczone cztery polipy jelita grubego mają mikroskopowo charakter przerośniętych polipów.

Od 27 października 2013r. do 31 października 2013r. B. S. (1) był hospitalizowany w Wojewódzkim (...) w Ł., gdzie ustalono rozpoznanie:

- marskość wątroby,
- małopłytkowość i niedokrwistość wtórną,
- cukrzyca typu 2 nieinsulinozależną,
- nefropathia w stadium czwartym przewlekłej choroby,
- żylaki przełyku II/III° OMED,
- gastropathia wrotna w zakresie trzonu żołądka,
- przewlekłe aktywne zapalenie śluzówki żołądka,
- zmiana rozrostowa lewego płuca w trakcie diagnostyki,
- nawracające biegunki,
- atan po polipektomii,
- miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych,
- stan po wszczepieniu protezy aortalno — dwuudowej.

W okresie od 18 listopada 2013r. do 20 listopada 2013r. B. S. (1) był hospitalizowany w Klinice (...) Powodem hospitalizacji był rozpoznany wstępnie guz płuca lewego. Ustalono rozpoznanie: guz płuca lewego. Wykonano ultrasonografię wewnątrzskrzelową (EBUS) z biopsją aspiracyjną węzłów chłonnych. Wczesny przebieg po wykonanym zabiegu był bez powikłań. Pacjent został wypisany w stanie dobrym z zaleceniem zgłoszenia się po wynik badania histopatologicznego. Wykonane 19 listopada 2013r. badanie histopatologiczne nie stwierdziło w pobranym materiale obecności komórek nowotworu złośliwego.

Od 20 listopada 2013r. do 24 listopada 2013r. B. S. (1) był hospitalizowany w Klinice (...) (...) w Ł. z powodu podejrzenia krwawienia z przewodu pokarmowego. W dniu 21 listopada 2013r. wykonano u pacjenta zabieg kolonoskopii. Stwierdzono, że w poprzecznicy (okolica zgięcia śledzionowego) znajduje się polip o średnicy 3 mm. Zmiana została usunięta i przesłana do badania histopatologicznego. W zstępnicy, esicy i odbytnicy nieco rozpulchniona błona śluzowa o zatartym rysunku naczyniowym - pobrano wycinek do badania histopatologicznego. Ustalono rozpoznanie wypisowe:

- stan po polipektomii endoskopowej polipów esicy, poprzecznicy i wstępnicy przeprowadzonych w październiku 2013 roku,
- guz płuca lewego,

- cukrzyca typu 2 nieinsulinozależna,
- miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych,
- żylaki przełyku.

Pacjent został wypisany do domu z zaleceniem zgłoszenia się po wynik badania histopatologicznego.

03 grudnia 2013r. B. S. (1) zgłosił się do (...) ZOZ (...) Szpitala (...) (...) w Ł. — (...) Szpitala (...) na ul. (...). Stan ogólny pacjenta oceniono jako średni. W wywiadzie ustalono, że od 3 dni występuje krwawienie żyłaków odbytu żywo - czerwoną krwią. Badanie wykazało obecność żyłaków odbytu. Badanie per rectum okazało się niemożliwe do wykonania z powodu dolegliwości bólowych. Pacjent został skierowany do Kliniki (...) znajdującej się na Placu (...). 4 grudnia 2013r. przeprowadzono konsultację chirurgiczną. Stwierdzono: dolegliwości bólowe od dnia poprzedniego z zatrzymaniem gazów; fizykalnie - blizna po przebytej laparotomii, brzuch wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej, wzdęty, tkliwy nad całą jamą brzuszną. W górnym biegunie przepuklina brzuszna; palpacyjnie - twardy, bolesny opór. Ustalono rozpoznanie: podejrzenie uwięźnięcia przepukliny pooperacyjnej.

Wykonane przeglądowe zdjęcie RTG brzucha wykazało obecność poziomów płynowych. Zgodnie z harmonogramem ostro dyżurowym B. S. (1) został przetransportowany karetką do (...) Szpitala (...) na Plac (...). Ponownie przewieziony do Szpital (...) (...) na ul. (...).

B. S. (1) został hospitalizowany w trybie ostro dyżurowym 5 grudnia 2013r. w (...) Szpitalu (...) (...) w Ł. na ul. (...), w Klinice (...). Ustalono, że w chwili przyjęcia pacjent jest w stanie ogólnym średnim. Brzuch wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej, wzdęty, oraz tkliwy na całej powierzchni, bez oporów patologicznych. W górnym biegunie blizny pooperacyjnej znajduje się przepuklina - częściowo odprowadzana, bez cech uwięźnięcia. Skóra nad przepukliną niezmienną. W okolicy odbytu widoczne hemoroidy III°. Napięcie zwieraczy prawidłowe, bez wyczuwalnej patologii. Nie stwierdzono objawów krwawienia. Podjęto dalszą diagnostykę, oraz leczenie zachowawcze.

W trakcie dyżuru stan ogólny pacjenta pogorszył się. Pacjent w stanie ciężkim w kontakcie logiczno - słownym. Wystąpiły silne dolegliwości brzucha. Brzuch wzdęty, napięty z zaznaczonymi objawami otrzewnowymi. Perystaltyka jelitowa słyszalna, wzmożona. B. S. (2) został zakwalifikowany do pilnej laparotomii. Po uzyskaniu prawidłowej zgody na operację, pacjent został przewieziony na blok operacyjny.

Cięciem pośrodkowym przez bliznę po uprzedniej operacji otwarto jamę brzuszną pacjenta. Stwierdzono obecność ok. 5000 ml płynu częściowo mętnego, który odessano i przesłano do badania bakteriologicznego. Stwierdzono rozdęte pętle jelita cienkiego na długości dwóch trzecich od więzadła Treiza. Na tej wysokości stwierdzono zrosty międzypętlowe i zrost z esicą, zwięzające światło jelita w tym miejscu. Uwolniono kilka zrostów na tej wysokości. W rejonie kątnicy stwierdzono również obecność kilku płaszczyznowych zrostów nie powodujących podniedroźności. Opatrzono 0,3cm uszkodzenie śródoperacyjne surowicówki jelita. Stwierdzono cechy zaawansowanej marskości obejmującej całą wątrobę. Poza stwierdzonymi zmianami (zrosty, marskość wątroby, uchyłek Meckela) nie stwierdzono innej narządowej patologii brzusznej. Jamę brzuszną zamknięto warstwowo z wprowadzonym drenem otrzewnowym.

Po operacji pacjent został przewieziony do Oddziału (...); był nieprzytomny, zaintubowany, niewydolny krążeniowo, z zaburzeniami krzepialności krwi, bezmoczem, skórą zasinioną.

06 grudnia 2013r. wśród objawów niewydolności krążeniowo oddechowej, bez istotnej reakcji na zastosowaną terapię, wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia. Po bezskutecznej resuscytacji, o godzinie 05.03 stwierdzono zgon B. S. (1).

Sekcja zwłok nie została przeprowadzona.

W zakresie chirurgicznym B. S. (1) był diagnozowany i leczony prawidłowo. Podstawowym schorzeniem, na które cierpiał była marskość wątroby ze skrajną niewydolnością nerek. Należy więc przyjąć, że stwierdzone bezobjawowe

żyłaki przełyku, oraz okresowo krwawiące hemoroidy były objawem marskości wątroby, jako wynik stopniowo rozwijającego się krążenia obocznego. Stwierdzone polipy w zakresie jelita grubego zostały prawidłowo zaopatrzone. Endoskopowo zostały usunięte i zbadane histopatologicznie. Po ich dwukrotnych usunięciach nie było wskazań do podjęcia leczenia, poza okresowymi kontrolami. Hemoroidy zostały uznane jako III^o czyli wypadające podczas parcia; miały wskazania do leczenia operacyjnego. Jednakże nie były to wskazania pilne, a rozpoznana marskość wątroby nakazywała zachowanie ostrożności w decyzji co do operacji. Wykonana laparotomia wykazała, że u powoda były objawy okresowych niepełnych niedrożności jelit tzw. podniedrożność. Było to spowodowane istniejącymi zrostami po uprzednich operacjach. Wykonana operacja nie wykazała istnienia pilnej patologii brzusznej; nie stwierdzono istotnych uszkodzeń narządowych. Natomiast obecność płynu w jamie otrzewnowej należy wiązać z niewydolnością marskiej, czyli zwłókniałej, wątroby.

Brak wykonania sekcji zwłok skutecznie utrudnia jednoznaczne stwierdzenie przyczyny zgonu B. S. (1). Na podstawie dokumentacji medycznej można natomiast stwierdzić, że przyczyną wyjściową zgonu B. S. (3) była przewlekła niewydolność wątroby i nerek; przyczyną wtórną było zaostrzenie niewydolności nerek u chorego z ciężką dysfunkcją wątroby, tzn. zespół wątrobowo-nerkowy; natomiast przyczyną bezpośrednią była ostra niewydolność krążeniowo – oddechowa.

Brak jest podstaw do przyjęcia, że śmierć B. S. (1) można wiązać z jakimikolwiek nieprawidłowościami w przebiegu jego leczenia, w szczególności w (...) Szpitalu (...)(...) w Ł..

/ opinia pisemna biegłego chirurga J. P. – k 470-476 /

Pod względem gastroenterologicznym metody leczenia zastosowane u B. S. (1) w ostatnim okresie jego życia były prawidłowe. 3 grudnia 2013r. chory nie manifestował zagrażających życiu objawów niedokrwienia w przebiegu krwawienia żyłaków odbytu, co oznacza, że pacjent nie wymagał pilnej interwencji chirurgicznej. Przekierowanie B. S. (1) w tym dniu do specjalistycznej jednostki chirurgicznej celem zaopatrzenia było postępowaniem prawidłowym ze strony personelu szpitalnego oddziału ratunkowego. W trakcie hospitalizacji pacjenta wykonano diagnostykę specjalistyczną potwierdzającą obecność guza płuca lewego. Diagnostyka była prowadzona w sposób profesjonalny z zaangażowaniem najnowszych metod (PET-KT, Usg przezkrtchawicze z pobraniem materiały do oceny histopatologicznej). W sposób prawidłowy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek przewlekłą w przebiegu cukrzycy typu 2 i uogólnionego procesu miażdżycowego, rozpoznano również prawidłowo marskość wątroby w stadium niewydolności wątroby z rozwijającym się zespołem wątrobowo-nerkowym. W trakcie hospitalizacji przeprowadzono diagnostykę endoskopową dolnego odcinka przewodu pokarmowego (kolonoskopia) z powodu nawracających krwawień z jelita grubego. Wykazano w tym względzie wyjątkową dbałość, ponieważ mimo rozpoznania żyłaków odbytu 3 stopnia, co było przyczyną krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, wykonano diagnostykę endoskopową uwidaczniając w obrębie jelita obecność polipów które poddano resekcji endoskopowej. Leczenie zachowawcze prowadzone w ostatnim okresie życia B. S. (1) było prawidłowe. Zastosowano typowe, zgodne ze schematami opartymi na standardach leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności nerek, cukrzycy, marskości wątroby. Leczenie pacjenta po wykonanym zabiegu operacyjnym w Oddziale (...) było prawidłowe i nie budzi żadnych wątpliwości. Dołożono też wszelkich starań celem przywrócenia czynności życiowych w dniu 6 grudnia 2013 r. po wystąpieniu nagłego zatrzymania krążenia. Szansa na skuteczność czynności reanimacyjnych w przypadku tak głębokiej niewydolności wielonarządowej, jaka wystąpiła u B. S. (1) była niewielka, mimo to czynności te podjęto próbując odzyskać efektywną czynność serca.

Bezpośrednią przyczyną zgonu B. S. (1) było nagłe zatrzymanie krążenia.

Wyjściową przyczyną zgonu B. S. (1) była rozwijająca się niewydolność nerek i wątroby z powikłaniami wielonarządowymi. B. S. (1) cierpiał na marskość wątroby czego objawy występowały w przeszłości. W 2001 roku, podczas pobytu w szpitalu(...), u B. S. (1) rozpoznano uszkodzenie wątroby z wodobrzuszem oraz kamicę nerkową lewostronną. Wówczas też stwierdzono u pacjenta obecność żyłaków odbytu i okresowe występowanie domieszki świeżej krwi w stolcu. Są to najwcześniejsze rozpoznania marskości wątroby, wynikające z dostępnej dokumentacji

medycznej B. S. (1). Dowodem na rozwiniętą niewydolność wątroby są opisywane w badaniach endoskopowych żylaki przełyku (II/III st. Wg OMED), żylaki odbytu. W badaniach usg i PET-Kt opisywano charakterystyczne cechy zmienionego marsko narządu. Rozwinięte żylaki, zarówno przełyku jak i odbytu świadczą o znacznym wzroście ciśnienia żylnego w obrębie żyły wrotnej, tzn. wzrostu oporu przepływu krwi przez naczynia wątroby w skutek nadmiernego rozwoju tkanki łącznej w miejsce prawidłowych hepatocytów w obrębie wątroby. W trakcie kolejnych hospitalizacji opisywane były również obrzęki na obwodzie (kończyny dolne) jak również obecność wolnego płynu w jamie otrzewnowej. Obecność płynu w jamie otrzewnowej nie miała wpływu na wystąpienie niedrożności w jelit w grudniu 2013 roku; jego usunięcie nie miało wpływu na możliwość uratowania życia pacjenta. Zaburzenia te powstały na skutek znacznego pogorszenia funkcji metabolicznej wątroby - zaburzenia dystrybucji albumin na skutek wzrostu ciśnienia w żyły wrotnej, jak również zaburzenia produkcji albumin wskutek zmniejszenia ilości czynnego miąższu wątrobowego. Występowały również krwawienia z żylaków odbytu przedłużające się i nawrotowe, co świadczy o zmniejszonych możliwościach krzepnięcia krwi, co było skutkiem zmniejszonej produkcji czynników krzepnięcia z grupy protrombiny w hepatocytach. Wątroba jest narządem o znacznej rezerwie metabolicznej i zaburzenia w zakresie procesów metabolicznych, które dają odpowiedź w postaci zmian opisywanych powyżej występują w sytuacji redukcji możliwości metabolicznych o 80 % w stosunku do stanu prawidłowego. W związku z tym w przypadku B. S. (1) można mówić o zaawansowanej niewydolności wątroby w przebiegu marskości.

Jednocześnie u B. S. (1) rozpoznano przewlekłą niewydolność nerek. Rozwój niewydolności nerek możliwy był w przebiegu cukrzycy typu 2, miażdżycy uogólnionej i w przebiegu marskości wątroby, czyli rozwoju tzw. zespołu wątrobowo-nerkowego. Należy przyjąć na podstawie analizy dokumentacji medycznej, że niewydolność nerek powstała na skutek wszystkich wymienionych mechanizmów łącznie, występujących w kolejnych etapach życia z różną intensywnością.

W przebiegu rozwijającej się niewydolności nerek z towarzyszącą marskością wątroby doszło do konieczności wykonania operacji z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego. Niedrożność przewodu pokarmowego, która wystąpiła u pacjenta mogła mieć podłoże wyjściowe w zaburzeniach perystaltyki, które mogą wystąpić w przebiegu skrajnej niewydolności nerek jako skutek zaburzeń elektrolitowych, podwyższonego stężenia produktów przemiany metabolicznej białek w surowicy krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, tzw. mocznica, czy też niewydolności wątroby z towarzyszącym nagromadzeniem w surowicy krwi produktów przemiany białkowej i tzw. fałszywych przekaźników ośrodkowego układu nerwowego (średnie drobiny, merkapteny i inne). Zaburzenia perystaltyki w połączeniu z obecnością w obrębie jamy brzusznej zrostów pooperacyjnych dają jawne objawy niedrożności. Wykonanie zabiegu operacyjnego, w tym wypadku ze wskazań życiowych, u pacjenta w tak odciążonym stanie jest związane ze znacznym ryzykiem okołoperacyjnym z powodu braku niewydolności kompensacyjnych, tzn. braku jakichkolwiek rezerw metabolicznych ze strony wątroby i nerek. Skutkiem tego doszło do postępującej niewydolności wielonarządowej i do zgonu chorego. Rezygnacja z zabiegu operacyjnego przeprowadzonego w grudniu 2013 roku z całą pewnością doprowadziłaby do zgonu pacjenta.

Śmierć B. S. (1) nie miała związku z leczeniem w ostatnim okresie jego życia, w szczególności prowadzonym w (...) (...) w Ł..

/ opinia pisemna biegłego gastroenterologa C. P. – k 492-497, pisemna opinia uzupełniająca biegłego C. P. – k 529-533 /

Mimo, że B. S. (1) otrzymał skierowanie do szpitala w dniu 3 grudnia 2013r., zgłosił się tam dopiero 5 grudnia 2013 roku. Pacjent świadomie podjął decyzję o późniejszym zgłoszeniu się chcąc jeden dzień spędzić w domu.

/ zeznania powódki – k 564 /

Sąd oddalił wniosek strony powodowej o kolejne uzupełnienie opinii biegłego gastroenterologa, zgłoszony w piśmie złożonym 18 maja 2017 roku uznając, że biegły C. P. wyjaśnił w sposób bardzo szczegółowy wszelkie kwestie istotne dla rozstrzygnięcia. Ponadto, pytania sformułowane w tym piśmie nie wynikały z konieczności doprecyzowania lub wyjaśnienia wniosków biegłego zawartych w opinii uzupełniającej z kwietnia 2017 roku, a zatem mogły być

sformułowane w odpowiedzi na zarządzenie z 10 lutego 2017 roku (k 505 odwrót) doręczone stronie powodowej 22 lutego 2017 roku (k 512). Ich zgłoszenie ponad dwa miesiące po wyznaczonym terminie należy zatem uznać za spóźnione. Niezależnie od powyższego warto zauważyć, że pytania te wskazują częściowo na nieznaną treść opinii sporządzonych w sprawie, w których szczegółowo opisano np. co zawiera dokumentacja medyczna, oraz sprawiają wrażenie, jakby strona nie zrozumiała dosyć oczywistych, i wyczerpująco uzasadnionych wniosków zawartych w tych opiniach. Tym samym należało uznać, że kolejny wniosek zmierza wyłącznie do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania.

Sąd oddalił wnioski strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych psychologa i psychiatry uznając, że ustalanie okoliczności, na które zostały zgłoszone jest bezprzedmiotowe wobec braku udowodnienia zasady odpowiedzialności pozwanego w tej sprawie.

Z tego samego względu Sąd pominął dowody z zeznań przesłuchanych świadków oraz z zeznań powódki w tej części, w której odnosiły się one do więzi łączących powódkę z mężem oraz cierpień powódki związanych ze śmiercią B. S. (1).

Sąd odmówił mocy dowodowej zeznaniom świadków oraz powódki w części, w której przekazywali swoje opinie na temat prawidłowości postępowania personelu medycznego Szpitala (...) wobec B. S. (1) w kontekście ogólnego stanu pacjenta uznając, że subiektywna ocena osób bliskich nie może być dowodem na okoliczności wymagające wiedzy specjalistycznej. Natomiast pojawiające się w tych zeznaniach kwestie długotrwałego oczekiwania pacjenta na przyjęcie przez lekarza i wykonanie badań, czy pozostawienie w przedramieniu pacjenta wenflonu przy wypisaniu ze szpitala, należą do sfery związanej z ewentualnym naruszeniem praw pacjenta. Jej roztrząsanie wykracza poza zakres tego procesu wytyczony charakterem zgłoszonych roszczeń.

Rozważania prawne:

Podstawą prawną odpowiedzialności pozwanego w tej sprawie jest zawarta ze szpitalem umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – art. 822 kc.

Ubezpieczyciel odpowiada za szkodę w zakresie odpowiedzialności podmiotu objętego ochroną ubezpieczeniową, ta zaś wynika w tym przypadku z art. 430 kc. Na tej podstawie szpital ponosi odpowiedzialność deliktową za szkodę wyrządzoną z winy zatrudnionego w nim personelu medycznego, wyrządzoną przy wykonywaniu powierzonych temu personelowi czynności. Warunkiem koniecznym dla zaistnienia tej odpowiedzialności jest nie tylko zdarzenie powodujące szkodę – w tym przypadku śmierć B. S. (1), ale także zawinione, w rozumieniu art. 415 kc, działanie lub zaniechanie osób zatrudnionych w szpitalu oraz związek przyczynowy, w rozumieniu art. 361 § 1 kc, między owym zawinionym zachowaniem a zdarzeniem wywołującym szkodę.

Jak wynika z opinii biegłych, których strona powodowa nie podważyła skutecznie, w postępowaniu personelu SPZOZ (...) Szpitala (...) (...) nie sposób dopatrzeć się jakichkolwiek uchybień, czy to w zakresie diagnostyki, czy metod leczenia, które mogłyby kwalifikować się jako zawinione działanie. Co więcej, biegli wskazali w sposób nie budzący wątpliwości, jakie były przyczyny śmierci B. S. (1), jak i wyjaśnili, że szanse na uniknięcie tego zdarzenia, mimo dołożenia należytej staranności, były niewielkie. Tym samym wykluczono także ewentualny związek przyczynowy między działaniami personelu medycznego a śmiercią pacjenta.

Oznacza to, że zgłoszone roszczenia nie zostały udowodnione co do zasady, co czyni bezprzedmiotowym konieczność badania okoliczności związanych z ich wysokością.

Mając na względzie powyższe Sąd oddalił powództwo.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 kpc uznając, że jest to uzasadnione ze względu na charakter sprawy oraz sytuację życiową i materialną powódki. W ocenie sądu, subiektywne odczucia H. S. wynikające z towarzyszenia cierpiącemu mężowi w ostatnich dniach życia, mogły uzasadniać przeświadczenie powódki o

zasadności jej roszczeń zwłaszcza, że weryfikacja tego poglądu wymagała specjalistycznej wiedzy medycznej, której powódka nie posiada.