

Sygn. akt IV Ca 24/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 marca 2014 r.

Sąd Okręgowy w Słupsku IV Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący SSO Elżbieta Jaroszewicz

Sędziowie SO: Mariola Watemborska (spr.), Mariusz Struski

Protokolant: sekr. sądowy Barbara Foltyn

po rozpoznaniu w dniu 7 marca 2014 r. w Słupsku

na rozprawie

sprawy z powództwa I. K.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpital (...) im. J.O. P. w C.

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego
w Człuchowie z dnia 13 września 2013r., sygn. akt I C 45/10

1. zmienia zaskarżony wyrok w pkt 1 w ten sposób,
że zasądza ustawowe odsetki od dnia 13.09.2013 roku,
2. oddala apelację w pozostałym zakresie,
3. zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) im. J.O. P. w C. na rzecz powódki I. K. kwotę (...) (dwa tysiące dwieście czternaście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego udzielonego powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt IV Ca 24/14

UZASADNIENIE

Powódka I. K. domagała się zasądzenia od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) im. J. O. P. w C. kwoty 75.000 złotych, tytułem odszkodowania za wszystkie konsekwencje błędu lekarskiego w postaci przecięcia przewodu żółciowego wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

W uzasadnieniu wskazała, że w dniu 18 lipca 2000 roku została przyjęta na oddział chirurgii pozwanego szpitala celem planowanego, laparoskopowego usunięcia kamicy woreczka żółciowego. Podniosła, że zabieg przeprowadzono w dniu 19 lipca 2000 roku, na podstawie badania USG jamy brzusznej, które wykonano rok wcześniej, albowiem lekarz uznał za zbędne przeprowadzenie ponownego badania USG przed zabiegiem. Powódka podniosła, że zabieg rozpoczęto metodą laparoskopową, a następnie zastąpiono ją cięciem tradycyjnym, a sama operacja trwała prawie cztery godziny, ponieważ przecięciu uległ przewód żółciowy. W konsekwencji powódce założono dren Kehra. W dniu 28 lipca 2000 roku powódka została poddana cholangiografii drenowej, w czasie której dostała zapaści i przez kolejne

pięć dni leżała w niewyobrażalnych cierpieniach, mimo licznie podawanych środków przeciwbólowych. Powodem było nieszczelne zespolenie przewodu żółciowego. Kolejne badania USG wykazały, że całą jamę brzuszną wypełniała żółć, a następnie stwierdzono zapalenie otrzewnej. W związku z tym pozwany podjął decyzję o kolejnej operacji, ratującej życie powódki. W jej trakcie powódce podawano środki do zabiegu laparoskopowego i ponownie narkozę, której konsekwencje powódka źle znosiła. Powódka zaznaczyła również, że została wypisana ze szpitala dopiero 14 sierpnia 2000 roku z drenem, który miał jej służyć do kontroli żółci. Do czasu jego usunięcia, tj. do dnia 11 października 2000 roku, zmuszona była kupować środki opatrunkowe, odkażające i worki stomijne. Leczyła się przy tym na własny koszt przez prawie rok, aby czuć się w miarę normalnie i móc zajmować własną rodziną i dziećmi w wieku 9, 7, 5 i 2 lata. Powódka podkreśliła, że jej stan zdrowia stopniowo się poprawiał, lecz co jakiś czas pojawiały się ataki ostrego bólu i wymioty żółcią, które z czasem nasiliły się. W konsekwencji tego u powódki stwierdzono refleks żołądkowo – jelitowy. Ponadto w 2007 roku pojawiła się żółtaczka mechaniczna, która od czerwca do grudnia 2007 roku wystąpiła cztery razy, zaś wyniki badań wskazały poważne zagrożenie marskością wątroby.

Pozwany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital (...) im. J. O. P. w C. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że roszczenie powódki nie zasługuje na uwzględnienie. Przyznał jednak, że faktycznie powódka była jego pacjentką w okresie wskazanym w pozwie, albowiem w 2000 roku została skierowana na oddział chirurgiczny, celem planowanego leczenia operacyjnego kamicy pęcherza żółciowego. Potwierdził, że powódka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego, który miał być wykonany metodą laparoskopową, jak również, że w trakcie przeprowadzenia zabiegu pojawiła się konieczność konwersji i zastosowania metody klasycznej, podczas której doszło do zszycia przewodu żółciowego wspólnego na drenie Kehra. Podkreślił nadto, że stan powódki po wykonanym zabiegu był dobry, a jej stan uległ pogorszeniu dopiero po wykonanym w dniu 28 lipca 2000 roku badaniu cholangiografii drenowej, podczas którego stwierdzono nieszczelność zespolenia. Wówczas u powódki pojawiły się bóle brzucha i wymioty, a po kilku dniach objawy żółciowego zapalenia otrzewnej. Z tego powodu została ona zakwalifikowana do ponownego leczenia operacyjnego – podczas którego powódce założono nowy dren Kehra oraz założono szwy na przewodzie żółciowym wspólnym. Po tym zabiegu nie pojawiły się jakiegokolwiek powikłania, a powódka z drenem Kehra w dniu 14 sierpnia 2000 roku została wypisana do domu, w stanie ogólnym dobrym. Pozwany przyznał również, że w trakcie przeprowadzonego u powódki zabiegu, którego celem było wycięcie pęcherzyka żółciowego wraz z kamieniami, które powodowały stan zapalny pęcherzyka, wystąpiły powikłania, które miały charakter niepowodzenia leczniczego powstałego w granicach przyjętego ryzyka leczniczego i dlatego powinny być traktowane, jako normalne następstwo zabiegu operacyjnego. Stwierdził przy tym, że w tego rodzaju zabiegach, jak również po ich wykonaniu, mogą występować różnego rodzaju komplikacje. Wskazał nadto, że ryzyko uszkodzenia dróg żółciowych podczas zabiegu operacyjnego zależy od wielu czynników, zaś w literaturze medycznej podkreśla się, iż jednymi z głównych czynników prowadzących do uszkodzenia dróg żółciowych są nasilony proces zapalny miejscowy i występowanie zrostów. Natomiast z dokumentacji załączonej do pozwu wynika, że w długotrwałym procesie leczniczym powódki, zalecano jej wykonanie zabiegu operacyjnego dużo wcześniej, niż do tego doszło, co również mogło mieć wpływ na skuteczność podjętego leczenia. Pozwany zaznaczył także, że powódka nie przedstawiła jakichkolwiek dowodów potwierdzających twierdzenie o pogarszającym się stanie zdrowia w okresie od 2001 roku do dnia 2007 roku, tym bardziej, że przed 2007 rokiem zaistniały nowe okoliczności chorobowe w postaci wytworzenia się złożeń i kamieni żółciowych w przewodzie wspólnym, co należy traktować jako nową jednostkę chorobową.

Na rozprawie w dniu 28 lipca 2010 roku, ustanowiony z urzędu pełnomocnik powódki w osobie adwokata, doprecyzował roszczenie powódki wskazując, że stanowi ona zadośćuczynienie za ból i cierpienie.

Wyrokiem z dnia 13 września 2013 roku Sąd Rejonowy w Człuchowie zasądził od pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) im. J. O. P. w C. na rzecz powódki I. K. kwotę 60.000 złotych wraz odsetkami ustawowymi od dnia 12 marca 2010 roku do dnia zapłaty (punkt 1 sentencji) i ustalił odpowiedzialność pozwanego za skutki zabiegu z dnia 19 lipca 2000 roku mogące powstać w przyszłości (punkt 2 sentencji). Nadto oddalił powództwo I. K. w pozostałym zakresie (punkt 3 sentencji) i nakazał pobrać od pozwanego

na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Człuchowie kwotę 8.845,33 złotych tytułem nieopłaconych kosztów sądowych (punkt 4 sentencji). Jednocześnie zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3.600 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego udzielonego z urzędu (punkt 5 sentencji) i odstąpił od ściągnięcia kosztów sądowych z zasądzonych na rzecz powódki I. K. roszczenia (punkt 6 sentencji).

Powyższe orzeczenie zostało oparte na następujących ustaleniach. W 1993 roku u powódki I. K. zdiagnozowano kamice woreczka żółciowego. Od 1999 roku dolegliwości związane z tym schorzeniem nasiliły się, a u powódki zaczęły pojawiać częste ataki woreczka żółciowego, wymioty żółcią oraz silne bóle.

W lipcu 1999 roku powódka wykonała badanie USG i skonsultowała je ze swoim lekarzem rodzinnym dr J. W., który zalecił jej poddanie się zabiegowi mającemu na celu operacyjne usunięcia kamicy pęcherzyka żółciowego. W związku z tym powódka skontaktowała się z lekarzem T. G. i została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego, który miał być wykonany metodą laparoskopową – cholecystectomią laparoskopową. Podczas rozmowy z lekarzem T. G. powódka wyrażała obawy w związku z zaproponowaną metodą laparoskopową z uwagi na fakt, że była to metoda innowacyjna. Pytała również o możliwość przeprowadzenia zabiegu metodą tradycyjną, jednakże była uspokajana przez lekarza. Ostatecznie decyzję o rodzaju zabiegu pozostawiła w gestii lekarza, który miał przeprowadzić zabieg. W trakcie rozmowy z lekarzem, jak również bezpośrednio przed zabiegiem, powódka nie była informowana na czym polega metoda cholecystektomii laparoskopowej, o ewentualnych powikłaniach i negatywnych skutkach tego zabiegu, możliwych komplikacjach, które mogą spowodować konieczność wykonania zabiegu metodą tradycyjną. Termin zabiegu został ustalony na lipiec 2000 roku.

W dniu 18 lipca 2000 roku powódka I. K. stawiała się do pozwanego w związku z zaplanowanym leczeniem operacyjnym kamicy pęcherzyka żółciowego metodą cholecystektomii laparoskopowej. Przed zabiegiem nie wykonano nowego badania USG, mimo, że ostatnie zostało wykonane w lipcu 1999 roku.

W dniu 19 lipca 2000 roku powódka została poddana zabiegowi, w trakcie którego doszło do przypadkowego przecięcia przewodu żółciowego wspólnego i dlatego pojawiła się konieczność usunięcia pęcherzyka żółciowego metodą tradycyjną, która polegała na otwarciu jamy otrzewnej i cięciem pod łukiem żebrowym. Jednocześnie przecięty przewód żółciowy został zszyty, a następnie założono powódce dren Kehra, który miał służyć zabezpieczeniu zespolenia oraz odprowadzaniu żółci.

W dniu 28 lipca 2013 roku powódka I. K. została poddana badaniu cholangiografii przez drenowej, podczas której jej stan uległ znacznemu pogorszeniu, wystąpiły bóle brzucha i wymioty albowiem stwierdzono nieszczelność zespolenia. Ponadto po usunięciu drenu Kehra u powódki wystąpiły objawy żółciowego zapalenia otrzewnej wynikające z wypływu żółci poza dren do przestrzeni jamy otrzewnej. To spowodowało konieczność przeprowadzenia kolejnej operacji, która miała polegać na otwarciu jamy brzusznej, ponownym zszyciu przewodu i założeniu drenu Kehra. Po tej drugiej operacji stan powódki był już bez powikłań i po upływie 2 tygodni, to jest około 14 sierpnia 2000 roku powódka została wypisana do domu. Pozostawiono jej jednak nadal jeden dren, który ostatecznie usunięto 11 października 2000 roku.

Po powrocie do domu powódka czuła się źle, było jej niedobrze, często mdlała, jak również była osłabiona, ponieważ podczas pobytu w szpitalu schudła 15 kg. Ten stan powodował, że nie mogła wykonywać żadnych czynności domowych, a w szczególności tych, które wymagały wysiłku fizycznego. Nie mogła również zajmować się rodziną i małoletnimi dziećmi, a w szczególności dwuletnią córeczką, której nie mogła podnosić i przytulać. Dlatego też zmuszona była ona korzystać z pomocy męża i siostry, którzy wykonywali wszystkie obowiązki związane z domem i rodziną, jak również sprawowali opiekę nad powódką. Powódka musiała również przejść na dietę, która obowiązuje ją do dnia dzisiejszego. Nie miała również ochoty na spotkania z przyjaciółmi, dopadła ją apatia. Stan powódki poprawiał się stopniowo i dopiero po roku poczuła się lepiej fizycznie, jednakże nadal nie mogła nic dźwigać, schylać się i wykonywać ciężkich prac fizycznych. Ponadto co jakiś czas pojawiały się ataki ostrego bólu oraz wymioty, odbijanie i cofanie żółci do przelyku, co w konsekwencji doprowadziło do refleksu żołądkowo – jelitowego, a następnie do zespołu jelita drażliwego. W 2007 roku powódka czterokrotnie przeszła żółtaczkę mechaniczną, dlatego też w 2008 roku poddała się badaniu i konsultacji w Klinice (...) w G. celem oprotegowania dróg żółciowych w miejscu

przecięcia przewodu żółciowego, który miał miejsce podczas zabiegu laparoskopowego. Powódka kilkakrotnie musiała wymieniać endoprotezy.

Z powodów finansowych, powódka przez kilka lat po operacji, podejmowała prace fizyczne, mimo przeciwwskazań medycznych. Obecnie nigdzie nie pracuje zawodowo, gdyż nadal nie może wykonywać żadnych ciężkich prac fizycznych, które wymagają dźwigania i podnoszenia, jak również schylania się. Nie może również zajmować się gospodarstwem rolnym, które przejęła po teściach, jak również ogrodem, w którym bardzo lubiła pracować.

Powódka nadal musi być na diecie, która wyklucza spożywanie takich produktów, jak fasoli, cebuli, kapusty, ogórków, nie może również jeść żadnych potraw ostrych i tłustych, a także pić mocnej kawy i spożywać alkoholu. Ta sytuacja powoduje, że powódka musi prowadzić dwie kuchnie, dla siebie i dla reszty rodziny.

U powódki ustalono 30% uszczerbek na zdrowiu w związku ze zwężeniem dróg żółciowych, które jest następstwem zabiegu operacyjnego z lipca 2000 roku i nawet przy korzystnym dla niej rozwoju sytuacji zdrowotnej w postaci utrzymywania drożności PŻW i prawidłowym odpływie żółci musi ona liczyć się z możliwością nawrotu zwężenia i okresowo kontrolować stężenie enzymów wątrobowych oraz bilirubiny we krwi, jak również okresowo wykonywać badania USG jamy brzusznej. Z tych też przyczyn powódka nie może wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej, a w sytuacji pogarszającego się stanu dróg żółciowych, może być nawet niezdolna do jakiegokolwiek pracy fizycznej.

Oceniając ustalony w sprawie stan faktyczny przez pryzmat art. 445 § 1 k.c., Sąd I instancji uznał, że żądanie powódki jest w przeważającej mierze zasadne. Wyjaśnił, że z opinii biegłego sądowego I. O. oraz opinii Zakładu Medycyny Sądowej (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B. Katedra Medycyny Sądowej wynika, że w przypadku powódki, przecięcie przewodu żółciowego wspólnego w trakcie cholecystektomii laparoskopowej, mogło być powikłaniem niezależnym od działań personelu medycznego. Tym bardziej, że u I. K. występował przewlekły stan zapalny, jak również odmienności anatomiczne, tj. inna niż normalna szerokość przewodu żółciowego wspólnego, które mogły utrudniać identyfikację struktur w otoczeniu pęcherzyka żółciowego. Okoliczności te w ocenie biegłych mogły tylko przemawiać za rozważeniem konwersji do operacji klasycznej jeszcze przed przystąpieniem do przecinania dróg żółciowych. Jednocześnie jednak biegli powzięli wątpliwości co do świadomej zgody powódki na proponowany przez pozwanego zabieg. Historia choroby z pobytu powódki u pozwanego nie zawiera bowiem osobnego formularza świadomej zgody na zabieg cholecystektomii laparoskopowej. W ocenie biegłych świadczy to jednoznacznie o tym, że powódka nie została poinformowana o możliwych powikłaniach zabiegu (opinia ZMS k. 250v).

Sąd Rejonowy dał wiarę zarówno opinii biegłego sądowego I. O., jak również opinii Zakładu Medycyny Sądowej C. M. w B., ponieważ są one szczegółowe, wnikliwe i rzetelne, a przede wszystkim sporządzone zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Ponadto opinia Zakładu Medycyny Sądowej C. M. w B. nie była kwestionowana ani przez powódkę, ani przez pozwanego. Natomiast sama powódka słuchana informacyjnie, jak również w charakterze strony konsekwentnie twierdziła, że lekarz, który miał przeprowadzić zabieg, namawiał ją na metodę laparoskopową, nic nie mówił o metodzie tradycyjnej, jak również nie tłumaczył na czym polega zabieg laparoskopowy oraz, że może pojawić się konieczność wykonania zabiegu metodą tradycyjną. Wobec powyższego Sąd uznał, że zostały spełnione przesłanki, które uzasadniają odpowiedzialność pozwanego za szkodę niemajątkową. Podkreślić przy tym, że pozwany w przedmiotowej sprawie może ponosić odpowiedzialność nie tylko w wypadku wykazania, że powódka poniosła szkodę w wyniku tzw. błędu lekarskiego, czy też zastosowania niewłaściwej metody leczenia, co w świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego, biegli wykluczyli, ale również w przypadku, gdy szkoda – w tym przypadku w postaci przedłużonej hospitalizacji, cierpienia związanego z powikłaniami, jakie nastąpiły w okresie pooperacyjnym, koniecznością częstej kontroli specjalistycznej i hospitalizacji w klinice gastroenterologii, koniecznością okresowego przyjmowania leków i długotrwałego utrzymywania diety, stresu związanego z długotrwałym leczeniem, powstaniem nowych jednostek chorobowych oraz negatywnych następstw w życiu rodzinnym i społecznym - jest wynikiem nienależytego poinformowania powódki - pacjentki (a wręcz jak wynika z zebranego w sprawie materiału dowodowego zaniechania poinformowania przez lekarza prowadzącego) o proponowanym zabiegu, sposobie jego wykonania, ryzyku jakie może nieść ta metoda, powikłaniach jakie mogą wystąpić w trakcie zabiegu, czasokresie występowania

bólu i jego natężeniu, jak również konsekwencjach w sferze zawodowej i rodzinnej pacjenta, czyli tych wszystkich negatywnych skutkach, które faktycznie wystąpiły u powódki po zabiegu usunięcia woreczka żółciowego.

Sąd I instancji podkreślił, że obowiązkiem lekarza przeprowadzającego zabieg było szczegółowe udzielenie informacji i wyjaśnień powódce I. K., o planowanej metodzie, przyczynach jej wyboru, a w szczególności o ryzyku jakie ta metoda niesie, właśnie w celu umożliwienia swobodnego podjęcia decyzji przez powódkę co do poddania się temu zabiegowi. Tym bardziej, co bezsprzecznie wynika z załączonej do akt dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych, że u powódki występował nie tylko przewlekły stan zapalny, który mógł utrudniać identyfikację struktur w otoczeniu pęcherzyka żółciowego, ale również odmienny stan anatomiczny w postaci innej niż normalna szerokość przewodu żółciowego wspólnego, co mogło wskazywać na obiektywne trudności podczas wybranej metody laparoskopowej. W ocenie Sądu zwykła uczciwość i rzetelność wymagała poinformowania powódki o powyższych okolicznościach, aby mogła ona dokonać swobodnego wyboru – czyli świadomie wyrazić zgodę na polecany i rekomendowany zabieg medyczny. Natomiast z zebranego w sprawie materiału dowodowego w postaci dokumentacji medycznej oraz opinii Zakładu Medycyny Sądowej C. M. w B. wynika, że pozwany nie uczynił zadość powyższemu obowiązkowi. Okoliczności tej zresztą nie kwestionował w toku procesu.

Sąd Rejonowy zauważył, że od każdego kto podejmuje się określonego działania, wymagana jest należyta staranność w rozumieniu art. 355 k.c. Tym bardziej, że obowiązek należytej staranności, uregulowany w tym przepisie, dotyczy wszystkich momentów wykonywania zobowiązania, tj. fazy przygotowawczej, zasadniczej i końcowej, czyli w tym przypadku od chwili zgłoszenia się pacjentki do szpitala ze schorzeniem wymagającym zabiegu, aż do chwili wypisania ze szpitala. Oznacza to, że przez ten cały czas lekarz powinien zachowywać „staranność dobrego lekarza”, wymaganą w związku z wykonywaniem zawodu. Podniósł, że zachowanie lekarza można uznać za bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko obowiązujące ustawodawstwo, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współzycia społecznego oraz zasady obowiązujące w konkretnych zawodach. Wśród tych zasad, w przypadku lekarzy, niewątpliwie mieści się szczegółowe informowanie pacjenta o jego schorzeniach, proponowanej metodzie leczenia i ryzyku jakie ona niesie celem umożliwienia pacjentowi wyrażenie zgody na zabieg operacyjny. Ryzyko, jakie bowiem bierze na siebie pacjent, musi być świadome i swobodne.

Sąd I instancji - powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego - stwierdził, że skoro z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż brak prawidłowej informacji o poszczególnych metodach, możliwych komplikacjach w ramach tzw. ryzyka operacyjnego, okresie leczenia, pozbawił powódkę możliwości świadomego i swobodnego powzięcia decyzji co do metody zabiegu, w szczególności pod kątem ryzyka i następstw poszczególnych metod, to zgoda powódki na zabieg została uzyskana w sposób nieprawidłowy. Takie zaś postępowanie pozwanego rodzi jego odpowiedzialność odszkodowawczą ze względu na bezprawność działania.

Określając wysokość zadośćuczynienia, Sąd Rejonowy wziął pod uwagę nie tylko 30% uszczerbek na zdrowiu, który został ustalony powódce zarówno przez biegłego sądowego I. O., jak również Zakład Medycyny Sądowej C. M. w B., ale przede wszystkim konsekwencje, jakie miało to zdarzenie na życie powódki. Zwrócił uwagę na fakt, że w chwili zabiegu powódka miała 30 lat, była aktywną osobą, która zajmowała się czwórką małych dzieci, domem i rodziną. Ponadto pomagała w pracach fizycznych w gospodarstwie swoich teściów, a jej pasją był ogród, w którym spędzała każdą wolną chwilę. Pracowała również zawodowo, fizycznie, albowiem mogła dźwigać ciężary. Powódka prowadziła także ożywione życie towarzyskie i nie musiała stosować żadnych ograniczeń żywnościowych. Natomiast bezpośrednio po zabiegu jej sytuacja diametralnie zmieniła się albowiem powódka musiała poddać się przedłużonej hospitalizacji oraz cierpieła z powodu powikłań, jakie nastąpiły w okresie pooperacyjnym, a które wymusiły na niej konieczność częstych kontroli specjalistycznej i hospitalizacji w klinice gastroenterologii, okresowego przyjmowania leków i długotrwałego utrzymywania diety. Ponadto w życiu powódki pojawił się stres związany z długotrwałym leczeniem, a nadto powstały nowe jednostki chorobowe oraz negatywne następstwa w życiu rodzinnym i społecznym. Niewątpliwym bowiem jest, że powódka nie mogła i nadal nie może wykonywać żadnych ciężkich prac fizycznych, które wiążą się ze schyłaniem i

dźwiganie, musi być na diecie, jak również znosić wyrzuty ze strony męża w zakresie wydatków na zakup leków, które sprawiają jej dużą przykrość. Podkreślił również, że obecnie powódka nie pracuje właśnie ze względu na stan zdrowia.

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że dał wiarę zeznaniom strony powodowej, ponieważ są one spójne i konsekwentne z wyjaśnieniami złożonym przez powódkę podczas wysłuchania informacyjnego, mimo znacznego upływu czasu. Ponadto okoliczności te znajdują potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym w postaci zeznań świadków, które są spójne i wzajemnie się uzupełniają. Podniósł, że istotne znaczenie dla wysokości zasądzonego zadośćuczynienia ma również opinia Zakładu Medycyny Sądowej C. M. w B., z której bezsprzecznie wynika, że w przyszłości dojdzie do ponownego narastania zwiężenia cholestożą, co w konsekwencji może skutkować zapaleniem dróg żółciowych oraz tworzyć nowe złoże. W konsekwencji stan zdrowia powódki ulegnie pogorszeniu i będzie ona wymagała leczenia w postaci kolejnych interwencji endoskopowych, a nawet chirurgicznych. Istotnym jest również, że powódka nawet przy korzystnym dla niej rozwoju sytuacji zdrowotnej, tj. utrzymywaniu drożności PŻW i prawidłowym odpływie żółci musi liczyć się z możliwością nawrotu zwiężenia.

W ocenie Sądu I instancji, zadośćuczynienie w wysokości 60.000 złotych jest adekwatne do szkody niemajątkowej, jaką powódka poniosła w wyniku tego zdarzenia i rekompensuje doznaną przez nią krzywdę. Tym bardziej, że kwota ta uwzględnia zarówno charakter jak i zakres uszkodzeń, intensywność dolegliwości bólowych, długotrwałość pobytu w szpitalu po zabiegu, konieczność dalszego leczenia, zmiany zarówno w życiu zawodowym, jak i rodzinnym. Sąd oddalił roszczenie powódki w pozostałym zakresie uznając, że żądana pozwem kwota jest nadmierna i nieusprawiedliwiona okolicznościami niniejszej sprawy.

W związku z tym, że powódka będzie odczuwała dolegliwości związane z tym zdarzeniem w przyszłości (opinia ZMS - k. 249v), Sąd ustalił odpowiedzialność strony pozwanej na przyszłość za skutki zdarzenia z dnia 19 lipca 2000 roku.

O kosztach orzeczono na mocy art. 100 k.p.c. przyjmując, że skoro w przedmiotowej sprawie powódka domagała się kwoty 75.000 złotych tytułem zadośćuczynienia, a jej roszczenie zostało uwzględnione w zakresie kwoty 60.000 złotych, to uległa tylko w nieznaczącej części swojego żądania, co uzasadniało obciążenie pozwanego obowiązkiem zwrotu kosztów (opłata stosunkowa od pozwu 3.750 złotych, wydatki za dokumentację w wysokości 58,47 złotych, wynagrodzenie za sporządzenie opinii dla biegłego sądowego I. O. w wysokości 382,32 złotych oraz wynagrodzenie za sporządzenie opinii przez Zakład Medycyny Sądowej C. M. w B. w wysokości 4.454,54 zł). Skoro koszty te w kwocie 8.845,33 zł zostały tymczasowo wyłożone przez Skarb Państwa - Sąd Rejonowy w Człuchowie, Sąd nakazał pobrać je od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Człuchowie.

W związku z tym, że strona powodowa była reprezentowana w toku procesu przez zawodowego pełnomocnika procesowego w osobie adwokata, który został ustanowiony z urzędu, na podstawie art. 122 § 1 k.p.c., kosztami nieodpłatnej pomocy obciążono pozwanego.

Zgodnie z art. 113 ust. 1 i 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd Rejonowy - mając na uwadze obecną sytuację materialną i życiową powódki - odstąpił od ściągnięcia, z zasądzonego na rzecz powódki roszczenia, kosztów sądowych, które nie zostały opłacone przez stronę powodową.

Pozwany zaskarżył powyższy wyrok apelacją, w zakresie rozstrzygnięcia zawartego w punktach 1, 2, 4, 5 i 6 sentencji, domagając się jego zmiany poprzez oddalenie powództwa w całości. Nadto wniósł o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu za obie instancje. Skarżonemu orzeczeniu zarzucił:

- naruszenie art. 445 § 1 k.c., poprzez błędne przyjęcie, że pozwany jest odpowiedzialny za skutki zabiegu z dnia 19 lipca 2000 roku, któremu poddała się powódka oraz za krzywdę, jakiej doznała w wyniku komplikacji związanych z zabiegiem;
- naruszenie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c., poprzez błędne ustalenie, że pozwany powinien zapłacić odsetki od zasądzonego świadczenia, począwszy od dnia wniesienia pozwu;

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c., poprzez brak wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego i dokonanie jego oceny z pominięciem ryzyka operacyjnego ciężącego na powódce, jako pacjentce.

Powódka w odpowiedzi na apelację wniosła o jej oddalenie i zasądzenie na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja zasługiwała na uwzględnienie jedynie w zakresie, w jakim dotyczyła rozstrzygnięcia o odsetkach od zasądzonego świadczenia.

Mając na uwadze treść art. 382 k.p.c., sąd II instancji ma nie tylko uprawnienie, ale wręcz obowiązek rozważenia na nowo całego zebranego w sprawie materiału oraz dokonania własnej, samodzielnej i swobodnej oceny, w tym oceny zgromadzonych dowodów (uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1998 r., II CKN 704/97 - za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex). Sąd II instancji nie ogranicza się zatem tylko do kontroli sądu I instancji, lecz bada ponownie całą sprawę, a rozważając wyniki postępowania przed sądem I instancji, władny jest ocenić je samoistnie. Postępowanie apelacyjne jest przedłużeniem postępowania przeprowadzonego przez pierwszą instancję, co oznacza, że nie toczy się on na nowo.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy pozwolił Sądowi rozpoznającemu apelację na konstatację, że dokonane przez Sąd Rejonowy rozstrzygnięcie, jak i wnioski wywiedzione z ustalonych okoliczności, prowadzące do wydania zaskarżonego wyroku były w przeważającej mierze prawidłowe. Za wyjątkiem kwestii odsetek, Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do innej, aniżeli dokonana przez Sąd Rejonowy, oceny okoliczności powoływanych przez strony w toku postępowania sądowego przed obiema instancjami.

Poza zasygnalizowanym już odmiennym stanowiskiem w zakresie wymagalności zasądzonego świadczenia, Sąd Okręgowy w pełni akceptuje poczynione przez Sąd I instancji ustalenia stanu faktycznego, jak i zaprezentowane w uzasadnieniu skarżonego orzeczenia rozważania prawne. Sąd Rejonowy dokonał prawidłowej oceny merytorycznej zgłoszonego roszczenia. W konsekwencji, zarzuty podniesione w treści apelacji - w ocenie Sądu II instancji - stanowią w istocie gołosłowną polemikę z prawidłowymi wskazaniem i rozważaniem Sądu I instancji.

Zważyć należy, że pozwany oparł apelację na zarzucie naruszenia prawa procesowego, poprzez brak wszechstronnego rozważenia przez Sąd I instancji zebranego materiału dowodowego i dokonanie jego oceny z pominięciem kluczowej - zdaniem skarżącego - okoliczności, jaką stanowiło ryzyko operacyjne ciężące na powódce, jako pacjentce.

Należy mieć na uwadze, iż zgodnie z treścią - wyrażającą obowiązującą w polskiej procedurze cywilnej zasadę swobodnej oceny dowodów - art. 233 § 1 k.p.c., sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału - swobodna ocena dowodów odnosi się do wyboru określonych środków dowodowych i do sposobu ich przeprowadzenia. Mają być one ocenione konkretnie i w związku z całym zebrany materiał dowodowy. Jest to podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądenia, a więc rozstrzygnięcia kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału (orzeczenie Sądu Najwyższego z 16 lutego 1996 r., II CRN 173/95, nie publ.). W orzeczeniu z 10 czerwca 1999 roku, wydanym w sprawie II UKN 685/98 (OSNAPiUS 2000, nr 17, poz. 655) Sąd Najwyższy stwierdził, że normy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego.

Jednocześnie przysługujące sądowi prawo swobodnej oceny dowodów musi być tak stosowane, aby prawidłowość jego realizacji mogła być sprawdzona w toku instancji. Dlatego skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania, lub doświadczenia życiowego,

to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1998 r., II CKN 4/98; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/00; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99 – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

Zdaniem Sądu II instancji, zebrany w sprawie materiał dowodowy nie daje podstaw do przyjęcia, iż Sąd Rejonowy uchybił zasadom logicznego rozumowania, lub doświadczenia życiowego. To z kolei czyni zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. gołosłownym.

Wywodom Sądu I instancji nie można zarzucić dowolności, ani przekroczenia granic logicznego rozumowania. Sąd odniósł się do podniesionych przez apelującego w toku sprawy zarzutów. Wskazał fakty, które uznał za udowodnione i na których oparł swoje rozstrzygnięcie. Odniósł się do całego zaproponowanego przez strony materiału dowodowego, a przy rozstrzygnięciu posiłkował się opinią biegłego. Wyjaśnił przy tym szczegółowo, dlaczego uznał, iż oświadczenie woli powódki, zawierające zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego było wadliwe i nie wyłączyło odpowiedzialności pozwanego za negatywne następstwa tegoż zabiegu.

W tym miejscu należy wskazać, iż zgodnie z art. 9 obowiązującej obecnie ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (ust. 1). Ma także prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (ust. 2).

Mimo, iż w 2000 roku wspomniany przepis jeszcze nie obowiązywał, to bezsprzecznie zawarta w nim norma prawna funkcjonowała w polskim systemie prawnym. Była wówczas wyrażona m.in. w art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz w art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Zgodnie z jej treścią, pacjent ma prawo do informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu na przyszłość. Jest to ustawowy zakres przedmiotowy prawa do informacji, w zasadzie wyczerpujący, zatem nie podlega swobodnemu uznaniu przez lekarza.

Obowiązek udzielania informacji jest etycznym obowiązkiem lekarza. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 13 ust. 1 stanowi, że "obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia". Zgodnie z art. 13 ust. 3 KEL lekarz powinien poinformować o:

- stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych,
- spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów,
- możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Ważną częścią przekazywanej informacji dotyczącej następstw i konieczności podjęcia czy kontynuowania leczenia musi być objaśnienie w kwestii ewentualnej potrzeby pilnego dokonania interwencji medycznej. Pacjent ma prawo znać alternatywne metody postępowania, o ile w jego przypadku zachodzi możliwość wyboru np. pomiędzy metodą inwazyjną a nieinwazyjną. Obowiązkiem lekarza jest dochowanie należytej staranności, by przekonać pacjenta do wyboru optymalnej metody medycznej (art. 4 u.z.l.). To pacjent ostatecznie decyduje, jakie działania względem jego osoby będą podejmowane, ale aby był to świadomy wybór, którego ryzyko jest przez pacjenta akceptowane, musi uzyskać od lekarza wyczerpujące informacje. Na zakres przekazywanych informacji niewątpliwie ma wpływ ryzyko interwencji medycznej. W literaturze zaproponowano, aby przez pojęcie ryzyka rozumieć "wszelkie niebezpieczeństwo dla chorego mogące wynikać z powikłań po zastosowaniu metod badania i leczenia. Na zakres udzielanych pacjentowi informacji wpływa także konkretna sytuacja osobista lub zawodowa. SN zwrócił uwagę, że "zakres obowiązku

informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć "poinformowaną" i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu" (Komentarz do art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. D. Karkowska – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

Jak stanowi art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

W myśl z kolei art. 34 ustawy o zawodzie lekarza..., lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą ryzyko dla pacjenta, dopiero po uzyskaniu jego pisemnej zgody (ust. 1). Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 ustawy (ust. 2).

Artykuł 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza..., wyraźnie wskazuje zakres przedmiotowy prawa do informacji, nie pozostawiając lekarzowi swobody w jego ocenie. Katalog zawarty w tym przepisie jest bardzo szeroki i w zasadzie dotyczy wszystkich aspektów udzielania świadczenia zdrowotnego. Lekarz ma obowiązek przedstawić pacjentowi informacje o: 1) stanie zdrowia, 2) rozpoznaniu, 3) proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, 4) dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, 5) wynikach leczenia, 6) rokowaniu na przyszłość (Komentarz do art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. M. Kapko – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji zabiegu operacyjnego ma na celu takie zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu, ażeby pacjent podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać (uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79 – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

Lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę nie dotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda "nieobjaśniona" i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza aby podjąć "poinformowaną" i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu (uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05 – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

Zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy (uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., I ACa 973/05 – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

Należy przy tym podkreślić, że w myśl art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta - w tym omówionego wyżej prawa do szczegółowej informacji o stanie zdrowia, rokowaniach, ryzyku związanym z proponowaną formą terapii oraz prawa do świadomego podjęcia decyzji w przedmiocie poddania się ryzykownemu zabiegowi operacyjnemu - sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie przepisów k.c.

W realiach rozpoznawanej sprawy nie budził wątpliwości fakt, iż powódka - przed zabiegiem operacyjnym przeprowadzonym w dniu 19 lipca 2000 roku - nie uzyskała pełnej informacji o możliwych komplikacjach, które mogą się pojawić w czasie operacji i konieczności porzucenia małoinwazyjnej metody laparoskopowej na rzecz tradycyjnej,

chirurgicznej ingerencji, pociągającej za sobą określone konsekwencje i niebezpieczeństwa. Jak podkreśliła na rozprawie apelacyjnej, lekarz prowadzący ograniczył się jedynie do lakonicznego stwierdzenia, że po zastosowaniu metody laparoskopowej, nawet starsi ludzie wychodzą do domu już dwa dni po zabiegu. Nie wspomniał przy tym nie tylko o tym, że w trakcie operacji wszystko jest możliwe i nie da się wykluczyć konieczności tzw. „otwarcia” powódki przez chirurga, a w konsekwencji o wiele dłuższej przerwy poprzedzającej powrót do normalnego życia, ale również o możliwości wystąpienia komplikacji, których skutki mogą się utrzymywać przez wiele lat.

Zdaniem Sądu II instancji I.K., wyrażając zgodę na przeprowadzenie operacji metodą laparoskopową, nie miała pełnej świadomości niebezpieczeństw związanych z zabiegiem, któremu się poddaje. Trudno bowiem przypuszczać, że mając pod swoją opieką czworo kilkuletnich dzieci i będąc w pełni świadomą zagrożeń płynących z zabiegu, który nie był nagły, nie odłożyłaby go w czasie przynajmniej do momentu, aż najmłodsze z dzieci (dwuletnie) osiągnie wiek przedszkolny. Fakt ten, wynikający z niedopełnienia przez pracowników pozwanego ciężących na nich obowiązków jest równoznaczny z naruszeniem opisanych wyżej praw pacjenta i skutkuje bezskutecznością złożonego przez powódkę oświadczenia i bezprawnością naruszenia jej dóbr osobistych (nietykalność cielesna, zdrowie). Oznacza to, że odpowiedzialność za skutki zabiegu operacyjnego z dnia 19 lipca 2000 roku, spoczywa na pozwanym szpitalu, jako podmiocie, którego pracownicy nie dopełnili wynikających z przepisów prawa obowiązków.

W kwestii daty wymagalności odsetek ustawowych od zasądzonego na rzecz powódki świadczenia, Sąd Okręgowy nie podzielił stanowiska Sądu Rejonowego.

O dacie początkowej świadczenia odsetkowego przy zasądzeniu zadośćuczynienia decyduje bowiem to, na jaką datę ukształtował się stan faktyczny będący podstawą oceny wysokości przedmiotowego świadczenia. O ile stan taki został ukształtowany w dacie wezwania do zapłaty, a co za tym idzie - wysokość zadośćuczynienia jest oceniana z odwołaniem się do tych okoliczności faktycznych, to odsetki należą się od daty wezwania do zapłaty. O ile jednak podstawą oceny są także okoliczności faktyczne, które miały miejsce pomiędzy datą wezwania do zapłaty a datą wyrokowania, to odsetki należą się do daty ustalenia wysokości zadośćuczynienia przez Sąd (uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 30 listopada 2012 r., I ACa 1107/12 – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex).

W niniejszej sprawie, w dacie wezwania przez powódkę pozwanego szpitala do zapłaty zadośćuczynienia sporna była przede wszystkim zasada odpowiedzialności pozwanego. Dopiero bowiem w toku procesu ustalono, iż pracownicy pozwanego nie dopuścili się błędu w sztuce lekarskiej. Wtedy także stwierdzono, że nie dopełnili oni wobec powódki obowiązków o charakterze informacyjnym, przez co wyrażona przez nią zgoda na poddanie się zabiegowi operacyjnemu, okazała się bezskuteczna. Tym samym kluczowe dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy okoliczności zostały ujawnione dopiero po wytoczeniu powództwa.

Z uwagi na powyższe Sąd Okręgowy, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., zmienił rozstrzygnięcie zawarte w punkcie 1 sentencji zaskarżonego wyroku w ten sposób, że od ustalonego w jego treści świadczenia zasądził ustawowe odsetki od dnia 13 września 2013 roku (punkt 1 sentencji).

Apelacja podlegała w pozostałym zakresie oddaleniu, w oparciu o art. 385 k.p.c. (punkt 2 sentencji).

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c. i § 6 pkt 6 w zw. z § 13 ust. 1 pkt i § 2 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu.