

Sygn. akt II Ca 1021/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 kwietnia 2014r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu II Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie następującym:

Przewodniczący- Sędzia SO Elżbieta Sobolewska-Hajbert

Sędzia SO Beata Stachowiak (spr.)

Sędzia SO Katarzyna Wręczycka

Protokolant: Elżbieta Biała

po rozpoznaniu w dniu 24 kwietnia 2014r. we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa W. I.

przeciwko Powiatowi (...)

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Miliczu

z dnia 30 marca 2012r.

sygn. akt I C 138/05

I. oddala apelację;

II. zasądza od powódki na rzecz strony pozwanej 1200 zł kosztów postępowania apelacyjnego;

III. obciąża Skarb Państwa kosztami sądowymi, od ponoszenia których powódka była zwolniona.

Sygn. akt II Ca 1021/12

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 30 marca 2012 r. Sąd Rejonowy w Miliczu oddalił powództwo W. I. przeciwko Powiatowi (...) oddalający o zapłatę kwoty 50 000 zł tytułem zadośćuczynienia. W wyroku tym Sąd nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz strony pozwanej oraz orzekł, że nieuiszczone koszty sądowe ponosi Skarb Państwa.

Sąd wydał powyższy wyrok w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 4 października 2003 r. powódka uczestniczyła w wypadku samochodowym .

W związku z doznanymi przez powódkę w tym wypadku obrażeniami ciała została ona przyjęta w trybie nagłym do Szpitala (...) w M.. W szpitalu powódka przebywała do dnia 8 października 2003 r. Bezpośrednio po wypadku następowały u powódki utraty przytomności, powódka odczuwała silny ból głowy i ręki. Już w pierwszym dniu pobytu

w szpitalu ponadto zaczęła odczuwać bóle brzucha, które oceniała, jako bardzo silne. Przy każdej wizycie lekarza powódka zgłaszała opisane dolegliwości, zgłaszała to również pielęgniarkom. Lekarz po badaniu fizykalnym stwierdził, że jest to normalne następstwo wypadku i zaaplikował powódce dalsze podawanie leków przeciwbólowych. Silny ból wpłynął na spadek apetytu powódki. Przy przyjęciu do szpitala(...) w M. rozpoznano u powódki wieloodłamowe złamanie nasady dalszej prawej kości ramieniowej z przemieszczeniem, stłuczenie głowy, wstrząśnienie mózgu i stłuczenie brzucha. W badaniu fizykalnym lekarze (...) w M. stwierdzili, iż kontakt z powódką jest utrudniony, stwierdzono podbiegnięcie krwawe powłok w okolicy prawego podbrzusza, obrzęk i bolesność nasady dalszej kości ramieniowej prawej z zachowanym tętnem na tętnicy promieniowej i ruchomością palców. Wobec powódki zastosowano leczenie w postaci repozycji załamanej kości i założenia opatrunku gipsowego ramieniowo – dłoniowego. W okresie pobytu w szpitalu w M. wykonano następujące badania: trzykrotnie morfologię krwi, elektrolity, mocznik, kreatyninę, glukozę. Przy przyjęciu wykonano także badanie rtg czaszki, kręgosłupa szyjnego, klatki piersiowej i miednicy, a po pogorszeniu się kontaktu z powódką przewieziono ją karetką reanimacyjną na badanie (...) i konsultację neurochirurgiczną. Badanie (...) głowy i kręgosłupa szyjnego w dniu 4 października 2003 r. nie wykazało zmian urazowych, a jedynie zaawansowane zmiany zwyrodnieniowo – zniekształcające kręgów szyjnych, z osteofitami wypuklającymi się do światła kanału kręgowego, ze zmniejszaniem jego wymiaru strzałkowego. Przeprowadzona w dniu 4 października 2003 r. konsultacja neurochirurgiczna nie wykazała zmian urazowych w zakresie głowy i szyi, ani konieczności leczenia neurochirurgicznego. W trakcie tego badania powódka była przytomna, ale nie nawiązywała kontaktu, nie stwierdzono niedowładów, ale dodatni (...) po stronie lewej. Potwierdzone to zostało również po konsultacji neurologicznej w dniu 4 października 2003 r. i 6 października 2003 r. Nie stwierdzono wówczas uszkodzeń w zakresie nerwów czaszkowych, powódka nie zgłaszała dolegliwości. Badanie USG jamy brzusznej przeprowadzone w dniach 4 i 7 października 2003 r. nie wykazało zmian urazowych, ani wolnego płynu w jamie otrzewnej. Podczas pobytu w tym szpitalu regularnie kontrolowano ciśnienie tętnicze, prowadzono bilans płynów. W dniu 5 października 2003 r. w dokumentacji lekarskiej widnieje zapis, iż brzuch jest miękki, perystaltyka obecna, natomiast przy palpacji bolesność całych powłok brzusznych. Z dokumentacji lekarskiej datowanej na 7 października 2003 r. wynika, iż brzuch powódki był miękki, nieznacznie tkliwy w podbrzuszu, perystaltyka prawidłowa. Powódka została wypisana ze szpitala do domu w piątej dobie hospitalizacji w stanie dobrym, bez dolegliwości bólowych. Zlecona została kontrola neurologiczną po miesiącu od wypisu. Wykonane w (...) w M. zdjęcia rtg ramienia prawego pokazywały w dniu przyjęcia do szpitala złamanie nad i przekłykciowe kości ramiennej prawej z przemieszczeniem odłamów. Wykonane zdjęcie rtg przez gips wskazywało ustawienie odłamów w korzystne dla zrostu. Powódka z powodu bólu brzucha nie mogła o własnych siłach opuścić szpitala, z tego względu została wywieziona na wózku szpitalnym przez sanitariusza. Osoba, która odbierała powódkę ze szpitala, zdecydowała, że ze względu na jej ogólne osłabienie i doskwierający ból brzucha nie zostanie odwieziona do swojego miejsca zamieszkania w C., lecz do mieszkania siostry do W. .Po przyjeździe do domu siostry we W. powódka czuła się coraz gorzej. Powódka zapadała w krótki sen, na przemian następowała częściowa utrata przytomności, w dalszym ciągu odczuwała bóle brzucha, które nasiliły się w dniu 10 października

2003 r. Wezwane w drugiej dobie pobytu w domu pogotowie ratunkowe zawiozło ją do (...) Szpitala (...) we W.. Powódka została przyjęta w dniu 10 października 2003 r. na Oddział (...) w Szpitalu (...) we W.. W tym dniu powódka od rana zaczęła odczuwać silny ból brzucha, głównie w nadbrzuszu środkowym i podbrzuszu środkowym, nie wymiotowała, stolec był prawidłowy. Wstępna diagnoza ograniczyła się do stwierdzenia bólu brzucha, jako stanu po stłuczeniu brzucha w wyniku wypadku oraz podejrzenia zapalenia otrzewnej. Powódka została poddana operacji, dokonano (...), czyli otwarcia powłok brzusznych. W trakcie operacji stwierdzono perforacyjny otwór w ścianie esicy na długości 2 cm, który został zszyty. Stwierdzono również kałowe zapalenie otrzewnej, wobec czego konieczny był zabieg wyodrębnienia sztucznego odbytu, po czym powódka została umieszczona na Oddziale (...). Na Oddziale tym obok stanu po przebytej operacji stwierdzono uraz wielonarządowy, uraz głowy, ostrą niewydolność oddechową, perforację pourazową jelita krętego, kałowe zapalenie otrzewnej, nadto stwierdzono ostrą niewydolność nerek, stłuczenie klatki piersiowej, złamanie żebra X po stronie lewej krwiak urazowy lewej jamy opłucnowej, ostre pourazowe zapalenie oskrzeli, (...) oskrzela lewego, złamanie nasady dalszej kości ramieniowej prawej. Stan powódki w momencie przyjęcia na oddział był ciężki, powódka była nieprzytomna, wymagała podłączenia do respiratora, stosowano leczenie farmakologiczne. W dziesiątym dniu hospitalizacji stwierdzono narastające pogarszanie się stanu

zdrowia powódki. Wykonywano kolejne niezbędne badania, m.in. punkcję jamy opłucnej stwierdzając krwiaka. W dniu 23 października 2003 r. wykonano (...). Przeprowadzono konsultację ortopedyczną, w wyniku, której zalecono utrzymanie unieruchomienia założonego w (...) w M. przez następne 2 tygodnie, przeprowadzono również konsultację ortopedyczną, konsultacje torakochirurgiczne przy jednoczesnej kontynuacji leczenia zachowawczego. Ostatecznie od respiratora powódka została odłączona dopiero 11 listopada 2003 r. W dniu 17 listopada 2003 r. usunięto opatrunek gipsowy z lewej kończyny górnej. Lekarz ortopeda stwierdził m.in. obrisy łokcia w miarę prawidłowe, ograniczenie ruchomości w łokciu, mierny zrost przemieszczonych odłamów kostnych w związku, z czym dalsze leczenie kontynuowane było na Oddziale (...). Przy przyjęciu powódki na oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu rozpoznano m.in. zastarzałe wieloodłamowe złamanie nasady dalszej kości ramieniowej prawej. Po ściągnięciu opatrunku gipsowego okazało się, że jej ramię było spuchnięte, wyglądało nienaturalnie. Powódka poddana została niezwłocznie operacyjnej repozycji i stabilizacji kości ramieniowej metodą K.. Leczenie pooperacyjne przebiegło bez powikłań. Na koniec na oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej przeprowadzono powódce operację, której celem było odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego. W dniu 3 września 2004 r. powódka skierowała skargę do Rzecznika (...) Izby Lekarskiej, zarzucając błędne działanie lekarzy (...)w M., w szczególności spowodowanie szeregu powikłań na skutek postawienia złej diagnozy i w konsekwencji spowodowanie zagrożenie jej życia. Postanowieniem z dnia 7 września 2004 r. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (...) postanowił wszcząć postępowanie wyjaśniające w sprawie skargi na błędne diagnozowanie i leczenie przez lekarzy Szpitala (...) w M.. Postanowieniem z dnia 23 marca 2005 r. postępowanie to zostało umorzone. W uzasadnieniu swego rozstrzygnięcia rzecznik wskazał, iż w oparciu o dokumentację lekarską powódki i opinię biegłego profesora specjalisty z zakresu ortopedii popartą literaturą fachową, brak było podstaw do postawienia zarzutu błędu w sztuce lekarskiej. Poza stłuczeniem brzucha nie było podstaw do podejrzeń obrażeń jamy brzusznej, a chorej zostały wykonane wszystkie dostępne procedury. Na powyższe rozstrzygnięcie powódka złożyła zażalenie. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w W. po zapoznaniu się z dokumentacją sprawy uznał decyzję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej we W. za przedwczesną i zarekomendował powołanie biegłego z dziedziny chirurgii urazowej. Po zapoznaniu się z opinią biegłego z zakresu chirurgii urazowej Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (...) Izby Lekarskiej postanowieniem z dnia 7 grudnia 2005 r. ponownie umorzył postępowanie wyjaśniające. W uzasadnieniu wskazał m.in. iż powikłania powstałe u W. I. były wynikiem charakteru i ciężkości doznanych urazów w wypadku samochodowym i nie są zawinione przez lekarzy leczących. Orzeczenie to zostało zaskarżone przez powódkę, która konsekwentnie podnosiła, iż lekarze (...) w M. w jej przypadku postawili błędną diagnozę i w konsekwencji przeprowadzili błędne leczenie. W toku postępowania wywołanego zażaleniem Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w W. postanowieniem z dnia 26 kwietnia 2006 r. utrzymał w mocy postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej we W. w przedmiocie umorzenia postępowania wyjaśniającego podzielając w całości argumentację przedstawioną w tym orzeczeniu. Powódka do chwili obecnej odczuwa ból w łokciu – szczególnie przy zmianach pogody, drętwienie palców, silne drgania ręki, nie może nosić cięższych rzeczy. Zdarza się, że silne drgania ręki uniemożliwiają jej spożywanie posiłków. W toku postępowania z dniem 31 lipca 2011 r. doszło do likwidacji strony pozwanej (...) w M.. Zgodnie z Uchwałą Rady Powiatu w M. nr (...) z dnia 27 stycznia 2011 r. w sprawie likwidacji (...) w M. zobowiązania i należności tej jednostki po likwidacji przejął w całości Powiat (...).

Powódka w wyniku wypadku doznała odroczonego w czasie pęknięcia esicy. Stłuczenie powłok brzucha oraz stłuczenie ściany jelita i powstanie krwiaka śródściennego doprowadziło do martwicy ściany esicy w miejscu stłuczenia i do perforacji przewodu pokarmowego z następowym rozwinięciem się kałowego zapalenia otrzewnej. Powyższe powikłania powypadkowe doprowadziły do stanu zagrożenia życia. To późne następstwo wypadku było niemożliwe do zdiagnozowania podczas pobytu powódki w (...) w M., ponieważ stłuczenia powłok brzucha, ściany jelita i krwiak nie dają charakterystycznych objawów i są w zasadzie niemożliwe do zdiagnozowania.

Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne Sąd Rejonowy uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. W ocenie Sądu pierwszej instancji podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie stanowi w art. 417 k.c., ponieważ działania zakładów opieki zdrowotnej nie mają zwykle charakteru władczego. Zastosowanie znajdują ogólne przepisy dotyczące odpowiedzialności z czynów niedozwolonych, a w tym przypadku art. 430 k.c. Zatem przesłanką odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu jest wina lekarza lub personelu medycznego

albo wina własna zakładu opieki zdrowotnej. Poza przesłanką winy na powódce spoczywał ciężar wykazania szkody, która powinna pozostawać w normalnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem szpitala – a dokładnie osoby pracującej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, niezależnie od rodzaju i charakteru pełnionych funkcji oraz rodzaju stosunku zatrudnienia. Przeprowadzone w sprawie dowody z dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych sądowych wykazały, iż diagnostyka i leczenie powódki w szpitalu (...) (...) w M. przeprowadzone zostały prawidłowo. Przy przyjęciu przeprowadzono wywiad lekarski, powódka została zbadana fizykalnie, korzystano z konsultacji, monitorowano stan jej zdrowia na bieżąco, modyfikując leczenie w zależności od objawów. Zakres przeprowadzonych badań został dobrany prawidłowo, zgodnie z zasadami postępowania w tego rodzaju przypadkach i był wystarczający dla ujawnienia zmian urazowych, mogących powstać podczas wypadku drogowego. Przed wypisaniem powódki ze szpitala wykonano kontrolne badanie usg jamy brzusznej, które nie wykazało uchwytnych nieprawidłowości. Większość badań wykonana została przy przyjęciu, kolejne dni zasadniczo ograniczały się do monitorowania stanu zdrowia powódki. Przeprowadzona diagnostyka była kompletna, wobec czego brak było przeciwwskazań do wypisu powódki do domu. Zastosowana metoda leczenia złamanej kości ramiennej prawej i założenie opatrunku gipsowego ramiennie – dłoniowego było zgodne ze sztuką lekarską i dopuszczalne z racji wykonywania tego zabiegu krótko po przywiezieniu powódki do szpitala, w trakcie trwającej diagnostyki. Po nastawieniu odłamów złamanej kończyny przeprowadzono kontrolne badanie rtg, z którego wynikało, iż ustawienie odłamów jest zadowalające, nadto zalecono dodatkowo badanie kontrolne rtg po pięciu dniach po wypisaniu z placówki. Natomiast doznane przez powódka odroczone w czasie pęknięcia esicy, jako późne następstwo wypadku było niemożliwe do zdiagnozowania podczas pobytu powódki w (...) w M.. Stłuczenie powłok brzucha oraz stłuczenie ściany jelita i powstanie krwiaka śródściennego doprowadziło do martwicy ściany esicy w miejscu stłuczenia i do perforacji przewodu pokarmowego z następowym rozwinięciem się kałowego zapalenia otrzewnej. Stłuczenia powłok brzucha, ściany jelita i krwiak nie dają charakterystycznych objawów i są w zasadzie niemożliwe do zdiagnozowania. Z ustaleń stanu faktycznego wynika jednak, że powódka doznała w wyniku wypadku odroczonego w czasie pęknięcia esicy, które nie było możliwe do zdiagnozowania w (...) w M. w czasie, gdy powódka tam przebywała. Wszystkie powikłania, jakich doznała powódka, pozostawały w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym z wypadkiem, jakiemu uległa powódka, nie były natomiast wywołane działaniem lub zaniechaniem lekarzy (...) w M., ani samej placówki. Diagnostyka i leczenie powódki przeprowadzone przez lekarzy (...) w M. były prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy i praktyki lekarskiej.

Dla oceny czy działania pracowników szpitala były prawidłowe, zgodne z zasadami wiedzy i praktyki lekarskiej zasadnicze znaczenie miała opinia biegłych sporządzona przez dr hab. n. med. G. B. - specjalistę chirurgii ogólnej i transplantologii klinicznej, lek. med. R. K. – specjalistę medycyny sądowej, dr n. med. J. J. – specjalistę ortopedę – traumatologa, specjalistę rehabilitacji medycznej, specjalistę medycyny sportowej, dr n. med. C. C. – specjalistę medycyny sądowej. Opinia ta została przez Sąd pierwszej instancji uznana za w pełni wiarygodną i stanowiła podstawę ustaleń, co do prawidłowości procesu leczenia. Sąd Rejonowy podkreślił, iż nie znalazły potwierdzenia w dokumentacji lekarskiej twierdzenia powódki, że jeszcze przed opuszczeniem przez poszkodowaną szpitala w M. jej brzuch zrobił się twardy, nienormalny i duży. Przeciwnie z dokumentacji medycznej szpitala (...) (...) w M. wynika, iż w przeddzień wypisu brzuch powódki był miękki, perystaltyka obecna, a brzuch był nieznacznie tkliwy w podbrzuszu. Przesłuchani w toku postępowania świadkowie powódki nie mogli potwierdzić, iż brzuch powódki w chwili jej wypisu był twardy, ponieważ żaden ze świadków nie dotykał brzucha powódki. Z relacji świadków nie wynika również, by zwrócili szczególną uwagę na brzuch, relacjonując swoje spostrzeżenia nie zauważyli, by jej brzuch miał nienaturalne kształty i był większy niż zwykle. Z zapisu w karcie leczenia sporządzonej przy przyjęciu powódki do (...) Szpitala (...) we W. w ocenie stanu brzucha wpisano, iż brzuch powódki był miękki. Zatem twierdzenia powódki nie znajdują potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym. W ocenie Sądu należało uznać, że powódka w dniu wypisu była bardzo osłabiona i uskarżała się na ból brzucha. Nie zostało jednak w niniejszym postępowaniu wykazane, by ból ten był tak mocny, by uzasadniał jej dłuższe pozostawienie w szpitalu. Nie są w tym względzie miarodajne zeznania przesłuchanych świadków, bowiem poza powtórzeniem za powódką, iż skarżyła się ona na silny ból brzucha, nie mogli oni ocenić stopnia natężenia tego bólu, jego charakteru i przyczyn, ponieważ nie są z wykształcenia lekarzami, ich relacja może mieć jedynie charakter uzupełniający. Z drugiej strony oceniając twierdzenia powódki na temat towarzyszącego jej bólu brzucha należało mieć również na uwadze, iż pojęcie bólu jest pojęciem względnym. Z zasad doświadczenia

życiowego wyniku, iż osobom, które uczestniczyły w poważnym wypadku samochodowym, zwykle towarzyszy w mniejszym lub większym natężeniu ból, w przypadku powódki pojawił się on w związku z silnym stłuczeniem powłok brzusznych, co potwierdziły widoczne ślady stłuczenia. Powyższe wskazuje, iż wiarygodne są zapisy w kartach informacyjnych leczenia. Sąd Rejonowy przyjął, zatem iż powódka faktycznie odczuwała ból brzucha w dacie wypisu, jednak nie sposób ustalić obecnie stanu nasilenia tego bólu. Niemniej jej stan zdrowia nie uzasadniał w dacie wypisu jej dalszego pozostawanie w szpitalu w M., bowiem z przeprowadzonego w przeddzień wypisu badania usg brzucha wynika, iż nie ma żadnych zmian urazowych. Z tego względu nie można było postawić zarzutu prowadzącym lekarzom, iż było błędem z ich strony wypisanie ze szpitala osoby, która uskarżała się na ból powłok brzusznych. Ból powłok brzusznych nie jest również wskazaniem do (...), czyli operacyjnego diagnostycznego otwarcia jamy brzusznej. Nie potwierdziły się również zarzuty stawiane przez powódkę o nadmiernej ilości dawkowanych jej przez lekarzy (...) w M. środków uśmierzających ból. W opinii uzupełniającej zostało jednoznacznie wskazane, iż brak jest w dokumentacji medycznej (...) Szpitala (...) we W. wpisu o przedawkowaniu środków przeciwbólowych. Stosowanie tych środków było natomiast prawidłowym działaniem ze strony lekarzy (...) w M. i miało na celu uśmierzanie bólu w celu poprawy komfortu powódki. Stosowanie środków przeciwbólowych nie skutkowało zaburzeniem obrazu klinicznego choroby. Powódka zarzuciła również, że lekarze (...) w M. nie rozpoznali u niej rozbitego lewego płuca, co spowodowało, że powódka podczas pobytu w (...) Szpitalu (...) we W. musiała być podłączona do respiratora, bo nie mogła samodzielnie oddychać. Nie zostało również zdiagnozowane przez (...) lekarzy złamanie dziesiątego żebra. Tymczasem z ustaleń stanu faktycznego nie wynika, by do uszkodzeń płuc w ogóle doszło. Rozpoznano u powódki jedynie dwa krwiaki lewej jamy opłucnowej, które nie miały jednak żadnego wpływu na stan kliniczny powódki przy przyjęciu do szpitala ani na jej dalsze leczenie. Nierozpoznanie złamania pojedynczego żebra (X po stronie lewej) również nie miało wpływu na sposób jej leczenia, ponieważ tego typu urazy niejednokrotnie nie są w ogóle rozpoznawane, nawet przy wykonywanych zdjęciach rtg. Co istotne, nawet w przypadku rozpoznania złamania żebra nie jest przeprowadzanie w tym zakresie żadne leczenie, po prostu musi dojść do samoistnego zrośnięcia kości, zatem i w tym przypadku nie można mówić o zawinionym działaniu bądź zaniechaniu lekarzy (...) w M.. Nie znalazły także potwierdzenia w materiale dowodowym twierdzenia powódki jakoby nieprawidłowo przeprowadzone zostało leczenie złamanego ramienia. Z opinii biegłych wynika natomiast jednoznacznie wynika, iż opatrunek gipsowy ramiennie – dłoniowy był dopuszczalnym, alternatywnym i zgodnym ze sztuką lekarską sposobem działania. Opatrunek został szybko założony, przed założeniem opatrunku nastawiono odłamy złamanej kończyny. Wykonano rtg kontrolne ręki w opatrunku, z którego można było wnioskować, iż ustawienie odłamów jest zadowalające. Celem zapobieżenia ewentualnym powikłaniom zalecono powódce kontrolne rtg po pięciu dniach od wypisu ze szpitala. Ostatecznie Sąd pierwszej instancji stwierdził, iż nie można przypisać personelowi medycznemu pozwanego szpitala błędu w sztuce lekarskiej ani zaniedbań w opiece nad powódką. Nie można również przyjąć, iż lekarze ówczesnego (...) M. zbyt wcześnie zaprzestali udzielania świadczeń, ponieważ nie istniała obiektywna, czyli podyktowana względami medycznymi przesłanka do kontynuacji leczenia. Zebrany materiał dowodowy nie pozwala na ustalenie błędu w sztuce, brak związku przyczynowego między szkodą a działaniem lub zaniechaniem lekarzy (...) w M.. Z uwagi na to, że powódka w toku postępowania nie wykazała przesłanek odpowiedzialności szpitala, a w konsekwencji jego następcy prawnego, zatem w oparciu o art. 415 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c. powództwo zostało oddalone.

W apelacji powódki od całości powyższego wyroku skarżąca przedstawiła następujące zarzuty:

1. obrazę przepisów prawa procesowego, mającą wpływ na wynik sprawy, polegającą na:

- naruszeniu art. 286 § 1 k.p.c. przez odmowę przeprowadzenia dowodu z uzupełniającej opinii biegłego;
- naruszenie art. 233 k.p.c. przez dowolną i powierzchowną, sprzeczną z zasadami doświadczenia życiowego ocenę dowodu z opinii biegłych z dnia 1.06.2011 r., uzupełniającej opinii biegłych z dnia 6.12.2011 r., zeznań świadków D. S., H. S. i przesłuchania powódki;

2. błędnych ustaleń faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia w postaci przyjęcia przez Sąd, że:

- lekarza szpitala w M. nie mieli podstaw do wykonania (...)brzucha i prawidłowo wypisali powódkę ze szpitala;

- lekarze szpitala w M. zastosowali prawidłową metodę leczenia złamanej kości ramiennej powódki w sytuacji, gdy właściwą metodą było leczenie operacyjne.

W związku z powyższym skarżąca wniosła o zmianę wyroku poprzez uwzględnienie pozwu w całości oraz o zwrot kosztów postępowania apelacyjnego, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił, że:

Przeprowadzone przez lekarzy w szpitalu w M. dwukrotne badanie jamy brzucha USG miało charakter badania przesiewowego. Przeprowadzanie innych badań mających na celu ustalenie zachowania ciągłości jelit, w tym RTG jamy brzusznej w pozycji stojącej, badanie rtg z podaniem kontrastu do przewodu pokarmowego oraz tomografia komputerowa ukierunkowane jest stwierdzeniem odchyłeń od norm w badaniu USG lub wątpliwościami interpretacyjnymi tego badania. Wykonanie powyższych badań nie jest w stanie wykazać wystąpienia perforacji jelit przed jego dokonaniem, nawet w razie zaistnienia dużych uszkodzeń ściany jelita bez przerwania jego ciągłości. Przywoływane przez powódkę bóle brzucha wywołane tęnym urazem brzucha nie uzasadniały rozszerzenia diagnostyki lekarskiej w kierunku perforacji przewodu pokarmowego, gdyż wraz z bólem brzucha nie współwystępowały inne objawy w postaci narastających objawów otrzewnowych, wysokiej temperatury ciała i wskaźników stanu zapalnego w badaniach laboratoryjnych.

Pęknięcie esicy, jakiego doznała powódka, rozwija się w sposób dynamiczny w ciągu od kilku do kilkunastu godzin od chwili perforacji. Po perforacji jelita dochodzi do szybkiego wystąpienia objawów otrzewnowych w postaci zaniku perystaltyki, wzmożonego napięcia mięśniowego brzucha (tzw. „deskowaty brzuch”), silnych i narastających dolegliwości bólowych brzucha z objawem (...), jak również obecnością płynu i powietrza w jamie otrzewnej. Objawom tym towarzyszy podwyższona temperatura ciała, wysoka leukocytoza, zaburzenia hemodynamiczne, a nawet wstrząs septyczny. Takie objawy nie występowały u powódki w dniu wypisania ze szpitala. Nasilenie dolegliwości bólowych brzucha u powódki miało miejsce rano w dniu 10.10.2003 r. Przy przyjęciu powódki do Szpitala (...) zapisano, iż u powódki od rana wystąpił silny ból brzucha głównie w nadbrzuszu i podbrzuszu.

Taki późny skutek następstwa urazu brzucha w postaci dwuczaskowego pęknięcia esicy należy do zdarzeń rzadko spotykanych, zwłaszcza, jako obrażenia izolowane. Znacznie częściej dochodzi do pęknięć narządów mięszzowych brzucha takich jak śledziona, wątroba, nerki, przy obecności, których prawdopodobieństwo pęknięcia jelita jest większe.

Występujące u powódki na skutek wypadku dolegliwości w postaci zasinienia powłok brzusznych i dolegliwości bólowych nie są charakterystyczne dla dwuczaskowego pęknięcia jelita, a jedynie świadczą o działaniu na brzuch powódki dużej energii, która mogła skutkować obrażeniami różnych narządów wewnętrznych, głównie śledziona, wątroby czy nerek. Zdarzenie takie wymaga każdorazowo monitorowania stanu pacjenta z uwagi na to, że objawy typowe dla doznanego przez powódkę urazu mogą ujawnić się od kilku do kilkunastu dni po doznanym urazie.

Zgłaszane przez powódkę w dniu wypisania ze szpitala w M. dolegliwości bólowe brzucha są objawem subiektywnym, a ich przyczyną mogą być zarówno następstwa obrażeń wewnętrznych – np. perforacji przewodu pokarmowego, jak i stłuczenia mięśni brzucha i powłok brzusznych. Różnicowanie tych odmiennych sytuacji polega na wykonaniu szeregu badań diagnostycznych oraz obserwacji klinicznej.

Dowód : - opinia biegłego z dnia 29.05.2013 r. – karta 485-487;

- opinia uzupełniająca z dnia 19.12.2013 r. – karta 521-522.

- dokumentacja medyczna (...) w M.

- dokumentacja medyczna (...) Szpitala (...) we

W.

W przypadku wieloodłamowego zamkniętego, przez - i nadkłykciowego złamania kości ramiennej, takiego jak poznała powódka, podejmuje się jedną z dwóch metod leczenia, to jest leczenie zachowawcze w opatrunku gipsowym po wcześniejszym wykonaniu repozycji zamkniętej złamania z kontrolowaniem prawidłowości dalszej repozycji albo leczenie operacyjne, przy czym leczenie operacyjne podejmowane jest po ustabilizowaniu się stanu ogólnego pacjenta. Każda z metod ma wady, jak i zalety, zaś wybór metody zależy zarówno od efektów repozycji zamkniętej, jak i możliwości leczniczych ośrodka. Zrost opóźniony lub brak zrostu oraz ograniczenie ruchomości stawu łokciowego mogą być powikłaniem każdej z zastosowanych metod.

W przypadku powódki doznane przez nią obrażenia nie były wskazaniem do pilnego zabiegu operacyjnego, w tym także z uwagi na obrażenia w innych okolicach ciała.

Postępowanie polegające na wykonaniu repozycji zamkniętej złamania oraz stabilizacji w opatrunku gipsowym było prawidłowe. U powódki wykonano poprawną repozycję złamania. Dalsze leczenie polega na kontynuacji leczenia zachowawczego w opatrunku gipsowym lub leczeniu operacyjnym w zależności od obrazu kontrolnych zdjęć RTG wykonanych po kilku dniach od repozycji zamkniętej. Zasadnym, zatem było skierowanie powódki na badanie kontrolne po 5 dniach od opuszczenia Szpitala w M. w Poradni (...), bowiem kontrola winna być przeprowadzona przez lekarza ortopedę.

U powódki wykonano w M. właściwą diagnostykę w zakresie wykluczającym obecność zmian pourazowych w klatce piersiowej tj. RTG klatki piersiowej w dniu 4.10.2013 r.

Dowód: - opinia biegłego z dnia 29.05.2013 r. – karta 485-487;

- opinia uzupełniająca z dnia 19.12.2013 r. – karta 521-522.

- dokumentacja medyczna (...) w M.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja powódki jest niezasadna.

Sąd Okręgowy przyjął za swoje prawidłowe ustalenia faktyczne Sądu pierwszej

instancji poczynione po przeprowadzeniu wszechstronnej oceny zebranego w sprawie

materiału dowodowego oraz zaakceptował wnioski prawne sformułowane w

uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia.

Wskazać należy, iż działając w ramach zakreślonych treścią art. 382 k.p.c. ,z uwagi na złożoność zagadnień medycznych występujących w sprawie ,w tym nieobjętych zleceniem opracowania opinii przez biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej w K. , Sąd Okręgowy postanowił z urzędu dopuścić dowód z opinii innego biegłego,której celem była ocena prawidłowości zastosowanych wobec powódki metod diagnostycznych i leczniczych w szpitalu w M. w związku z obrażeniami ciała, jakich doznała poszkodowana w wypadku komunikacyjnym w dniu 4.10.2003 r. Opinię w tym zakresie opracował biegły powołany do sprawy z zakresu chirurgii urazowej i medycyny ratunkowej dr hab.n.med.A. N. . Zarówno w opinii podstawowej ,jak i opinii uzupełniającej biegły szczegółowo odpowiedział na postawione przez Sąd pytania oraz ustosunkował się do zastrzeżeń skarżącej wyrażonych zarówno w piśmie z dnia 28 .07.2013 r. ,jak i jej twierdzeń podnoszonych w toku całego procesu . Opinia biegłego opracowana została na podstawie wnikliwej analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego ,w szczególności w postaci dokumentacji medycznej ,jak i z uwzględnieniem twierdzeń powódki i jej świadków , co do stanu jej zdrowia w chwili wypisania poszkodowanej ze szpitala w M. .Biegły sformułował w sposób jasny , zrozumiały oraz logiczny wnioski wynikające z analizy dowodów

w zestawieniu z wiedzą specjalistyczną biegłego, co pozwalało uznać obie opinie na rzetelne i wiarygodne. Istotne jest przy tym, iż opinia biegłego dr hab.n.med.A. N. zawiera wnioski zgodne z opinią wyrażoną przez biegłych sądowych z Zakładu Medycyny Sądowej w K., uzupełniając ją w zakresie niezbędnym dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy. Opinie biegłego dr hab.n.med.A. N. stanowiły, zatem podstawę uzupełniających ustaleń Sądu Okręgowego.

Na podstawie tych opinii za chybiony uznać należało zarzut dokonania przez Sąd pierwszej instancji błędnych ustaleń faktycznych przez przyjęcie, iż stan zdrowia powódki nie uzasadniał wykonania (...) brzucha, mimo istnienia wskazań do wykonania tego zabiegu. Zarzut ten nie znajduje jakiegokolwiek podstawy w zebrany w sprawie – w obu instancjach - materiale dowodowym. Konieczność przeprowadzenia takiego zabiegu wykluczali zarówno biegli sądowi z Zakładu medycyny Sądowej w K., jak i biegły dr hab.n.med.A. N. Powódka twierdziła o celowości przeprowadzenia takiego zabiegu opiera jedynie na własnym przeświadczeniu, iż z uwagi na doznanie urazów wielonarządowych i dolegliwości bólowe brzucha istniały wskazania na przeprowadzenia (...) ”zwiadowej”.

Tymczasem z opinii wszystkich biegłych wynika jednoznacznie, iż u powódki wystąpił odroczone w czasie skutek wypadku w postaci dwuczaskowego pęknięcia esicy. Biegły dr hab.n.med.A. N. wskazał przy tym, iż przebieg pęknięcia esicy jest gwałtowny, a nie długotrwały, objawy są wyraźne, uniemożliwiają ich pominięcie, wiążą się z widocznym złym stanem zdrowia. Po perforacji jelita dochodzi do szybkiego wystąpienia objawów otrzewnowych w postaci zaniku perystaltyki, wzmożonego napięcia mięśniowego brzucha (tzw. „deskowaty brzuch”), silnych i narastających dolegliwości bólowych brzucha z objawem (...), jak również obecnością płynu i powietrza w jamie otrzewnej. Objawom tym towarzyszy podwyższona temperatura ciała, wysoka leukocytoza, zaburzenia hemodynamiczne, a nawet wstrząs septyczny. Takie objawy nie występowały u powódki w dniu wypisania ze szpitala w M.. Powódka miała przeprowadzone dwukrotnie badanie przesiewowe USG jamy brzusznej, które nie wykazało żadnych zmian urazowych. Jednocześnie wyniki badań laboratoryjnych nie wykazały by toczył się jakikolwiek proces zapalny, zwłaszcza o tak gwałtownym charakterze jak opisany w dokumentacji medycznej Szpitala (...) we W. Z dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych wynika, zatem w sposób niebudzący wątpliwości, iż do pęknięcia esicy u powódki doszło dopiero w dniu 10.10.2003 r., a więc już po opuszczeniu przez nią Szpitala w M.. Biegły dr hab.n.med.A. N. odpowiadając na dodatkowe pytania Sądu wyjaśnił przy tym, iż zdiagnozowanie przerwania ciągłości przewodu pokarmowego nie jest możliwe przed jego wystąpieniem, nie można mu też zapobiec, nawet w przypadku dużych uszkodzeń ściany jelita. Zatem przy braku u powódki zmian w obrazie badań laboratoryjnych oraz obrazie USG jamy brzusznej lekarze szpitala w M. nie mieli podstaw do innej oceny zgłaszanych przez powódkę dolegliwości bólowych w obrębie brzucha, jak ujemnych odczuć związanych ze stłuczeniem mięśni brzucha i powłok brzusznych, a tym samym do podejmowania decyzji o przeprowadzeniu u powódki zabiegu operacyjnego. Istotne znaczenie dla oceny prawidłowości decyzji klinicznych podejmowanych przez lekarzy miała także okoliczność, iż perforacja jelita, jako zdarzenie izolowane, a więc nie powiązane z jednoczesnym urazem w obrębie innych narządów wewnętrznych, jak wątroba, śledziona czy nerki występuje bardzo rzadko.

Mając na uwadze treść opinii biegłego dr hab.n.med.A. N. bezzasadny był także zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art.233 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Taka ocena, dokonywana jest na podstawie przekonań sądu, jego wiedzy i posiadanego doświadczenia życiowego, a nadto winna uwzględniać wymagania prawa procesowego oraz reguły logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy, jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i - ważąc ich moc oraz wiarygodność - odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Sąd pierwszej instancji przedstawił szeroką argumentację dla uzasadnienia, które z dowodów uznał za wiarygodne i których moc dowodową uznał, a które w jego ocenie, i jakich przyczyn takiej mocy dowodowej nie posiadały. Ocenę tę należało w pełni zaakceptować. Przede wszystkim zasadnie Sąd pierwszej instancji za podstawę ustaleń, co do przebiegu leczenia powódki i jego prawidłowości przyjął opinię biegłych sądowych z Zakładu Medycyny Sądowej w K.. Opinia zawierała szeroką ocenę dokumentacji medycznej oraz zeznań świadków i twierdzeń powódki, zawierała też umotywowane wnioski, które w całości zostały potwierdzone w opinii biegłego dr hab.n.med.A. N.. Podkreślić przy tym należy, iż dopuszczenie w postępowaniu apelacyjnym nowego dowodu wynikało jedynie z konieczności dokonania szerszych

ustaleń, co do prawidłowości postępowania medycznego ,a nie kwestionowania wiarygodności opinii biegłych z (...) w K. . Fakt, że w toku postępowania pierwszoinstancyjnego biegli nie poruszyli wszystkich istotne dla rozstrzygnięcia sprawy zagadnień nie wynikał z braku ich kompetencji, a jedynie ze złożoności przedmiotu opinii i zakresu zlecenia .Nie można przy tym zgodzić się ze stanowiskiem skarżącej jakoby na wiarygodność powyższych opinii wpływało sformułowanie wyrażone przez biegłych, iż nie wyobrażają sobie, by lekarze mogli wypuścić ze szpitala powódkę w stanie, w którym według niej znajdowała się już w trakcie wypisania ze szpitala. W ocenie Sądu skarżąca zinterpretowała ten zwrot w oderwaniu od kontekstu ,w którym został on użyty. Sąd Okręgowy przeanalizował ponownie treść całej opinii, w której znalazło się powyższe stwierdzenie, jak również wziął po uwagę wyniki opinii złożonych w toku postępowania odwoławczego. Na tej podstawie doszedł do wniosku, że użyte przez biegłych sformułowanie nie świadczy w żadnej mierze ani o niedozwolonym braku obiektywizmu biegłych ani o braku dystansu biegłych do ekspertyzy, jak i do pracy lekarzy przez nich ocenianej. Otóż biegli wyrazili jedynie jasny dla osoby postronnej, w tym dla Sądu, który nie dysponuje wiedzą specjalną, pogląd w sposób wyraźny obrazujący rozmiar objawów pęknięcia esicy w chwili jego dokonania. Z opinii biegłego dr hab.n.med.A. N. wynika, że przebieg pęknięcia esicy jest gwałtowny, a nie długotrwały, zaś objawy są wyraźne, uniemożliwiają ich pominięcie, wiążą się z widocznym złym stanem zdrowia, którego nie sposób nie zauważyć .Zatem zgodzić należy się z biegłymi ,iż gdyby do pęknięcia esicy doszło już w szpitalu w M. powódka nie zostałaby z niego wypisana .W niniejszej sprawie objęte zarzutem sformułowanie biegłych świadczy wyłącznie o tym, że w chwili zwolnienia skarżącej ze szpitala nie miała ona objawów pęknięcia esicy i nie mogły ich stanowić przywołane przez skarżącą bóle brzucha, gdyż nie odpowiadały one gwałtownemu przebiegowi choroby. Potwierdziła to całkowicie jednoznaczna i kategoryczna opinia biegłego złożona w toku postępowania odwoławczego. Prawidłowo także Sąd pierwszej instancji uznał za wiarygodny dowód z dokumentacji medycznej szpitala w M.. W toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji nie zostały sformułowane przeciwko zapisom tej dokumentacji żadne zarzuty.Także w apelacji powódka ogranicza się do ogólnikowego kwestionowania wiarygodności tego dokumentu .Tymczasem okoliczność ,iż dowód ten pochodzi od strony procesu nie stanowi wyłącznej przyczyny ,dla której automatycznie należałoby uznać, iż jest on pozbawiony wiarygodności . Natomiast Sąd Rejonowy w uzasadnieniu wyroku wskazał wyraźnie przyczyny, dla których uznał dokumentację tę za wiarygodną i z oceną tą zgadza się Sąd Okręgowy. Dodatkowo wskazać należy,iż z dokumentacji tej wynikało ,iż w dniu wypisania ze szpitala skarżąca odczuwała bóle brzucha, a więc odnotowano zgłaszane przez powódkę dolegliwości ,co dowodzi autentyczności tej dokumentacji .Brak było także podstaw do przyjęcia ,by treść dokumentacji oraz opinia biegłych sądowych z Zakładu Medycyny Sądowej w K. został skutecznie podważone dowodami z przesłuchania powódki i zeznań świadków D. S. i H. S. .Także w tym zakresie ocena dowodów przeprowadzona przez Sad pierwszej instancji jest prawidłowa.Ponownie podkreślić należy ,iż z opinii biegłych ,ale także dokumentacji medycznej szpitala w M. i Szpitala (...) we W. wynika ,iż do pęknięcia esicy doszło dopiero w dniu 10.10.2002 r. Potwierdza to m.in. treść wywiadu przeprowadzonego przy przyjęciu powódki do Szpitala (...) ,z którego wynika ,iż u powódki w tym dniu od rana wystąpił silny ból brzucha głównie w nadbrzuszu i podbrzuszu . Zatem wcześniejsze dolegliwości bólowe ,na które uskarżała się powódka ,i które potwierdzali wskazani wyżej świadkowie ,nie były spowodowane pęknięciem esicy. Nadto należy dodać ,iż powódka opisując swój stan zdrowia w momencie wypisania ze szpitala twierdziła,iż jej brzuch był znacznie powiększony .Tymczasem z opinii biegłego sądowego dr hab.n.med.A. N. wynika ,iż jednym z objawów przerwania ciągłości przewodu pokarmowego jest brzuch twardy, płaski. Wobec powyższego ani przesłuchanie powódki ,ani zeznania świadków nie dowiodły by do pęknięcia esicy doszło jeszcze w szpitalu w M.. Odwołać po raz kolejny należy się do tej części opinii biegłego dr hab.n.med.A. N. ,w której stwierdzono,iż pęknięcie esicy ma przebieg gwałtowny i pogorszenie stanu zdrowia pacjenta następuje w ciągu kilku –kilkunastu godzin ,a towarzyszących mu objawów nie można przeoczyć .Przed wszystkim perforacji przewodu pokarmowego nie da się przewidzieć ,ani zapobiec . Zatem ,przy jednoczesnym braku zmian w wynikach laboratoryjnych i USG ,brak było także podstaw do przedłużenia pobytu powódki w szpitalu .Podkreślić przy tym należy, iż ani opinie biegłych ,ani ocena dowodów przeprowadzona przez Sąd nie deprecjonują cierpień fizycznych skarżącej, a jedynie wykluczając istnienie podstaw do przypisania stronie pozwanej odpowiedzialności odszkodowawczej.Apelując nie podważyła także skutecznie ustaleń Sądu pierwszej instancji ,iż także w zakresie leczenia złamanej kości ramiennej powódki ,zastosowana została właściwa metoda leczenia. Również w tym zakresie powódka zupełnie dowolnie kwestionuje treść opinii biegłych ,ponownie merytoryczną argumentację zastępując swoim własnym przekonaniem .Natomiast ze wszystkich opinii biegłych wynika ,iż istnieją

dwie metody leczenia w zakresie złamania, jakiego doznała skarżąca i wybór dokonany przez lekarzy szpitala w M. –wykonanie repozycji zamkniętej złamania oraz stabilizacja w opatrunku gipsowym –był zgody ze wskazaniami wiedzy medycznej. Pozostając w przekonaniu ,iż jedyną właściwą metoda leczenia był zabieg operacyjny ,powódka całkowicie pomija niezwykle istotną okoliczność ,a mianowicie swój ogólny stan zdrowia w tym okresie .Skarżąca uległa poważnemu wypadkowi w trakcie ,którego doznała wielu różnych obrażeń. Działania lekarzy w kolejnych dniach po przyjęciu do szpitala w M. skupione były na poszukiwaniu wszelkich możliwych urazów wewnętrznych, o czym świadczą opisane przez Sąd Rejonowy liczne badania tj. rtg czaszki, kręgosłupa szyjnego, klatki piersiowej, miednicy, konsultacja neurochirurgiczna, badania usg. W takich okolicznościach, zgodnie ze stanowiskiem biegłego, stan skarżącej uzasadniał przyjęcie metody leczenia złamania ręki jak najmniej inwazyjnej, i taką metodę wybrali lekarze pozwanej szpitala. Nadto zdjęcie kontrolne wykazało prawidłowe ustawienie po repozycji, a przyczyny nieprawidłowego zrostu kości być różne.Biegły podkreślił przy tym ,iż w zasadzie przy tego rodzaju złamaniu nigdy nie można wykluczyć konieczności dokonania leczenia operacyjnego, jeśli leczenie zachowawcze nie przyniosła pożądanego rezultatu. Zasadnie Sąd Rejonowy przyjął ,iż także w zakresie leczenia doznanego przez powódkę złamania kości ramiennej nie można postawić lekarzom żadnego zarzutu zaniedbania czy błędu w sztuce medycznej. Wobec powyższego na podstawie art. 385 k.p.c. apelacja została oddalona.. O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z § 13 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. 2013, poz. 461 j.t.) zasądając od skarżącej na rzecz strony pozwanej kwotę 1200 zł wynagrodzenia adwokata .Sąd Okręgowy nie znalazł przy tym podstawy do zastosowania art.102 k.p.c. Korzystanie przez powódkę ze zwolnienia od kosztów sądowych nie zwalnia skarżącej od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi, a nadto Przekonanie powódki o zasadności zajmowanego stanowiska, które przemawiało za nieobciążaniem jej kosztami przegranego procesu przed sądem pierwszej instancji, przestało być aktualne w postępowaniu apelacyjnym.