MEDNEWS

INFORMATOR PROFESJONALISTÓW EPIDEMIOLOGII

Nr 4 (1/2019)

Monitorowanie higieny szpitalnej w ujęciu praktycznym i prawnym

KONTROLA CZYSTOŚCI POWIERZCHNI W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH 4

KONTROLA HIGIENY RĄK 7

KONTROLA W ZAKRESIE DEZYNFEKCJI NARZĘDZI 10

PROGRAMY DO MONITOROWANIA I KONTROLI HIGIENY W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH 12

MEDICHECK... I WSZYSTKO POD KONTROLĄ 13

MOJE DOŚWIADCZENIA Z APLIKACJĄ MEDICHECK 15

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ODSZKODOWAWCZA PODMIOTÓW LECZNICZYCH ZA ZAKAŻENIA SZPITALNE 17

WYDAWCA:

Medilab Sp. z o.o.
ul. Niedźwiedzia 60
15-531 Białystok

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

Redaktor Naczelny
dr n. med. Michał Zabłocki
e-mail: bialystok@medilab.pl

Zastępca Redaktora Naczelnego
mgr Ewa Pogorzelska
e-mail: ewa.pogorzelska@medilab.pl

dr n. med. Justyna Piwowarczyk
mgr Dorota Rutkowska
mgr Emilia Szumska

KONTROLA HIGIENY

W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Kontrola zakażeń szpitalnych jest uznawana we współczesnym szpitalnictwie za jedno z ważniejszych wyzwań. Wprowadzając efektywne metody kontroli zakażeń, można je skutecznie ograniczyć. Strukturą organizacyjną sprawującą nadzór nad występowaniem zakażeń w szpitalu jest Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w którym pielęgniarka epidemiologiczna pełni wiodącą rolę. Pielęgniarka epidemiologiczna to osoba, która oprócz dyplomu i prawa wykonywania zawodu posiada dodatkowo przeszkolenie z zakresu zagadnień epidemiologii, mikrobiologii, statystyki medycznej, chorób zakaźnych oraz administracji. Pośród wielu zadań pielęgniarki epidemiologicznej jest prowadzenie nadzoru nad realizacją programu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych. Jednym z obszarów nadzoru jest kontrola higieny w placówkach medycznych.

W aktualnym numerze naszego biuletynu poruszamy ten ważny temat. Znajdziecie w nim Państwo odpowiedzi na pytania w jaki sposób usprawnić i zautomatyzować procesy kontroli higieny w swojej placówce, znacznie oszczędzając swój cenny czas. Dowiecie się Państwo także jak skutecznie realizować kontrolę utrzymania czystości przy użyciu obiektywnych wskaźników poprawności. Omówimy dostępne w Polsce programy do monitorowania i kontroli higieny w placówkach medycznych. Zachęcamy również do lektury artykułu na temat odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotów leczniczych za zakażenia szpitalne.

Miłej lektury

dr n. med. Michał Zabłocki
Prezes Zarządu
Medilab Sp. z o.o. Białystok

KONTROLA CZYSTOŚCI POWIERZCHNI

W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Utrzymanie czystości powierzchni w środowisku szpitalnym jest niezwykle istotne dla zapewnienia bezpieczeństwa wszystkich osób przebywających w placówkach opieki zdrowotnej. Czystość mikrobiologiczna jest szczególnie ważna dla pacjentów o osłabionym układzie immunologicznym, którzy są bardziej podatni na zakażenie. Źródłem zakażeń szpitalnych mogą być nie tylko powierzchnie czy sprzęt medyczny, ale także dodatkowe wyposażenie (sprzęt elektroniczny) a nawet przegrody architektoniczne w pomieszczeniach. Należy pamiętać, że personel medyczny, mający kontakt z pacjentami oraz ze skażonymi przez drobnoustroje powierzchniami, jest także narażony na infekcje. Dlatego czystość powierzchni ma ogromne znaczenie dla ograniczania transmisji drobnoustrojów w środowisku szpitalnym.

Zakażenia szpitalne wywoływane są przez różne drobnoustroje: bakterie, wirusy i grzyby mikroskopowe, jednak większość spowodowana jest przez wegetatywne formy bakterii. Wyzwaniem współczesnej medycyny są szczepy bakteryjne często charakteryzujące się zwiększoną inwazyjnością oraz szeroko zakrojoną opornością na antybiotyki.

Zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych stanowi istotny element programów poprawy jakości usług w lecznictwie szpitalnym. W Polsce ocena kontroli zakażeń szpitalnych jest jednym z najbardziej istotnych elementów podlegających ocenie, między innymi podczas audytu akredytacyjnego. W codziennym nadzorze zakażeń związanych z opieką zdrowotną największą rolę odgrywa profilaktyka, w dużej mierze zależna od skuteczności prowadzonych procedur higienicznych. Okresowa ocena skuteczności sprzątania jest wykonywana podczas kontroli z udziałem inspektorów Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych. Rutynowy nadzór nad procedurami sprzątania i dezynfekcji leży natomiast po stronie placówki medycznej. Codzienny bieżący nadzór jest prowadzony przez pielęgniarki oddziałowe lub kierowników komórek organizacyjnych, zgodnie z obowiązującą w danej placówce procedurą i planem higieny. Ocena czystości powierzchni pomieszczeń szpitala jest zwykle wykonywana przynajmniej jeden raz w miesiącu przez pielęgniarki epidemiologiczne. W dokumentacji pokontrolnej zamieszczane są wszelkie uwagi z opisem stanu faktycznego stwierdzonego w trakcie kontroli oraz terminy realizacji działań naprawczych. Ocena stopnia zanieczyszczenia mikrobiologicznego jest natomiast dokonywana na podstawie okresowych badań mikrobiologicznych. Częstotliwość badań mikrobiologicznych ustalana jest w placówce indywidualnie w zależności od specyfiki oddziałów, wyników poprzednich kontroli oraz mapy epidemiologicznej szpitala. Uwzględniając klasyfikację pomieszczeń w szpitalu częstsze kontrole powinny dotyczyć obszaru bloku operacyjnego. Ze względu na inwazyjność przeprowadzanych w salach operacyjnych zabiegów i możliwość wystąpienia zakażeń pooperacyjnych, bezwzględnie konieczne jest utrzymanie w salach operacyjnych i innych pomieszczeniach bloku operacyjnego wysokich standardów czystości.

Brakuje jednolitych norm wykorzystywanych do interpretacji wyników ilościowych i jakościowych badań mikrobiologicznych środowiska szpitalnego. Większość stosowanych obecnie zaleceń to zaadoptowane normy opracowane przede wszystkim dla tzw. pomieszczeń czystych w różnych gałęziach przemysłu o wysokich wymaganiach odnośnie czystości pyłowej i mikrobiologicznej otaczającego środowiska (powietrza oraz powierzchni), takich jak np. przemysł farmaceutyczny, optyczny, mikroelektronika. W Polsce stosowane są także przestarzałe wytyczne dotyczące dopuszczalnych stężeń mikrobiologicznych w pomieszczeniach ochrony zdrowia. W odróżnieniu od sytuacji dotyczącej kontroli zanieczyszczenia pyłowego w pomieszczeniach czystych, pojawiają się różnorodne propozycje zaleceń dotyczących dopuszczalnego stężenia kolonii drobnoustrojów w powietrzu oraz na powierzchniach w pomieszczeniach szpitalnych. Od kilku lat europejskie stowarzyszenia naukowo-techniczne zajmujące się higieną środowiska szpitalnego prowadzą prace normalizacyjne mające za zadanie sformułowanie wspólnych poglądów dotyczących dopuszczalnych poziomów drobnoustrojów w powietrzu w obiektach ochrony zdrowia.

Kontrola mikrobiologiczna powierzchni i powietrza w placówkach medycznych wykonywana jest dość rzadko ze względu na wysokie koszty analizy pobranych wymazów i odcisków z powierzchni. W celu optymalizacji tych kosztów bieżącą kontrolę prowadzi się dokonując oceny wizualnej. Często jest ona nieobiektywna i nie świadczy o rzeczywistym stanie mikrobiologicznym placówki. Poszukuje się innych sposobów (bardziej miarodajnych) ułatwiających ocenę czystości. Jednym z rozwiązań przydatnym w ocenie czystości powierzchni w placówkach opieki zdrowotnej są testy ATP umożliwiające ocenę pozostałości organicznych na powierzchniach. Technologia bioluminescencji adenozynotrójfosforanu (ATP) pozwala wykryć obecność materii organicznej: żywych i martwych komórek drobnoustrojów na powierzchniach. Ten półautomatyczny system został zaadaptowany do badania czystości w obiektach ochrony zdrowia. Z powodu ogólnie niższego stopnia zanieczyszczenia w szpitalu oraz detekcji także martwych drobnoustrojów, czułość i swoistość tej metody wynosi około 57%. Ma ona ograniczone zastosowanie do oceny kontaminacji środowiska szpitalnego. Może być jedynie stosowana do monitorowania skuteczności sprzątania. Opisano przypadki w których test ATP dał wynik ujemny (poniżej czułości testu), a w wyniku badania mikrobiologicznego wykryto żywe kolonie bakteryjne na badanej powierzchni.

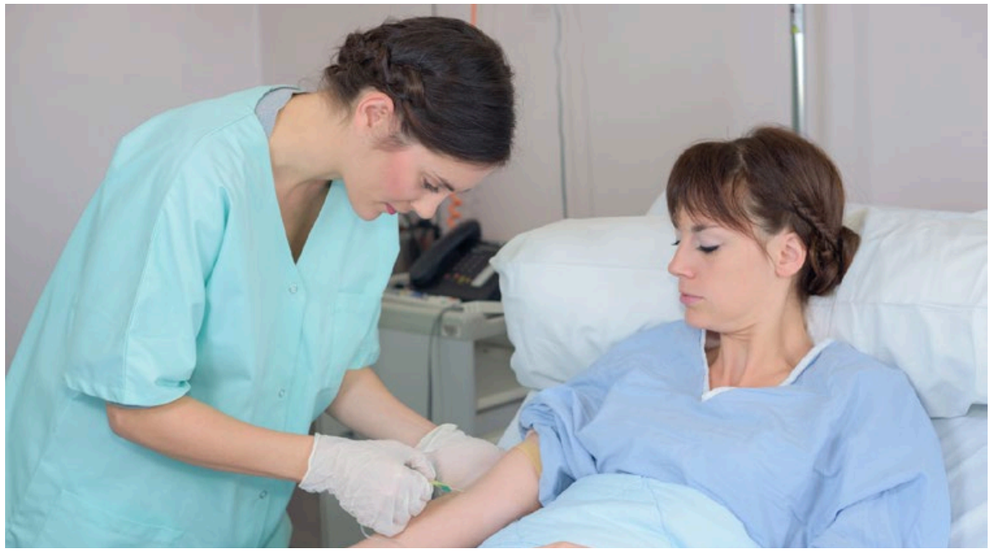
Aby ocena czystości powierzchni była obiektywna, miarodajna i tania (możliwa do częstego powtarzania bez generowania wysokich kosztów) wprowadzono znaczniki UV w postaci sprayu, płynu, pisaka lub żelu. Znacznik UV czyli preparat o właściwościach fluorescencyjnych jest stosowany do kontroli dokładności procesu mycia lub dezynfekcji na istotnych (krytycznych) powierzchniach. Preparat jest nanoszony w sposób niewidoczny dla osoby sprzątającej w celu zaznaczenia miejsc, które powinny być umyte lub zdezynfekowane. Po wykonaniu dekontaminacji pomieszczenia można przy jego pomocy ocenić skuteczność i dokładność sprzątania poprzez wykrywanie latarką UV nieusuniętych znaczników.

Niezwykle ważna w profilaktyce zakażeń szpitalnych jest higiena powierzchni. Kontakt pacjenta i personelu medycznego ze skażonymi powierzchniami, wyposażeniem i sprzętem może powodować przenoszenie drobnoustrojów oraz występowanie ognisk epidemicznych. Środowisko szpitalne stanowi rezerwuar tych drobnoustrojów, dlatego tak ważne jest właściwe wykonywanie procedur higienicznych w szpitalu. Poprawność i skuteczność procedur dekontaminacji powierzchni i sprzętu medycznego może być skutecznie weryfikowana za pomocą znaczników UV, ten sposób kontroli jest cennym uzupełnieniem innych metod oceny efektywności sprzątania.

dr n. med. Justyna Piwowarczyk
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok

KONTROLA

HIGIENY RĄK

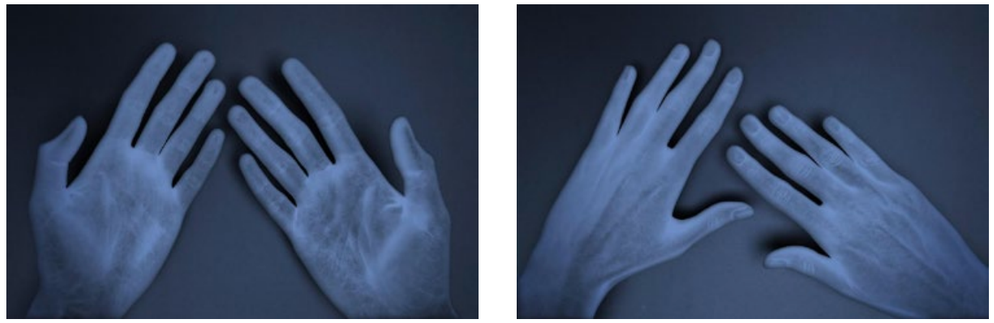


Ręce personelu medycznego są najważniejszym wektorem zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Od wielu lat w Polsce obowiązują procedury dotyczące higienicznego mycia i dezynfekcji rąk oraz chirurgicznego przygotowania rąk do zabiegu. Obowiązujące w Polsce wytyczne WHO w zakresie higieny rąk określają sytuacje, w których higiena rąk musi być wykonywana oraz zasady prawidłowej dezynfekcji rąk. Pomimo, że personel medyczny jest stale szkolony w zakresie higieny rąk (zwykle co najmniej raz w roku) nadal przestrzeganie wszystkich zaleceń wydaje się być poniżej oczekiwań. Członkowie zespołów do spraw kontroli zakażeń odpowiadają zarówno za edukację i szkolenia ale również za nadzór nad wykonywaniem procedur higienicznych przez personel.

Kontrola wykonania procedury higieny rąk obejmuje: przygotowanie rąk do pracy (obecnie rekomendowana zasada „nic poniżej łokcia"), prawidłowość procedury mycia i dezynfekcji zgodnie ze schematem wg Ayliffe, ocenę skuteczności rozprowadzenia preparatu na dłoniach oraz ocenę skuteczności mikro-

biologicznej po myciu lub po dezynfekcji rąk. Ocenę przygotowania rąk do pracy oraz ocenę prawidłowości wykonania procedury zgodnie ze schematem wg Ayliffe zwykle prowadzi pielęgniarka epidemiologiczna poprzez bezpośrednią obserwację personelu podczas wykonywania tej czynności. W celu określenia skuteczności rozprowadzenia preparatu do dezynfekcji rąk na dłoniach wykorzystuje się lampę ze światłem UV, do której po dezynfekcji preparatem z dodatkiem czynnika UV badany personel wkłada dłonie. Na podstawie zaobserwowanych świecących i nieświecących

Nieproawidłowo przygotowane ręce i przeprowadzona procedura higieny rąk.



Prawidłowo przygotowane ręce i przeprowadzona procedura higieny rąk.

obszarów można wskazać miejsca pominięte podczas dezynfekcji. Ocenę mikrobiologiczną natomiast prowadzi się okresowo (zwykle rzadko) za pomocą podłoży kontaktowych kalibrowanych poprzez odciśnięcie wewnętrznej części dłoni na pożywce. Nie zaleca się pobierania z dłoni wymazów (przy użyciu suchej wymazówki lub wymazówki z podłożem) gdyż jest to badane jedynie jakościowe i nie odpowiada na pytanie na której powierzchni dłoni pozostały drobnoustroje. Wymazówki powinniśmy zastosować jeśli chcielibyśmy pobrać próbkę zanieczyszczenia spod obrączki lub pierścionka.

W przypadku chirurgicznej procedury prowadzi się ocenę przygotowania dłoni do pracy, gdzie zasada „nic poniżej łokcia" musi być restrykcyjnie przestrzegana: krótkie, niepolakierowane paznokcie, brak pierścionków i obrączki, zegarka i bransoletki czy długiego rękawa (nie dotyczy to barierowej odzieży operacyjnej). Podobnie jak w przypadku higienicznego przygotowania dłoni do pracy ze względu na duże koszty badań mikrobiologicznych, kontrolę mikrobiologiczną prowadzi się jedynie w uzasadnionych sytuacjach (np. dodatnie posiewy z zakażonych ran pooperacyjnych i brak możliwości znalezienia rezerwuaru) lub okresowo w ramach rutynowej zaplanowanej kontroli. Natomiast w bieżącej (codziennej) ocenie wykorzystuje się znaczniki UV zawarte w preparacie do dezynfekcji rąk oraz prowadzi się obserwacje przygotowania dłoni do pracy.

Dodatkowym elementem badania prawidłowości procedur higieny rąk jest obserwacja zgodnie z wytycznymi WHO. W ich ramach prowadzi się audyty obserwując bezpośrednio personel podczas pracy. Obserwuje się wszystkie grupy zawodowe jednocześnie odnotowując sytuacje i wskazania do higieny rąk oraz określając wykonanie lub niewykonanie procedury. Audyt wg WHO trwa od 20 do 30 minut lub szybciej jeśli uda nam się zaobserwować 30 sytuacji wymagających wykonania higieny rąk. Spełnienie warunku czasu lub ilości obserwacji kończy audyt. Prowadzenie audytów na wszystkich oddziałach w dużych szpitalach przynajmniej raz w miesiącu jest jednak sporym obciążeniem czasowym dla audytora/audytorów a następnie wymaga poświęcenia dodatkowego czasu na wprowadzanie zebranych danych i ich analizę statystyczną. Udział w programie WHO jest jednak dodatkowo punktowany przez Centrum Monitorowania Jakości podczas prowadzenia audytu akredytacyjnego dlatego wiele szpitali podejmuje się jego prowadzenia.

Higiena rąk jest niezwykle ważna w profilaktyce zakażeń szpitalnych. Prowadzenie skutecznych szkoleń, rozwiązywanie problemów uniemożliwiających personelowi skuteczną dezynfekcję (np. poprzez zwiększenie dostępności dozowników z preparatem dezynfekującym jak najbliżej miejsca wykonywania opieki) oraz regularna kontrola wykonywania procedur, sukcesywnie przyczyniają się do wzrostu przestrzegania higieny rąk w opiece na pacjentem.

dr n. med. Justyna Piwowarczyk
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok

KONTROLA

W ZAKRESIE DEZYNFEKCJI NARZĘDZI

W placówkach medycznych obróbka narzędzi prowadzona jest najczęściej w Centralnej Sterylizatorni. Jednak ze względów praktycznych przygotowanie wstępne narzędzi, bezpośrednio po użyciu, czyli mycie i dezynfekcja wstępna prowadzone są najczęściej w miejscu, w którym narzędzia te są używane (gabinecie, pracowni).

W efekcie w większości gabinetów diagnostycznych i zabiegowych znajdują się wanny do dezynfekcji narzędzi oraz przeznaczony do tego preparat. Wygląd i typ wanny jaka powinna być do tego używana jest szczegółowo określony, podobnie jak sposób opisu zawartości wanny. Na etykiecie powinniśmy bowiem umieścić: nazwę stosowanego preparatu do mycia i dezynfekcji wstępnej, stężenie roztworu roboczego, datę przygotowania roztworu oraz imię i nazwisko osoby przygotowującej roztwór. Skuteczność procesu manualnego oczyszczania instrumentów zależy od wielu czynników. Jednym z najważniejszych jest przestrzeganie zaleceń producenta używanego środka. Kryteria efektywności procesu manualnej dezynfekcji instrumentów metodą zanurzeniową, to m.in. właściwy czas ekspozycji, temperatura roztworu i jego stężenie. Istotne jest również dokładne rozpuszczenie produktu dezynfekcyjnego w proszku oraz sprawdzenie tolerancji materiałowej sprzętu. Roztwory robocze środka dezynfekcyjnego muszą być wymieniane codziennie lub częściej jeśli są mocno obciążone zanieczyszczeniami organicznymi. Aktywność roztworów wielodniowych powinna być sprawdzana za pomocą pasków testowych. Narzędzie musi być zdemontowane i całkowicie zanurzone w roztworze. Do mycia manualnego należy stosować preparaty myjące niepowodujące denaturacji białka i dobrze rozpuszczające zanieczyszczenia organiczne.
Na osobie odpowiedzialnej za wstępne mycie i dezynfekcję narzędzi ciąży obowiązek ciągłej oceny stanu roztworu (klarowności, barwy, ilości) oraz oceny stanu narzędzi poddawanych dezynfekcji. Bieżący nadzór nad prawidłowością procedury przygotowania wstępnego narzędzi spoczywa natomiast na pielęgniarce epidemiologicznej lub kierowniku Centralnej Sterylizatorni.

Ze względu na fakt, iż manualna dezynfekcja wstępna wpływa na skuteczność dalszych etapów dekontaminacji zaleca się prowadzenie okresowej kontroli w zakresie dekontaminacji i dezynfekcji wstępnej narzędzi. W protokole kontroli powinna znaleźć się ocena stanu roztworu, prawidłowości jego przygotowania zgodnie z planem higieny, ocena objętości roztworu roboczego w wannie dezynfekcyjnej w stosunku do ilości zanurzonych narzędzi. Ocenie powinno także podlegać oznakowanie wanny oraz odzież ochronna personelu medycznego zajmującego się dezynfekcją narzędzi. Okresowa kontrola powinna obejmować wygląd narzędzi poddawanych dezynfekcji pod kątem widocznych ognisk korozji, zmatowień, rdzy czy uszkodzeń mechanicznych utrudniających ich dezynfekcję.

Chcąc prowadzić tego typu regularne kontrole pielęgniarka epidemiologiczna musi nie tylko dokonać bezpośredniej obserwacji ale również dokonać analizy uzyskanych wyników.

dr n. med. Justyna Piwowarczyk
Konsultant Naukowy
Medilab Sp. z o.o. Białystok

PROGRAMY DO MONITOROWANIA I KONTROLI

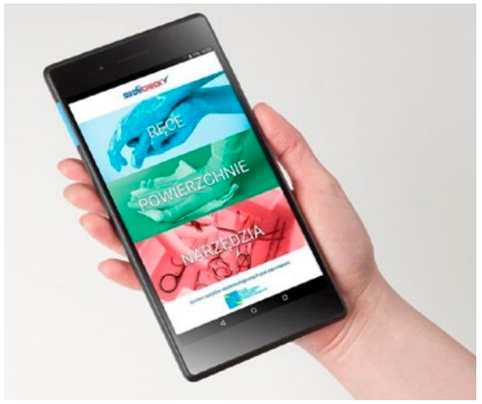
HIGIENY W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

W Polsce coraz chętniej stosowane są programy do monitorowania stanu higieniczno-sanitarnego i kontroli epidemiologicznej placówek medycznych. Zarówno szpitale publiczne jak również prywatne jednostki świadczące opiekę zdrowotną ze względu na działania profilaktyczne są zobowiązane głównie przez Zespoły ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych do prowadzenia powyższych działań. Ponadto placówki medyczne w ramach działań akredytacyjnych muszą spełniać standardy w zakresie kontroli zakażeń. Nadzór nad zakażeniami obejmuje: opracowanie i wdrożenie procedur higienicznych, szkolenia pracowników, monitorowanie i analizowanie danych oraz podejmowanie działań naprawczych. Przede wszystkim poddawane kontroli powinny być procedury mycia i dezynfekcji rąk, sprzątanie i dekontaminacja pomieszczeń szpitalnych oraz mycie, dezynfekcja i sterylizacja sprzętu medycznego.
Obecnie za kompleksowy i stały nadzór nad procedurami w zakresie higieny rąk, powierzchni i narzędzi jest odpowiedzialny głównie personel epidemiologiczny. Osoby audytujące podczas kontroli korzystają z gotowych formularzy w wersji papierowej, a następnie wprowadzają pozyskane dane do komputera i wykonują zestawienia w formie wykresów i tabel. Kontrola przeprowadzana w powyższy sposób jest niezwykle czasochłonna i angażująca personel. Formularz najczęściej dotyczy jednego oddziału oraz jednego zakresu (oddzielne arkusze do kontroli higieny rąk, powierzchni i narzędzi). Niewątpliwym ułatwieniem dla personelu kontrolującego są rozwiązania systemowe dostępne na rynku polskim w postaci aplikacji mobilnych. Wykonując audyt z użyciem systemu epidemiologicznego osoba kontrolująca poświęca mniej czasu na zebranie danych i uzyskanie raportu końcowego. W przypadku niektórych systemów cały audyt trwa naprawdę krótko, ponieważ specjalnie zaprojektowane ekrany w aplikacjach są wyjątkowo intuicyjne i prowadzące użytkownika przez każdy etap aż do pobrania gotowego raportu. Niezwykłym ułatwieniem podczas kontroli z użyciem aplikacji mobilnej jest możliwość przeprowadzenia jej jednocześnie w wielu zakresach, dla różnych jednostek i oddziałów w placówce oraz na nieograniczonej ilości osób.
Programy do przeprowadzania kontroli obecne na rynku różnią się między sobą. W związku z powyższym istotne jest by użytkownik wybrał właśnie taki system do monitorowania procedur higienicznych, który będzie spełniał jego potrzeby i oczekiwania. Warto przy podejmowaniu decyzji kierować się różnymi aspektami. Należy zwrócić uwagę na zakres działania aplikacji, jej prostotę i intuicyjność użytkowania oraz czas wykonywania pojedynczego audytu. Istotne jest również bezpieczeństwo wprowadzanych danych.

mgr Emilia Szumska
Specjalista ds. marketingu
Medilab Sp. z o.o. Białystok

MEDICHECK...

I WSZYSTKO POD KONTROLĄ



System audytów epidemiologicznych Medicheck to aplikacja na urządzenie mobilne umożliwiająca ocenę higieny rąk, powierzchni i narzędzi medycznych w placówce opieki zdrowotnej. Umożliwia kontrolę poziomu higieny w krótkim czasie przez jedną osobę w celu ograniczenia zakażeń związanych z opieką medyczną. Jest to gotowe rozwiązanie do kompleksowego i stałego nadzoru epidemiologicznego, które ułatwia wdrożenie, przestrzeganie i monitorowanie procedur wykonywanych przez personel medyczny. Głównym założeniem systemu Medicheck jest podniesienie świadomości higienicznej wśród personelu medycznego oraz identyfikacja kluczowych obszarów, w których wymagane jest wdrożenie odpowiednich działań naprawczych.
Ta innowacyjna metoda kontroli epidemiologicznej szczególnie polecana jest pielęgniarkom epidemiologicznym, pracownikom szpitalnych działów higieny, Zespołom ds. Kontroli Zakażeń, firmom sprzątającym i świadczącym usługi czystościowe oraz innym osobom odpowiedzialnym za stan higieniczno-sanitarny placówek.
Aplikacja Medicheck umożliwia przeprowadzenie audytu na nieograniczonej grupie personelu medycznego, w wielu oddziałach i wybranych przez siebie zakresach jednocześnie. Użytkownik ma możliwość konfiguracji aplikacji pod swoje indywidualne potrzeby, np. dostosować pomieszczenia i powierzchnie do własnych warunków lokalowych. Niezwykle istotnym aspektem jest szybkość działania systemu i przeprowadzania audytów. Przykładowo podczas kontroli 10-ciu osób całkowity czas trwania audytu zajmuje ok. 1 min. Bezpośrednio po audycie na tablecie są wyświetlane powiadomienia dotyczące sytuacji poaudytowej oraz zalecenia do wdrożenia w zakresie higieny rąk, powierzchni lub narzędzi. Ponadto aplikacja zawiera różnego rodzaju dodatki w formie krótkich i rzeczowych wyjaśnień trudnych pojęć oraz wizualizacje prawidłowych i nieprawidłowych procedur (np. w zakresie higieny rąk). Wszystkie wprowadzone dane do systemu są bezpieczne. Dane audytowanych osób są anonimowe a wygenerowanymi informacjami zarządza tylko i wyłącznie użytkownik aplikacji. Korzystanie z systemu nie wymaga dostępu do sieci, raporty są zapisywane tylko na danym urządzeniu mobilnym. Dostęp do internetu jest konieczny, gdy użytkownik zdecyduje się wysłać uprzednio wygenerowany raport mailem na wskazany przez siebie adres.

System audytów epidemiologicznych Medicheck posiada wiele zalet. Niewątpliwie korzyścią dla użytkownika jest kompleksowy nadzór nad procedurami w trzech zakresach (higiena rąk, powierzchni i narzędzi) oraz optymalne skrócenie czasu przeprowadzania kontroli.

Firma Medilab Sp. z o.o. jako właściciel systemu Medicheck posiada w swojej ofercie różne warianty dostępu do opisywanej aplikacji. Mianowicie istnieje możliwość posiadania 1, 2 lub 3 modułów, w zależności od wybranego zakresu kontroli:

- prawidłowego przygotowania i wykonania procedur higieny rąk – MODUŁ RĘCE
- higieny powierzchni szpitalnych w różnych pomieszczeniach – MODUŁ POWIERZCHNIE
- prawidłowego przygotowania i wykonania procedury dekontaminacji narzędzi – MODUŁ NARZĘDZIA

Poniżej przedstawiamy Państwu zestawienie informacji na temat aplikacji Medicheck. Mamy nadzieję, że okaże się ono przydatne na etapie rozważania decyzji czy warto posiadać takie narzędzie kontroli oraz czy Medicheck spełni Państwa oczekiwania.

mgr Emilia Szumska
Specjalista ds. marketingu
Medilab Sp. z o.o. Białystok

MEDICHECK	
Rodzaj urządzenia i oprogramowania	Aplikacja na tablet z oprogramowaniem Android
Tryb działania	Tryb off-line (korzystanie z aplikacji nie wymaga dostępu do sieci)
Obszary monitorowane	higiena rąk
	higiena powierzchni
	higiena narzędzi
Zakres audytów	**MODUŁ RĘCE**
	1. Przygotowanie rąk do procedury
	2. Poprawność techniki wg schematu Ayliffe`a
	3. Ocena wykonania procedury
	4. Obserwacja 5 momentów higieny rąk
	MODUŁ POWIERZCHNIE (metody kontroli)
	Kontrola UV
	1. Znakowanie
	2. Sprawdzanie
	MODUŁ NARZĘDZIA
	1. Ocena stanowiska do wstępnego mycia i dezynfekcji narzędzia
	2. Ocena wizualna r-ru roboczego
	3. Ocena wizualna narzędzi
	4. Ocena odzieży ochronnej pracownika wykonującego procedurę
Biblioteka parametrów w bazie aplikacji (dotyczy modułu powierzchnie)	49 różnych miejsc, w tym 24 oddziały; ok. 2700 powierzchni do znakowania
Opcje dodatkowe	Zaznaczanie pomieszczeń z alert patogenem
	Zaznaczanie rodzaju znakowanych powierzchni (wrażliwych i odpornych na działanie alkoholu)
	Dopisywanie notatek przy powierzchniach znakowanych
	Alerty i zalecenia do wdrożenia dla personelu kontrolującego w każdym z obszarów
	Krótkie i rzeczowe wyjaśnienia trudnych pojęć oraz wizualizacje procedur
Raporty	Tak
Akcesoria UV do znakowania powierzchni	latarka UV
	spray UV do znakowania - 150 ml
	3 x pisak UV do znakowania
	płyn UV do pisaków - 30 ml

MOJE DOŚWIADCZENIA Z APLIKACJĄ MEDICHECK

WYWIAD Z DOROTĄ KACZOR

PIELĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O.

Justyna Piwowarczyk: *Od jak dawna korzysta Pani z aplikacji MEDICHECK?*

Dorota Kaczor: Od kilku miesięcy. Na razie mam okazję korzystać z testowej wersji aplikacji MEDICHECK na tablecie. Pod koniec półrocza chcę aby moja placówka korzystała już z wersji licencjonowanej.

J.P.: *Jakie są Pani odczucia… Założeniem było aby aplikacja MEDICHECK była intuicyjna i prosta w obsłudze. Czy aplikacja spełnia te oczekiwania?*

D.K.: Radzę sobie bardzo dobrze. Mój personel śmieje się, że kiedy idę z tabletem na oddział to znak, że trzeba dezynfekować ręce. Mam więc swój „prywatny" Moment 6.

J.P.: *Klikanie w ekran Pani nie przeraża?*

D.K.: Wręcz przeciwnie. Używanie aplikacji pozwoliło mi zdecydowanie skrócić czas potrzebny na wprowadzanie danych i ich analizę.

J.P.: *Pełna wersja aplikacji to 3 moduły: ręce, powierzchnie i narzędzia. Czy ma Pani dostęp do wszystkich 3 modułów? Jeśli tak, to z jakiego modułu Pani najczęściej korzysta?*

D.K.: Tak, mam udostępnione wszystkie 3 moduły. Najczęściej dokonuję obserwacji WHO w zakresie higieny rąk.

J.P.: *Moduł „RĘCE" to także ocena wykonania procedury zgodnie ze schematem oraz ocena dokładności pokrycie rąk preparatem z UV. Korzystała Pani z tych opcji?*

D.K.: Tak kilka razy, bardzo się cieszę, że mam wszystkie raporty w jednym miejscu.

J.P.: *Podobno najwięcej radości przynosi znakowanie powierzchni znacznikami UV. Czy u Pani jest podobnie?*

D.K.: Radości? Raczej nie. Kontroluję salowe i zwykle wywołuje to zgoła odmienne uczucia. Powoli uczą się, że to jest forma „edukacji", coraz mniej się złoszczą i coraz mniej powierzchni jest pomijanych.

J.P.: *Zapytam Panią jeszcze o moduł „NARZĘDZIA". Czy jest on przydatny w pracy pielęgniarki epidemiologicznej?*

D.K.: Oczywiście, dzięki niemu mogę szybko ocenić stanowiska do mycia i dezynfekcji wstępnej narzędzi. W moim szpitalu gabinety zabiegowe same dezynfekują wstępnie narzędzia więc jakość tego procesu musi być kontrolowana.

J.P.: *Czy jest coś co Pani sprawia szczególne problemy w pracy z aplikacją MEDICHECK?*

D.K.: W zasadzie nie, jedynie czasem klikam zbyt szybko i tablet nie reaguje, ale to kwestia przyzwyczajenia się do czułości ekranu.

J.P.: *Czy jest coś co Pani szczególnie poleca w pracy z aplikacją?*

D.K.: Z mojego punktu widzenia najciekawsze jest konfigurowanie pomieszczeń. Zrobiłam to na początku, kosztowało mnie to trochę pracy ale uznałam, że warto. W każdym oddziale utworzyłam odpowiednią ilość pomieszczeń, nazwałam je numerami zgodnie z naszą wewnętrzną strukturą. W każdym pomieszczeniu dodałam brakujące powierzchnie i usunęłam zbędne. W ten sposób znacznie łatwiej porównać wyniki audytów.

J.P.: *Czyli jednak moduł „POWIERZCHNIE" zachwycił Panią najbardziej?*

D.K.: Nie, chyba jednak najwięcej korzystam z modułu „RĘCE". Na początku brakowało mi w niej możliwości obserwowania więcej niż 1 osoby jednocześnie. Przeanalizowałam jednak wytyczne WHO i doszłam do wniosku, że zgodnie z ich treścią można obserwować więcej niż 1 osobę ale nie trzeba. Nie może być to jednak więcej niż 3 osoby. Zgodnie z wytycznymi WHO nic więc nie stoi na przeszkodzie aby obserwowana była jedna osoba. Kiedy obserwuję jedną, mam większą możliwość skupienia uwagi na jej czynnościach, następnie obserwuję kolejną… to nie problem.

J.P.: *Dziękuję Pani za rozmowę.*

D.K.: Dziękuję.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ODSZKODOWAWCZA

PODMIOTÓW LECZNICZYCH ZA ZAKAŻENIA SZPITALNE

I. ZAKAŻENIA SZPITALNE JAKO PROBLEM MEDYCZNY I PRAWNY

W piśmiennictwie dostrzega się, że zakażenia szpitalne istnieją przypuszczalnie tak długo, jak leczenie szpitalne[1]. Istnieją i będą istnieć liczne czynniki uosabiające do występowania zakażeń, takie jak terapia immunosupresyjna związana z transplantacją, chemioterapia nowotworów złośliwych, radioterapia, urazy osłabiające organizm pacjenta oraz nieodpowiednie odżywianie[2]. System nadzoru i kontroli służący zapobieganiu zakażeniom szpitalnym jest przy tym niezwykle trudny i złożony, a na stopień ryzyka zakażeń wpływa architektura szpitala z określonym usytuowaniem oddziałów, wielkość bazy łóżkowej, możliwości i warunki izolacji chorych zależnie od klinicznego profilu oddziału, wentylacja, sprawność urządzeń sanitarno-higienicznych, warunki poruszania się chorych wewnątrz oddziału chorych, personelu i osób odwiedzających, przestrzeganie przez personel przepisów regulaminowych, instrukcji i zaleceń dotyczących czystości środowiska szpitalnego[3].

Zakażenia szpitalne mogą mieć źródła egzogenne, czyli pochodzić od innego chorego lub ze środowiska, oraz endogenne w przypadku zakażenia własną florą bakteryjną skóry lub błon śluzowych. Zakażenia endogenne dzielą się też na wczesne i późne. W piśmiennictwie podkreśla się, że jeśli u chorego operowanego natychmiast po przyjęciu do szpitala rozwinie się zakażenie, to zazwyczaj jest ono spowodowane przez własne drobnoustroje, które stanowiły fizjologiczną florę w warunkach domowych (zakażenie endogenne wczesne)[4].

Aktualnie stosowane metody walki z zakażeniami szpitalnymi polegają na stworzeniu środowiska medycznego nieprzyjaznego dla namnażania się i przetrwania drobnoustrojów patogennych, uniemożliwieniu transmisji (dyslokacji) drobnoustrojów chorobotwórczych z jednego miejsca w inne (kontaminacji środowiska) oraz prowadzeniu skutecznych zabiegów sanitarnych, takich jak pasteryzacja, dekontaminacja, sanityzacja, dezynfekcja i sterylizacja. Z tego względu działania sanitarne w szpitalach dzieli się na profilaktyczne i lecznicze[5].

Problematykę skali zakażeń szpitalnych w polskich szpitalach, ich przyczyn i skutków badała m.in. Najwyższa Izba Kontroli. Punktem wyjścia kontroli przeprowadzonej przez NIK w 2017r. było stwierdzenie, że zakażenia szpitalne powodują powikłania prowadzące

1 Zob. B. Kassur, *Zakażenia szpitalne* [w:] B. Kassur (red.), *Choroby zakaźne i inwazyjne*, Warszawa 1979, s. 92; B. Sygit, D. Wąsik, *Kontrola podmiotów leczniczych*, Warszawa 2015, s. 160-161.

2 Zob. B. Sygit, D. Wąsik, *Kontrola podmiotów leczniczych*, s. 160-161; W. A. Altmeier, *Zakażenia wewnątrz szpitalne: uwagi własne* [w:] H. C. Polk jr. (red.), *Zakażenia w chirurgii*, Warszawa 1987, s. 217.

3 Por. B. Kassur, *Zakażenia szpitalne*, 96.

4 Zob. D. Wąsik, N. Wąsik, B. Sygit, M. Dubiel, *Zakażenie endogenne a odpowiedzialność cywilna szpitala – studium przypadku*, Arch.Med.Sąd. 2014, nr 3, s. 147–148.

5 Zob. A. Pawińska, Z. Szwedzik, B. Waszak, J. Wieczyńska, *Rola zabiegów sanitarnych w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym* [w:] D. Dzierżanowska, J. Jeljaszewicz (red.), *Zakażenia szpitalne*, Bielsko-Biała 2009, s. 325.

często do niepełnosprawności, są przyczyną wydłużenia pobytu w szpitalu i zwiększają koszty świadczonych usług. Ponadto według Najwyższej Izby Kontroli efektywne systemy kontroli zakażeń mogą zmniejszać ryzyko ich wystąpienia od 55% do 70%. Organ kontrolny wskazywał też, że w Polsce ok. 5% pacjentów hospitalizowanych ulega zakażeniom szpitalnym, daje to roczną liczbę zakażeń szpitalnych na poziomie około czterystu tysięcy. Jednym z założeń kontroli, którą objęto 18 podmiotów leczniczych (szpitali – samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i spółki prawa handlowego) oraz cztery powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, było ustalenie, czy w latach 2016 - 2017 działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych były prawidłowe i skuteczne. Najwyższa Izba Kontroli dostrzegała, że źródłem przenoszenia zakażeń szpitalnych mogą być m.in. brudne ręce personelu medycznego, niejałowy sprzęt medyczny i niemedyczny, skażone otoczenie chorego, przyjmowanie pacjentów wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez możliwości ich zapewnienia, zatrudnianie osób nieprzygotowanych do pracy w szpitalach, brak lub nieprawidłowe funkcjonowanie systemu kontroli zakażeń lub niestosowanie obowiązujących procedur i standardów sanitarnych. Według organu kontrolnego do grupy osób najbardziej narażonych należą natomiast pacjenci m.in. po leczeniu immunosupresyjnym, z zaburzeniami odporności z powodu terapii przeciwnowotworowej, po rozległych urazach i oparzeniach, dzieci, które nie ukończyły roku i osoby w starszym wieku, a także pacjenci po długotrwałym stosowaniu antybiotyków. W ocenie NIK większość zakażeń szpitalnych związana jest z wprowadzeniem inwazyjnych metod diagnostycznych i terapeutycznych technik operacyjnych, takich jak m.in. transplantacja narządów, stosowanie cewników wprowadzanych do naczyń krwionośnych i dróg moczowych oraz wspomagane oddychanie[6].

Według Najwyższej Izby Kontroli funkcjonujące w kontrolowanych szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach szpitalnych nie dostarczały rzetelnych danych o skali zjawiska. Mimo powołania zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych oraz formalnego wdrożenia przez kontrolowane szpitale procedur zapobiegających ich występowaniu, w badanym przez organ okresie odnotowano wzrost liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym o 9%, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby hospitalizowanych pacjentów o 2%. W 2016r., w porównaniu do 2015r., nastąpił wzrost liczby pacjentów zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii Klebsiella Pneumoniae NDM (+) w skali kraju, o 278,7%. W 2016r. odnotowano także wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem sepsy o 13%, w porównaniu do roku wcześniejszego. Wreszcie żaden z kontrolowanych szpitali nie dysponował precyzyjnymi danymi dotyczącymi kosztów poniesionych w związku z wystąpieniem zakażenia szpitalnego[7].

Powyższa okoliczność uzasadnia twierdzenie, że zakażenia szpitalne nie tylko stanowią zjawisko zagrażające życiu i zdrowiu hospitalizowanych pacjentów, ale generują trudne do oszacowania koszty, z których zdecydowaną część stanowią zasądzane przez na rzecz poszkodowanych pacjentów odszkodowania, zadośćuczynienia, czy nawet renty. Z tego względu charakterystyka zakażeń szpitalnych jako problemu prawnego w ujęciu założeń prawa cywilnego, a także przedstawienie zasad kształtowania się odpowiedzialności odszkodowawczej za powikłania związane z zainfekowaniem chorych na oddziałach szpitalnych, wydają się pożądane, zwłaszcza z punktu widzenia pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

II. ZAKAŻENIA SZPITALNE – BŁĄD ORGANIZACYJNY CZY BŁĄD W SZTUCE LEKARSKIEJ?

W orzecznictwie sądowym zauważalne są pewne różnice poglądów w zakresie tego, czy odpowiedzialność prawna za zakażenia szpitalne jest oparta na koncepcji winy anonimowej tudzież organizacyjnej, czy raczej zawinionego błędu w sztuce lekarskiej.

Błąd organizacyjny określany jest w doktrynie prawa medycznego jako przypadek, w którym osoby kierujące placówkami służby zdrowia podejmują wadliwe decyzje związane ze zorganizowaniem pracy tych ośrodkach, skutkujące negatywnym wpływem na udzielaną tam pomoc lekarską. Błędem organizacyjnym będzie zatem zła organizacja leczenia, która staje się przyczyną popełnienia błędu terapeutycznego lub diagnostycznego przez pracującego w danym podmiocie lekarza i w konsekwencji powoduje ujemne dla zdrowia pacjenta skutki[8]. Pojęcie błędu organizacyjnego wiązane jest z wadliwą organizacją pomocy lekarskiej, która nie pozostaje bez wpływu na stan zdrowia pacjenta, przy czym chodzi tutaj nie tylko o organizację działania całej placówki medycznej, ale także o nadzór nad poszczególnymi zespołowo wykonywanymi czynnościami leczniczymi (np. nadzór chirurga nad personelem pomocniczym w trakcie przeprowadzania operacji)[9]. Do błędów organizacyjnych zaliczane są wszelkiego rodzaju niepoprawne decyzje kierowników zespołów tj. ordynatorów, kierowników zespołów operacyjnych, szefów laboratoriów i pracowni diagnostycznych, wadliwe decyzje osób kierujących szpitalami, specjalistycznymi zakładami opieki zdrowotnej, czy nawet osób odpowiadających za organizację opieki zdrowotnej na szczeblu regionu i kraju[10]. Znana jest koncepcja traktowania błędu organizacyjnego jako swoistego typu błędu medycznego, która wiąże go z wadliwą organizacją pracy w danej jednostce medycznej. Wyróżnia się wówczas trzy kategorie błędu organizacyjnego: 1) błąd popełniony w wyniku niepoprawnej pracy zespołu, 2) niepoprawne przechowywanie leków, niewłaściwe ich oznaczenie czy też brak troski o sterylność narzędzi, opatrunków itp., 3) błędy dokonywane przez kierowników dużych zespołów, lekarzy wojewódzkich, czy też osoby kierujące resortem zdrowia[11]. Błąd organizacyjny zestawiany jest także z „zawinionym błędem sztuki lekarskiej" w postaci nierozpoznania choroby i niewdrożenia w odpowiednim czasie leczenia z uwagi na niedostateczne wyposażenia zakładu opieki zdrowotnej w aparaturę medyczną[12]. W literaturze wśród najczęstszych przykładów błędów organizacyjnych wskazuje się np. niepoprawną pracę zespołu medycznego, wadliwie zorganizowaną przez kierownika tegoż zespołu, nieprawidłowe przechowywanie leków i wadliwe ich oznaczenie, brak dbałości o sterylność narzędzi, zaniedbania w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym podczas jego pobytu w zakładzie leczniczym, brak odpowiedniej dla działania szpitala liczby doświadczonych lekarzy i specjalistów, ograniczanie lekarzy w wyborze środków lekarskich lub technicznych, a także wadliwe rozmieszczenie chorych w salach szpitalnych[13].

Błąd w sztuce lekarskiej natomiast na ogół łączy się z niezastosowaniem się przez lekarza do przyjętych zasad wiedzy i sztuki lekarskiej. W doktrynie używa się też innego nazewnictwa, tj. „błąd w sztuce medycznej", „błąd lekarski" lub „błąd wiedzy medycznej"[14]. Spośród wymienionych pojęć przedmiotowo najszerszym jest „błąd w sztuce medycznej", bowiem odnosi się nie tylko do zaniedbań osób wykonujących zawody lekarza lub lekarza dentysty, ale również pielęgniarek czy położonych[15]. Wśród wielu propozycji definiowania pojęcia „błędu w sztuce medycznej", najczęściej łączy się je z naruszeniem przez lekarza, świadomie podejmującego czynność medyczną, obowiązujących w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności[16]. Reguły postępowania przy zabiegach leczniczych mają natomiast charakter norm technicznych i są kategorią obiektywną. Oznacza to, że ich naruszenie również ma obiektywny charakter, z tym jednak zastrzeżeniem, że reguły te zawsze należy odnosić do konkretnego przypadku w tym sensie, że wyznaczają one sposób postępowania sumiennego, należycie wykształconego lekarza w konkretnej sytuacji, w jakiej lekarz ten mógł się znaleźć. Jednocześnie trzeba pamiętać o koniecznej tu relatywizacji zasad postępowania determinowanej bardzo szybkim rozwojem nauk medycznych, uniemożliwiających niekiedy ustalenie aktualnej wiedzy podręcznikowej, a także różnymi warunkami, w jakich pracują lekarze[17].

Wzorzec lekarza jako „dobrego fachowca" zakłada

6 Zob. *Informacja o wynikach kontroli. Zakażenia w podmiotach leczniczych. Nr ewid.13/2018/P/17/060/KZD.* Warszawa 2018, s. 8-9. Źródło: https://www.nik.gov.pl/plik/id,16720,vp,19276.pdf [Dostęp: 5 kwietnia 2019r.]

7 Ibidem, s. 10-11.

8 Zob. N. Wąsik, *Odpowiedzialność karna ordynatora oddziału szpitalnego za zaniedbania w procesie leczenia pacjentów*, Przedsiębiorstwo i Prawo 2018, nr 2, s. 68-69; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 228; T. Tołłoczko, *Błąd lekarski. Spojrzenie klinicysty*, PiM 2000, nr 5, s. 48 i nast.

9 Por. A. Engler-Jakubiak, *Organizacyjny błąd medyczny*, Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego 2013, nr 27, s. 277. Tak też Z. Marek, *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 76 i nast.

10 Por. A. Engler-Jakubiak, *Organizacyjny błąd medyczny*, s. 277-278.

11 Zob. N. Wąsik, *Odpowiedzialność karna ordynatora…*, s. 68-69; D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, Acta Universitatis Lodziensis - Folia Oeconomica, 2012, nr 274, s. 65.

12 Zob. W. Borysiak [w:] M. Safjan (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011, s. 230.

13 Por. N. Wąsik, *Odpowiedzialność karna ordynatora…*, s. 68-69; A. Engler-Jakubiak, *Organizacyjny błąd medyczny*, s. 278–282.

14 Zob. D. Wąsik, *Mors in tabula w teorii i praktyce śledczej*, Bydgoszcz 2016, s. 102-103; a także cytowana tam pozycja piśmiennicza autorstwa M. Wolińskiej *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Prok. i Pr. 2013, nr 5, s. 20-21.

15 Zob. m.in. D. Wąsik, *Mors in tabula…*, s. 102-103; M. Wolińska, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 21; A. Fiutak, *Prawo w medycynie. Akademia prawa*, Warszawa 2010; E. Dyttus, *Błąd w sztuce lekarskiej a prawo pacjenta do należytej opieki lekarskiej* [w:] J. Haberko, R. Koczyłowski, B. Pawelaryka, *Problemy prawa medycznego*, Poznań 2008.

16 Zob. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 28 i nast.

17 Zob. A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenia w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 15, 54-55. Co ciekawe W. Grzywo-Dąbrowski wskazuje, że najczęstszymi sytuacjami, w których można lekarzowi postawić zarzut popełnienia błędu w sztuce lekarskiej jest m.in. wadliwa sterylizacja narzędzi i nienależyte przygotowanie lekarza do zabiegów operacyjnych. Zob. W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej*, Warszawa 1958, s. 11-12. Na temat błędu w sztuce lekarskiej zob. również

zachowanie nie tylko powszechnie obowiązujących zasad współżycia, ale i wypracowanych standardów, wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej. Element subiektywny w przypadku usług medycznych może wyrażać się w niewiedzy lekarzy, innego personelu medycznego lub pomocniczego, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze, niezręczności bądź niedbalstwie polegającym na niedołożeniu wymaganej staranności czy wreszcie tzw. winie organizacyjnej, związanej z niewłaściwym funkcjonowaniem placówki opieki zdrowotnej, organizacji jej pracy i sposobu świadczenia usług na rzecz pacjentów[18].

Wracając do problemu rozbieżności w orzecznictwie sądowym co do charakteru winy za zakażenia szpitalne podkreślić należy, że z jednej strony zauważa się, że odpowiedzialność za zakażenia szpitalne opiera się na zasadzie winy. Wina z kolei łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa lub też - w stosunku do lekarzy i personelu medycznego - naruszenie obowiązujących reguł, wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia, jak i element subiektywny, wyrażający się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może wyrażać się w niewiedzy lekarzy i innych pracowników medycznych, nieostrożności w ich postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy i innych pracowników medycznych musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Obowiązkiem całego personelu medycznego zakładu leczniczego jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta[19].

Według innego poglądu odpowiedzialność zakładów leczniczych za zakażenia pacjentów oparta jest na konstrukcji tzw. winy anonimowej lub organizacyjnej, co wynika ze specyfiki działania jednostek organizacyjnych, z którym to działaniem wiąże się szkoda. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników osoby prawnej. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej[20]. Nie może przecież ulegać wątpliwości, iż obowiązkiem lekarza i całego personelu placówki medycznej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu pacjenta, z uwzględnieniem cech każdego indywidualnego przypadku. Podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może się więc przejawiać w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Bez znaczenia jest przy tym, który z pracowników szpitala dopuścił się niedbalstwa, gdyż przyjmowana jest w takim wypadku reguła winy anonimowej. Brak należytej staranności personelu pacjent musi udowodnić. Ustalenia w tym zakresie mogą być oparte na notoryjności, przyznaniu lub domniemaniu faktycznym[21].

Należy przychylić się do poglądu zakładającego, iż odpowiedzialność prawna za zakażenia szpitalne w zdecydowanej większości przypadków kształtuje się na zasadzie winy organizacyjnej.

W piśmiennictwie podnosi się, że problematykę nieprawidłowej opieki medycznej nad hospitalizowanym pacjentem i związanej z tym odpowiedzialności karnej za spowodowanie zakażenia w szpitalu (tudzież ryzyka jego spowodowania) można rozważać w dwóch aspektach: 1) zaniedbań w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne, powodujących ryzyko zakażenia lub przyczyniających się do jego wystąpienia, 2) uchybień w organizacji pracy jednostek szpitala oraz organizacji nadzoru epidemiologicznego w podmiocie leczniczym. Podział ten rozszerza granice odpowiedzialności prawnej na członków zarządu podmiotu leczniczego oraz pracowników szpitala zajmujących samodzielne stanowiska pracy, których zakres czynności obejmuje nadzór lub realizację zadań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń w szpitalu. Tym samym odpowiedzialność prawną (karną, cywilną, pracownicza lub służbową) za zakażenie chorego – w niektórych przypadkach – mogą ponosić również osoby spoza personelu medycznego, nota bene niemające bezpośredniego kontaktu z hospitalizowanym pacjentem[22].

Zaniedbania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, skutkujące zakażeniem pacjenta lub stwarzające realne ryzyko takiego zakażenia, stwierdzane są w obszarach diagnostyki, terapii i profilaktyki chorób i wiążą się na ogół z ignorowaniem podstawowych zasad aseptyki. Czynnikami ryzyka, których bagatelizowanie może obciążać np. lekarza operatora, są też brak dyscypliny na sali operacyjnej czy decyzja o przeprowadzeniu zabiegu w trybie planowym mimo dostrzeżonego niedostatecznego reżimu sanitarnego sali operacyjnej. Do zakażenia może przyczynić się nieodpowiednia okołooperacyjna profilaktyka antybiotykowa, za którą odpowiedzialność ponosić będzie lekarz prowadzący leczenie pacjenta (np. zbyt mała dawka leku w stosunku do potencjalnego zakażenia, podanie leku w niewłaściwym czasie, albo wybór leku o nieadekwatnym do specyfiki zakażenia spektrum działania). W przypadku badania odpowiedzialności lekarza za spowodowanie zakażenia w szpitalu przedmiotem oceny powinny być takie kwestie, jak zakres obowiązków oskarżonego jako lekarza prowadzącego (dyżurnego), sposób rozpoznania określonej bakterii, obraz kliniczny i patomorfologiczny zakażenia organizmu tą bakterią, następstwa i powikłania wywołane rozwojem zakażenia organizmu tą bakterią, sposób leczenia pacjenta w kolejnych placówkach leczniczych (jeżeli miało to miejsce w stanie faktycznym danej sprawy), a także możliwość zaistnienia innej prócz zakażenia przyczyny załamania stanu zdrowia pacjenta. Podkreślenia wymaga, że również inni niż lekarze członkowie personelu medycznego mogą ponosić odpowiedzialność prawną za niedopełnienie zasad asepsyki, skutkujące zakażeniem w szpitalu lub stwarzających ryzyko wystąpienia tego zdarzenia. Jako przykład wskazać należy zaniechanie przez pielęgniarkę lub położną czynności pielęgnacyjnych nad pacjentem i brak zmiany opatrunków, tudzież oczyszczenia rany pooperacyjnej[23].

Błąd organizacyjny polegający na nieprawidłowym zarządzaniu podmiotem leczniczym, tudzież jego poszczególnymi komórkami, może uzasadniać przypisanie winy kierownikowi podmiotu lub osobom przez niego upoważnionym do realizacji określonych zadań. Przykładem może być sposób funkcjonowania centralnej sterylizatorni w szpitalu. Wśród najważniejszych uchybień, które powodują ryzyko wystąpienia w szpitalu zjawiska zakażeń pacjentów, a związane są z organizacją pracy wspomnianej komórki, wymienia się np. brak możliwość sterylizacji całego sprzętu, który bierze udział w przerwa-

m.in. B. Sygit, D. Wąsik, *Zbędne zabiegi chirurgiczne – wybrane aspekty medyczne i prawnokarne* [w:] B. Hołyst (red.), *Przyszłość prawa. Księga pamiątkowa XX-lecia Wydziału Prawa i Administracji*, Warszawa 2017, s. 523-528; D. Wąsik, *Rozważania o odpowiedzialności karnej sprawców za błędy i zaniedbania popełnione przy zabiegu przetoczenia krwi* [w:] J. Kasprzak, W. Cieślak, I. Nowicka (red.), *Meandry prawa karnego i kryminalistyki. Księga jubileuszowa prof. zw. dr hab. Stanisława Pikulskiego*, Szczytno 2015, s. 281-287; D. Wąsik, *Śmierć na stole operacyjnym (mors in tabula) jako konsekwencja błędu w sztuce lekarskiej*, Prok. i Pr. 2016, nr 12, s. 41-62; B. Sygit, D. Wąsik, *Odpowiedzialność za narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia a procedury anestezjologiczne,* Prok. i Pr. 2017, nr 2, s. 32-60; D. Wąsik, *Odpowiedzialność karna lekarza dentysty za błąd medyczny*, Prok. i Pr. 2017, nr 3, s. 5-32; D. Wąsik, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących zgonów okołooperacyjnych*, Prok. i Pr. 2017, nr 7-8, s. 149-167; D. Wąsik, *Błędy w sztuce lekarskiej w praktyce lekarza medycyny rodzinnej – aspekty prawnokarne i prawnomedyczne*, Prok. i Pr. 2018, nr 5, s. 43-64; M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, PiM 1999, nr 3, s. 33 i nast.; I. Dziekońska-Staśkiewicz, *Tak zwany błąd w sztuce lekarskiej. (Definicje, zakres pojęcia, propozycje),* Stud.Krymin. 1974, t. 1, s. 233-240; L. Kubicki, *Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego,* PiM 2001, nr 9, s. 33-37; E. Baran, K. Jaegermann, Z. Marek, *Błąd medyczny i odpowiedzialność prawna,* Przegląd Lekarski 1984, nr 12, s. 709-713; T. Ślipko, *Błąd medyczny w świetle etyki,* Arch.Med.Sąd.Krym. 1990, nr 1, s. 1-7; B. Świątek, *Błąd medyczny w praktyce medyka sądowego* [w:] R. Jaworski, M. Szostak, *Nauka wobec prawdy sądowej. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Zdzisława Kegla;* Wrocław 2005, s. 517-526; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne nieudzielenie pomocy,* Stud.Iur.Lublin. 2006, t. 8, s. 83-102; M. Nesterowicz, Kilka uwag o związku przyczynowym na tle procesów lekarskich, Palestra 1968, nr 7-8, s. 47-52; M. Nesterowicz, *Ciężar dowodu winy w procesach lekarskich*, PiP 1968, nr 4-5, s. 675-682; M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w „procesach lekarskich"*, PiP 2005, nr 3, s. 5-17.

18 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 13 września 2013r., sygn. I ACa 194/13, LEX nr 1416404. W podobny sposób wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 24 września 2018r., sygn. I ACa 222/18 (LEX nr 2578895), stwierdzając, że odpowiedzialność szpitala może być oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. i 416 k.c. jeżeli podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź w wyniku tzw. „winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, niezapewnienia właściwych warunków leczenia, właściwego sprzętu, właściwego i wykwalifikowanego personelu dojdzie do szkody. W takiej sytuacji, zgodnie z treścią art. 6 k.c. na stronie powodowej ciąży obowiązek wykazania przesłanek tej odpowiedzialności, a więc wspomnianej winy w organizacji, powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem pozwanego w sferze organizacyjnej.

19 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 31 maja 2016r., sygn. V ACa 877/15, LEX nr 2144729.

20 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 28 lutego 2018r., sygn. I ACa 902/17, LEX nr 2478531.

21 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 29 grudnia 2014r., sygn. I ACa 393/14, LEX nr 1711562.

22 Por. D. Wąsik, *Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu,* Prok. i Pr. 2017, nr 4, s. 50-51. Zob. również m.in. M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej za zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby*, Arch.Med.Sąd. 2001, 51(1), s. 1-9; Cz. Chowaniec, M. Chowaniec, *Problemy opiniodawcze w przypadku zakażań szpitalnych, w szczególności wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C*, Arch.Med. Sąd. 2001, nr 51(1), s. 11-20; Cz. Chowaniec, *Błąd medyczny organizacyjny w epidemiologii wirusowego zapalenia wątroby typ B i C. Ocena materiału opiniodawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach*, Arch.Med.Sąd. 2001, nr 51(1), s. 21-26.; J. Masełko, F. Trela, E. Skupień, *Analiza zasad opiniowania w sprawach cywilnych dotyczących roszczeń z tytułu zakażenia wirusami zapalenia wątroby w jednostkach służby zdrowia*, Arch.Med. Sąd. 2001, nr 51(1), s. 35-43.

23 Por. D. Wąsik, *Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu*, s. 51.

niu ciągłości tkanek oraz pozostaje w kontakcie m.in. ze spojówkami i śluzówkami, niewłaściwe kwalifikowanie sprzętu do zastosowanej metody sterylizacji, nieprawidłowa kontrola procesu i technologii sterylizowania, brak właściwego wyposażenia sterylizacyjnego w szpitalu, niewielka pojemność sterylizatorów parowych, czy też brak dostępności innych metod wyjaławiania (obok metod termicznych)[24]. Nieprawidłowości mogą występować też w polityce kadrowej szpitala (np. zaniechanie kierowania pracowników mających kontakt z pacjentem, żywnością etc. na profilaktyczne badania sanitarno-epidemiologiczne, bagatelizowanie przeciwwskazań medycznych do zatrudniania osób – nosicieli bakterii i wirusów do pracy na określonym stanowisku), w systemie zaopatrzenia szpitala w wyroby medyczne (np. zakup w drodze zamówień publicznych materiałów opatrunkowych, które nie spełniają wymaganych przepisami norm bezpieczeństwa i nie są dopuszczone do obrotu w Polsce), czy w organizacji ruchu chorych (np. brak izolowania pacjentów cierpiących na choroby zakaźne i umieszczanie ich w salach ogólnych)[25].

III. ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO I PERSONELU MEDYCZNEGO W PRZYPADKU STWIERDZENIA ZAKAŻENIA SZPITALNEGO

W myśl art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018r., poz. 2190 ze zm.), dalej jako „u.d.l.", podmiot leczniczy jest obowiązany m.in. posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22, a także używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211 oraz z 2018 r. poz. 650). Problematykę tą regulują szczegółowo przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r. w sprawie w szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego (Dz. U. z 2019r., poz. 595).

Z powyższym przepisem wiąże się m.in. art. 11 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz. U. z 2018r., poz. 151 ze zm.), zgodnie z którym kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, do których zalicza się m.in. monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń, opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji skóry i błon śluzowych lub innych tkanek oraz wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, a także powierzchni pomieszczeń i urządzeń. Do innych istotnych działań w wyżej wymienionej materii zaliczyć należy stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych, jak również wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej.

O zachowaniu właściwego stanu bezpieczeństwa sanitarnego w podmiotach leczniczych świadczą np. zaopatrzenie zakładu opieki zdrowotnej w wodę o odpowiedniej pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym jakości, utrzymanie bieżącej czystości i porządku, prowadzenie dezynfekcji i wykorzystanie komór dezynfekcyjnych, w tym prawidłowe gospodarowanie preparatami dezynfekcyjnymi, sterylizacja i bieżąca kontrola procesów sterylizacji wskaźnikami biologicznymi, chemicznymi i fizycznymi, właściwe postępowanie z bielizną szpitalną, zgodna z przepisami powszechnie obowiązującego prawa gospodarka odpadami stałymi, prawidłowe utrzymanie bloków żywienia w szpitalu (kuchni centralnych, kuchenek oddziałowych i kuchni mlecznych, przestrzeganie zasad bezpiecznego transportu posiłków na oddziały oraz bieżące usuwanie odpadów kuchennych), a także utrzymanie odpowiedniego stanu sanitarny prosektoriów,w tym badanie pomieszczeń prosektorium, węzła sanitarnego, chłodni, dezynfekcja sali sekcyjnej i sali kosmetyki pośmiertnej[26].

Niestety w praktyce spotykane są błędy organizacyjne podmiotów leczniczych związane z nierespektowaniem wymagań dotyczących bezpieczeństwa epidemiologicznego i aseptyki, skutkujące następnie zakażeniami szpitalnymi. Prowadzone przez właściwe organa administracji publicznej kontrole sanitarne pomieszczeń szpitalnych często ujawniają nieprawidłowości i odstępstwa od wymogów określonych w przepisach dotyczących szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Nieprawidłowościami w zakresie jakości wykonywania procedur utrzymania czystości, procedur higienicznych stosowanych w szpitalach, wyposażenia w sprzęt i środki utrzymania czystości, a także nadzoru nad utrzymaniem czystości są m.in. brak nadzoru nad sprzątaniem, tj. nieprawidłowe sporządzanie roztworów myjących i dezynfekcyjnych, nieprawidłowe płukanie mopów i niewłaściwa technika mycia podłogi, niepozostawianie środka dezynfekcyjnego na powierzchni w celu zadziałania, niewymienianie z odpowiednią częstotliwością roztworów myjących, niepłukanie ścierek, pomijanie przy myciu niektórych powierzchni, które powinny być myte codziennie (np. ramy łóżek, wysięgniki, szafki przyłóżkowe itp.), czy nieprawidłowe postępowanie ze sprzętem po zakończeniu pracy (zaniechanie mycia wózków, prania mopów i ścierek)[27]. Jako inne przykłady nieprawidłowości i uchybień wskazać można brak wymaganego wyposażenia w izolatce na oddziałach pediatrycznych (np. systemu wentylacji wymuszonej), brak śluzy umywalkowo-fartuchowej, występowanie ubytków farby na ścianach w salach chorych powodujące brak możliwości ich skutecznej dezynfekcji, brak urządzeń i środków czystości, np. pojemnika z ręcznikami jednorazowego użytku, dozownika ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamianym bez kontaktu z dłonią, brak pojemnika na zużyte ręczniki, brak skutecznej wentylacji w kuchni, zbyt małe sale, niewystarczająca liczba toalet, zły stan techniczny toalet i łazienek[28]. Do najważniejszych przyczyn nieprawidłowego funkcjonowania szpitalnych systemów utrzymania czystości należą: brak jednolitych standardów utrzymania czystości, brak standardów kontroli utrzymania czystości, zbyt mała liczba lekarzy i pielęgniarek o wymaganych kwalifikacjach w zespołach kontroli zakażeń zakładowych, brak monitoringu zużycia środków myjących i dezynfekcyjnych, niewłaściwy nadzór nad jakością sprzątania i dezynfekcji, marginalne traktowanie stanu czystości przez kadrę zarządzającą szpitala, a także zły stan techniczny budynków[29].

Na szczególną uwagę zasługuje kontrola postępowania z odpadami medycznymi. Do najczęstszych uchybień należą zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń do gromadzenia odpadów, niewłaściwe oznakowanie worków z odpadami, brak szczegółowych zapisów w procedurach postępowania z odpadami medycznymi, nieprawidłowa segregacja odpadów medycznych, niezapewnienie miejsca do dezynfekcji wózków szpitalnych, przekroczenie dopuszczalnej ilości wytworzonych odpadów i wytwarzanie odpadów nieobjętych pozwoleniem. Przykładami nieprawidłowości w procesie segregowania, transportu i magazynowania odpadów są m.in. mieszanie odpadów medycznych różnych rodzajów, przechowywanie ich w workach niewłaściwego koloru, zapełnianie worków powyżej 2/3 objętości (co nie zapewnia ich bezpiecznego zamknięcia), brak widocznego identyfikującego oznakowania worków i pojemników (kodu odpadów w nich przechowywanych, lub siedziby wytwórcy odpadu, daty ich zamknięcia), niedotrzymywanie wymaganych warunków magazynowania odpadów medycznych, w tym dopuszczalnego czasu magazynowania odpadów, wymaganej temperatury w pomieszczeniu magazynowym, niezabezpieczenie pomieszczeń, w których magazynowano odpady medyczne, przed dostępem osób nieupoważnionych, a także przed dostępem owadów, gryzoni i innych zwierząt, brak drzwi wejściowych bez progu, brak wentylacji, brak wydzielonych boksów i miejsc na poszczególne rodzaje magazynowanych odpadów medycznych, używanie niewłaściwych środków transportu wewnętrznego (korzystanie z innych wózków niż wózki zamykane lub wózki przewożące pojemniki zamykane do transportu wewnętrznego odpadów medycznych o kodach 18 01 02*, 18 01 03* i 18 01 82*), nie wyznaczenie miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu w obiektach, gdzie udzielane były świadczenia zdrowotne, a także ubytki w ścianach miejsca przeznaczonego do dezynfekcji i mycia, co uniemożliwia ich odpowiednią dezynfekcję[30].

Innym zagadnieniem, który może mieć związek z występowaniem w podmiotach leczniczych zakażeń

24 Por. D. Wąsik, *Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu,* s. 52-53; D. Dzierżanowska, A. Gzyl, U. Łopaciuk, U. Wojda, E. Vogtt, T. Dyśko, *Zabiegi sanitarne* [w:] D. Dzierżanowska, J. Jeljaszewicz (red.), *Zakażenia szpitalne*, Bielsko–Biała 1999, s. 325–328.

25 Zob. D. Wąsik, *Ocena prawnokarna zakażeń w szpitalu,* s. 53.

26 Zob. B. Sygit, *D. Wąsik, Kontrola podmiotów leczniczych*, s. 154.

27 Zob. *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych*. Najwyższa Izba Kontroli. Delegatura w Krakowie. Kraków 2009, Nr ewid. 9/2009/P08141/LKR, s. 28-29; B. Sygit, *D. Wąsik, Kontrola podmiotów leczniczych*, s. 154-155.

28 Por. *Warunki leczenia na oddziałach pediatrycznych w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2011-2014. Informacja o wynikach kontroli z dnia 21 lipca 2014r*., Nr ewid. 155/2014/P/14/096/LOL, s. 12-20; B. Sygit, *D. Wąsik, Kontrola podmiotów leczniczych*, s. 155.

29 *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych,* s. 27.

30 Por. *Postępowanie z odpadami medycznymi. Informacja o wynikach kontroli z dnia 4 grudnia 2014r.,* Najwyższa Izba Kontroli. Nr ewid.166/2014/P/14/055/KSI, s. 14-41; B. Sygit, *D. Wąsik, Kontrola podmiotów leczniczych*, s. 155-156.

szpitalnych jest niewłaściwy stan żywienia pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej i jakość żywienia, nadzór i ocena stanu żywienia przez służby szpitala, profilaktyka, system HACCP, stan bloków żywienia w szpitalach żywiących pacjentów samodzielnie oraz dystrybucja posiłków. Jak wskazuje praktyka i w tym obszarze pojawiają liczne nieprawidłowości i uchybienia. Do takich należą m.in. ponadnormatywna liczba drobnoustrojów wskazujących na nieprzestrzeganie zasad higieny osobistej przez pracowników podmiotów leczniczych, niedostateczne przestrzeganie przez personel bloku żywienia higieny rąk oraz obowiązku zmiany odzieży ochronnej, noszenie biżuterii przez pracowników podczas produkcji i dystrybucji posiłków, brak monitorowania lub nieprawidłowy pomiar temperatury w magazynach żywności oraz w fazie końcowej produkcji posiłków, brak kontroli mycia i dezynfekcji naczyń w kuchenkach oddziałowych, nieprawidłowy sposób mycia wózków do transportu posiłków, niewykonywanie dezynfekcji chemicznej naczyń w zalecanych przypadkach, nieprawidłowe przechowywanie produktów żywnościowych, a także niezabezpieczenie okien kuchni siatkami przeciw owadom[31].

Odnosząc powyższe uwagi i spostrzeżenia do materii odpowiedzialności prawnej za zakażenia szpitalne w pierwszej kolejności wskazać należy na art. 415 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. - Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz. U. z 2018r., sygn. 1025 ze zm.), dalej jako „k.c.", zgodnie z którym kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. W myśl art. 416 k.c. osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu. Ponadto zgodnie z art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przytoczenie brzmienia powyższych przepisów jest o tyle istotne, gdy wziąć pod uwagę, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w stosunku do pacjentów i osób uprawnionych co do zasady opiera się na podstawie Kodeksu cywilnego i w zależności od okoliczności konkretnego przypadku powoływane są wyżej wymienione art. 415 k.c., art. 416 k.c. lub art. 430 k.c.[32]

Prawo cywilne nie definiuje pojęcia winy. Korzystając w tym zakresie z dorobku prawa karnego, przyjmuje się, że pojęcie to zawiera dwa elementy składowe: obiektywny i subiektywny. Element obiektywny oznacza niezgodność zachowania się z obowiązującymi normami postępowania (bezprawność sensu largo). Element subiektywny dotyczy stosunku woli i świadomości działającego do swojego czynu. Najkrócej rzecz ujmując, winę można przypisać podmiotowi prawa tylko wtedy, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia obu tych elementów - tzw. zarzucalność postępowania[33].

W judykaturze podkreśla się, że odpowiedzialność cywilną uzasadnia taki związek przyczynowy wieloczłonowy, w którym między poszczególnymi ogniwami zachodzi normalna zależność przyczynowa, co oznacza, że każde ogniwo tego związku podlega ocenie z punktu widzenia przyczynowości adekwatnej. Jeżeli ta ocena wypadnie pozytywnie, to można przyjąć, że normalny związek przyczynowy zachodzi również wtedy, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody[34].

W przypadku doznania szkody wynikłej z zakażenia szpitalnego pacjent może dochodzić odszkodowania, zadośćuczynienia i renty. Co ważne, roszczeń tych może dochodzić łącznie.

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikłe z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Przepis art. 444 § 1 k.c. ujmuje szkodę w sposób możliwie szeroki, a więc poszkodowany może domagać się kompensaty wszelkich kosztów, w tym także: kosztów transportu, kosztów odwiedzin osób bliskich, kosztów szczególnego odżywiania i pielęgnacji w okresie rekonwalescencji, kosztów nabycia specjalistycznej aparatury rehabilitacyjnej, kosztów przyuczenia do wykonywania nowego zawodu (przez jednorazowe albo okresowe świadczenie), zwrotu utraconych zarobków[35]. Zasądzenie odszkodowania z góry nie jest też uzależnione od sytuacji majątkowej poszkodowanego, w szczególności bez znaczenia jest fakt, czy poszkodowany jest w stanie pokryć koszty terapii z własnych środków[36]. Dla zasądzenia kosztów leczenia nie jest też konieczne wcześniejsze wykonanie zabiegu, co wynika wprost z art. 444 § 1 k.c.[37]

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Wysokość należnego świadczenia z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę jest wynikiem ważenia różnorodnych czynników, zarówno o subiektywnym, jak i obiektywnym charakterze. Pierwsze z nich odnoszą się ściśle do osoby poszkodowanego - mówiąc najogólniej w przypadku uszkodzenia ciała należą do nich charakter i okoliczności samego zdarzenia, rodzaj i charakter doznanej krzywdy, czas i przebieg leczenia, a także skutki zdarzenia dla poszkodowanego, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej[38]. Użyte w art. 445 § 1 k.c. wyrażenie „odpowiednia suma" zawiera już w sobie przyznanie niemożności ścisłego ustalenia zadośćuczynienia ze względu na istotę krzywdy. Dlatego przy ustaleniu zadośćuczynienia nie stosuje się automatyzmu, a każda krzywda jest oceniana przez pryzmat konkretnych okoliczności sprawy. Świadczenie należne tytułem doznanej krzywdy niemajątkowej każdorazowo jest wyliczane indywidualnie w konkretnej sprawie, przy uwzględnieniu okoliczności w niej zaistniałych, a związanych wyłącznie z rozmiarem krzywdy stanowiącej następstwo czynu niedozwolonego[39]. Dążenie do tego, by kwoty zadośćuczynienia były utrzymane „w rozsądnych granicach" nie może jednak prowadzić do podważenia funkcji kompensacyjnej zadośćuczynienia. Przy ustalaniu jego „odpowiedniej" wysokości nie można nie uwzględniać tendencji orzecznictwa sądowego w podobnych przypadkach[40]. Należy nadto podkreślić, że zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, z drugiej jednakże strony winno odpowiadać stopie życiowej społeczeństwa. Zadośćuczynienie powinno mieć bowiem charakter całościowy i obejmować swoim zakresem zarówno cierpienia fizyczne i psychiczne już doznane, jak i te które mogą dopiero powstać w przyszłości[41]. Warto zauważyć, że prawomocnie zasądzone zadośćuczynienia od podmiotów leczniczych na rzecz pacjentów dotkniętych zakażeniami szpitalnymi osiągały w przeszłości kwoty nawet 200 000 zł[42], a niekiedy znacznie przekraczały tę kwoty[43].

Zgodnie z art. 444 § 2 i 3 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. W sytuacji, w której w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być jednak przyznana renta tymczasowa.

Renta powinna odpowiadać różnicy między zarobkami, jakie mógłby osiągać, gdyby nie uległ wypadkowi, a wynagrodzeniem, jakie - w konkretnych warunkach - jest w stanie uzyskać przy wykorzystaniu uszczuplonej zdolności zarobkowej. Rekompensować powinna poszkodowanemu uszczerbek, który wskutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia powstał w jego dochodach z tytułu pracy zarobkowej lub prowadzonej działalności gospodarczej. Musi zatem odpowiadać różnicy między hipotetycznymi dochodami, które poszkodowany osiągałby, gdyby nie doszło do zdarzenia szkodzącego, a dochodami, które uzyskuje, będąc poszkodowanym, uwzględniając także świadczenia otrzymywane z tytułu ubezpieczenia społecznego. Wysokość hipotetycznych dochodów uprawnionego należy ustalić przy uwzględnieniu wszelkich dotychczas uzyskiwanych przez niego dochodów, również nieregularnie, a także tych, których uzyskanie w przyszłości było wysoce prawdopodobne ze względu na rozwój kariery zawodowej. Przy ustalaniu bieżących dochodów poszkodowanego uwzględnić natomiast trzeba

31 Por. *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych,* s. 19-25; B. Sygit, *D. Wąsik, Kontrola podmiotów leczniczych*, s. 156-157.
32 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 3 grudnia 2018r., sygn. I ACa 859/16, LEX nr 2605654.
33 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 4 lutego 2014r., sygn. I ACa 915/13, LEX nr 1438084.
34 Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2017r., sygn. I CSK 302/16, LEX nr 2252213.
35 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 2 lutego 2018r., sygn. I ACa 2009/16, LEX nr 2461365.
36 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 25 stycznia 2017r., sygn. I ACa 689/16, LEX nr 2237369.
37 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 lutego 2017r., sygn. I ACa 1495/16, LEX nr 2344227.
38 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 stycznia 2019r., sygn. V ACa 757/17, LEX nr 2624349. Innymi słowy zasadniczą przesłankę określającą wysokość zadośćuczynienia stanowi stopień natężenia doznanej krzywdy, tj. rodzaj, charakter, długotrwałość cierpień fizycznych i ujemnych doznań psychicznych, intensywność i nieodwracalność ujemnych skutków zdrowotnych, a w tym zakresie stopień i trwałość doznanego kalectwa i związana z nim utrata perspektyw na przyszłość oraz towarzyszące jej poczucie bezradności powodowanej koniecznością korzystania z opieki innych osób oraz nieprzydatności społecznej. Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 października 2017r., sygn. I ACa 1107/16, LEX nr 2449741.
39 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 30 października 2015r., sygn. I ACa 189/15, LEX nr 1974110.
40 Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2010r., sygn. I CSK 244/09, LEX nr 570118.
41 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 4 lipca 2014r., sygn. I ACa 41/14, LEX nr 1506257.
42 Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 listopada 2014r., sygn. I ACa 621/14, LEX nr 1623923.
43 Tak np. kwota 400 000 zł zasądzona w sprawie sygn. I ACa 1358/17 rozpatrywanej przez Sądu Apelacyjny w Krakowie (LEX nr 2592947).

nie tylko jego faktyczne zarobki, ale również jego możliwości (zdolność zarobkową), jeżeli ich nie wykorzystuje. W tym celu niezbędne jest ustalenie posiadanych kwalifikacji poszkodowanego i realnych możliwości jego zatrudnienia na rynku pracy (przy ograniczeniu stwierdzonej zdolności do pracy). Dla wykazania przesłanki ograniczenia zdolności do pracy poszkodowany nie musi wykazywać jej spełnienia właściwym orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS, czy decyzją o przyznaniu inwalidztwa. Istotną przesłanką warunkującą przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej renty wyrównawczej jest bowiem jedynie wykazanie szkody, polegającej na utracie w części zdolności do pracy zarobkowej[44].

Dotychczasowe rozważania na kanwie odpowiedzialności cywilnej w rozumieniu obowiązku uiszczenia odpowiedniej kwoty kompensującej poszkodowanemu skutki naruszenia określonych dóbr prawnych znajdują pełne zastosowanie w obszarze odpowiedzialności prawnej podmiotów leczniczych i personelu medycznego za zakażenia szpitalne. Przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać pacjent jako powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy[45].

Odpowiedzialność za zakażenia szpitalne opiera się na zasadzie winy (por. wspomniany art. 415 k.c.). Wina z kolei łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa lub też - w stosunku do lekarzy i personelu medycznego - naruszenie obowiązujących reguł, wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub też zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia, jak i element subiektywny, wyrażający się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może wyrażać się w niewiedzy lekarzy i innych pracowników medycznych, nieostrożności w ich postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie, polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy i innych pracowników medycznych musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Obowiązkiem całego personelu medycznego zakładu leczniczego jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta[46].

W przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego[47]. Podyktowane jest to sformułowaniem w orzecznictwie sądowym zasady, zgodnie z którą normy reżimu deliktowego mają chronić poszkodowanego i rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ta ochrona była najpełniejsza[48]. Fakt domniemany nie wymaga ani twierdzenia, ani dowodzenia, natomiast twierdzenia i dowodzenia wymagają fakty składające się na podstawę faktyczną domniemania. Domniemanie faktyczne polega więc na tym, że sąd na podstawie ustalenia jednych faktów wnioskuje o istnieniu innych. To wnioskowanie musi być poprawne z punktu widzenia logiki, a wniosek wywodzony z innych faktów musi się nasuwać z pewnością lub ze szczególnie dużą dozą prawdopodobieństwa i przy przyjęciu, że wniosek przeciwny nie ma w danych okolicznościach uzasadnienia bądź jest wysoce mało prawdopodobny[49]. W tzw. procesach lekarskich, do których zaliczyć można również sprawy dotyczące zakażeń szpitalnych, nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa[50]. Konsekwencją takiego

44 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 29 maja 2013r., sygn. I ACa 1240/12, LEX nr 1327553.

45 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014r., sygn. I ACa 1494/13, LEX nr 1493819.; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 12 marca 2018r., sygn. I ACa 1620/14, LEX nr 2516051.

46 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 31 maja 2016r., sygn. V ACa 877/15, LEX nr 2144729.

47 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 19 czerwca 2013r., sygn. I ACa 727/12, LEX nr 1342295.

48 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 listopada 2014r., sygn. I ACa 621/14, LEX nr 1623932. W innym judykacie podkreślono, że w sprawach o naprawienie szkód medycznych wykazanie przez poszkodowanego pacjenta przesłanek odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest zadaniem ogromnie trudnym, a niekiedy wręcz niewykonalnym. W szczególności zaś nie można wymagać od poszkodowanego wykazania, że przyczynę zakażenia stanowiło konkretne zaniedbanie, ani w sposób absolutnie pewny związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą. Wystarczające jest wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia. Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 29 września 2014r., sygn. I ACa 233/14, LEX nr 233/14, LEX nr 1526918. Tak też orzekł Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 10 czerwca 2014r., sygn. I ACa 1570/13 (LEX nr 1477198) stwierdzając, że związek przyczynowy między zaniechaniem ze strony placówki medycznej a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta czy obniżenia rokowań na jego poprawę, nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy jedynie wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku.

49 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 23 sierpnia 2017r., sygn. I ACa 348/17, LEX nr 2439594.

50 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 października 2018r., sygn. V ACa 798/17, LEX nr 2634971.

ukształtowania odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotu leczniczego jest domniemanie zaistnienia zakażenia szpitalnego spowodowanego zaniedbaniem ze strony personelu medycznego jeżeli tylko pacjent wykaże związek zakażenia z jego pobytem w szpitalu w określonym czasie. Ciężar zwolnienia się z odpowiedzialności spoczywa wówczas na szpitalu[51]. Warto podkreślić w tym miejscu, że w sytuacji konsekwentnego negowania przez stronę pozwaną (szpital) w toku całego procesu sądowego istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy roszczeniami powoda (pacjenta) a stanem jego zdrowia spowodowanym zakażeniami nie może stanowić skutecznej obrony powoływanie się przez powoda na subiektywne przekonanie o braku konieczności prowadzenia w tym zakresie postępowania dowodowego[52].

Przenosząc powyższe na grunt praktyki podnieść należy, że w sprawach sądowych o odszkodowania związane z zakażeniami szpitalnymi nie zawsze uwzględniane są argumenty podmiotów leczniczych o długotrwałej (np. kilkumiesięcznej) hospitalizacji pacjentów i związanej z tym kolonizacją organizmu pacjenta drobnoustrojami pochodzącymi z jego własnej flory bakteryjnej. Tak chociażby, jeżeli pacjent był niesamodzielny, leżący i wymagał stałej obsługi higienicznej, nie zmienia to faktu, że jego stan był znany szpitalowi, co winno skutkować odpowiednim zabezpieczeniem przed ewentualnym zakażeniem. Za niewłaściwy stan higieniczny pacjenta w takich warunkach - w ocenie sądów - odpowiedzialność ponosi podmiot leczniczy. Sam fakt, że podjęto by właściwe leczenie po stwierdzeniu zakażenia i zastosowano właściwy reżim sanitarny, nie wyłącza przyjęcia co najmniej braku należytej staranności po stronie pracowników szpitala, który doprowadził do zakażenia pacjenta[53].

Pamiętać jednak należy, że wskazane wyżej domniemanie faktyczne doznaje jednak pewnych ograniczeń w procesie dowodzenia. Samo stwierdzenie, że doszło w przypadku powoda do zakażenia szpitalnego, nie pozwala przypisać pozwanemu automatycznie odpowiedzialności za powstałą szkodę[54]. Zgodnie z poglądem wyrażonym na kanwie orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach cywilnych nie można zakładać, iż zakażenie pacjenta w szpitalu w toku leczenia w każdym przypadku oznacza zaniedbanie w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego[55]. Powszechnie aprobowany jest judykat, w myśl którego w procesach lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód - ze względu na właściwości procesów biologicznych - często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Zatem, jeśli brak możliwości ścisłego udowodnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem a szkodą w postaci rozwoju choroby, będący wynikiem obecnego stanu wiedzy medycznej, winien zostać rozważony na płaszczyźnie art. 6 i art. 361 § 1 k.c. Powyższe ograniczenia dowodowe i charakter spraw, w których występują skutkują także swoistym przemieszczeniem ciężaru dowodu. W przypadku nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, jakimi drogami infekcja przedostała się do organizmu, jeżeli strona pozwana twierdzi, iż mimo ustalonego stanu rzeczy infekcja pochodzi z innych źródeł, ciężar dowodu przesuwa się na pozwanego[56]. Jak wspomniano oparcie ustaleń na domniemaniach faktycznych musi jednak łączyć się ze stwierdzeniem wysokiego stopnia prawdopodobieństwa określonego zdarzenia. Nie wystarczy tutaj powołanie się przez pacjenta na dane statystyczne czy też znaną powszechnie częstotliwość występowania określonych zachorowań i związanych z nim źródeł.

Co równie istotne pacjent nie może stawiać zakładom leczniczym abstrakcyjnych, nierealnych wymagań, domagając się naprawienia szkody. Odpowiedzialności szpitala nie można wywodzić z samego faktu powstania szkody, lecz musi ona wynikać z podjęcia przez personel szpitala konkretnych działań lub zaniechania. Dla przykładu skoro bakteria streptococus pneumoniae występuje w środowisku powszechnie (nosicielem jest ok. 30% ludności) i można się nią zarazić w każdej sytuacji i miejscu, bo przenoszona jest drogą kropelkową, to nie można stawiać szpitalowi

51 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 22 maja 2018r., sygn. I ACa 1358/17, LEX nr 2592947; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2007r., sygn. III CSK 429/06, LEX nr 274129. Wymaganie od osoby poszkodowanej, aby fakt zakażenia jej bakterią lub wirusem w czasie pobytu w szpitalu wykazała „z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością" łączyłoby się dla osoby poszkodowanej z trudnościami niedającymi się praktycznie przezwyciężyć. W konsekwencji niezbędne jest osłabienie wymagań dowodowych i ograniczenie ich do ciężaru wykazania iż wskutek zaniedbań w zakresie warunków sanitarnych i higienicznych zakładu leczniczego powstało lub zwiększyło się ryzyko infekcji. Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 29 listopada 2000r., sygn. I ACa 896/00, LEX nr 82425.

52 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 października 2013r., sygn. I ACa 537/13, LEX nr 1386148.

53 Tak np. na kanwie stanu faktycznego rozpatrywanej przez Sąd Apelacyjny w Lublinie sprawy sygn. I ACa 727/12, (LEX nr 1342295).

54 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2013r., sygn. I ACa 4/13, LEX nr 1289552.

55 Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2016r., sygn. I CSK 1031/14, LEX nr 1991132.

56 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 października 2015r., sygn. I ACa 632/15, LEX nr 1940527.

zarzutu, że nie przedsięwziął skutecznych działań aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. W świetle aktualnej wiedzy medycznej nie ma bowiem w pełni skutecznych metod profilaktyki zapobiegania zakażeniu bakterią[57]. Analogicznie samo ustalenie - na podstawie opinii biegłych sporządzających ekspertyzę w danej sprawie - że istnieje „nieco większe prawdopodobieństwo" zakażenia pacjenta w czasie hospitalizacji niż np. w trakcie udzielania mu świadczeń zdrowotnych w przychodniach w trybie ambulatoryjnym w przybliżonym czasookresie, jak też fakt, że takie zakażenie mieści się w definicji zakażenia wewnątrzszpitalnego, są niewystarczające do przyjęcia odpowiedzialności szpitala. Argument ten jest o tyle ważniejszy, gdy wziąć pod uwagę np. okoliczność, że zarówno w czasie pobytu pacjenta w pozwanym szpitalu, jak też w okresach poprzedzających i następujących o nim, nie stwierdzono naruszenia zasad przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym, kontrole Sanepidu nie stwierdziły nieprawidłowości w tym zakresie czy też nie dokonywano wówczas żadnych zgłoszeń o zakażeniach szpitalnych[58].

Podsumowując dotychczasowy wywód uznać jednak należy, iż duże skupiska osób chorych nakazują z istoty rzeczy sprawowanie takiej kontroli lekarskiej, która przy osłabionej odporności organizmu i łatwej możliwości zarażenia się chorobą, skutecznie zapobiegałaby zakażeniom. Dlatego też okoliczności sprawowania czy też braku takiej kontroli winny być przedmiotem rozważań sądów. Wymagać należy od szpitali najwyższej staranności, aby nie dopuścić do zakażenia. Twierdzenia, iż zakażeniu nie można zapobiec, nie mogą być uznane za skuteczną ekskulpację. Dla oceny stopnia prawdopodobieństwa winy personelu medycznego oraz związku przyczynowego pomiędzy leczeniem w danej placówce a zakażeniem znaczenie mają - obok okoliczności związanych z czasem ujawnienia zakażenia, rodzaju zakażenia czy okresu wylegania choroby, takie okoliczności jak: stwierdzenie, czy poszkodowany poddany był innym zabiegom medycznym, czy w innych warunkach dochodziło do naruszenia jego tkanki łącznej, czy w danej placówce medycznej stwierdzono w zbliżonym okresie czasu inne przypadki zakażeń, czy doszło do zaniedbań po stronie szpitala itp. Dopiero ciąg ustalonych w tym zakresie okoliczności faktycznych daje podstawy do wnioskowania co do pewności bądź wysokiego stopnia prawdopodobieństwa podnoszonego zdarzenia[59].

Lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta, jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy[60]. Zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych[61]. Pamiętając jednak o brzmieniu o art. 430 k.c. zasadnym jest wskazanie, że chociaż w zdecydowanej większości spraw cywilnych roszczenia o zasądzenie odszkodowania, zadośćuczynienie lub rentę kierowane są do sądów przeciwko szpitalom, przepisy dopuszczają w pewnych warunkach kierowanie powództwa solidarnie przeciwko szpitalom i członkom personelu medycznego zatrudnianym przez nich na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów). Zgodnie z art. 33 u.d.l. w przypadku wykonywania działalności leczniczej przez: 1) lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo 2) pielęgniarkę w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, albo 3) fizjoterapeutę w ramach indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład – odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy albo pielęgniarka i podmiot leczniczy, albo fizjoterapeuta i podmiot leczniczy. Warunkiem skierowania powództwa cywilnego solidarnie przeciwko szpitalowi i lekarzowi, pielęgniarce, położnej lub fizjoterapeucie jest udowodnienie, że do zakażenia szpitalnego doszło z winy konkretnego członka personelu medycznego, np. wykazanie skrajnego niedbalstwa w zakresie przestrzegania wymagań sanitarnych przed, w trakcie lub po wykonaniu zabiegu leczniczego, z którym pacjent wiąże zainfekowanie organizmu. Co więcej, zapłata przez szpital odszkodowania czy zadośćuczynienia pacjentowi nie powoduje, że podmiot ten nie będzie mógł skierować tzw. roszczenia regresowego (art. 441 § 2 k.c.) do zakontraktowanego lekarza, pielęgniarki czy położnej o zapłatę np. części należności uiszczonej przez ten szpital na rzecz poszkodowanego chorego. Koniecznym w tej sytuacji będzie jednak wykazanie ww. okoliczności wyłącznej winy członka personelu medycznego wynikłego z jego lekkomyślności lub niedbalstwa.

Nieco inaczej kształtuje się odpowiedzialność lekarza, pielęgniarki lub położnej za zakażenia szpitalne, jeżeli osoby te pracują w szpitalu na podstawie umowy o pracę. Chodzi tu przede wszystkim o kwestie kolejności zaspokojenia roszczenia pacjenta i ograniczenia kwotowego odpowiedzialności majątkowej pracownika. Zgodnie z art. 115 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2018r., poz. 917), dalej jako „k.p.", pracownik ponosi odpowiedzialność za szkodę w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda. W myśl art. 116 k.p. pracodawca jest obowiązany wykazać okoliczności uzasadniające odpowiedzialność pracownika oraz wysokość powstałej szkody. Stosownie natomiast do art. 119 k.p. odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Nawet w odniesieniu do osób posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy, co dotyczy między innymi szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osób niewątpliwie zachowujących niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii, przyjąć należy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania[62]. W przypadku, gdy pracownik - sprawca szkody, był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, obowiązanym do jej naprawienia jest wyłącznie zakład pracy. Odpowiedzialność zaś pracownika (a zatem i jego ubezpieczyciela), powstanie dopiero w przypadku wykazania niewypłacalności pracodawcy[63]. Innymi słowy artykuł 120 § 1 k.p. modyfikuje zasady odpowiedzialności cywilnej za wyrządzenie szkody, przez ustanowienie legitymacji biernej pracodawcy za szkodę wyrządzoną przez pracownika osobie trzeciej, ale granicą tej modyfikacji jest niemożność pozbawienia poszkodowanego możliwości uzyskania pełnego odszkodowania, ochrona pracownika wyrządzającego szkodę nie może, bowiem odbywać się kosztem poszkodowanego. Wprawdzie pracodawca jest zobligowany do wyłącznego wynagrodzenia szkody wyrządzonej osobie trzeciej nieumyślnie przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych, ale odpowiedzialność cywilna pracownika nie zostaje uchylona, a zmodyfikowana przez wprowadzenie kolejności świadczenia, obligującego poszkodowanego do kierowania roszczenia w pierwszej kolejności do pracodawcy. Konsekwencją powyższego jest uznanie, iż przepis ten ustanawia subsydiarną odpowiedzialność pracownika wobec poszkodowanego za szkodę wyrządzoną przez pracownika nieumyślnie czynem niedozwolonym przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych, jeżeli pracodawca ponoszący odpowiedzialność w pierwszej kolejności, nie jest w stanie wypłacić należnego odszkodowania. Odpowiedzialność ta będzie jednak wchodziła w grę jedynie w sytuacji, gdy upadnie możliwość wyłącznego wynagrodzenia szkody przez pracodawcę, na skutek niemożności uzyskania od tego podmiotu realnego zaspokojenia[64].

Z powyższego jednoznacznie wynika, że odpowiedzialność odszkodowawcza z tytułu zakażenia szpitalnego pacjentów, pomimo przyjęcia koncepcji winy organizacyjnej szpitala, dotyczy w równym stopniu zakładu opieki zdrowotnej, jak i zatrudnianego przez niego personelu medycznego.

IV. PODSUMOWANIE

Rozprzestrzenianie się lekoopornych patogenów, stanowiących w przypadku osłabienia organizmu hospitalizowanego chorego, stanowi poważne zagrożenia jego zdrowia, a nawet życia. Bagatelizowanie polityki przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym może prowadzić również do daleko idących konsekwencji

57 Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 9 maja 2006r., sygn. I ACa 648/05, LEX nr 1642496.
58 Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2013r., sygn. I ACa 4/13, LEX nr 1289552.
59 Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 23 sierpnia 2017r., sygn. I ACa 348/17, LEX nr 2439594.
60 Por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 28 lutego 2014r., sygn. III APa 2/14, LEX nr 1448508.
61 Por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 26 stycznia 2011r., sygn. IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116.
62 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 29 października 2014r., sygn. I ACa 1028/14, LEX nr 1659057.
63 Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 sierpnia 2013r., sygn. I ACa 151/13, LEX nr 1425576.
64 Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2016r., sygn. III CSK 115/15, LEX nr 2015632.

administracyjno-finansowych dla samego zakładu opieki zdrowotnej, włącznie z zawieszeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w określonych oddziałach i utratą z tego powodu fundamentalnych źródeł finansowania prowadzonej działalności leczniczej. Do najważniejszych ognisk epidemicznych według postaci klinicznej zakażeń zalicza się m.in. zakażenia układu pokarmowego, zakażenia układu oddechowego, zakażenia układu moczowego, zakażenia miejsc operowanych czy też posocznicę. Należy wyraźnie podkreślić, że w przypadku ignorowania przez kierownictwo lub personel szpitala wskazań wynikających z zasad aseptyki i przeciwdziałaniu zakażeniom szpitalnym, może do nich dojść niemalże na każdym etapie hospitalizacji pacjenta – przy przyjęciu do szpitala, w trakcie rutynowych czynności diagnostycznych, podczas lub po zabiegu operacyjnym, wreszcie na etapie rekonwalescencji po skutecznym wykonaniu wszystkich planowanych procedur medycznych. Zakażenie szpitalne mogą bowiem zniweczyć wysiłek wkładany przez cały zespół medyczny w osiągnięcie celu terapeutycznego, jakim jest przywrócenie lub poprawa zdrowia pacjenta – najważniejszego ogniwa w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Realizacja odpowiedzialności odszkodowawczej, której na drodze sądowej dochodzą pacjenci, niejednokrotnie podważa zaufanie do podmiotu leczniczego i członów personelu medycznego, którzy przecież funkcjonują na rynku usług medycznych na zasadzie konkurencyjności w wielu aspektach. Stawianie zatem wysokich wymagań w zakresie przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym i minimalizowania ryzyka ich wystąpienia stanowi przejaw profesjonalizmu i najwyższej troski o dobro chorych.

Odpowiedzialność cywilna za zakażenia szpitalne łączy się z winą organizacyjną podmiotu leczniczego i z tego względu należy dokładnie określić i rozpoznać wszelkie możliwe obszary ryzyka ich wystąpienia, a następnie redukować poprzez odpowiednie działania zagrożenia ich wystąpienia. Co prawda wątpliwe jest zupełne wyeliminowanie problemu zakażeń z oddziałów szpitalnych i roszczenia o odszkodowania z tego tytułu będą nadal kierowane na wokandy sądowe. Niemniej jednak znajomość zasad dochodzenia tych roszczeń może przełożyć się na efektywność dowodzenia przez szpitale zaangażowania w proces możliwie najpełniejszej ochrony dobrostanu pacjentów w nich hospitalizowanych.

dr Damian Wąsik

Autor jest doktorem nauk prawnych zatrudnionym na stanowisku adiunkta w Zakładzie Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, prokuratorem delegowanym do Prokuratury Regionalnej w Gdańsku – VII Samodzielnego Działu do Spraw Błędów Medycznych, byłym radcą prawnym z wieloletnim doświadczeniem w obsłudze prawnej podmiotów leczniczych, autorem ponad 180 publikacji z zakresu m.in. prawa medycznego i prawa karnego, w tym monografii i komentarzy.

MEDICHECK

NOWOCZESNA METODA KONTROLI HIGIENY

W PLACÓWKACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

MODUŁ RĘCE | MODUŁ POWIERZCHNIE | MODUŁ NARZĘDZIA

KORZYŚCI Z UŻYTKOWANIA SYSTEMU MEDICHECK:

- kontrola epidemiologiczna w pełnym zakresie
- łatwe i intuicyjne prowadzenie audytów
- krótki czas prowadzonej kontroli
- gotowe i przejrzyste raporty poaudytowe
- archiwizacja danych w formie PDF

Szczegółowe informacje o systemie MEDICHECK u regionalnego przedstawiciela firmy Medilab.

Medilab Sp. z o.o. • 15-531 Białystok • ul. Niedźwiedzia 60 • tel./fax 85 747 93 00/01 • www.medilab.pl

MEDILAB

mycie

•

dezynfekcja

•

sterylizacja

MEDOLAB 3D PROGRAM

DORADZI
DOBIERZE
DOSTARCZY