

XII KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA SHL
Stare Jabłonki, 30.09-03.10.2012 r.

Procedury szpitalne okiem biegłego

prof. zw. dr hab. Andrzej Gładysz

lek. Marta Rorat

lek. Weronika Rymer



UNIwersytet Medyczny
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Jak niebezpieczna jest opieka zdrowotna?

- **mniej niż 1 zgon na 100 000**
 - energia nuklearna
 - europejskie koleje
 - regularne linie lotnicze
- **więcej jak 1 zgon na 100 000, ale mniej niż 1:1000**
 - jazda samochodem
 - przemysł chemiczny
- **więcej niż 1 zgon na 1000**
 - skoki na bungee
 - wspinaczka górską
 - **opieka zdrowotna**

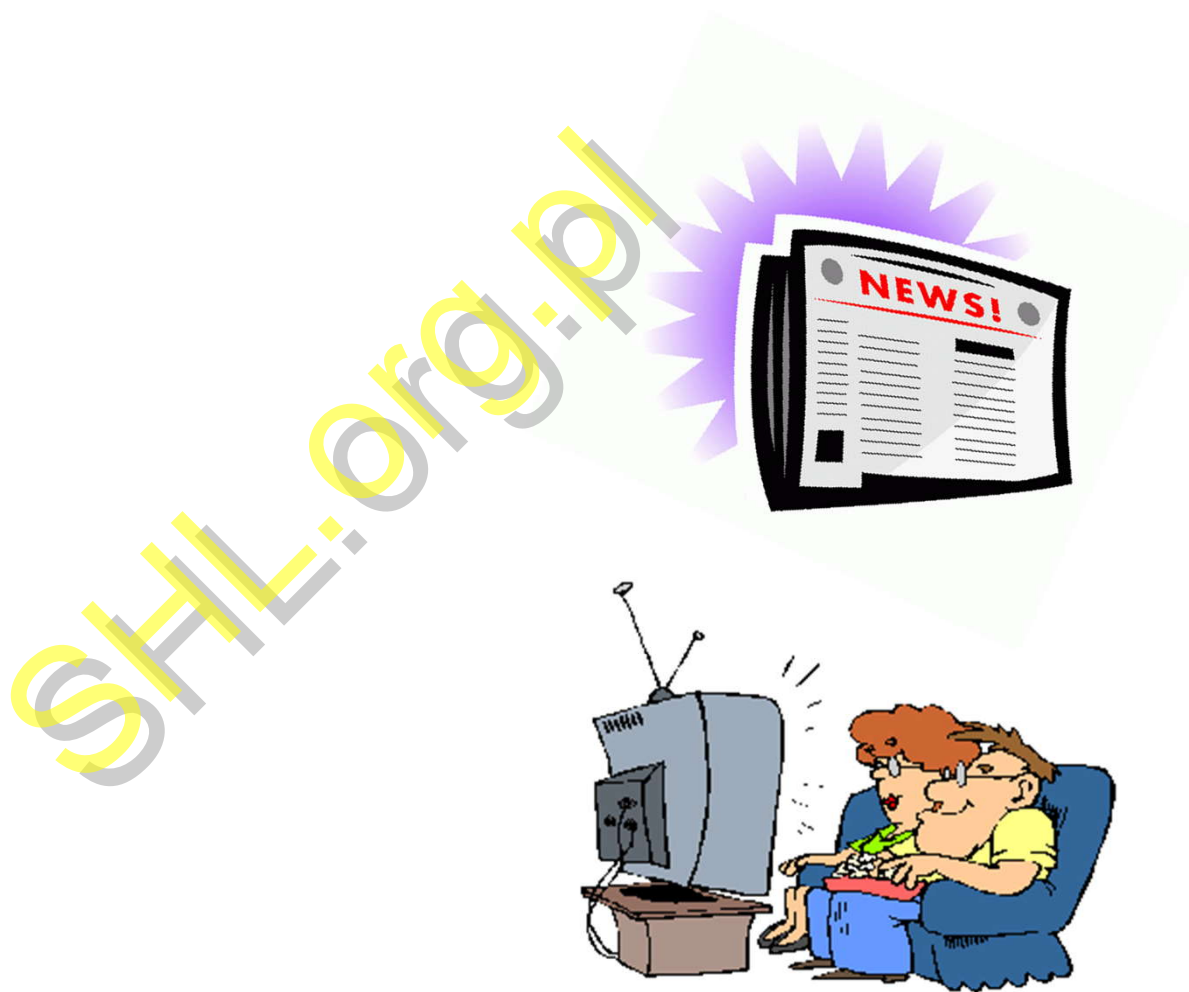


Tematyka chorób infekcyjnych w mediach

- Ostatnie lata

(kolejność alfabetyczna):

- borelioza
- gronkowce
- grypa
- HCV
- HIV
- HPV
- Klebsiella
- meningokoki
- pneumokoki
- ptasia grypa
- sepsa
- świńska grypa
- zakażenia szpitalne
- „żółtaczki zakaźne”



Czyste ręce pana doktora

Z powodu zakażeń szpitalnych umiera każdego roku w Polsce od kilkunastu do kilkudziesięciu tysięcy pacjentów. Wydatki, m.in. na leczenie zakażonych i wypłatę odszkodowań, szacuje się na setki milionów złotych

Z 4 mln pacjentów, którzy trafiają co roku do polskich szpitali, na zakażenia zapada 5 proc. Co dziesiąty chory umiera – wynika z danych Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

Aż 75 proc. szpitali nie spełnia unijnych norm dotyczących sterylizacji sprzętu. Jednocześnie w szpitalach coraz częściej pojawiają się szczepy bakterii oporne na najsilniejsze antybiotyki, np. cefalosporynę. Oznacza to, że w razie zakażenia nie ma skutecznych leków. Wobec 15 proc. zakażeń szpitalnych lekarze są bezradni.

Dobro pacjenta...

Jednym z ostatnich przykładów lekceważenia zakażeń szpitalnych jest skandal, jaki wybuchł w połowie października w Krakowie. 16 pacjentek oddziału ginekologii renomowanego Szpitala Uniwersyteckiego zaraziło się nieuleczalną żółtaczką (WZW typu C).

Personel lekcewał zasady higieny – narzędzia czyszczono starą szcztoką dezynfekowaną raz na dzień, a odpady zakażne personel usuwał raz na tydzień (normy nakazują najrzadziej co trzy dni). To raz szpital wydał ok. 500 tys. zł na same badania diagnostyczne kobiet narażonych na zakażenie żółtaczką. Część z nich zapowiada walkę o odszkodowania.

...i zysk szpitala

Walki z zakażeniami szpitalnymi nie udało się wygrać w żadnym kraju. Aby dramatyczne polskie wskaźniki można obniżyć o co najmniej 30 proc. – uważa dr Tomasz Ozorowski z krajowej grupy roboczej ds. kontroli zakażeń Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

Dr Ozorowski szacuje, że z 700 polskich szpitali kompletny system walki z zakażeniami i politykę antybiotykową wprowadziło zaledwie dziesięć. W innych system jeszcze nie funkcjonuje albo jego wdrażanie przebiega z dużymi oporami. Szpitale tłumaczą się kłopotami finansowymi – stworzenie wewnętrznego zespołu do walki z zakażeniami kosztuje 80 tys. zł rocznie.

Tymczasem oszczędności idą w setki tysięcy złotych. – Oczywiście skala ta może być różna. Dla mniejszego ośrod-

ka to 300 tys. zł, dla większego nawet kilka milionów – zaznacza Tomasz Ozorowski.

Jak to się robi w Grajewie

Pełny program polityki antybiotykowej i walki z zakażeniami realizowany jest przez 250-łóżkowy szpital w Grajewie (woj. podlaskie).

Personel jest zmuszany do przestrzegania podstawowych zasad higieny, np. mycia rąk. Niby blaha sprawa, a w walce z zakażeniami podstawowa – opowiada Alicja Żebrowska, pielęgniarka epidemiologiczna. Pojawili się również ograniczenia w dawkowaniu antybiotyków (najsilniejsze lekarze przepisują w wyjątkowych przypadkach) i ścisły system ewidencji zakażonych pacjentów.

Na samych lekach szpital oszczędza teraz ok. 300 tys. zł rocznie, skrócił się czas hospitalizacji, zniknęły szczepy oporne na najsilniejsze antybiotyki.

Grajewo to znakomity przykład – uważa dr Ozorowski. – Determinacja dyirekcji i aktywność kilku osób potrafią bardzo dużo zdziałać.

Jednym z pierwszych ośrodków w kraju, który wprowadził program, jest Dolnośląskie Centrum Gruźlicy i Chorób Płuc. W oddziałach chirurgicznych znacznie zmniejszyła się liczba powikłań po zabiegach. Najsilniejsze antybiotyki używane są tylko na oddziale intensywnej terapii i oddziale chirurgii septycznej. Na oddziałach zabiegowych i internistycznych notujemy stały spadek zużycia antybiotyków trzeciej generacji. Średni czas hospitalizacji skrócił się o osiem dni – mówi Bogumiła Bober-Gheek, pielęgniarka epidemiologiczna, która należy do pięciorobowego zespołu.

Szpital oszczędza 500 tys. zł miesięcznie.

Przygotowując się do wprowadzenia programu walki z zakażeniami, jeden ze szpitali w południowej Polsce przeprowadził kontrolę mikrobiologiczną personelu. Najgorzej w badaniach czystości rąk wypadli lekarze.

Nie widzę potrzeby upubliczniania nazw takich placówek – mówi dr Ozorowski. – Jedyne odstraszy to pacjentów. Wolalbym, żeby służba zdrowia sama ujrzała konieczność działań. Ta świadomość rośnie jednak zbyt powoli.

MICHAŁ OLSZEWSKI



To hodujemy w szpitalach

W kilku szpitalach w Polsce pojawiły się ogniska epidemiczne powodowane przez bakterie ropy błękitnej (*Pseudomonas aeruginosa*) oporne na wszystkie dostępne antybiotyki, a w jednym z ważnych ośrodków klinicznych tylko w tym roku wybuchły trzy duże szpitalne epidemie.

◆ 2003 r.
16 pacjentek
krakowskiego
Szpitala

Uniwersyteckiego
zachorowało
na WZW typu C.

◆ 2002 r.
w łódzkim szpitalu
im. Madurowicza
i Klinice

Perinatologii
w Zabrze zmarło
sześcioro
noworodków
zarażonych
bakterią Klebsiell.

◆ 1992 r.
w tarnowskim
Szpitalu
Zespołowym
24 noworodków
zaraziło się
gronkowcem

Dodatkowy miesiąc w szpitalu

Zakażenie szpitalne przedłuża pobyt pacjenta w szpitalu od 8 do 30 dni, a średni koszt samych antybiotyków potrzebnych na jego leczenie to 1000 zł. Symulacja przeprowadzona w Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej we Wrocławiu wykazała, że koszt leczenia wszystkich Polaków zakażonych zapaleniem wątroby typu B i C to 10 mld zł.

Recepta na zakażenie

Najsukuteczniej z zakażeniami szpitalnymi walczą Stany Zjednoczone. To wynik presji na szpitale ze strony środowisk prawniczych, które poszukują zakażonych osób i w ich imieniu żądają odszkodowań, a także rozwiązań prawnych – szpital, przystępując do negocjacji z towarzystwem ubezpieczeniowym, przedstawia statystyki zakażeń. Im mniejszy procent zakażonych pacjentów, tym większa szansa na dobry kontrakt.

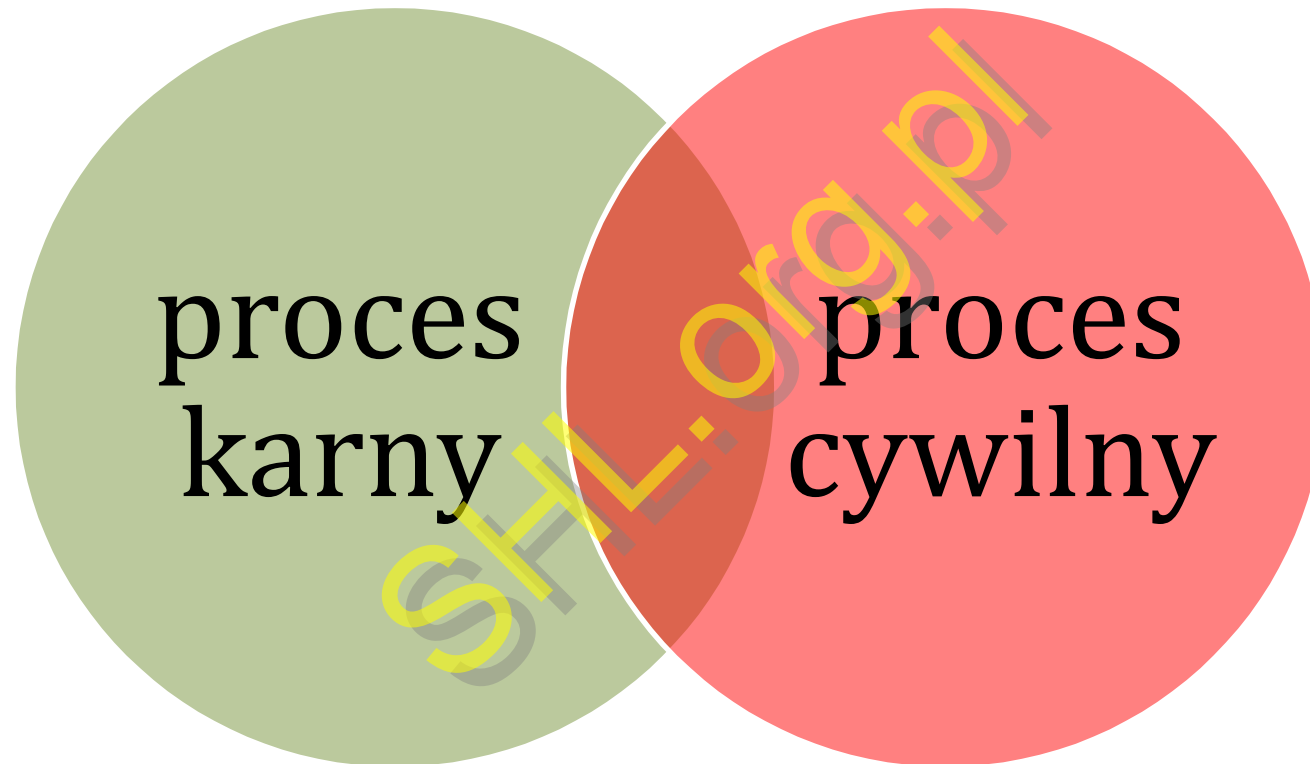
J.Pałka, W.Truszkiewicz „Zakażenia szpitalne jako przyczyna cywilnych roszczeń pacjentów”

Arch.Med.Sąd.Krym 2007

- 2003-2005
- 646 przypadki roszczeń pacjentów z różnych przyczyn
- **32% - zakażenia szpitalne**
 - gronkowiec złocisty – 37%
 - zakażenie HCV – 33%
 - zakażenie HBV – 21%
 - zakażenia mieszane (wirusy hepatotropowe i lub gronkowiec) – 3%
 - inne – 6% (paciorkowce, gronkowce
- opinie w odniesieniu do oceny związku przyczynowo-skutkowego i oceny ewentualnego zawinienia personelu
 - **niejednoznaczne – 41%** wszystkich badanych przypadków (przyczyna – np. braki dokumentacji)
 - jednoznacznie wskazujące **brak związku** przyczynowego lub brak zawinienia personelu – **35%**
 - jednoznaczne **istnienie związku** lub zawinienie personelu – **24%**

90% spraw o zakażenia szpitalne dotyczyło zakażeń wirusami hepatotropowymi lub gronkowcem

Opinia biegłego



Odpowiedzialność karna

- Nieumyślne spowodowanie śmierci
- **Art. 155** Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
- Ciężki uszczerbek na zdrowiu
- **Art. 156 § 1.** Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:
 - 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,
 - 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała,podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.
- Średni i lekki uszczerbek na zdrowiu
- **Art. 157 § 1.** Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w **art. 156, ciężki uszczerbek na zdrowiu**, § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
- **§ 2.** Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
- Narażenie zdrowia i życia
- **Art. 160 § 1.** Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Przesłanki odpowiedzialności cywilnej

Zdarzenie wyrządzające szkodę, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania)

Powstanie szkody o charakterze majątkowym (na osobie lub mieniu) lub niemajątkowym (krzywda)

Związek przyczynowy pomiędzy działaniem a wyrządzoną szkodą

Odpowiedzialność cywilna

ODSZKODOWANIE
(szkoda materialna)

ZADOŚĆUCZYNIENIE
(krzywda – szkoda
niematerialna)

RENTA

DOCHODZENIE ROSZCZEŃ Z TYTUŁU ZAKAŻEŃ

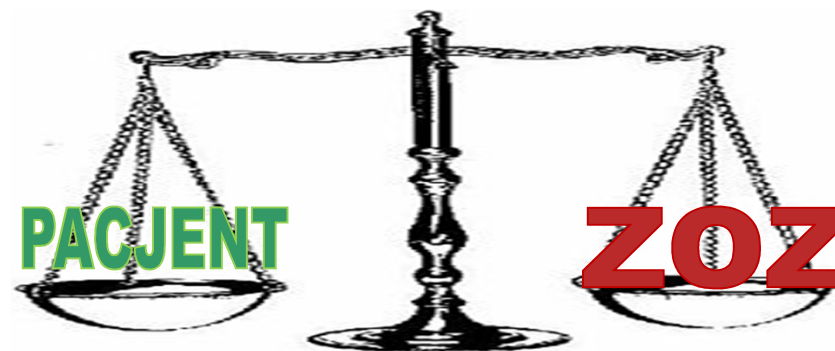
Odpowiedzialność na zasadzie winy

- Zgodnie z artykułem 415 Kodeksu Cywilnego, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przepis ten stanowi, że sprawca ponosi odpowiedzialność deliktową na zasadzie winy.

- Zazwyczaj niemożliwe jest ustalenie bezpośredniego „winnego” powstania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego,
- Konstrukcja **winy anonimowej** (bezimiennej); odpowiedzialność za powstałe szkody ponosi ZOZ, a nie konkretny pracownik,
- Jednym z najczęstszych źródeł roszczeń jest szpitalne zakażenie HBV i HCV.

Podstawowe zagadnienia niezbędne w celu wydania orzeczenia

- ustalenie związku pomiędzy nabyciem zakażenia a pobytem/wykonaną usługą diagnostyczną lub terapeutyczną w konkretnym ZOZ
- ustalenie „winnego” stworzenia ryzyka nabycia zakażenia



Złożoność zagadnienia wymaga znajomości tematu



ROLA BIEGŁEGO

W większości spraw opinia opiera się na domniemaniu

- większość spraw dotyczy nabycia zakażenia HBV i/lub HCV
- częste zaniedbywanie badań mikrobiologicznych (pacjentów, personelu, środowiska)
- braki w dokumentacji
- itp.



ROLA DOCHODZENIA EPIDEMIOLOGICZNEGO

ROLA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I OPINII BIEGŁEGO W DOCHODZENIU ROSZCZEŃ

Dokumentacja medyczna ma podstawowe znaczenie dowodowe w dochodzeniu roszczeń z tytułu zakażeń szpitalnych.

Staje się wówczas dokumentem w świetle przepisów prawa i jako taki podlega ochronie prawnej.

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mają prawny obowiązek rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, brak jego realizacji działa na ich niekorzyść.

Pacjent, osoby przez niego upoważnione, instytucje wymiaru sprawiedliwości i organy ścigania mają zapewniony dostęp do dokumentacji medycznej.

Najczęstsze pytania zawarte w postanowieniu o powołaniu biegłego

(1/5)

- **związek przyczynowy** pomiędzy pobytem powoda u pozwanego (w jednostce medycznej) a nabytym zakażeniem
- procentowy **uszczerbek na zdrowiu** związany z zakażeniem
- **rokowanie** na przyszłości w związku z nabytym zakażeniem

Najczęstsze pytania zawarte w postanowieniu o powołaniu biegłego

(2/5)

- określenie **dodatkowych kosztów** związanych z leczeniem choroby oraz stosowaniem diety
- określenie **uciążliwości i dolegliwości** (w tym bólowych) związanych z chorobą
- określenie **zdolności do podjęcia pracy**
- określenie czy choroba powoduje ma charakter **choroby zawodowej**

Najczęstsze pytania zawarte w postanowieniu o powołaniu biegłego

(3/5)

- ustalenie ograniczeń w zakresie wysiłku fizycznego
- określenie, kiedy poszkodowany powziął wiadomość o zarażeniu wirusem
- oceny prawidłowości leczenia powoda
- ustalenie konieczności izolacji powoda od otoczenia; zagrożenia dla otoczenia
- określenie konieczności stosowania stałej opieki innych osób wobec powoda i określenia stopnia samodzielności powoda

Najczęstsze pytania zawarte w postanowieniu o powołaniu biegłego

(4/5)

- określenie czy możliwe były w danym przypadku inne drogi zakażenia niż zakażenie szpitalne
- określenie wpływu zakażenia na aktywność życiową powoda
- ocena **prawidłowości postępowania personelu** medycznego wobec powoda
- określenie związku podawanych przez powoda objawów klinicznych z rozpoznany zakażeniem

Najczęstsze pytania zawarte w postanowieniu o powołaniu biegłego

(5/5)

- określenie możliwego wpływu zakażenia np. wzw na inne schorzenia występujące u powoda oraz ustalenie związku pomiędzy nimi
- wpływ zakażenia powoda na leczenie innych schorzeń
- określenie wpływu zakażenia na ciężę i połóg
- określenie przewidywanej długość leczenia powoda
- określenie przebiegu choroby u powoda np. eliminacja zakażenia

PRZYPADKI



I nie wiesz czy śmiać się, czy płakać

...gdy kilku lekarzy mówi, że twój przypadek przejdzie do historii medycyny

www.demotywatory.pl

Przypadek 1.

- **2001r.** anty-HCV – ujemny
- **2001 – 2008r.** - kilkakrotne hospitalizacje z powodu schorzeń kardiologicznych i internistycznych
- **2006r.** koronarografia
- **kwiecień 2008r.** cholecystektomia; aktywność GPT w normie
- **wrzesień 2008r.** hospitalizacja w oddziale wewnętrznym **GPT 64,4 IU/l**
- **listopad 2008r.** GPT 803 IU/l
- **XII 2008r.** antyHCV – dodatni rozpoznano: zakażenie HCV, cholestazę, podejrzenie polekowego uszkodzenia wątroby
- **maj 2009r.** biopsja wątroby: **G2 S3** HCV-RNA dodatni; genotyp 4
- wrzesień 2009r. rozpoczęcie terapii przeciwwirusowej → listopad 2009r. - 19 IU/l)

PRZYPADEK 1.

- Na podstawie danych z dokumentacji lekarskiej przedłożonej biegłym można przyjąć, że **zakażenie** nastąpiło na **min. 6-10 tygodni przed stwierdzeniem przeciwciał anty-HCV** u powoda
- Aktywność aminotransferaz i ich ewolucja pozwalają na przyjęcie, że było to **zakażenie świeże** a nie zaostrzenie przewlekłego WZW
- Najbardziej prawdopodobnym miejscem nabycia zakażenia HCV jest placówka lecznicza wykonująca **zabiegi naruszające ciągłość tkanek** (np. zabiegi operacyjne).

PRZYPADEK 1.

Najbardziej prawdopodobne miejsce i czas nabycia zakażenia -placówka, w której wykonano **zabieg cholecystektomii** - IV 2008r.:

- procedura zabiegowa z użyciem sprzętu wielorazowego użytku
- czas wykrycia zwiększonej aktywności GPT- IX 2008r. i gwałtowny jej wzrost w XI 2008r.
- IV – IX 2008r. okres ten odpowiada okresowi wylęgania wirusowego zapalenia wątroby typu C
- Nie można jednoznacznie i kategorycznie wykluczyć transmisji zakażenia podczas wykonywania badań laboratoryjnych (pobrań krwi) czy iniekcji.

PRZYPADEK 1. uszczerbek na zdrowiu

- Ze względu na złożoną historię chorobową powoda - stosowanie wielu leków, w tym hepatotoksycznych - przypisanie stopnia uszkodzenia wątroby (zmiany histopatologiczne) wyłącznie zakażeniu HCV jest trudne.
- Ze względu na stosunkowo niewielką aktywność zapalną (G=2), względnie wczesne włączenie leczenia i dobrą na nie reakcją, nie można stopnia włóknienia (S=3) przypisać wyłącznie zakażeniu HCV. Nie uzasadnia tego również czas trwania choroby.
- Na podstawie dostępnych biegłym danym można przyjąć, że uszczerbek na zdrowiu będący skutkiem zakażenia HCV w przedmiotowym przypadku wynosi 10%. Może jednak ulec zwiększeniu po zapoznaniu się z aktualnymi badaniami biochemicznymi, wirusologicznymi i danymi klinicznymi.

PRZYPADK 2.

- **1969 r. resekcja żołądka** z powodu krwawienia z wrzodów – przetoczenie krwi wysoce prawdopodobne (brak dokumentacji)
- **1993 - 1998r.** - zwiększona aktywność enzymów wątrobowych (84; 120; 101; 99; 95; 157 U/l)
- **wrzesień 1998r.** - punkcja szpiku z powodu białaczki
- **2001 r. – rozpoznanie zakażenia HCV**
Brak danych wskazujących na wcześniejsze przeprowadzenie badań w kierunku zakażenia HCV .

PRZYPADEK 2.

- Jest wysoce prawdopodobne, że w latach 60-tych leczenie krwawiącego owrzodzenia zakończonego resekcją żołądka przebiegało z transfuzją krwi. Leczenie takie było wówczas standardowym elementem postępowania w takich przypadkach.
- W tamtym okresie wirus HCV nie był jeszcze zidentyfikowany, krew nie była w tym kierunku badana.
- Podanie krwi podczas resekcji żołądka stanowi najważniejszy czynnik ryzyka przeniesienia zakażenia HCV. Jednakże sam zabieg operacyjny przeprowadzony stanowił również istotny czynnik ryzyka transmisji zakażenia

PRZYPADEK 2.

- Analiza dokumentacji lekarskiej powoda wykazała, że cechy uszkodzenia wątroby (zwiększona aktywność aminotransferaz) stwierdzone zostały wcześniej (1993 r.) niż wykonana punkcja szpiku kostnego (1998 r.).
- Zakażenia HCV klinicznie w 90 % przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo. Zakażenia tym wirusem w większości przypadków wykrywane są przypadkowo przy okazji różnych badań diagnostycznych, często po wielu latach od nabycia zakażenia.
- Biegli stwierdzają, że brak jest podstaw do przyjęcia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy rozpoznaniem w 2001 roku zakażeniem wirusem HCV a zabiegiem punkcji szpiku wykonanym w 1998 roku. Opierając się na danych zawartych w dokumentacji lekarskiej prawdopodobieństwo nabycia zakażenia przez powoda podczas zabiegu resekcji żołądka w latach 60-tych jest bardzo wysokie.

PRZYPADEK 3.

- 3-miesięczne niemowlę przyjęte do szpitala z powodu niepokoju i zmniejszonej ilości oddawanego moczu od 2 dni – podejrzenie ZUM
- W badaniu fizykalnym przy przyjęciu: nasilone atopowe zapalenie skóry, poza tym bez odchyień od normy
- Założono wenflon, podano Furagin+ 100 ml płynu i.v.
- Wyniki badań laboratoryjnych krwi – w normie
Badanie ogólne moczu i posiew – w normie
- W 3 dobie hospitalizacji dziecko zagorączkowało, w miejscu wkłucia pojawił się obrzęk; narosły wskaźniki stanu zapalnego; z krwi wyhodowano *Staphylococcus aureus*; zastosowano antybiotykoterapię

PRZYPADEK 3.

- Analiza akt sprawy pozwoliła na ustalenie, że cewnik donaczyniowy (wenflon) był drogą transmisji zakażenia do krwi. Nie jest możliwe jednoznaczne ustalenie tego, czy pacjenci był nosicielem *Saphylococcus aureus* już przed hospitalizacją, czy też do zakażenia skóry doszło w szpitalu.
- Wyniki wykonanych badań i występujące objawy, nie dawały podstaw do rozpoznania zakażenia układu moczowego. Nie było podstaw do stosowania terapii, a tym samym do założenia wenflonu.
- Konsekwencją niepotrzebnego założenia cewnika donaczyniowego był rozwój bakteriemii z następową antybiotykoterapią i wydłużonym czasem hospitalizacji.



*„(...) Mądry człowiek nie chodzi do lekarza,
tylko do adwokata
Chociaż jeden i drugi zabierze mu pieniądze
To od adwokata ma szansę wyjść żywy (...),”*