

Zespół Kontroli Zakazów

w orzecznictwie sądów powszechnych i administracyjnych

Prowadzący:

Wojciech Wojtal

Art. 14. 1. Kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego:

- 1) powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych;
- 2) ocenę ryzyka i monitorowanie występowania zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- 3) organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający:
 - a) zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych,
 - b) warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne,
 - c) możliwość wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby,
 - d) wykonywanie badań laboratoryjnych, umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i choroby zakaźne, oraz ich weryfikację przez podmioty, o których mowa w art. 9 ust. 2,
 - e) ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- 4) monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych;
- 5) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala;
- 6) zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

Art. 15. 1. W skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi:

- 1) lekarz jako przewodniczący zespołu;
- 2) pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych;
- 3) diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii, jeżeli lekarz, wymieniony w pkt 1, nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej.

2. Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) prowadzenie kontroli wewnętrznej, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 6, oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych;
- 3) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
- 4) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

3. W skład komitetu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi pracownicy szpitala:

- 1) kierownik szpitala lub jego przedstawiciel oraz wyznaczeni przez niego kierownicy komórek organizacyjnych szpitala, w tym działu diagnostyki mikrobiologicznej, centralnej sterylizatorni, apteki szpitalnej – jeżeli szpital posiada takie komórki organizacyjne;
- 2) przewodniczący oraz członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych;
- 3) osoba kierująca pracą pielęgniarek w szpitalu;
- 4) lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.

4. Do zadań komitetu kontroli zakażeń szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych;
- 3) opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagane kwalifikacje członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, uwzględniając konieczność realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

III SA/GI 834/18 - Wyrok WSA w Gliwicach

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gliwicach w składzie następującym: Przewodniczący Sędzia WSA Małgorzata Jużków (spr.), Sędzia WSA Barbara Brandys-Kmieciak, Sędzia WSA Barbara Orzepowska-Kyć, Protokolant Specjalista Ewa Olender, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 15 stycznia 2019 r. sprawy ze skargi "A" w R. na decyzję Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Katowicach z dnia [...] r. nr [...] w przedmiocie nakazu powołania przewodniczącego **Zespołu Kontroli Zakażeń** Szpitalnych o odpowiednich kwalifikacjach oddala skargę

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w R. przeprowadził kontrolę sanitarną w "A" w R., która wykazała naruszenie obowiązujących wymogów higienicznych i zdrowotnych, tj. brak w składzie osobowym **Zespołu Kontroli Zakażeń** Szpitalnych (ZKZS) przewodniczącego, który posiada wymagane prawem kwalifikacje. Zdaniem kontrolującego, brak przewodniczącego posiadającego wymagane rozporządzeniem kwalifikacje i kompetencje może negatywnie wpłynąć na merytoryczną działalność **zespołu kontroli zakażeń** szpitalnych, co bezsprzecznie może mieć znaczący wpływ na zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W związku z informacją Szpitala o skierowaniu na szkolenie lekarza przewodniczącego ZKZS wyznaczono termin 30 września 2019 r. do usunięcia nieprawidłowości.

IV SA/GI 684/18 - Wyrok WSA w Gliwicach

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gliwicach w składzie następującym: Przewodniczący Sędzia NSA Szczepan Prax, Sędziowie Sędzia WSA Małgorzata Walentek (spr.), Sędzia WSA Edyta Żarkiewicz, Protokolant Specjalista Magdalena Kurpis, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 28 lutego 2019 r. sprawy ze skargi A S.A. w K. na decyzję Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach z dnia [...] r. nr [...] w przedmiocie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 1) uchyla zaskarżoną decyzję, 2) zasądza od Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach na rzecz skarżącego kwotę 697zł (słownie: sześćset dziewięćdziesiąt siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania.

IV SA/GI 684/18 - Wyrok WSA w Gliwicach

Ponadto zwrócono uwagę, że komisja konkursowa nie udokumentował w sposób należyty spełnienia przez oferenta – C Sp. j. warunków dotyczących udokumentowanego udziału pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzonym przez przedstawicieli **zespołu kontroli zakażeń** nie rzadziej niż raz w roku, a także warunków dotyczących sporządzenia przez **zespół kontroli zakażeń** szpitalnych nie rzadziej niż 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznania specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań. Podobnie nie wyjaśniono przyczyny, dla której uznano za spełniony warunek posiadania przez oferenta D sp. j. aparatu do komputerowego badania wzroku oraz keratometru pomimo, że w momencie wizytacji sprzęt ten znajdował się w odrębnej komórce organizacyjnej szpitala.

KONSTYTUCJA
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 2 kwietnia 1997 r.

Rozdział II
WOLNOŚCI, PRAWA I OBOWIĄZKI CZŁOWIEKA I OBYWATELA

Art. 68.

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

U S T A W A

z dnia 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 8. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.



PORTAL ORZECZEŃ

SĄDÓW Powszechnych

bip

Kontrast + -

Rozmiar tekstu + -

WYSZUKIWANIE

Sądy powszechne

Hasła

ETPCz

Szukane słowa:

"zakażenie"

Sygnatura:

Sygnatura:

Rozwiń formularz wyszukiwania

Wyczyść formularz



Szukaj

AKTYWNE FILTRY

Szukane słowa:

× "zakażenie"

ZNALEZIONA LICZBA WYNIKÓW

1246

SORTOWANIE:

istotności ▼

daty publikacji ▼

daty orzeczenia ▼

trafności ▼

Tytuł: *Sąd Apelacyjny w Szczecinie z 2013-04-26*

Data orzeczenia: *26 kwietnia 2013*

Data publikacji: *22 października 2013*

Data uprawomocnienia: *26 kwietnia 2013*

Sygnatura: *IACa 51/13*

Sąd: *Sąd Apelacyjny w Szczecinie*

Wydział: *I Wydział Cywilny*

*Z ustaleń Sądu pierwszej instancji wynika, że podczas pierwszego pobytu powoda w pozwanym szpitalu nie stwierdzono u osób z personelu nosicielstwa bakterii MRSA, nie stwierdzono również w tym okresie wystąpienia **zakażenia** taką bakterią u leczonych pacjentów. Personel pozwanego używał właściwych środków dezynfekcyjnych, lamp bakteriologicznych i stosowała się do obowiązujących w placówce procedur sanitarno-epidemiologicznych. W szpitalu tym działał również **Zespół Kontroli Zakażeń** Zakładowych.*

*szpitalnego. W toku postępowania pozwany szpital wskazał również na funkcjonujący w tej placówce **Zespół Kontroli Zakażeń** Zakładowych i fakt ustalenia procedur zachowania reżimu sanitarno - epidemiologicznego. Odpowiadając na wątpliwości powoda dotyczące obowiązku badania pacjenta przyjętego do szpitala w kierunku obecności bakterii gronkowca złocistego przed zabiegiem operacyjnym biegli podali, iż szpital nie miał takiego obowiązku prawnego, a ponadto z praktycznego punktu widzenia nie było to możliwe, gdyż długość badania bakteriologicznego w tym kierunku wynosi 48 h, zaś ewentualna eradycja bakterii pięć kolejnych. Biegli nie byli w niniejszej sprawie w stanie wskazać kiedy konkretnie powód został zakażony gronkowcem, gdyż w ich ocenie było to niemożliwe ponieważ każdy pacjent choruje inaczej, zaś przebieg **zakażenia** zależy od ilości i zjadliwości bakterii.*

Tytuł: *Sąd Okręgowy w Łodzi z 2016-11-28*

Data orzeczenia: *28 listopada 2016*

Data publikacji: *9 grudnia 2016*

Data uprawomocnienia: *19 września 2017*

Sygnatura: *II C 476/14*

Sąd: *Sąd Okręgowy w Łodzi*

W Pozwanym Szpitalu powołany jest **Zespół Kontroli Zakazeń Szpitalnych**, w skład którego wchodzi pielęgniarka epidemiologiczna, lekarz epidemiolog i mikrobiolog. **Zespół** ten zajmuje się: nadzorem nad **zakażeniami** szpitalnymi, monitorowaniem **zakażeń** szpitalnych i czynników alarmowych, rejestracją tych **zakażeń**, **kontrolami** wewnętrznymi, opracowaniem i aktualizacją procedur, uczestnictwem w **kontrolach** zewnętrznych, sporządzaniem opinii, dochodzeniami epidemiologicznymi.

Procedury opracowuje **Zespół Zakazeń Szpitalnych**, który również przeprowadza **kontrole** wewnętrzne, które obejmują m.in. ocenę stanu sanitarno-higienicznego; higieny zabiegów medycznych w komórkach organizacyjnych pozwanego i profilaktyki **zakażeń**.

(protokoły wewnętrznej **kontroli**, k. 114-140; dokumentacja szkoleniowa, k. 141-145; zeznania świadków: D. T., e-protokół, k. 95v. – 00:40:13-00:54:04; I. M., e-protokół, k. 180 v. – 00:04:26 – 00:15:48)

Pozwany Szpital przekazuje raz w roku Raport Okresowy, opracowany przez **Zespół Kontroli Zakazeń Szpitalnych** o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ł..

Tytuł: *Sąd Okręgowy w Łodzi z 2016-11-28*

Data orzeczenia: *28 listopada 2016*

Data publikacji: *14 lutego 2017*

Sygnatura: *II C 146/16*

Sąd: *Sąd Okręgowy w Łodzi*

Wydział: *II Wydział Cywilny*

Hasła tematyczne: *Błąd Lekarski , Czyny Niedozwolone*

W tym samym czasie co powód na Oddziale (...), znajdowało się jedno dziecko z infekcją układu moczowego, u którego w posiewie moczu wykryto bakterie e-coli, był to E. P.. Dziecko to zostało przyjęte z tym patogenem i z tego właśnie powodu. W ciągu kilku dni, po wdrożeniu antybiotyku, kolejny posiew wykazał brak obecności bakterii w moczu i dziecko zostało wypisane do domu.

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych działający w pozwanym Szpitalu przeprowadził na tą okoliczność dochodzenie epidemiologiczne. Dziecko, u którego stwierdzono bakterie e-coli leżało w boksie nr (...), a powód w boksach nr (...) w maju 2009 r., a w boksie nr 8 w czerwcu 2009 r.

W przypadku powoda, w pozwanym Szpitalu, przeprowadzono dochodzenie i zostały wyhodowane bakterie E.coli nie patogenne i nie podjęto żadnych czynności przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W przypadku powoda, karta zgłoszenia nie została wypełniona. Bakteria e-coli, nie jest patogenem alarmowym, chyba, że ma oporność na antybiotyki, wtedy jest kwalifikowana jako patogen alarmowy.

rzeczonym okresie, zakażenia tą bakterią na Oddziale (...). Nadto wszyscy powołani wyżej świadkowie spójnie wskazywali na przestrzeganie szeregu procedur sanitarnych opracowanych w pozwanym Szpitalu, a także na sposób kontroli i odnotowywania stwierdzonych przypadków zakażenia. Załączona dokumentacja z kontroli przeprowadzonych przez instytucje zewnętrzne takie jak Sanepid, jak również wewnętrzny Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych – również korespondują z wnioskami biegłego W. W..

Tytuł: *Sąd Okręgowy w Łodzi z 2016-11-28*

Data orzeczenia: *28 listopada 2016*

Data publikacji: *14 lutego 2017*

Sygnatura: *II C 146/16*

Sąd: *Sąd Okręgowy w Łodzi*

Wydział: *II Wydział Cywilny*

Hasła tematyczne: *Błąd Lekarski , Czyny Niedozwolone*

*Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego. Na powódzie spoczywał zatem ciężar wykazania, iż do **zakażenia** bakterią *Escherichia coli* doszło podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia, wskutek popełnionych zaniedbań, bądź w wyniku tzw. "winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, tj. nie narażenia na **zakażenie** chorobą (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, PiM 1999/3/133; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., I ACr 254/92, OSA 1993/3/21).*

*Odnosząc się do kolejnej kwestii, czyli przebywania przez N. K. w maju 2009r. w jednym boksie z dzieckiem zakażonym bakteriami *Escherichia coli*, wskazać trzeba, że dowody przeprowadzone w sprawie nie wykazały, aby taka sytuacja miała miejsce. W pierwszej kolejności podnieść należy, że w pozwanym Szpitalu, w czasie pobytu powoda w maju 2009 r., a także obecnie, funkcjonował **Zespół Kontroli Zakażeń** Szpitalnych, którego zadaniem jest stała obserwacja występowania określonych bakterii pod kątem wywołania **zakażenia** szpitalnego, jak również przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego, w razie stwierdzenia **zakażenia**, w celu ustalenia pochodzenia bakterii oraz przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się **zakażenia** i ewentualnego wdrożenia procedur na przyszłość, zapobiegających występowaniu takich przypadków. Przewodnicząca **Zespołu Kontroli Zakażeń** Szpitalnych obowiązana jest ona do zgłoszenia każdego przypadku posocznicy do Sanepidu, a także do wpisania w rejestrze zgłaszania podejrzenia lub zachorowania na chorobę zakaźną i wystąpienia u danego chorego patogenu alarmowego. W czasie pierwszego*

Tytuł: *Sąd Rejonowy w Przemysłu z 2017-07-21*
Data orzeczenia: *21 lipca 2017*
Data publikacji: *28 września 2017*
Data uprawomocnienia: *1 września 2017*
Sygnatura: *I C 460/14*
Sąd: *Sąd Rejonowy w Przemysłu*
Wydział: *I Wydział Cywilny*

W pozwanej placówce w okresie kwiecień – maj 2013r. nie było negatywnych wyników kontroli przeprowadzonej przez wewnętrzny zespół kontroli zakażeń szpitalnych, jak również przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

Tytuł: *Sąd Okręgowy w Łodzi z 2019-11-15*
Data orzeczenia: *15 listopada 2019*
Data publikacji: *17 grudnia 2019*
Data uprawomocnienia: *6 kwietnia 2020*
Sygnatura: *I C 576/17*
Sąd: *Sąd Okręgowy w Łodzi*
Wydział: *I Wydział Cywilny*

W pozwanej placówce został stworzony system zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz działań kluczowy w tym systemie Zespół kontroli Zakażeń Szpitalnych, powołany przez dyrekcję. Nie ma przesłanek do wystąpienia błędu organizacyjnego. Działania zespołu szpitala nie były całkowicie zgodne z założeniami ustawowymi, w szczególności zapisanymi w zarządzeniu Dyrekcji – szkolenie personelu w zakresie zakażeń szpitalnych oraz prowadzenie kontroli ... oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli. Działania zespołu koncentrowały się głównie na działalności sprawozdawczej, a zabrakło niezbędnych, następných działań korygująco-naprawczych.

Tytuł: *Sąd Okręgowy w Lublinie z 2017-01-16*
Data orzeczenia: *16 stycznia 2017*
Data publikacji: *20 lutego 2017*
Sygnatura: *I C 649/12*
Sąd: *Sąd Okręgowy w Lublinie*
Wydział: *I Wydział Cywilny*

*skutecznej sterylizacji sprzętu. Strona pozwana wskazała natomiast na funkcjonowanie **Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych** i Komitetu **Kontroli Zakażeń Zakładowych**, który umożliwił zidentyfikowanie pakietu narzędzi użytych podczas przeprowadzonego zabiegu operacyjnego i prześledzenie prawidłowości całego procesu ich przygotowania.*

Reasumując rozważania, powód D. M. nie udowodnił faktów uzasadniających wnioskowanie w drodze domniemania, z odwołaniem się do zasad doświadczenia życiowego i zasad logicznego rozumowania, o niedbalstwie Szpitala i winie jego personelu. Tym samym nie było podstaw do przypisania Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w P. odpowiedzialności zarówno na podstawie art. 430 k.c., jak i art. 415 k.c. z tytułu tzw. winy organizacyjnej, z uwagi na ewentualny brak odpowiedniej organizacji funkcjonowania pozwanego w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem higieny

Tytuł: *Sąd Okręgowy w Łodzi z 2018-11-27*
Data orzeczenia: *27 listopada 2018*
Data publikacji: *23 stycznia 2019*
Data uprawomocnienia: *30 grudnia 2019*
Sygnatura: *II C 1314/15*
Sąd: *Sąd Okręgowy w Łodzi*
Wydział: *II Wydział Cywilny*

*Zgodnie z praktyką stosowaną na oddziale intensywnej terapii personel medyczny instruował osoby odwiedzające pacjentów jak zachowywać bezpieczeństwo na oddziale - że nie można chodzić od pacjenta do pacjenta, należy ubrać fartuch ochronny i prawidłowo umyć ręce przed wejściem na salę oraz po wyjściu z intensywnej terapii. Personel medyczny był często przeszkalany m.in. z zasad mycia rąk. Na terenie szpitala powołano **zespół kontroli zakażeń szpitalnych**. Placówka medyczna posiadała akredytację i ISO (...). (zeznania świadka M. J. – e-protokół, k. 96 v.-97, adnotacja 00:12:00, zeznania świadka D. G. – e-protokół, k. 114 v.115, adnotacja 00:05:16, zeznania świadka J. K. – e-protokół, k. 115, adnotacja 00:23:27)*

Tytuł: *Sąd Okręgowy w Łodzi z 2020-08-31*

Data orzeczenia: *20 lipca 2020*

Data publikacji: *18 marca 2021*

Data uprawomocnienia: *14 stycznia 2021*

Sygnatura: *II C 1342/17*

Sąd: *Sąd Okręgowy w Łodzi*

Wydział: *II Wydział Cywilny*

*Z punktu widzenia zasad i wiedzy mikrobiologicznej, bardzo niepokojący był fakt niezarejestrowania **zakażenia** B. W. jako **zakażenia** szpitalnego przez **zespół kontroli zakażeń** szpitalnych. Pomimo informacji na karcie o przebytych zabiegach operacyjnych i obecności bakterii we krwi, **zespół** w sposób nieprawidłowy podtrzymał stanowisko lekarza o **zakażeniu** pozaszpitalnym krwi. Zastrzeżenia do pracy **Zespołu kontroli zakażeń** szpitalnych dotyczą działań naprawczych i korygujących, braku szkoleń dla personelu przeprowadzanych przez **zespół**, braku informacji o zapoznaniu pracowników jednostki z bardzo dobrze opracowanymi procedurami czy zaleceniami przeciwepidemicznymi.*

VII SA/Wa 2403/20 - Wyrok WSA w Warszawie

Jak wynika z akt postępowania, w dniu [...] marca 2020 r. H. J. został przyjęty do Oddziału Neurologicznego Szpitala. W dniu [...] marca 2020 r. - po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu z Ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w B.– Pacjent został przekazany do powyższego Oddziału, celem przeprowadzenia zabiegu leczniczego. Następnie, [...]marca 2020 r. Pacjent został przewieziony do Szpitala w celu kontynuacji leczenia, gdzie przebywał do [...]kwietnia 2020 r., po czym Pacjenta przekazano do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej podmiotu leczniczego, w którym rozpoczęto cykl zabiegów leczniczych. Następnie, ze względów epidemicznych Pacjent został przewieziony w dniu [...]kwietnia 2020 r. do Oddziału Neurologicznego Szpitala, gdzie odbywał kwarantannę. Z kolei, w dniu [...]kwietnia 2020 r. Pacjent został ponownie przekazany do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, w którym przebywał do [...] maja 2020 r. W trakcie hospitalizacji Pacjenta doszło do kontaktu Pacjenta z pacjentem zakażonym wirusem COVID-19. Ostatecznie tego samego dnia Pacjent w stanie ogólnym dobrym został skierowany do szpitala jednoimiennego w [...].

Pacjent został przyjęty ze szpitala w B. , w którym wystąpiło ognisko epidemiczne. Podmiot leczniczy: Zakład Leczniczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej [...] w W., w chwili przyjęcia H. J. miał powyższą wiedzę , zakwalifikował pacjenta jako potencjalnie zakażonego ,poddając go dwutygodniowej kwarantannie.

W praktyce jednak podmiot leczniczy nie podjął działań zmierzających do odizolowania pacjenta od innych chorych. Przeciwnie został on umieszczony na jednej sali z innymi chorymi, co zdecydowanie przyczyniło się do rozprzestrzenienia wirusa COVID-19. W takiej sytuacji prawidłowym działaniem byłaby izolacja pacjenta od innych chorych oraz pobranie wymazu w 7 dobie od styczności bezpośredniej z osobą zakażoną (najpóźniej w 7 dobie od przekazania z innego Szpitala).

Jak wynika ze sporządzonej w dniu [...] lipca 2020r. opinii wewnętrznego konsultanta medycznego, opierającego się na dokumentacji medycznej dostarczonej przez szpital, korespondencji ze Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną oraz dokumentacji **Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych**, w okresie pomiędzy [...]kwietnia 2020r. , a [...]kwietnia 2020r.w skarżącym szpitalu na pięciu oddziałach (opieki paliatywnej, wewnętrznym, rehabilitacji ogólnoustrojowej, rehabilitacji neurologicznej i neurologii, w sumie zakażeniu uległo 30 pacjentów z 54 potencjalnie narażonych , co stanowi 60%.

Oddziały na których przebywał pacjent (neurologii i rehabilitacji neurologicznej) nie były podzielone na strefy-wydzielone sale/ części oddziału dla pacjentów z dodatnim wywiadem – podejrzanych nowoprzyjętych, którzy po wykonaniu odpowiedniego testu , byliby przekazywani (w przypadku wyniku negatywnego) do drugiej strefy – dla pacjentów z negatywnym wynikiem testu i pacjentów nie z grup ryzyka.

Wielokrotne przenoszenie pacjenta pomiędzy tymi oddziałami, salami i zapewnienie w ten sposób kontaktu z wieloma pacjentami, zwiększyło w znacznym stopniu transmisję koronawirusa, a w konsekwencji do powstania ognisk epidemicznych w szpitalu.

Jak wynika z przywołanej opinii, negatywną rolę w powstaniu ognisk epidemicznych odegrał barak realizacji w praktyce procedur izolacji pacjentów z podejrzeniem/ z potencjalnych grup ryzyka zakażeniem, dekontaminacji i stosowania ŚOI przez personel.

Ostatecznie H. J. zaraził się z największym prawdopodobieństwem w dniu 24 kwietnia 2020 r., a więc w momencie, kiedy przebywał na Oddziale Neurologii w Szpitalu. Gdyby Szpital zezwolił na wypis pacjenta pod dwóch ujemnych wynikach testu na obecność koronawirusa, to pacjent z dużą dozą prawdopodobieństwa nie zaraziłby się w Szpitalu.

VII SA/Wa 1055/20 - Wyrok WSA w Warszawie

Zaskarżoną decyzją z [...] kwietnia 2020 r., [...], Rzecznik Praw Pacjenta na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 64 ust. 3 i 4, art. 65 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej "ustawą", oraz art. 104 § 1 i 2 k.p.a. - ustawy z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego, uznał praktyki stosowane przez Szpital Uniwersytecki im. [...] w Z. sp. z o.o. (ul. Z., [...]), polegające na niewykonywaniu badań przesiewowych przy przyjęciu do Szpitala w kierunku wystąpienia bakterii *Klebsiella pneumoniae* NDM u wszystkich pacjentów, którzy byli uprzednio hospitalizowani w ciągu ostatniego roku, niezależnie od miejsca tej hospitalizacji, przez co doszło u innych pacjentów do zakażenia powyższym patogenem chorobotwórczym, za naruszające zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, o którym mowa w art. 8 ustawy i stwierdził zaniechanie ich stosowania od 14 sierpnia 2019 r.

Pismem z 21 sierpnia 2019 r. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do podmiotu leczniczego z prośbą o przesłanie pisemnych informacji w zakresie: 1) kiedy (z podaniem dnia) do Szpitala został przyjęty pacjent z innego podmiotu leczniczego w K., tzw. "pacjent zero", u którego wykryto patogen *Klebsiella pneumoniae* NDMs 2) czy w dniu przyjęcia ww. pacjenta Szpital dysponował informacją o jego zakażeniu patogenem? 3) co się stało z częścią dokumentacji medycznej ww. pacjenta przekazaną z innego podmiotu leczniczego w Krakowie, w której miała znajdować się informacja o zakażeniu pacjenta patogenem? Czy Szpital dysponuje pełną dokumentacją medyczną tego pacjenta, a jeżeli nie to dlaczego? 4) kiedy (z podaniem dnia) Szpital wykonał badania u ww. pacjenta na obecność powyższego patogenu i w jakim terminie otrzymał wyniki tych badań? 5) kiedy (z podaniem dnia) Szpital wykonał badania na obecność patogenu u innych pacjentów i w jakim terminie były dostępne wyniki tych badań? 6) ile na dzień udzielenia odpowiedzi na niniejsze pismo pozostaje w Szpitalu pacjentów zakażonych patogenem? 7) czy na każdym oddziale i w każdej sali łóżkowej Szpitala znajduje się węzeł sanitarny? Czy sala łóżkowa, na której przebywał pacjent przyjęty z innego podmiotu leczniczego w Krakowie, posiada węzeł sanitarny? 8) ile i na których oddziałach Szpitala znajdują się pomieszczenia do izolacji pacjentów (izolatki) i ile każde z tych pomieszczeń może każdorazowo przyjąć pacjentów? 9) czy pomieszczenia do izolacji pacjentów wyposażone są w węzły sanitarne? Ponadto, na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy Rzecznik Praw Pacjenta poprosił o nadesłanie kopii: 1) dokumentacji medycznej wszystkich pacjentów, u których wykryto patogen *Klebsiella pneumoniae* NDM w Szpitalu w okresie od 1 maja 2019 r. do dnia udzielenia odpowiedzi; 2) w przypadku "pacjenta zero" również dokumentacji medycznej przekazanej z podmiotu leczniczego w K., który przekazał tego pacjenta do Szpitala;

3) dokumentacji medycznej tych pacjentów, którzy przebywali na sali łóżkowej z ww. "pacjentem zero", u którego jako pierwszego wykryto ww. patogen; 4) procedur wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu od początku 2019 r. regulujących postępowanie w razie wystąpienia zakażeń. W przypadku, gdy ww. procedury były zmieniane w ciągu bieżącego roku, poproszono również o nadesłanie procedur zmieniających; 5) kopii dokumentacji wytworzonej przez komisję ds. zakażeń Szpitala, jeżeli taka komisja działa w Szpitalu, w związku z wykryciem *Klebsiella pneumoniae* NDM. Odpowiedź na powyższe wpłynęła do organu 13 września 2019 r.

Do maja 2019 r. w Szpitalu nie wdrożono żadnej procedury wewnętrznej mającej na celu zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań przesiewowych w kierunku *Klebsiella pneumoniae* NDM. Zgodnie z zaleceniami prowadzenia mikrobiologicznych badań przesiewowych u hospitalizowanych pacjentów z 2017 r. (dokument przygotowany w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków we współpracy ze Stowarzyszeniem Epidemiologii Szpitalnej) w zakresie CPE zaleca się wykonywanie badań przesiewowych nie tylko w ognisku epidemicznym, ale również przy przyjęciu do szpitala pacjentów wysokiego ryzyka. Przy tym wskazuje się, że uprzednia hospitalizacja pacjenta kwalifikuje go do kategorii wysokiego ryzyka. Zalecenia opracowane w 2016 r. w ramach współpracy Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej zalecają prowadzenie badań przesiewowych przy przyjęciu do szpitala pacjenta, u którego stwierdzone jest następujące ryzyko nosicielstwa CPE m.in. hospitalizacja w ciągu ostatniego roku w szpitalach regionu zwiększonego występowania CPE.

Szpital dopiero Zarządzeniem nr [...] z [...] maja 2019 r. Prezesa Zarządu Szpitala w sprawie wprowadzenia instrukcji 1-11-00 "Zasady postępowania w przypadku identyfikacji szczepów *Enterbacteriaceae* produkujących karbapenemazy (CPE ang. Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae, pałeczki *Enterobacteriaceae* wytwarzające karbapenemazy)", wdrożył procedurę wewnętrzną w zakresie zwalczania m.in. zakażenia *Klebsiella pneumoniae* NDM. Niemniej jednak ww. procedura ograniczyła się tylko do objęcia obowiązkowymi badaniami przesiewowymi pacjentów, którzy uprzednio byli hospitalizowani w szpitalach [...].

Dziękuję za uwagę