

PACJENT W GABINECIE OTOLARYNGOLOGICZNYM W DOBIE PANDEMII COVID-19 W ŚWIELE AKTUALNYCH WYTYCZNYCH, PRZEPISÓW PRAWNYCH I WŁASNYCH DOŚWIADCZEŃ

PATIENT IN THE OTOLARYNGOLOGY OFFICE
IN THE TIME OF THE COVID-19 PANDEMIC
IN THE LIGHT OF CURRENT RECOMMENDATIONS,
LEGAL REGULATIONS AND AUTHORS' OWN EXPERIENCE

Jakub Obrębski¹, Piotr Skorek², Dmitry Tretiakov¹, Waldemar Narożny¹, Andrzej Skorek¹

¹ Gdański Uniwersytet Medyczny / Medical University of Gdansk, Gdańsk, Poland
Katedra i Klinika Otolaryngologii / Department of Otolaryngology

² Akademia Pomorska w Słupsku / Pomeranian University, Słupsk, Poland
Instytut Prawa i Administracji / Law and Administration Institute

STRESZCZENIE

COVID-19 to ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus SARS-CoV-2. Do transmisji z człowieka na człowieka dochodzi najczęściej wskutek kontaktu z zakaźnymi wydzielinami z dróg oddechowych. Objawy kliniczne różnią się od łagodnych, nieswoistych dolegliwości do stanów zagrażających życiu. Ogłoszenie przez Światową Organizację Zdrowia w marcu 2020 r. pandemii COVID-19 wpłynęło na wiele medycznych, prawnych, społecznych i ekonomicznych aspektów życia w państwach całego świata. W niniejszej pracy podsumowano zalecenia dotyczące opieki ambulatoryjnej nad pacjentem laryngologicznym oraz podstawy prawne dotyczące ryzyka zakażenia pacjenta w gabinecie lekarskim. W doborze prac korzystano z anglo- i polskojęzycznych portali medycznych, wpisując do wyszukiwarki hasła: SARS-CoV-2, COVID-19, otolaryngologia, endoskopia, środki ochrony indywidualnej i odpowiedzialność prawna lekarza. Potencjalnym miejscem replikacji wirusa jest błona śluzowa górnych dróg oddechowych. Specyfika badania laryngologicznego i bezpośredni kontakt pacjent–lekarz sprzyjają transmisji zakażenia. Omówiono dokładnie elementy samoochrony personelu medycznego i wskazano aspekty prawne wynikające z ryzyka zakażenia pacjenta w gabinecie. Przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem konieczne są środki ochrony osobistej: czepek, maska z filtrem FFP-2, gogle, fartuch i rękawice. Jeśli podczas wizyty spodziewane jest narażenie na kontakt z wydzielinami i aerozolem z dróg oddechowych, należy zaopatrzyć się dodatkowo w przyłbicę i wodoodporny fartuch. Wizyta pacjenta w przychodni powinna być poprzedzona teleporadą. Należy wykonywać badanie przesiewowe pacjentów jeszcze przed bezpośrednim kontaktem z lekarzem za pomocą krótkiego kwestionariusza wypełnianego przez pacjenta. Ankieta może składać się z prostych pytań o charakterystyczne objawy infekcji SARS-CoV-2 i narażenie na kontakt z chorym w ciągu ostatnich 14 dni. Pytanie o przebywanie w obszarach wysokiego ryzyka zakażenia wobec zaliczenia całej Polski do tego obszaru ma niewielkie znaczenie. W związku z szerzeniem się wirusa SARS-CoV-2 wprowadzono nowe schematy postępowania przy udzielaniu świadczeń lekarskich. W przypadku roszczeń ze strony pacjenta jedynym zabezpieczeniem lekarza lub placówki jest potwierdzenie skrupulatnego przestrzegania procedur medycznych. Med. Pr. 2021;72(3):327–334

Słowa kluczowe: zakażenie, otolaryngologia, indywidualne środki ochrony, aspekty prawne, COVID-19, transmisja zakażenia

ABSTRACT

Generally, COVID-19 is an acute contagious disease caused by the SARS-CoV-2 virus. The main route of human-to-human transmission is through contact with infectious secretions from the respiratory tract. Clinical manifestations vary from mild non-specific symptoms to life-threatening conditions. Since WHO declared COVID-19 a pandemic in March 2020, it has affected many medical, legal, social and economic aspects of everyday life in countries around the world. In this article, the authors present a summary of recommendations for taking care of otorhinolaryngology patients in outpatient settings and the legal basis referring to a risk of infection in doctor's office. In the selection of articles, the authors used English- and Polish-language online medical databases, typing the following keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, otolaryngology, endoscopy, personal protective equipment, and legal responsibility of the physician. The mucosa of the upper respiratory tract is a potential site of virus replication. The specificity of an ear, nose and throat (ENT) examination and a direct patient-doctor contact favor the transmission of the infection. The authors discussed the elements of self-protection of medical personnel and the legal aspects a risk of the patient contracting the infection in the otolaryngology office. In the case of a direct contact with the patient, the following medical personal protective equipment is required: a cap, a mask with an FFP-2 filter, goggles, an apron and gloves. If, during the visit, exposure to secretions or aerosol from the respiratory tract is expected, the personnel should additionally wear a visor and a waterproof apron. The patient's visit in the clinic should be preceded by telemedicine consultation. Patients should be screened prior to having a direct contact with a physician, using a short patient questionnaire. The questionnaire may consist of simple questions about the characteristic symptoms of the SARS-CoV-2 infection and exposure to a sick person in the past 14 days. The question of staying in the areas of a high infection

risk appears of little importance in view of the whole of Poland being perceived as constituting such an area. Due to the spread of the SARS-CoV-2 virus, new procedures for providing medical services have been introduced. In the case of claims on the part of the patient, the only protection the medical personnel or facility can provide is confirmation of scrupulous compliance with medical procedures. *Med Pr.* 2021;72(3):327–34

Key words: infection, otolaryngology, personal protective equipment, legal aspects, COVID-19, transmission of the infection

Autor do korespondencji / Corresponding author: Andrzej Skorek, Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Otolaryngologii, ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk, e-mail: askorek@gumed.edu.pl
Nadesłano: 27 października 2020, zatwierdzono: 28 stycznia 2021

WSTĘP

Coronavirus disease (COVID-19) to ostra choroba zakaźna wywoływana wirusem SARS-CoV-2. W styczniu 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) ogłosiła, że epidemia COVID-19 jest istotnym zagrożeniem międzynarodowym, a w marcu choroba otrzymała status pandemii. Kliniczna manifestacja zakażenia różni się pomiędzy pacjentami. Przebieg choroby może być różny – od łagodnych, nieswoistych dolegliwości aż do stanów zagrożających życiu.

Do najczęstszych objawów COVID-19 należą: gorączka, kaszel, bóle mięśniowe, osłabienie, duszność i niewydolność oddechowa [1]. Dokładna zakaźność SARS-CoV-2 nie jest znana, jednak szacuje się, że podstawowa liczba odtwarzania wirusa wynosi 2,6–4,71. Transmisja wirusa odbywa się z człowieka na człowieka zarówno bezpośrednio, przez rozsiew aerozolu podczas kichania lub kaszlu, jak i pośrednio, przez krople wydzieliny pozostawione na przedmiotach lub powierzchniach i przeniesienie ich za pomocą dłoni na twarz [2,3]. Wysoka zakaźność, nieswoiste objawy i nieznaną częstość przypadków o bardzo lekkim przebiegu sprawiają, że COVID-19 jest szczególnym zagrożeniem dla personelu medycznego.

W praktyce otolaryngologicznej większość metod badania i leczenia wymaga bezpośredniego kontaktu twarzą w twarz pacjenta z lekarzem oraz pracy w strefie poniżej zalecanego bezpiecznego dystansu społecznego (2 m) z pacjentem o niepewnym lub potwierdzonym statusie zakażenia COVID-19. Wszystko to znacząco zwiększa ryzyko transferu wirusa. Podczas elementów badania klinicznego (oglądania nosa, gardła i krtani) oraz podstawowych zabiegów (zaopatrywania krwawienia z nosa, nacięcia ropnia czy pobrania wycinków) u pacjenta może dojść do odruchowego kaszlu lub kichania.

Osobnym problemem jest bioaerozol powstający w pomieszczeniu, w którym przeprowadza się badanie

(gabinecie badań, gabinecie endoskopowym, ale również np. gabinecie badań narządu słuchu i równowagi). Umiejętne i skuteczne jego odprowadzenie stanowi klucz do skutecznej ochrony zarówno pacjentów, jak i personelu. Nie ma norm określających stężenie bioaerozolu w pomieszczeniach medycznych. Procedurami laryngologicznymi, podczas których powstaje najczęściej cząstek biologicznych zawieszonych w powietrzu, są operacje uszne i nosowe wymagające stosowania wiertarki lub noży rotacyjnych oraz zabiegi na drogach oddechowych (bronchoskopia, tracheotomia, odsysanie, intubacja). Należy jednak podkreślić, że nawet podczas badania klinicznego liczba ww. cząstek może być znaczna. Podstawowymi metodami zmniejszającymi ilość bioaerozolu są: wietrzenie pomieszczeń, zwiększenie odstępu czasowego między kolejnymi pacjentami i stosowanie oczyszczaczy powietrza (ACS) [3–5].

Ponadto podczas wykonywania procedur endoskopowych (laryngoskopii, nasofiberoskopii) dochodzi do powstawania aerozolu z dróg oddechowych. Proces dezynfekcji oraz sterylizacji narzędzi i instrumentów endoskopowych w dobie COVID-19 nie odbiega zasadniczo od procedur stosowanych wcześniej. Według wytycznych zarówno WHO, jak i Światowej Organizacji Endoskopii (World Endoscopy Organization), nie są wymagane żadne dodatkowe kroki w celu dekontaminacji, ponieważ SARS-CoV-2 można inaktywować, stosując standardowe procedury.

Niezwykle trudny i szczególnie niebezpieczny dla otolaryngologa i towarzyszącego mu personelu jest zabieg tracheotomii ze względu na częsty bezpośredni kontakt z materiałem zakaźnym. Z doniesień wynika, że otolaryngolodzy stanowią jedną z grup najbardziej narażonych na transmisję infekcji od zakażonego pacjenta. W początkowym okresie epidemii w wielu państwach (m.in. Chinach, Włoszech, Iranie, Wielkiej Brytanii) otolaryngolodzy należeli do lekarzy z grupy najwyższego ryzyka zakażenia COVID-19. Niestety wielu spośród nich stało się ofiarami tej choroby [4–6]. Ponadto problem ten dotyczy zarówno otolaryngologów,

jak i przedstawiciele innych specjalizacji oraz zawodów medycznych (anestezjologów, pielęgniarki) przebywających na sali w trakcie zabiegów. Do końca 2020 r. w ośrodku autorów niniejszego artykułu na COVID-19 zachorowało 4 spośród 23 pracujących tam lekarzy.

METODY PRZEGLĄDU

W niniejszej pracy dokonano przeglądu zaleceń i standardów postępowania (instytucjonalnych, narodowych towarzystw otolaryngologicznych oraz instytucji rządowych) stosowanych jako metody ochrony przed zarażeniem SARS-CoV-2 podczas leczenia ambulatoryjnego pacjentów otolaryngologicznych. Autorzy pracy dzielą się również swoimi doświadczeniami z zakresu ochrony przed zakażeniem po ponad roku trwania epidemii. W doborze prac korzystano z anglo- i polskojęzycznych portali internetowych (PubMed, Web of Science, www.mp.pl), wpisując do wyszukiwarki hasła: „SARS-CoV-2”, „COVID-19”, „otolaryngologia”, „endoskopia”, „środki ochrony indywidualnej” i „odpowiedzialność prawna lekarza”.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Aspekty medyczne

Głównym sposobem ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2 jest unikanie bezpośredniego kontaktu z potencjalnie chorym człowiekiem. W praktyce lekarskiej oznacza to zastosowanie telemedycyny.

W trakcie teleporady wyjątkowo ważną rolę odgrywa dokładny wywiad. Szczególnej wnikliwości wymagają pytania dotyczące podejrzanych objawów, takich jak szybko powiększające się guzy, niegojące się nadżerki lub owrzodzenia błon śluzowych, duszność, zmiana głosu, dysfagia i odynofagia. U chorego z objawami ostrego stanu zapalnego wywiad powinien dotyczyć stanu ogólnego i symptomów charakterystycznych dla powikłań.

Należy przy tym podkreślić, że ze względu na specyfikę i niezbędne do badania narzędzia nie ma możliwości dokładnej oceny laryngologicznej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Dlatego przy wystąpieniu niepokojących objawów lub braku poprawy po leczeniu należy niezwłocznie dążyć do bezpośredniego przyjęcia pacjenta, kierując go na tradycyjną wizytę [6,7]. Kierowanie do udzielania teleporad najmłodszych (najmniej doświadczonych) lekarzy jest błędem. W ośrodku autorów niniejszego artykułu teleporady wykonują i nadzorują doświadczeni lekarze specjaliści, co ma szczególne znaczenie u chorych onkologicznych.

Ponadto autorzy unikają teleporad (lub poszerzają je o wizyty bezpośrednie) u pacjentów pierwszorazowych.

Do ograniczenia transmisji wirusa prowadzi zmniejszenie liczby pacjentów oczekujących w poczekalni na wizytę. Chorym powinno się zalecać przybywanie w miarę możliwości bez osób towarzyszących. Wyjątek stanowią dzieci (1 rodzic) lub osoby mniej samodzielne (1 opiekun). Pacjenci powinni stawiać się o określonej godzinie, a nawet przybywać bezpośrednio do gabinetu po telefonicznym powiadomieniu, oczekując wcześniej na zewnątrz. W poczekalni powinien przebywać najwyżej 1 pacjent [8].

Należy wykonywać badanie przesiewowe pacjentów jeszcze przed bezpośrednim kontaktem za pomocą krótkiego kwestionariusza wypełnianego przez pacjenta. Ankieta może się składać z prostych pytań o charakterystyczne objawy infekcji SARS-CoV-2 (gorączkę, duszności, kaszel, zmęczenie, ból mięśni, gardła, głowy) i narażenie na kontakt z chorym w ciągu ostatnich 14 dni [9]. Umieszczane w ankietach na początku pandemii pytanie o wcześniejsze przebywanie na obszarach wysokiego ryzyka zakażenia (lub powrót z zagranicy) ma już niewielkie znaczenie, ponieważ cała Polska stała się takim obszarem. Obecnie niezwykle ważną należy przykładać do tego, że największe ryzyko nosicielstwa zakażenia (również bezobjawowego) dotyczy pracowników ochrony zdrowia, domów pomocy społecznej, przedszkoli i szkół. Zaleca się uzupełnienie ankiety o pytania na temat objawów charakterystycznych dla typowych stanów laryngologicznych. Powinny one dotyczyć dolegliwości ze strony narządów otolaryngologicznych, ich nasilenia i czasu trwania. Takie działanie pozwoli wykluczyć inne niż COVID-19 choroby odpowiedzialne za zgłaszane dolegliwości, a także skrócić wywiad lekarski i czas trwania wizyty.

W zależności od udzielonych odpowiedzi pacjent kwalifikuje się do 1 z 3 kategorii: niskiego, średniego lub wysokiego ryzyka zarażenia dla personelu medycznego [8]. Umożliwia to otolaryngologom powzięcie dodatkowych środków ostrożności w przypadku wysokiego ryzyka infekcji [9]. Należy jednak mieć ograniczone zaufanie do odpowiedzi pacjentów, gdyż z jednej strony większość objawów jest charakterystyczna dla ostrych (powikłałych) laryngologicznych schorzeń infekcyjnych, a z drugiej – należy pamiętać o istnieniu grup pacjentów dyssymulujących lub agrawujących swoje objawy. Dlatego bezpośredni kontakt lekarz–pacjent powinien być poprzedzony teleporadą.

Konieczne jest także przestrzeganie podstawowych zasad ochrony przed zakażeniem, w tym zachowanie

2 m odstępu między osobami podczas wywiadu, mycie i dezynfekcja rąk, zakrywania ust i nosa maską oraz ochrona personelu biurowego (np. za pomocą odgroźnienia stanowisk pracy przezroczystymi płytami ze szkła akrylowego). Czas pobytu pacjenta w budynku przychodni powinien być maksymalnie skrócony [6]. Należy umożliwić pacjentowi wejście do gabinetu bez konieczności dotykania klamek, drzwi lub innych powierzchni bądź każdorazowo powinno się je dezynfekować. Podczas pierwszego kontaktu z pacjentem należy zmierzyć mu temperaturę i każdy wynik powyżej 37,5°C traktować jako podejrzenie COVID-19.

Cały personel przychodni powinien stosować środki ochrony osobistej. Zgodnie z zaleceniami do podstawowych środków ochrony osobistej należą maski z filtrem FFP-2 lub FFP-3, czepki jednorazowe, gogle, fartuch jednorazowy i rękawiczki. W przypadku kontaktu z pacjentem z grupy wysokiego ryzyka pracowników należy dodatkowo zaopatrzyć w przyłbicę, wodoodporne fartuchy z długimi rękawami i co najmniej 2 pary rękawic [4,9,10]. Jednoczesne stosowanie przyłbicy i źródła oświetlenia jest trudne, dlatego lepszym rozwiązaniem u otolaryngologów wydają się gogle.

Należy podkreślić, że rekomendacje towarzystw laryngologicznych, rynologicznych, stomatologicznych i endoskopowych nie zalecają stosowania „niższych” środków ochronnych (masek chirurgicznych FFP-1 lub jednowarstwowych, materiałowych masek wykonywanych samodzielnie) [4,11,12]. Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi z czasu początków pandemii powstała na podstawie zaleceń American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Canadian Association of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, ENT UK oraz Polskiego Towarzystwa Epidemiologii i Chorób Zakaźnych [4].

Autorzy niniejszego artykułu przykładają niezwykle dużą wagę do osobistej higieny personelu po pracy w szpitalu lub gabinecie. Obejmuje to mycie z użyciem detergentów całego ciała, łącznie z włosami, oraz zmianę ubrania i obuwia przed wejściem do domu (nierzadko gabinety są w domach i należy dodatkowo stworzyć służbę na granicy dom-gabinet). W ocenie autorów wszystkie te aspekty w sposób uzasadniony powinny wpłynąć na koszt wizyty. Poniesione przez autorów (lub ich pracodawców) nakłady materiałowe, czas poświęcony na udzielenie porad (tele- i bezpośredniej) oraz realnie zwiększone ryzyko kwarantanny personelu powinny w sposób oczywisty zostać uwzględnione w wyliczeniach kosztów. Dodatkowo autorzy zalecają wykupienie

dodatkowego ubezpieczenia personelu na wypadek zakażenia, co dodatkowo zwiększa wydatki.

Reorganizacja gabinetu musi przede wszystkim uwzględnić eliminację wszelkich elementów (ulotek, tablic, schematów, obrazów, pojemników na długopisy itp.) stanowiących dodatkowe i nierzadko trudne do dezynfekcji powierzchnie. Narzędzia niezbędne do badania i procedur należy przygotować przed pojawieniem się pacjenta w gabinecie, żeby zminimalizować ryzyko skażenia opakowań i wnętrza mebli, w których przechowywane są narzędzia. Konieczne jest używanie przez personel medyczny środków ochrony osobistej przeciwko SARS-CoV-2. Podczas wizyty zaleca się ubiór ochronny dostosowany do jednej z opisanych wcześniej grup ryzyka zarażenia pacjenta. Rutynowe procedury lub proste badanie wymaga podstawowych środków ochrony. Zalecane są wtedy: czepki chirurgiczne, maska z filtrem FFP-2, gogle lub przyłbica, fartuch i rękawice. Jeśli podczas wizyty chorego spodziewane jest narażenie na kontakt z wydzielinami i aerozolem z jego dróg oddechowych lub możliwość wywołania niezamierzonego kaszlu bądź kichania – jak podczas zaopatrywania krwawienia z nosa, usuwania ciała obcego z gardła lub w trakcie badania endoskopowego – należy zaopatrzyć się dodatkowo w przyłbicę nałożoną na gogle i wodoodporny fartuch. Rekomendowane jest używanie 2 par rękawic w celu zapewnienia ochrony w przypadku przerwania jednej z warstw [3,9,10].

W trakcie wywiadu pacjent powinien pozostawać w odległości 2 m od personelu medycznego oraz nie być zwrócony twarzą w jego kierunku. Ponadto powinien być w masce. Każdego pacjenta należy traktować jako potencjalnie zakażonego, dlatego wizyta powinna być możliwie najkrótsza. Nie zwalnia to jednak lekarza z obowiązku zebrania dokładnego wywiadu i wykonania badania przedmiotowego. Z innej strony Anagiotos i Petrikos [3] zalecają ograniczenie zakresu badania do niezbędnego minimum i wykonywanie jedynie absolutnie koniecznych procedur. Wyjątkiem pozostają pacjenci z nowotworem w okolicy głowy i szyi lub w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia.

Podczas otolaryngologicznych badań endoskopowych powstaje zakaźny mikroaerozol, dlatego należy ograniczyć ich wykonywanie do przypadków absolutnie niezbędnych. W celu zmniejszenia skażenia podczas tego typu procedur zaproponowano używanie masek z zastawką, przez którą należy wprowadzić endoskop. Opisano sposób przygotowania takich masek z materiałów dostępnych w poradni otolaryngologicznej [13].

Stanowczo odradza się stosowanie znieczulenia miejscowego i preparatów obkurczających błonę śluzową za pomocą atomizera, ponieważ przyczynia się to do wzbudzenia aerozolu. Zamiast tego wytyczne proponują użycie nasączonej lekiem gazy lub waty [14]. Ze względu na możliwość transmisji wirusa przez dym powstający podczas elektrokoagulacji zaleca się rezygnację z tej procedury na rzecz koagulacji chemicznej [3,11].

Podstawowe i często wykonywane procedury w gabinecie otolaryngologicznym obejmują odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych (z nosa, przez rurkę tra-cheotomijną, z drzewa ostrzelowego) i z ucha. Zabiegi te mają 2 aspekty. Po pierwsze podczas ich wykonywania może wzmacniać się powstawanie bioaerozolu, a po drugie czyszczenie zbiorników ssaka wymaga szczególnej ostrożności i używania przez personel indywidualnych środków ochronnych (masek PPF-2/3, przyłbic, rękawic i fartuchów). Światowa Organizacja Zdrowia zaleca do mycia elementów ssaków środki dezynfekujące aktywne przeciwko wirusom otoczkowym (w tym SARS-CoV-2), tj. 70-procentowy roztwór alkoholu etylowego lub 0,5-procentowy podchloryn sodu [13]. Stosowane w tych urządzeniach filtry powinny być jednorazowe i wymieniane po każdym pacjencie.

Z uwagi na możliwość utrzymywania się SARS-CoV-2 zarówno w powietrzu, jak i na powierzchniach (przez, odpowiednio, 3 i nawet 72 godz.) konieczna jest dezynfekcja gabinetu po każdym chorym. W celu rozproszenia zawieszono aerozolu proponuje się pozostawianie otwartych okien zarówno w gabinecie, jak i w poczekalni. Narzędzia, sprzęt i wszystkie często dotykane przedmioty należy zdezynfekować po każdym pacjencie. Pozostałe powierzchnie zaleca się dezynfekować co najmniej raz dziennie. Do rekomendowanych do tego środków należą preparaty na bazie etanolu w stężeniu 70–90%, produkty na bazie chloru w stężeniu 0,5% lub woda utleniona w stężeniu powyżej 0,5% [13]. Bezwzględnie należy przestrzegać dezynfekcji ekranów i klawiatur komputerów oraz telefonów komórkowych i innych urządzeń elektronicznych znajdujących się w otwartej przestrzeni gabinetu.

Okres pandemii COVID-19 wpłynął na życie społeczne, gospodarkę i ekonomię. Chociaż z pewnością wzrosła społeczna świadomość konieczności przestrzegania higieny osobistej, równocześnie zmniejszył się dostęp do świadczeń zdrowotnych. Należy podkreślić, że zarówno szpitale, jak i prywatne przychodnie lub gabinety prowadzą w czasie pandemii procedury dotyczące udzielania pomocy medycznej. Ministerstwo Zdrowia opracowało „Zalecenia postępowania przy

udzielaniu świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2” [14,15]. Główny Inspektor Sanitarny na bieżąco publikuje komunikaty dotyczące schematu postępowania dla podstawowej opieki zdrowotnej w związku z szerzeniem się SARS-CoV-2 [15]. Również wiele towarzystw naukowych, w tym autorów artykułu, wydało swoje rekomendacje [4].

Mimo przestrzegania skrupulatnych procedur dotyczących przeciwdziałania zakażeniom SARS-CoV-2 placówki medyczne nie zawsze są jednak w stanie zapewnić bezpieczeństwo pacjentom ani sprawdzić, czy dana osoba korzystająca ze świadczenia zdrowotnego jest nosicielem (nierzadko bezobjawowym) wirusa. Niewątpliwie kontakt z miejscem, do którego trafiają osoby często przewlekle chore, zwiększa ryzyko infekcji, co w dalszej kolejności może wiązać się z ewentualną odpowiedzialnością takiej placówki medycznej za szkodę, której doznał pacjent. Obecnie w przestrzeni publicznej pojawiają się pierwsze informacje o tym, że pacjenci zaczynają występować z roszczeniami finansowymi związanymi z zakażeniem COVID-19 przeciwko lekarzom, przychodniom czy szpitalom. Skarżą się w nich, że do zakażenia doszło w czasie wizyty w konkretnej placówce medycznej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych przez konkretnego lekarza.

Aspekty prawne

Czy pacjent ma prawo wystąpić z roszczeniami finansowymi przeciw lekarzom i placówkom medycznym w związku z domniemanym zakażeniem COVID-19 z winy świadczeniodawcy? Czy podmiot udzielający świadczeń medycznych może wyłączyć swoją odpowiedzialność, dając pacjentowi do podpisania oświadczenie, w którym „pacjent dobrowolnie zrzeka się roszczeń związanych z ewentualnym zarażeniem”? Czy oświadczenie przez pacjenta, że nie występują u niego objawy chorobowe sugerujące chorobę zakaźną, często składane pod rygorem odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tj. DzU z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.), umożliwia świadczeniodawcy uchylenie się od odpowiedzialności za szkodę, której doznał pacjent?

W tym miejscu należy wskazać, że w przestrzeni publicznej (m.in. na stronach internetowych) można znaleźć wiele wzorów oświadczeń zawierających ww. zapisy, które mają chronić świadczeniodawcę (lekarza lub placówkę) udzielającego pomocy medycznej przed roszczeniami związanymi z zarażeniem COVID-19.

Zgodnie z art. 415 Kodeksu cywilnego (k.c.): „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia” [16], a według art. 430 tej ustawy: „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”. Przywołane artykuły statuują odpowiedzialność konkretnego lekarza (art. 415 k.c.) i odpowiedzialność konkretnej placówki, np. szpitala, za szkody wyrządzone przez osoby, którym dany podmiot powierzył wykonywanie określonych czynności wobec pacjenta (art. 430 k.c.). Na podstawie wymienionych przepisów pacjenci dochodzą roszczeń, np. w związku z krzywdą i cierpieniem związanymi z zachorowaniem na COVID-19.

Udzielając odpowiedzi na postawione pytania, należy jednoznacznie stwierdzić, że żadne oświadczenie podpisane przez pacjenta nie uchroni podmiotu leczniczego przed ewentualną odpowiedzialnością, jeżeli zostaną udowodnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej (takie stanowisko przyjął m.in. Rzecznik Praw Obywatelskich) [17]. Warto przy tym zaznaczyć, że zakażenie koronawirusem nie różni się pod względem prawnym od innych przypadków tzw. zakażeń szpitalnych.

W tym miejscu należy wskazać w ślad za wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 kwietnia 2013 r. (sygn. akt V ACa 147/13), że „[...] wyrażając zgodę na zabieg, pacjent nie obejmuje zgodą skutków żadnej postaci winy lekarza. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykle powikłania pooperacyjne, nie można natomiast uznać, aby ryzykiem pacjenta były objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza” [18]. Tym samym należy uznać, że jeżeli podmiot leczniczy nie dochował należytej staranności w celu zabezpieczenia pacjenta przed zakażeniem (np. poprzez stosowanie odpowiednich środków ochrony indywidualnej i dbałość o właściwy stan sanitarny gabinetu lub placówki), to nawet najdokładniejsze oświadczenie nie wyłączy jego odpowiedzialności za zakażenie pacjenta.

Nie można uznać, że zgoda (oświadczenie) pacjenta wyłącza odpowiedzialność lekarza za niedochowanie należytej staranności w celu ochrony pacjentów. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 14 października 1992 r. (sygn. akt I ACr 374/92), „Zakład leczniczy jest obowiązany do dołożenia

należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zarażenia chorobą zakaźną. Jeśli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, Skarb Państwa (państwowy zakład leczniczy) odpowiada za doznaną przez pacjenta szkodę” [19]. Wynika z tego, że podmiot leczniczy w celu zabezpieczenia się przed roszczeniami pacjentów powinien przede wszystkim zachować staranność w każdym przejawie kontaktu z pacjentem i na każdym etapie leczenia. Należy również wskazać, że taka staranność powinna obejmować zarówno badania diagnostyczne i inne czynności zmierzające do rozpoznania, jak i leczenie.

Wymóg zachowania staranności w działaniu dotyczy także szeroko rozumianego obowiązku zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa i higieny w czasie pobytu w zakładzie leczniczym. Staranność ta powinna być szczególnie wysoka ze względu na profesjonalny (fachowy) charakter działań lekarza (zakładu leczniczego).

Jak więc podmiot leczniczy powinien się bronić? Należy pamiętać, że w sytuacji dochodzenia roszczeń ciężar dowodowy co do zasady spoczywa na pacjencie, więc to on będzie musiał wykazać, że winę za zakażenie ponosi konkretny lekarz lub konkretna placówka medyczna. W orzecznictwie sądowym dotyczącym spraw medycznych dominuje pogląd, zgodnie z którym nie wymaga się, aby związek przyczynowy między zachowaniem pracowników placówki medycznej a szkodą po stronie pacjenta został ustalony w sposób pewny, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia [20].

Niezwykle ważna w tym kontekście jest treść wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 marca 1998 r. (sygn. akt I ACa 14/98), w której widnieje: „wysokie wymagania staranności, jakiej oczekuje się od lekarzy nie mogą się przeradzać w przypisanie im obowiązków niemożliwych praktycznie do wykonania i tym samym wprowadzenie swoistej odpowiedzialności na zasadzie ryzyka” [21]. Sąd podkreślił, że z pewnego rodzaju czynnościami medycznymi nieodłącznie wiąże się zwiększone ryzyko powstania szkody, którego niejednokrotnie nie da się uniknąć nawet przy zachowaniu maksymalnej staranności. Biorąc pod uwagę dostępną wiedzę na temat COVID-19, trudno uznać, że lekarz, który dochował należytej staranności przy udzielaniu pacjentowi pomocy medycznej w czasie epidemii, był odpowiedzialny za jego zarażenie się wirusem.

WNIOSKI

Otolaryngolodzy należą do grupy podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i tylko najwyższa staranność oraz sumienność w stosowaniu środków ochronnych mogą ustrzec ich (i ich bliskich) przed zakażeniem.

Należy wprowadzić zupełnie nowe podejście do sposobu przemieszczania się pacjenta w placówkach medycznych.

Najlepszym zabezpieczeniem przed rozszczeniami ze strony pacjenta jest potwierdzenie skrupulatnego przestrzegania wszystkich wytycznych dotyczących procedur medycznych.

Telemedycyna może istotnie zmniejszyć liczbę wizyt ambulatoryjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Shi Y., Wang G., Cai X., Deng J., Zheng L., Zhu H.: An overview of COVID-19. *J. Zhejiang Univ. Sci. B.* 2020; 2(5):343–360, <https://doi.org/10.1631/jzus.B2000083>
2. Adhikari S., Meng S., Wu Y., Mao Y., Ye R., Wang Q.: Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect. Dis. Poverty* 2020;9(1):29, <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
3. Anagiotos A., Petrikkos G.: Otolaryngology in the COVID-19 pandemic era: the impact on our clinical practice. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2020;1–8, <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06161-x>
4. Wierzbička M., Niemczyk K., Jaworowska E., Burduk P., Składzien J., Szyfter W. i wsp.: Recommendations of the main board of the Polish Society of Otorhinolaryngologists, Head and Neck Surgeons for providing services during the COVID-19 pandemic for outpatient and hospital practices. *Otolaryngol. Pol.* 2020;74(3):1–5, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.1320>
5. Thamboo A., Lea J., Sommer D., Sowerby L., Abdalkhani A., Diamond C.: Clinical evidence based review and recommendations of aerosol generating medical procedures in otolaryngology – head and neck surgery during the COVID-19 pandemic. *J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2020;49(1):28, <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00425-6>
6. Kowalski L., Sanabria A., Ridge J., Ng W.T., de Bree R., Rinaldo A.: COVID-19 pandemic: effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. *Head Neck* 2020;42(6):1259–1267, <https://doi.org/10.1002/hed.26164>
7. Kasle D.A., Torabi S.J., Savoca E.L., Judson B.L., Manes R.P.: Outpatient otolaryngology in the era of COVID-19: a data-driven analysis of practice patterns. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2020;163(1):138–144, <https://doi.org/10.1177/0194599820928987>
8. Güner R., Hasanoglu I., Aktas F.: COVID-19: prevention and control measures in community. *Turk. J. Med. Sci.* 2020;50(SI-1):571–577, <https://doi.org/10.3906/sag-2004-146>
9. Repici A., Maselli R., Colombo M., Gabbiadini R., Spadaccini M., Anderloni A. i wsp.: Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. *Gastrointest. Endosc.* 2020;92(1):192–197, <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.019>
10. Zhao C., Viana A., Wang Y., Wei H., Yan A., Capassod R.: Otolaryngology during COVID-19: preventive care and precautionary measures. *Am. J. Otolaryngol.* 2020;41(4):102508, <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102508>
11. World Health Organization [Internet]. Organization, Genewa 2020 [cytowany 10 października 2020]. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19. Adres: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332096/WHO-2019-nCoV-Disinfection-2020.1-eng.pdf>
12. Naczelna Izba Lekarska [Internet]. Izba, Warszawa 2020 [cytowane 19 października 2020]. Zalecenia postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Adres: https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1585135060_zalecenia-postepowania-stomatologicznego-ostat-2403.pdf
13. Workman A.D., Welling D.B., Carter B.S., Curry W.T., Holbrook E.H., Gray S.T. i wsp.: Endonasal instrumentation and aerosolization risk in the era of COVID-19: simulation, literature review, and proposed mitigation strategies. *Int. Forum Allergy Rhinol.* 2020;10(7):798–805, <https://doi.org/10.1002/alr.22577>
14. Krajewska-Wojciechowska J., Krajewski W., Zub K., Zatoński T.: Review of practical recommendations for otolaryngologists and head and neck surgeons during the COVID-19 pandemic. *Auris Nasus Larynx.* 2020;47(4):544–558, <https://doi.org/10.1016/j.anl.2020.05.022>
15. Główny Inspektor Sanitarny [Internet]. Inspektor, Warszawa 2020 [cytowane 17 października 2020]. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie schematu postępowania dla POZ i NiŚOZ. Adres: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-glownego-inspektora-sanitarne-go-w-sprawie-schematu-postepowania-dla-poz-i-nisoz>

16. Kodeks Cywilny ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. DzU z 2019 r., poz. 1145 z późn. zm.
17. Rzecznik Praw Obywatelskich [Internet]. Rzecznik, Warszawa 2020 [cytowane 16.08.2020]. Czy mam obowiązek zrzec się roszczeń wobec przychodni, żeby dostać się do lekarza? Adres: <https://rpo.gov.pl/pl/content/FAQ-koronawirus-rozszczenia-wobec-przychodni-a-dostep-do-lekarza>
18. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 kwietnia 2013 r., sygn. akt V ACa 147/13
19. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 października 1992 r., sygn. akt I ACr 374/92
20. Wyrok Sądu Najwyższy w Warszawie z dnia 17 października 2007 r., sygn. akt, II CSK 285/07; Sąd Apelacyjny w Szczecinie z dnia 17 czerwca 2009 r., sygn. akt I ACa 771/08
21. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 marca 1998 r., sygn. akt I ACa 14/98