

Dokumentacja medyczna a proces przed Sądem Lekarskim

Dr n. med. Elżbieta Rusiecka- Kuczałek

Dokumentacja medyczna musi być zgodna z aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20/12/2012r. zmieniającym dotychczasowe rozporządzenie z 12/2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Art. 28 KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ-

Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje, potrzebne dla postępowania lekarskiego

Dokumentacja:

Zastępuje lekarzowi zawodną pamięć

Jest środkiem porozumiewania się między lekarzami

Jest potencjalnym źródłem danych naukowych

Utrwala okoliczności i zdarzenia, które wyznaczają prawne ramy decyzji i działań lekarza

Opisuje proces decyzyjny i czynności lekarza, aby w sytuacji spornej pozwolić odtworzyć ich przebieg i ocenić ich poprawność (dokumentacja nabiera znaczenia dowodu)

Prowadzenie dokumentacji indywidualnej pacjenta jest traktowane jako obowiązek prawny

Zasady prowadzenia dokumentacji zawarte są obecnie w rozdziale 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach wykonawczych ustawy w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Zasady te są obecnie jednolite.

FORMY PROWADZENIA DOKUMENTACJI:

- Postać tradycyjna, papierowa
- Postać elektroniczna- ze sporządzonym i archiwizowanym, papierowym wtórnikiem.

Zgodnie z art. 24 ust. 1a upp i RPP od 1/08/2014 wejdzie w życie rewelacyjna zmiana w prowadzeniu dokumentacji medycznej- wyłącznie dokumentacja elektroniczna.

Przechowywanie dokumentacji obowiązuje 20 lat.

Treść dokumentacji (art. 25 upp i RPP)

1. Dane pacjenta
2. Podmiot udzielania świadczeń zdrowotnych
3. Opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych
4. Data sporządzenia

PROBLEMATYKA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W POSTĘPOWANIU W ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

1. Kiedy przewinienie zawodowe polega na nieprawidłowym prowadzeniu dokumentacji
2. Kiedy dokumentacja stanowi dowód w postępowaniu

Ad 1.

Uchybienia w prowadzeniu dokumentacji są traktowane w Okręgowym Sądzie Lekarskim jako samoistne przewinienie zawodowe:

- Zaniechanie prowadzenia dokumentacji
- Lakoniczne wpisy nieczytelne nawet dla samego autora
- Celowe pomijanie niektórych faktów
- Nierzetelne wystawianie dokumentów zewnętrznych typu zaświadczenia, niezgodne z faktami, bez badania pacjentów

Ad 2. Dokumentacja a dowód w sprawie

Przykład I

Obwiniony lekarz z zespołu PR zostaje wezwany do pacjenta z nadciśnieniem, który od pół godziny źle się czuł, miał 220/120 mm Hg. Zespół przyjechał w 2 minuty od wezwania, przekonał chorego, by pojechał do IP miejscowego szpitala i poddał się badaniom dodatkowym. Ten idąc do karetki, przewrócił się, lekarz stwierdził bezdech i brak tętna na tętnicach szyjnych, podjął masaż serca, po czym tętno i oddech (jak twierdził) powróciły. Potem żona pacjenta podejrzewała, że on już wtedy zmarł, a do karetki przeniesiono zwłoki. Bezpośrednich dowodów na to nie było, ale bardzo prawdopodobne, że miała ona rację.

Transport trwał tylko kilka minut; obwiniony w sądzie upierał się, że w tym czasie chory był cały czas wydolny oddechowo i krążeniowo, wobec czego nie było potrzeby prowadzenia reanimacji w pojeździe. Jednak zapisy w dokumentacji szpitalnej („przywieziony przez karetkę pogotowia bez oznak życia, siny, bez oddechu, bez czynności serca, bez ciśnienia tętniczego w I.P. rozpoczęto czynności reanimacyjne z udziałem anestezjologa nie uzyskano efektu stwierdzono zgon”) nakazywały w taką wersję powątpiewać. Co więcej, w zleceniu wyjazdu obwiniony własną ręką odnotował: „zgon podczas transportu”. Na rozprawie zakwestionował to tłumacząc, że pacjent w chwili przywiezienia do szpitala był żywy, a adnotacja w zleceniu wyjazdu była dokonana post factum, gdyż zgon w szpitalu w ciągu mniej, niż dwu godzin od przywiezienia pacjenta należy traktować jako zgon podczas transportu (!).

W wyjaśnienia te Sąd nie uwierzył, gdyż po pierwsze wersji obwinionego (że dowiózł pacjenta wydolnego krążeniowo i oddechowo) zadawały kłam dokumenty pochodzące od trzech różnych lekarzy, w tym od niego samego, po drugie jego tłumaczenia były zupełnie niewiarygodne psychologicznie, bo z założenia zlecenie wyjazdu stanowi dokument odzwierciedlający na bieżąco fakty ustalone podczas kontaktu z pacjentem i rodzaj udzielonej pomocy, a nie swoistą epikryzę, dopisywaną po dwóch tygodniach. Ostatecznie Sąd przyjął jego wyjaśnienia jako zmyśloną ad hoc linię obrony.

Przykład II

Dziewczynka lat 12 podjęła próbę samobójczą, skacząc z piątego piętra, doznała licznych obrażeń (stłuczenie płuca, podtorebkowe pęknięcia nerki i wątroby, złamanie 6 żeber po prawej stronie, wieloodłamowe złamanie miednicy z przemieszczeniem i związane z tym obfite krwawienie zaotrzewnowe oraz złamanie trzonu kręgu Th 8). Była na oddziale chirurgii dziecięcej ponad 2 miesiące, potem długo poddawana leczeniu rehabilitacyjnemu. W pierwszych dniach po wypadku w stanie ciężkim, stosowano leczenie przeciwwstrząsowe, przetoczenia krwi, plazmy, leczenie antybiotykami i już po tygodniu nastąpiła poprawa stanu ogólnego. Problem wynikł natomiast na tle leczenia urazów miednicy: u pacjentki pozostały trwałe skutki urazu w postaci trzycentymetrowej różnicy długości nóg oraz zniekształcenia miednicy.

Centralnym punktem sprawy było to, że lekarz prowadzący zbyt późno zorganizował konsultację ortopedyczną (19 dnia po urazie). Lekarz ów jednak twierdził, że konsultacja taka odbyła się znacznie wcześniej, bo w 9 dniu od urazu, a w raporcie dyżurowym z tego dnia była notatka: konsultacja ortopedyczna - leczenie ułożeniowe". Matka pokrzywdzonej zaprzeczała temu, zeznając, że po pierwsze nic takiego się nie zdarzyło (była wtedy cały dzień przy córce), po drugie o owej konsultacji nie ma ani słowa w historii choroby, a po trzecie sam obwiniony na początku przyznawał, że konsultacja była po 19 dniach. Dopiero później, po wszczęciu postępowania przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, w jednym z dokumentów procesowych pojawił się omyłkowy zapis z datą o dziesięć dni wcześniejszą. Wtedy obwiniony nagle „przypomniał sobie” ową (de facto nieodbytą) konsultację i zmienił treść swoich wyjaśnień.

Nie mając dostępu do dokumentacji indywidualnej, która leżała już w OIL, dopisał w raporcie z dyżuru „konsultacja ortop. - leczenie ułożeniowe”. Dokładniejsze oględziny tej strony raportu pokazywały, że piszący za wszelką cenę chciał zmieścić tę adnotację w jednym wierszu, na jedynym miejscu, w dodatku pomiędzy notatką na temat "stolca" a drugą, na temat "diurezy" (!). Żeby upchnąć zapis na marginesie strony obwiniony użył skrótu "konsultacja ortop.", choć w innych miejscach dokumentacji skrótów nie używał.

Przy pierwszym rozpoznaniu sprawy OSL ostatecznie uwierzył w autentyczność tego zapisu (choć zwrócił uwagę, że budzi ona wątpliwości) i lekarza uniewinnił. NSL zwrócił sprawę do ponownego rozpoznania, tym razem lekarz został skazany, a drugi skład orzekający uznał zapis w raporcie za jawne fałszerstwo.

Przykład III

Mąż pacjentki, która była we wczesnej ciąży, zażądał od żony usunięcia tej ciąży (małżeństwo było skłócone) - planując podanie jej leku poronnego. W tym celu zgłosił się do lekarza po Arthrotec mówiąc mu, że żona ma chorobę zwyrodnieniową stawów i lek ten jej zazwyczaj pomaga. Lekarz nie znał dobrze działania leku - sądził, że usuwa tylko dolegliwości w chorobie zwyrodnieniowej i wypisał receptę. Powyższy lek jest przeciwwskazany u kobiet ciężarnych, gdyż wywołuje poronienie lub indukuje akcję porodową. Późniejsze dochodzenie potwierdziło w/w fakty, a lekarz tłumaczył się, że wypisał lek na prośbę pacjenta dla jego żony.