



PRZYKŁADY ROSZCZEŃ PACJENTÓW – charakterystyka roszczeń i rola dokumentacji medycznej

Warszawa, 22 październik 2013
BLS, Waldemar Truskiewicz



PLAN WYSTĄPIENIA



1. Rynek roszczeń pacjentów do lekarzy i placówek medycznych
2. Charakterystyka roszczeń – rola szeroko rozumianej informacji medycznej o pacjencie
3. Prezentacja przypadków
4. Wnioski

RYNEK ROSZCZEŃ W SPRAWACH O „BŁĄD MEDYCZNY”



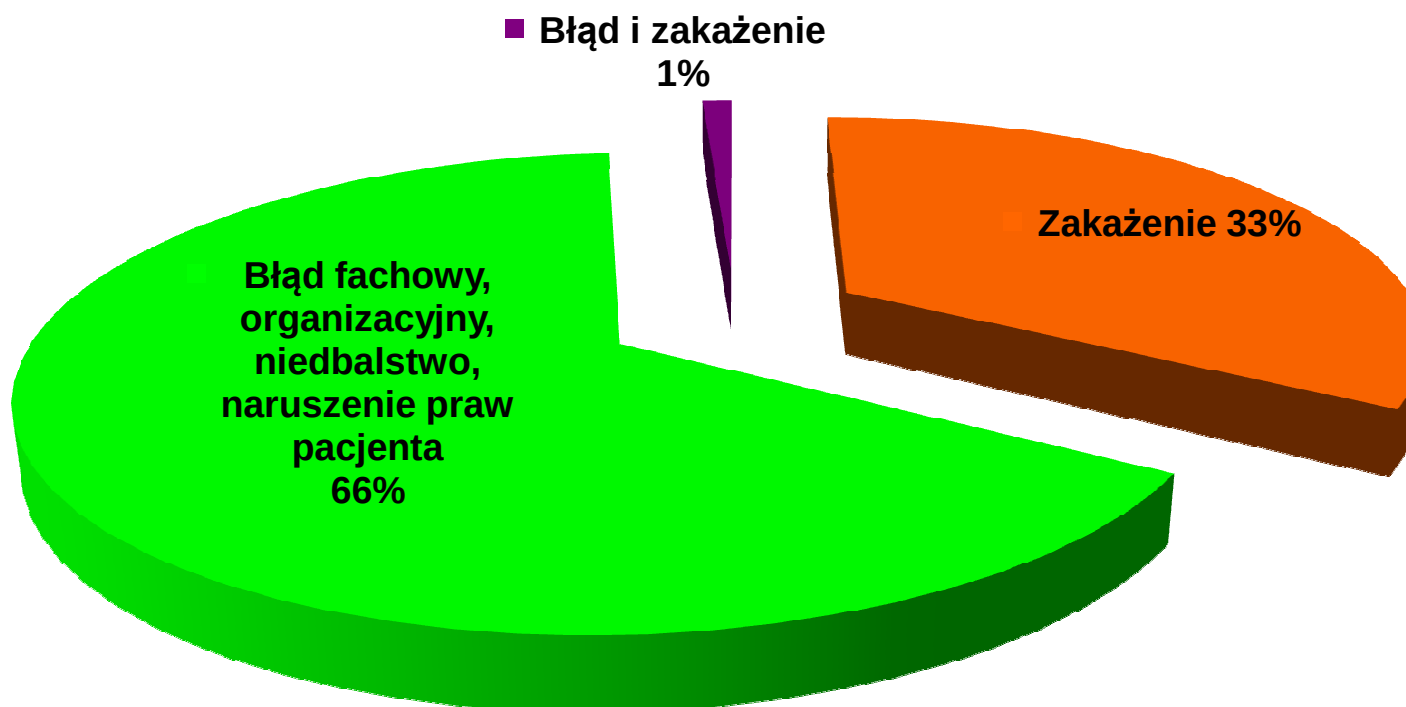
- ❑ Obserwuje się stały wzrost liczby roszczeń do lekarzy i placówek medycznych, **w 2013 r. nastąpił wzrost o ok. 20%** w stosunku do roku 2012.
- ❑ Na zwiększoną zgłaszalność ma znaczenie coraz częstsze **prezentowanie w mediach przypadków „błędów medycznych”**, łatwiejszy dostęp do informacji (**internet**), jak i **działalność profesjonalnych pełnomocników**.
- ❑ **Zwiększona świadomość „ubezpieczeniowa”** społeczeństwa, w zestawieniu z niepewną sytuacją ekonomiczną, **sprzyja poszukiwaniu dodatkowego źródła dochodu**, nie tylko w przypadkach **rzeczywistych szkód** związanych z działalnością leczniczą, ale również w przypadkach **braku oczekiwanego przez pacjenta wyniku** leczenia choroby, czy skutków urazu.

RYNEK ROSZCZEŃ – główne przyczyny

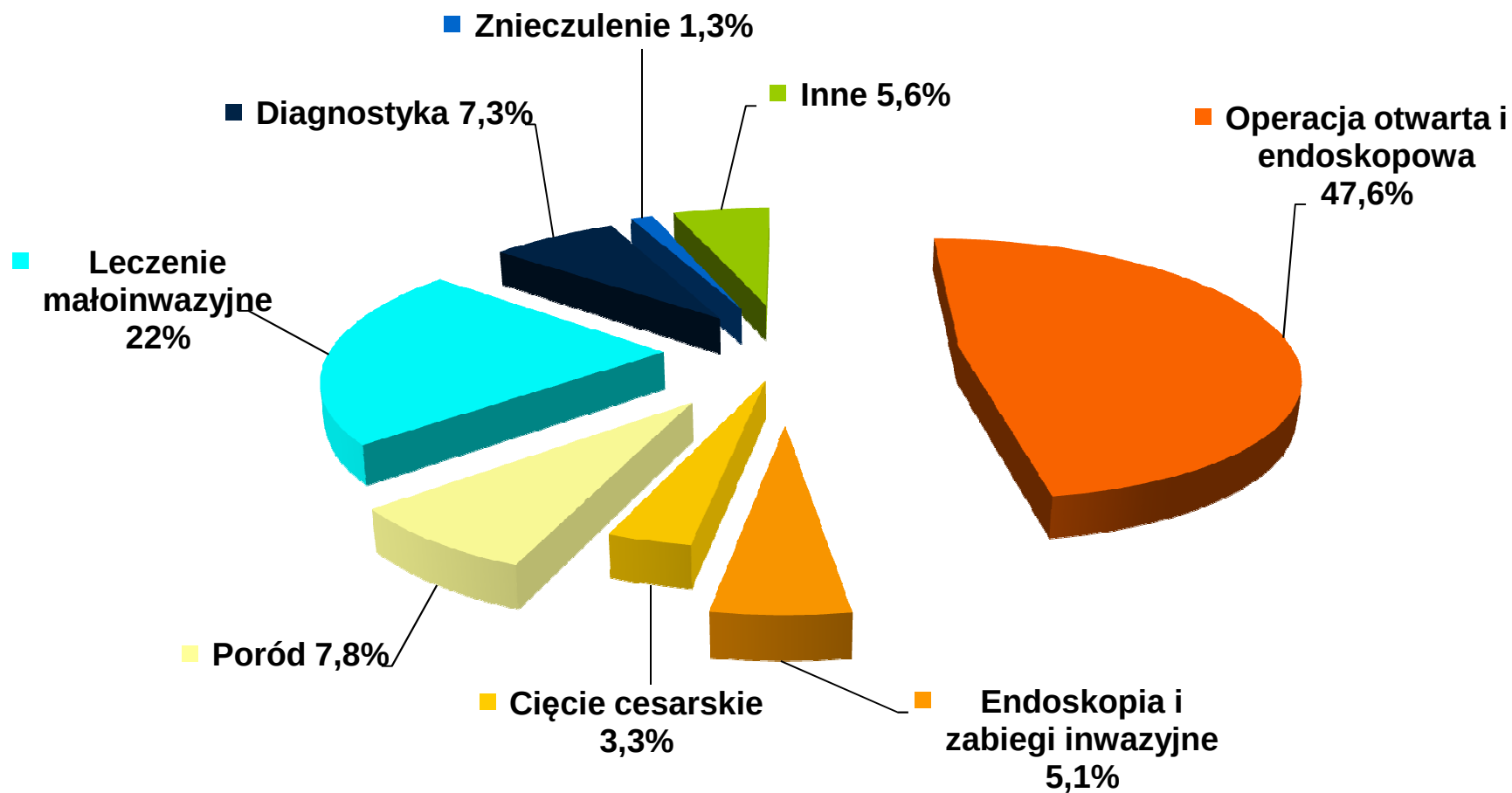


1. **Niedofinansowanie**, ograniczanie i cięcie kosztów – np. dyżur pod telefonem, stara zniszczona infrastruktura, zużyty sprzęt
2. **Zła organizacja** pracy – np. niedoświadczony rezydent na dyżurze w SOR, kolega konsultant zajęty przy stole operacyjnym
3. **Brak** jednoznacznych **procedur i standardów** postępowania diagnostycznego i terapeutycznego
4. **Rutyna, brak czasu** na rozmowę z pacjentem, lekceważenie niepokojących objawów, obiecywanie doskonałego rezultatu
5. **Szum informacyjny** – brak jednego źródła informacji o pacjencie, „leczenie pacjenta w kawałkach”
6. **Niewłaściwa informacja lub jej brak** w procesie diagnostyczno - terapeutycznym

CHARAKTERYSTYKA ROSZCZEŃ



CHARAKTERYSTYKA ROSZCZEŃ



DZIAŁY MEDYCYNY Z NAJWIĘKSZĄ LICZBĄ ROSZCZEŃ



Oddziały **zabiegowe i położnictwo** przyczyny :

- 1. Ortopedia** – zbyt późno podjęte leczenie operacyjne, niewłaściwe mocowanie protez,
- 2. Chirurgia ogólna** – uszkodzenia innych struktur w czasie laparoskopii, oparzenia pacjenta, stosowanie metod, które nie powinny być stosowane (operacja przepuklin zawsze z użyciem siatek), brak świadomej zgody
- 3. Ginekologia** – uszkodzenia innych struktur przy operacjach ginekologicznych (pęcherza moczowego, moczowodów, jelita grubego)
- 4. Położnictwo** – opóźnienie cięcia cesarskiego, brak monitorowania tętna płodu, niewłaściwa diagnostyka wielkości płodu

Problem zakażeń szpitalnych we wszystkich oddziałach zabiegowych, szczególnie szczepami szpitalnymi, zwłaszcza po tzw. „czystych, planowych, zabiegach”

DZIAŁY MEDYCYNY Z MNIEJSZĄ LICZBĄ ROSZCZEŃ



1. **SOR** - błędna diagnoza, niepełna diagnoza, opóźnienie w przekazaniu pacjenta do zabiegu, nieprawidłowe unieruchomienie
2. **Pogotowie Ratunkowe** – lekceważenie objawów, przewożenie od placówki do placówki,
3. **Onkologia** - błędny odczyt badań przesiewowych, błędna, niepełna diagnoza (nowotwory sutka i totalna mastektomia)
4. **Chirurgia plastyczna** – obiecywanie wspaniałego rezultatu, asymetria organów, zakażenia
5. **Ortodoncja i protetyka** – brak efektu leczenia po krótkim okresie
6. **Psychiatria** i inne oddziały z **pacjentem psychiatrycznym** – brak właściwego nadzoru
7. **Inne** wynikające z **niedbalstwa** – pozostawienie narzędzia w polu operacyjnym, pozostawienie materiałów opatrunkowych, operacja nie po tej stronie

ROLA INFORMACJI MEDYCZNEJ W OCENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SZKODĘ



Analiza przypadku przez lekarza biegłego sądowego, lekarza firmy ubezpieczeniowej dotyczącego zajścia zdarzenia niepożądanego, czy zgłoszonego roszczenia w związku z działalnością leczniczą, sprowadza się głównie do **oceny dokumentacji medycznej**

Jakość, rzetelność, niekiedy drobiazgowość prowadzenia takiej dokumentacji, może mieć **najistotniejsze znaczenie** dla dalszego przebiegu sprawy w Sądzie, czy w postępowaniu przedsądowym

DOKUMENTACJA MEDYCZNA - ZŁO KONIECZNE, CZY OBOWIĄZEK ?



Lekarz ma **obowiązek prowadzenia** indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta w sposób zgodny z przepisami Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz obowiązek przestrzegania praw pacjenta przy prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Szczególnie **istotna jest dokumentacja indywidualna**, do której prowadzenia lekarz jest zobowiązany na podstawie przepisów Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

INFORMACJE W DOKUMENTACJI PACJENTA MAJĄCE ISTOTNY WPŁYW NA OCENĘ ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SZKODĘ



1. **Brak** dokumentacji, brak wpisu, brak wyniku badania etc....
2. **Czytelność, kompletność** dokumentacji – zwłaszcza konsultacje innych specjalistów, zalecenia i monitorowanie ich wykonania
3. **Zachowanie chronologii** zapisów w dokumentacji
4. **Zmiany, przekreślenia, dopiski** w dokumentacji – bez właściwego komentarza
5. **Protokoły** operacyjne – **brak komentarzy** zwłaszcza w przypadkach **trudnych warunków** stwierdzanych śródoperacyjnie – zrosty, nacieki, nieprawidłowości anatomiczne

INFORMACJE W DOKUMENTACJI PACJENTA MAJĄCE ISTOTNY WPŁYW NA OCENĘ ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SZKODĘ



- 1. Dokumentowanie badań dodatkowych,** szczególnie wykonywanych w trakcie ostrego dyżuru – USG, KTG, badanie kliniczne itp..
- 2. Wpisywanie częstych obserwacji** w historii choroby w **przypadkach wątpliwych** lub w przypadku wystąpienia komplikacji
- 3. Odnotowywanie - nieprawidłowych zachowań** pacjenta, **niestosowanie się do zaleceń** lekarskich
- 4. Formularze świadomej zgody** - na każdą ingerencję w ciało niosącą zwiększone ryzyko, okoliczności podpisania formularza

INNE INFORMACJE ISTOTNE Z PUNKTU WIDZENIA OCENY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SZKODĘ



1. Raporty **pielęgniarskie**
2. Raporty komitetów **nt. zakażeń szpitalnych** nie tylko o występowaniu i rodzajach zakażeń, ale o podejmowanych **krokach naprawczych**
3. Raporty z **kontroli Sanepidu**
4. Raporty z **rejestracji zdarzeń niepożądanych** z krokami zapobiegawczymi na przyszłość
5. Raporty z okresowej **kontroli sprzętu**
6. **Procedury i standardy** – nie tylko napisane ale przestrzegane i stosowane

PRZYPADEK 1



- Dnia 11.07.2012 r. pacjentka lat 27 zgłosiła się do lekarza ginekologa z powodu braku miesiączki, nudności, wymiotów, przyspieszonego tętna - przepisano leki antykoncepcyjne, zalecono kontrolę za 14 dni.
- W ostatnim okresie przed dniem 11.07. przepisywano lek antykoncepcyjny Microgynon.
- Od dnia 08.08.2012 r. – krwawienie o typie miesiączki ,
- od dnia 13.08. 2012 - cechy poronienia w warunkach domowych
- Hospitalizacja dnia 14.08.2012 – rozpoznano poronienie samoistne niezupełne, wyłożeczkowano resztki po poronieniu.

ROSZCZENIA SKŁADANE PRZEZ PEŁNOMOCNIKA



Pełnomocnik pacjentki stawia zarzut, iż doszło do naruszenia prawa poszkodowanej do uzyskania opieki medycznej, zgodnej z aktualną wiedzą medyczną. Pełnomocnik twierdzi, że:

- pacjentka nie została przebadana,
- nie wykonano żadnych badań wykluczających ciążę.

Ze względu na przyspieszony puls udała się następnie do lekarza rodzinnego, który zapisał lek propranolol, który jest przeciwwskazany w ciąży.

Wg. roszczeń pełnomocnika, gdyby postępowanie lekarza było prawidłowe – skierowanie poszkodowanej na dodatkowe badania - to pozwoliłoby to rozpoznać ciążę, co nie doprowadziłoby do poronienia.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – DOWÓD W SPRAWIE



Data i godzina	Wywiad i oględziny	Objawy	Ciepota ciała	Ciężar ciała
1940 I 1714 81481 81481 81481	Angina i chor. przew. zaburzenia 201. Beolium przewlekłe 8126 Leukocyt 20145000	Objawy 81481	81481	81481

WYJAŚNIENIA LEKARZA



Z wyjaśnień pisemnych dodatkowych ubezpieczonego lekarza wynika, że:

- pacjentka zgłosiła się z brakiem miesiączki,
- lekarz zbadała ją, ciąży nie stwierdził
- zalecił zaprzestanie przyjmowania tabletek antykoncepcyjnych,
- zalecił wykonanie testu ciążowego i zgłoszenie się po 2 tygodniach celem dalszej diagnostyki

ZASADY POSTĘPOWANIA W TYM PRZYPADKU



- **Zgodnie z treścią ulotki leku antykoncepcyjnego**, jeśli w ciągu dwóch miesięcy nie wystąpi krwawienie, w przypadku przyjmowania preparatu, nie zaczyna się kolejnego opakowania, bez wiedzy lekarza. Jeśli podejrzewa się ciążę, należy poinformować o tym lekarza leczącego. Nie rozpoczyna się kolejnego opakowania leków, do czasu aż lekarz nie wykluczy ciąży.
- trudno jest ustalić, czy poszkodowanej właściwie przekazano zalecenia, zwłaszcza w sytuacji, gdy również na lekarzu leczącym pacjentkę preparatami antykoncepcyjnymi, w przypadku zgłaszania się „z brakiem miesiączki”, spoczywa obowiązek wykluczenia ciąży.

Działaniem należyście starannym, poza badaniem ręcznym ginekologicznym, byłoby jednak wykonanie badania USG, wykonanie testów na obecność hCG lub zalecenie odstawienia leków antykoncepcyjnych i zlecenie dodatkowych testów wykluczających ciążę, z wyznaczeniem wczesnej wizyty kontrolnej.

BADANIA NAUKOWE ZWIĄZANE Z LEKIEM ANTYKONCEPCYJNYM



Nie zaleca się stosowania produktu Microgynon 21 u kobiet w ciąży.

- Jeżeli kobieta zajdzie w ciążę podczas stosowania tego leku, należy przerwać jego stosowanie.

Należy jednak zaznaczyć, że w szeroko zakrojonych badaniach epidemiologicznych nie wykazano zwiększenia ryzyka wad wrodzonych u dzieci matek, które przed ciążą stosowały złożone doustne produkty antykoncepcyjne, ani działania teratogenne, jeżeli złożone doustne produkty antykoncepcyjne nieumyślnie przyjmowano we wczesnym okresie ciąży.

PODSUMOWANIE – przypadek 1



- ❑ Jak wynika z zapisów z dokumentacji medycznej - w trakcie wizyty lekarz przepisał receptę na tabletki antykoncepcyjne – jak wyjaśnia, na prośbę pacjentki - co jest niezrozumiałe, w świetle zalecenia (brak takiego zalecenia w dokumentacji medycznej) zaprzestania przyjmowania leków do czasu wyjaśnienia problemu braku miesiączki.
- ❑ Skąpe, mało czytelne zapisy, niezgodne z dodatkowymi wyjaśnieniami lekarza udzielającego świadczenia medycznego, są niekorzystne w przypadku sporu sądowego, pomimo braku dowodów, że zastosowanie preparatów medycznych we wczesnej ciąży, skutkowało jej obumarciem.
- ❑ Duże prawdopodobieństwo rozstrzygnięcia sporu sądowego na niekorzyść lekarza

PRZYPADEK 2 – ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA



ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O ZADOŚCUCZYNIENIE

Działając w imieniu poszkodowanej Pani *[imię i nazwisko]*, na podstawie pełnomocnictwa, które załączam, w związku tym, że po operacji wszczepienia sztucznej zastawki mitralnej st Jude nr 29 i plastyki trójdzielnej pierścieniem C-E nr 34 w dniu 08.05.2010 r. Pani *[imię i nazwisko]* zgłaszała bóle w brzuchu doktorowi i pielęgniarce, to jednak w dniu 13.05.2010 r. została wypisana do domu w stanie dobrym, a w dniu 14.05.2010 r. została przyjęta do Szpitala w O *[miasto]* w ramach ostrego dyżuru z objawami rozległego zapalenia otrzewnej z rozpoznaniem zatoru tętnicy krezkowej górnej i operowana w trybie pilnym, a w dniu 15.05.2010 r. ponownie operowana, wnoszę o wypłatę kwoty 500.000 zł (pięćset tysięcy zł) zadoścuczynienia pieniężnego dla Pani *[imię i nazwisko]*.

Wpłaty zadoścuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w wysokości 500 000 zł należy wpłacić w terminie 14 dni od dnia doręczenia niniejszego pisma *[imię i nazwisko]*.

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY



MOŻLIWE POWIKŁANIA WYKONANIA ZABIEGU OPERACYJNEGO

- Ryzyko zgonu okołoperacyjnego wynosi:..... i wynika z zaawansowania niewydolności serca, wieku oraz chorób współistniejących
- Krwawienie śródoperacyjne i pooperacyjne wymagające ponownego otwarcia klatki piersiowej oraz toczenia preparatów krwiopochodnych.
- Niewydolność serca śród-i pooperacyjna mogąca wymagać zastosowania leków i/lub urządzeń wspomagających układ krążenia.
- Zaburzenia rytmu serca mogące, w niektórych przypadkach wymagać wszczepienia stymulatora.
- Zawał mięśnia serca.
- Niewydolność nerek wymagająca hemodializy
- Niewydolność oddechowa wymagająca przedłużonej wentylacji respiratorem
- Infekcja rany pooperacyjnej.
- Rozejście się i niestabilność mostka wymagające ponownego zeszczenia.
- Powikłania neurologiczne
- Powikłania zatorowe (np. zatory tętnic obwodowych).
- Odczyn po kardiotomii wymagający nakłucia jamy osierdza lub jamy opłucnowej.
- Infekcyjne zapalenie wsierdza.
- Psychoza pooperacyjna.
- Odma opłucnowa wymagająca założenia drenażu.
- Krwawienia z przewodu pokarmowego.
- Niedokrwienie/obrzęk przedramienia po pobraniu tętnicy promieniowej.
- Obrzęk kończyny dolnej po pobraniu żyły odpiszczelowej.

OPIS SYTUACJI PRZEZ PEŁNOMOCNIKA PACJENTKI



Pacjentka wielokrotnie zgłaszała doktorowi i pielęgniarce bóle brzucha. Doktor uznawał, że są to bóle żołądka i przypisywał środki przeciw bólowe. Przed samum wypisaniem w dniu 13.05.2010 r., Pacjentka zgłaszała bóle brzucha. Bóle były tak duże, że Pani Halina opuszczała Instytut na wózku inwalidzkim w asyście Syna i Męża. Pomimo zgłaszanych objawów bólów od dnia 08 do dnia 13 maja 2010 r. nie zostały przeprowadzone badania na powstanie powikłań, które były zawarte w Informacji dla Pacjenta. Nikt też nie skierował Pani Haliny do innego szpitala na jakiegokolwiek badania, czy operację. W karcie Informacyjnej sporządzonej w dniu 12.05.2010 r. stwierdzono, iż Pani Halina była hospitalizowana od dnia 06 do dnia 13 maja 2010 r., przebieg pooperacyjny odbył się bez powikłań i Pacjentka jest w stanie dobrym.

W dniu 14.05.2010 r. bóle tak się nasiliły, że Pani Halina musiała się udać do Szpitala w Olsztynie, gdzie w trybie pilnym przeprowadzono operację Laparotomi, resectio partialis intestini tanui, hemicolectomia dx, a dniu 15.05.2010 r. operację relaparotomii, Evacuatio hematomea e cavi paritonei. Suturae nemorrhagiae e omenti majoris, drainage cavi peritonei

EPIKRYZA

WIZYTA W INNEJ PLACÓWCE MEDYCZNEJ DZIEŃ PO OPUSZCZENIU KLINIKI KARDIOLOGII – 14.05.2010



WYWIAD

Początek choroby, jej przebieg i skargi obecne w zakresie narządów:
oddechowego i krążenia, trawienia, moczopłciowego, ruchu, skóry i tkanki podskórnej, układu nerwowego i zmysłów.
Wywiady co do przeszłości chorego, przebytych chorób, trybu życia i obciążenia dziedzicznego.

Rozlane bóle brzucha od 30 lat
W maju 2010 wczesne
rozlane mitralne

Brzuch wycięty, nieprzyjemny
perystaltyka normalna, nieprzyjemna
obecny obj. Blumferge
Zakwalifikowana do doświadczenia
konserwacji

ZA ZG
Z ORY
10.04

ROZPOZNANIE OSTATECZNE



KARTA INFORMACYJNA LECZENIA SZPITALNEGO

Nazwisko i imię: **Wojciech Halina**

ur. **19.05.1947r.**

Adres: **ul. Wolności 10, 01-650 Warszawa**

Pobyt w szpitalu od dnia: **14.05.2010r.**

do dnia: **31.05.2010r.**

ROZPOZNANIE: Rozlane zapalenie otrzewnej. Zator tętnicy krezkowej górnej.
Stan po wszczepieniu sztucznej zastawki mitralnej (maj 2010r.)

W przypadku poszkodowanej wykonano resekcję prawie całkowitą jelita cienkiego i resekcję prawej połowy okrężnicy, z powodu stwierdzonych zmian martwiczych w obrębie usuniętych jelit.

ANALIZA PODSUMOWUJĄCA



- Na podstawie załączonej dokumentacji należy stwierdzić, że poszkodowana prawidłowo została zakwalifikowana do leczenia kardiochirurgicznego. Przebieg pooperacyjny, według załączonej dokumentacji, przebiegał bez powikłań. Brak jest oceny stanu zdrowia w obserwacjach lekarskich z dnia 13.05.2010r. (ostatni wpis 12.05.2010r.).
- Z pisma pełnomocnika poszkodowanej wynika, że po operacji wielokrotnie zgłaszała lekarzowi prowadzącemu oraz pielęgniarce, bóle brzucha, zwłaszcza w dniu wypisu – silny ból.
- Brak reakcji personelu ubezpieczonego szpitala na zgłaszane przez poszkodowaną dolegliwości bólowe w obrębie jamy brzusznej, u pacjentki, która była po zabiegu kardiochirurgicznym i miała w wywiadzie przewlekłe migotanie przedsionków, w przypadku procesu sądowego, z dużym prawdopodobieństwem może zostać uznane przez biegłych sądowych za niedołożenie należytej staranności w przebiegu opieki pooperacyjnej.

ANALIZA c.d.



- W ocenie rozmiaru szkody związanej z nie zachowaniem zasady należytej staranności, należy brać pod uwagę fakt, że nawet w przypadku wcześniejszego rozpoznania niedokrwienia jelit, w wyniku zatoru tętnicy krezkowej, nie ma gwarancji, że leczenie operacyjne w 100% pozwoli zachować niedokrwiony narząd,
- Niewątpliwie szybsze rozpoznanie, otwarcie jamy brzusznej i leczenie chirurgiczne, zwiększa szanse na zachowanie niedokrwionego narządu, w części lub nawet w całości
- W związku powyższym istnieje duże prawdopodobieństwo zakończenia sporu na niekorzyść kliniki kardiochirurgicznej

PODSUMOWANIE -WNIOSKI



- **Rzetelnie** prowadzona dokumentacja medyczna może być dla lekarza niezastąpionym **środkiem obrony w razie jakichkolwiek wątpliwości**, czy zarzutów ze strony pacjenta lub jego pełnomocnika.
- Dokumentacja medyczna stanowi **podstawowy dowód** w postępowaniu firmy ubezpieczeniowej.
- **Niestaranne prowadzenie dokumentacji** medycznej może się przyczynić do ustalenia odpowiedzialności wobec pacjenta, z tytułu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w przypadku sporu sądowego, ale również w postępowaniu przedsądowym - z polisy OC zakładu opieki zdrowotnej.
- Brak lub **zmiana standardów** leczenia, zasad postępowania w konkretnych przypadkach, wymaga umieszczania **adnotacji** w dokumentacji medycznej pacjenta, wskazującej na zasadność podjętej przez lekarza decyzji terapeutycznej.
- **Ocena** postępowania w świetle „**aktualnego stanu wiedzy medycznej**”, w oparciu o prawidłowo prowadzoną dokumentację medyczną, może mieć **najistotniejsze znaczenie dla uznania**, lub też nie, roszczeń pacjenta.

Dziękuję za Uwagę



Dr Waldemar Truszkiewicz
Koordynator ds. Orzecznictwa Lekarskiego
Biuro Likwidacji Szkód i Świadczeń
Centrala PZU SA/PZU Życie SA
email: wtruszkiewicz@pzu.pl