

Chroni lekarza

Natomiast sprawa, którą do bieżącego felietonu udostępnił mi Okręgowy Sąd Lekarski, naprowadziła mnie do sformułowania następującej tezy: Adwokat nie musi znać się na medycynie ani ani, a lekarz zobligowany jest przyswoić prawo w dość wąskim, ale ściśle zdefiniowanym zakresie. Adwokat dla udowodnienia szkody składa wniosek o powołanie biegłego konkretnej specjalności, zespołu biegłych albo instytutu. Krytykując opinię lekarską, może odwołać się do argumentów jej niezgodności z zasadami doświadczenia życiowego, wiedzy powszechnej oraz logicznego myślenia. Nie może natomiast wprost podważać tez opinii wynikających ze specjalistycznej wiedzy medycznej. Lekarz, podpisując umowę o wykonywanie świadczeń zdrowotnych, potocznie zwaną „kontraktem”, zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W opisywanej sprawie, pierwszym dokumentem była „karta medyczna czynności ratunkowych”. Karta taka jest drukiem, podzielonym na liczne kolumny i wiersze do odręcznego wypełnienia. W rubryce: „wywiad” lekarz anestezjolog wpisał: „Znaleziony na podłodze bez kontaktu. Z ust wyczuwalny zapach alkoholu. Nadużywa alkoholu od dawna”. W rubryce rozpoznanie: Rany tłuczone twarzoczaszki. Stan po spożyciu alkoholu. Kod ICD Y91.2”. Wzór karty medycznej czynności ratunkowych stanowi załącznik nr 4 do rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz przestrzegania regulaminów, instrukcji, procedur i zarządzeń angażującego go podmiotu medycznego. Wpisany w kartę kod choroby wynika z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, przyjętej podczas dziesiątej rewizji klasyfikacji w 1994 r. i dokładnie oznacza „działanie alkoholu określone na podstawie stopnia zatrucia”. Do tej klasyfikacji odwołują się zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o różnego rodzaju świadczenia medyczne.

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym pierwszą czynnością było wypełnienie karty pomocniczej – triage. Zanotowano tam informacje dotyczące ciśnienia tętniczego, tętna, liczba oddechów, skali bólu, temperatury i saturacji. Karta taka służy sortowaniu pacjentów i zaznacza się w niej jeden z kwadratów oznaczonych jako czerwony, żółty i zielony, a pacjenta oznacza się bransoletką takiego samego koloru. Nasz pacjent otrzymał opaskę czerwoną, co oznaczało, że pomoc niezbędna jest natychmiast. Termin „triage” występuje w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju „leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale

ratunkowym”.

Niezwłocznie założono zatem naszemu pacjentowi kartę informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą między innymi wpisy: „Powód zgłoszenia, rozpoznanie (analogiczne, jak to z pogotowia). Następnie badanie przedmiotowe: w płytkim kontakcie słowno-logicznym. Mowa bełkotliwa. Wyczuwalna woń etanolu z ust, badania laboratoryjne: alkohol etylowy 3.85 g/l i badanie diagnostyczne: CT GŁOWA/3D/, przeglądowe – nie stwierdza się cech krwawienia śródczaszkowego, kości czaszki bez zmian pourazowych. Złamanie nosa. Pacjent został wypisany do domu pod opieką żony i syna. Szczegółowe informacje dotyczące karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określa § 24 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. W tekście rozporządzenia termin „karta” występuje 113 razy.

Upłynęło ledwo szesnaście godzin i opisywany pacjent powrócił do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu tetraplegii (paraliż kończyn), a stamtąd przyjęty w trybie nagłym na Oddział Neurologii w celu przeprowadzenia zabiegu usunięcia dysku C4/C5. Oczywiście każdy zabieg medyczny wymaga zgody, o czym mówi art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Szpitale wprowadzają zarządzeniami swoich dyrektorów (to też akty prawne) wzory zgody na zabieg. W tym konkretnym przypadku zgoda zawierała listę dwunastu oświadczeń, każde z kwadratem na wpisanie „krzyżyka”, w tym najważniejsze „zostałam szczegółowo i w zrozumiały sposób poinformowany/a o celowości i istocie zabiegu, znieczuleniu oraz potencjalnych zagrożeniach będących następstwem zabiegu, uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej procedury”. Oczywiście osoba z tetraplegią nie jest zdolna do podpisania oświadczenia. I tu konieczna jest wiedza prawnicza z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, która zezwala na wykonanie zabiegu operacyjnego bez zgody pacjenta, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Zgodę podpisała żona pacjenta (na marginesie – wymaga to osobnej analizy). Lekarz musi mieć też świadomość tego, że wykonywanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest czynem karalnym, penalizowanym w Kodeksie karnym, a także naraża na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet w wypadku postępowania zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Dokumentacja pacjenta obejmowała jeszcze plan opieki (zgodnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia, według wzoru z zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia), kartę indywidualnego zlecenie leków, kartę zabiegów, kartę antybiotykoterapii, kartę gorączkową ogólną, historię pielęgnowania, ocenę stanu sprawności pacjenta – chodzenie, czynności higieniczne, spożywanie posiłków, wydalanie, dbanie o bezpieczeństwo, kartę oceny stanu pacjenta, kartę profilaktyki i pielęgnacji odleżyn,

kartę obserwacji pacjenta z cewnikiem złożonym do pęcherza moczowego, kartę indywidualnej pielęgnacji, kartę oceny ryzyka i upadków, kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego, okołoperacyjną kartę kontrolną, kartę badania przedoperacyjnego, kartę znieczulenia, kartę zabiegu operacyjnego, kartę pooperacyjną. I oczywiście wieńcząca całą dokumentację historię choroby. Każdy z tych dokumentów miał umocowanie w jakiś akcie prawnym, chociażby zarządzeniu dyrektora. Jeżeli w elektronicznym zbiorze aktów prawnych, orzeczeń sądowych i komentarzy wpisujemy w wyszukiwarce słowa „historia choroby” pojawi nam się 409 pozycji.

W wydawnictwie pod redakcją Marcina Śliwki (doktora nauk prawnych, prezesa Centrum Zarządzania Ryzykiem Medycznym MedRisk, wykładowcy specjalizującego się w prawie cywilnym i medycznym), Prawne oraz zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej wskazano na pomijanie rozumienia wagi dokumentacji medycznej podczas studiów medycznych, o czym następnie świadczą trudności w postępowaniach sądowych.

Jak ważny jest dowód z dokumentacji medycznej w postępowaniu sądowym oraz przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, wskazuje praktyka. Niemal zawsze pokrzywdzony i pracownicy służby zdrowia odmiennie przedstawiają przebieg określonego zdarzenia, na przykład wizyty lekarskiej.

Co do rozstrzygnięcia w sprawie wspomnianej na wstępie: upomnieniem został ukarany lekarz, który badał pacjenta w czasie pierwszego dwugodzinnego pobytu na tej podstawie, że zaniechał diagnostyki tzw. kompletu pourazowego – głowy i kręgosłupa szyjnego, co skutkowało niewykryciem urazu kręgosłupa szyjnego.