

Wnioski z badania jakości dokumentacji medycznej w Polsce

Raporty czy świstki papieru



Foto: iStockphoto 4x

Dobrze i szczegółowo prowadzona dokumentacja medyczna może uchronić życie i zdrowie pacjenta. I ma jeszcze jeden atut: może ustrzec szpital i lekarza przed nieuzasadnionym roszczeniem sądowym czy karami nakładanymi przez NFZ. Dlaczego więc prowadzimy ją w Polsce tak niedbale, wręcz niechlujnie? Prezentujemy wnioski z badań przeprowadzonych przez Kancelarię Doradczą Rafała Piotra Janiszewskiego.

Przyjęcie pacjenta do szpitala wiąże się z koniecznością założenia dokumentacji medycznej, w której odnotowywane są wszystkie zdarzenia związane z leczeniem. Ich początek to kwalifikacja do hospitalizacji odbywająca się w izbie przyjęć. Pierwsze badanie oraz zebranie wywiadu medycznego jest poprzedzone uzyskaniem danych osobowych i przyjęciem stosownych oświadczeń. W analizowanych dokumentacjach stwierdzono wiele naruszeń przepisów. Na pierwszy rzut oka najpoważniejszym problemem jest nieczytelność zapisów. Dane osobowe, na które składają się imię, nazwisko, numer PESEL, często zapisywane są odrębnie i w niewłaściwych rubrykach. Niejednokrotnie pomijano pełny adres chorego lub zapisywano jedynie nazwę miejscowości.

Podstawowe błędy

W zasadzie we wszystkich analizowanych historiach choroby brakowało określenia płci pacjenta, co stanowi naruszenie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Niby nic, bo brak określenia płci nie przekłada się na zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego chorego, podobnie jak nieczytelność lub braki w danych osobowych. Ale może to być przekute na zarzut, że lekarze byli niedbali do tego stopnia, że przeoczyli najbardziej podstawowe braki formalne. A skoro przeoczyli to, co najbardziej podstawowe, to...

Hospitalizowanemu przy przyjęciu nadawany jest indywidualny numer, a dodatkowo jest on zaopatrywany w opaskę identyfikującą. Zwykle oznaczenie to jest tożsame z numerem książki głównej nadawanym przy przyjęciu.

Braki w oświadczeniach

W badanych historiach choroby stwierdzono także braki w wymaganych oświadczeniach pacjenta. Należą do nich zgody na hospitalizację, na udzielanie informacji o stanie zdrowia wskazanej w oświadczeniu osobie oraz na dostęp do dokumentacji medycznej osób trzecich. Brak prawidłowych oświadczeń może mieć wpływ na przebieg leczenia, zwłaszcza gdy konieczna jest zgoda na zabieg, a nie można jej uzyskać od pacjenta. Istotne jest również zagrożenie odpowiedzialnością prawną podmiotu prowadzącego działalność leczniczą za dochowanie tajemnicy i właściwe przechowywanie i przetwarzanie dokumentacji. Powszechną praktyką jest bowiem udzielanie przez lekarzy informacji o stanie zdrowia członkom rodziny chorego bez uwzględnienia jego woli. Niejednokrotnie o dostęp do dokumentacji proszą członkowie rodziny chorego, a personel medyczny udostępnia ją, nieszanując obowiązujących przepisów.

Braki w opisie badania

Kolejnym ważnym elementem dokumentacji medycznej związanej z przyjęciem do szpitala jest opis

„Brak określenia płci nie przekłada się na zagrożenie zdrowotne dla pacjenta, ale może być przekuty na zarzut, że lekarze byli niedbali do tego stopnia, że przeoczyli najbardziej podstawowe braki formalne. A skoro przeoczyli to, co najbardziej podstawowe, to...”

badania przedmiotowego i wywiadu. Ta część historii choroby niejednokrotnie rzutuje na całe postępowanie podczas hospitalizacji. Zgodnie z klasyfikacją jednostek chorobowych należy w sposób jednoznaczny określić stan lub schorzenie, z którym zgłasza się pacjent do izby przyjęć. Informacja ta musi być oparta na wywiadzie oraz badaniu lekarskim, niejednokrotnie wzbogaconym wynikami podstawowych badań, tj. EKG czy badania krwi. Całe postępowanie przy przyjęciu lekarz opisuje w części historii choroby dotyczącej przyjęcia. W badanym materiale stwierdzono, że większość lekarzy wskazuje rozpoznanie przy przyjęciu w sposób bardzo ogólny. Kody systematyki chorób są podawane bez uszczegółowienia, co nie daje lekarzowi na oddziale jasnej informacji dotyczącej kierunku postępowania terapeutycznego. Dodatkowo opis badania przedmiotowego jest lakoniczny, a wywiad ogranicza się do skrótowego określenia dolegliwości pacjenta w chwili badania. Jest to szczególnie niebezpieczne z uwagi na brak informacji o kluczowych elementach wywiadu mających wpływ na sposób leczenia. W większości badanych dokumentacji brakowało informacji na temat dotychczasowego leczenia w innych placówkach, alergii, przyjmowanych leków. Często był natomiast zapis „pacjent przyjęty celem diagnostyki”. Tak dokumentowana część związana z przyjęciem opóźnia rozpoczęcie leczenia, a niejednokrotnie nieszczegółowe określenie rozpoznania przy przyjęciu może wprowadzić w błąd lekarza kontynuującego hospitalizację na oddziale.

Dodatkowym zagrożeniem jest brak określenia zasadności przyjęcia chorego do szpitala, co może narazić lecznicę na straty wynikające z kontroli NFZ. Jest to jeden z najczęściej sprawdzanych przez płatnika obszarów. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej hospitalizację można rozliczyć z NFZ wtedy, gdy leczenia nie można zrealizować ambulatoryjnie. Uzasadnienie tej okoliczności lekarz ma obowiązek udokumentować w części dotyczącej przyjęcia do szpitala.

„Lekarze nie korzystają z zapisów dokonywanych przez pielęgniarki. Budzi to obawy o bezpieczeństwo chorego”

Dokumentacja pielęgniarska

Niemal równolegle z częścią związaną z przyjęciem do szpitala sporządzaną przez lekarza tworzona jest dokumentacja pielęgniarska. Historia procesu pielęgnacyjnego rozpoczyna się również od zebrania wywiadu. Jego celem jest uzyskanie wszystkich danych mogących się przysłużyć właściwej opiece. Tu odnotowywane są informacje o alergiach, kondycji fizycznej, a także pierwsze obserwacje dotyczące nawyków higienicznych. Trzeba przy tym podkreślić, że dokumentacja pielęgniarska tworzona jest odrębnie i rzadko w korelacji z lekarską. Już na tym etapie badania stwierdzono wiele rozbieżności dotyczących informacji zbieranych podczas wywiadów. W części lekarskiej niejednokrotnie znajdują się adnotacje „chorób towarzyszących nie zgłasza”, a w pielęgniarskiej są wymienione choroby przewlekłe.

Dalsza analiza zapisów początkowych historii chorób wykazała, że lekarze nie korzystają z zapisów pielęgniarskich. Budzi to obawy o bezpieczeństwo chorego. Nie ma bowiem wspólnego obszaru dokumentacji, w którym mogłaby zachodzić wymiana informacji.

Od momentu założenia historii choroby i opisanego stanu przy przyjęciu dokumentacja lekarska i pielęgniarska prowadzone są niezależnie, mimo że dotyczą jednego procesu diagnostyczno-terapeutyczno-pielęgnacyjnego. Od początku stwarza to duże zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta.

Przebieg hospitalizacji

Przebieg hospitalizacji stanowi trzon historii choroby. Zgodnie z obowiązującym prawem lekarz powinien umieszczać w niej wszystkie istotne informacje dotyczące chorego. Co prawda przepis nie określa częstotliwości dokonywania zapisów ani nie precyzuje, co jest istotną informacją, jednak sednem tej części historii choroby jest szczegółowe dokumentowanie procesu leczniczego.

Badany materiał wskazuje, że lekarze nie poczuwają się do odpowiedzialności za wyczerpujące dokumentowanie terapii. Częstość wpisów jest mała, a ich treść bardzo skąpa. W większości badanego materiału występowały jedynie skrócone zapisy „stan db” lub „stan bz”. Prawidłowy zapis powinien się pojawiać minimum raz dziennie. Z uwagi na to, że świadczenia w lecznictwie szpitalnym udzielane są całodobowo, codziennie, bez względu na dni robocze i wolne, powinny dawać obraz stanu chorego, jego wyników badań, przebiegu

diagnostyki i leczenia. Ponadto na każdym oddziale rano odbywa się tzw. obchód. Zespół lekarzy bada każdego chorego i przeprowadza wywiad. Jest to podstawa do określania dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Wynik takiego badania oraz wnioski wypływające z obchodu powinny być odnotowane w historii choroby. W badanym materiale tylko nieliczne wpisy spełniały powyższe wymagania.

Taka sytuacja stwarza realne zagrożenie dla ciągłości i bezpieczeństwa procesów diagnostycznego i terapeutycznego. Pracujący w systemie zmianowym lekarze nie mają możliwości przekazywania sobie pełnej informacji o pacjencie. W efekcie lekarze przychodzący na dyżur popołudniowy w zasadzie kontynuują zalecenia z dnia poprzedniego, nie wnikając w intencje poprzednika i nie oceniając skuteczności terapii.

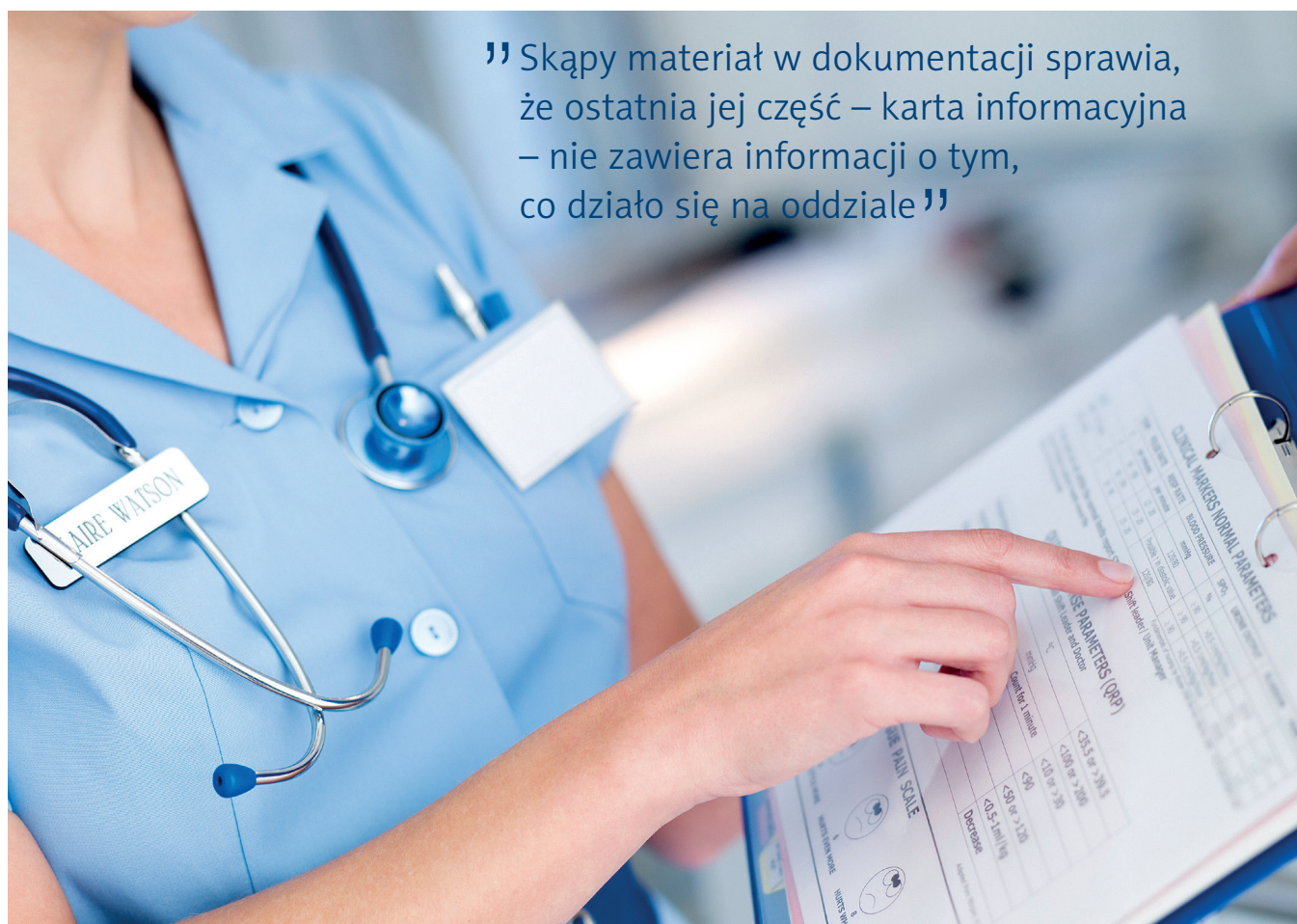
Dodatkowo przebieg historii choroby staje się podstawą do stworzenia informacji wypisowej. Skąpy materiał w dokumentacji sprawia, że ostatnia część dokumentacji – karta informacyjna, nie pokrywa się z faktycznymi zdarzeniami w trakcie hospitalizacji.

Badano również korelację pomiędzy historią choroby prowadzoną przez lekarzy a dokumentacją pielęgniarską. Jak wspomniano, historia pielęgnowania także zawiera wpisy z każdego dyżuru. W większości były one wyczerpujące, zawierały wiele obserwacji i adnotacji o wykonanych zaleceniach lekarskich. Niejednokrotnie informacje te nie pokrywały się z zapisami lekarskimi. Często zdarzało się, że w części lekarskiej zapisano „stan dobry, dolegliwości nie zgłasza”, a w części pielęgniarskiej „chory zgłasza dolegliwości bólowe”. Rodzi się zatem pytanie, czy była jakkolwiek reakcja terapeutyczna lekarzy na zgłoszenie przez pacjenta objawu lub dolegliwości.

Brak przepływu informacji

W dokumentacji nie ma wspólnego obszaru pozwalającego na bieżące przekazywanie informacji pomiędzy lekarzem a pielęgniarką. Choć na wielu oddziałach odbywają się wspólne odprawy, w dokumentacji nie ma zapisów potwierdzających przekazanie danych i określających zakres ich przekazania. Taka sytuacja stwarza konkretne zagrożenia i ma następstwa związane z bezpieczeństwem pacjentów. W badanym materiale zaobserwowano częste wypadki podawania pacjentom leków przeciwbólowych, nasennych i uspokajających bez zlecenia lekarza. Adnotacja o ich zastosowaniu widniała wyłącznie w dokumentacji pielęgniarskiej. Zgodnie z prawem pielęgniarka nie może samodzielnie ordynować leków. Wyjątek stanowią preparaty stosowane w stanie ratowania życia, a po ich zastosowaniu ma ona obowiązek zgłoszenia tego faktu lekarzowi, który dokonuje stosownej adnotacji w karcie zleceń.

Brak przepływu informacji rodzi również zagrożenie związane z kompleksowością oceny i obserwacji zmieniającego się stanu chorego. Trzeba przypomnieć, że hospi-



„Skąpy materiał w dokumentacji sprawia, że ostatnia jej część – karta informacyjna – nie zawiera informacji o tym, co działo się na oddziale”

talizacja, czyli całodobowy pobyt chorego na oddziale, służy m.in. ciągłemu monitorowaniu terapii oraz ocenie jej efektów. Zmieniający się lekarze dyżurni nie przekazują za pośrednictwem historii choroby wiedzy o pacjencie i nie dociera do nich informacja zebrana przez personel pielęgniarski. Najprawdopodobniej efektem tego są zaobserwowane sytuacje, gdy stan chorego był opisywany przez kolejne dni jako dobry, a następnie gwałtownie się pogorszył, aż doszło do zgonu. Można zatem wnioskować, że obraz kliniczny pogarszał się w kolejnych dniach, a rutynowe zapisy lekarzy nie odzwierciedlały stanu faktycznego. W tych nielicznych przypadkach część pielęgniarska zawierała informacje mogące budzić zaniepokojenie lekarzy, jednak jeśli dynamika zmian nie była duża, reakcja na pogorszenie się stanu zdrowia chorego ze strony lekarzy następowała zbyt późno.

Dodatkowe dokumenty

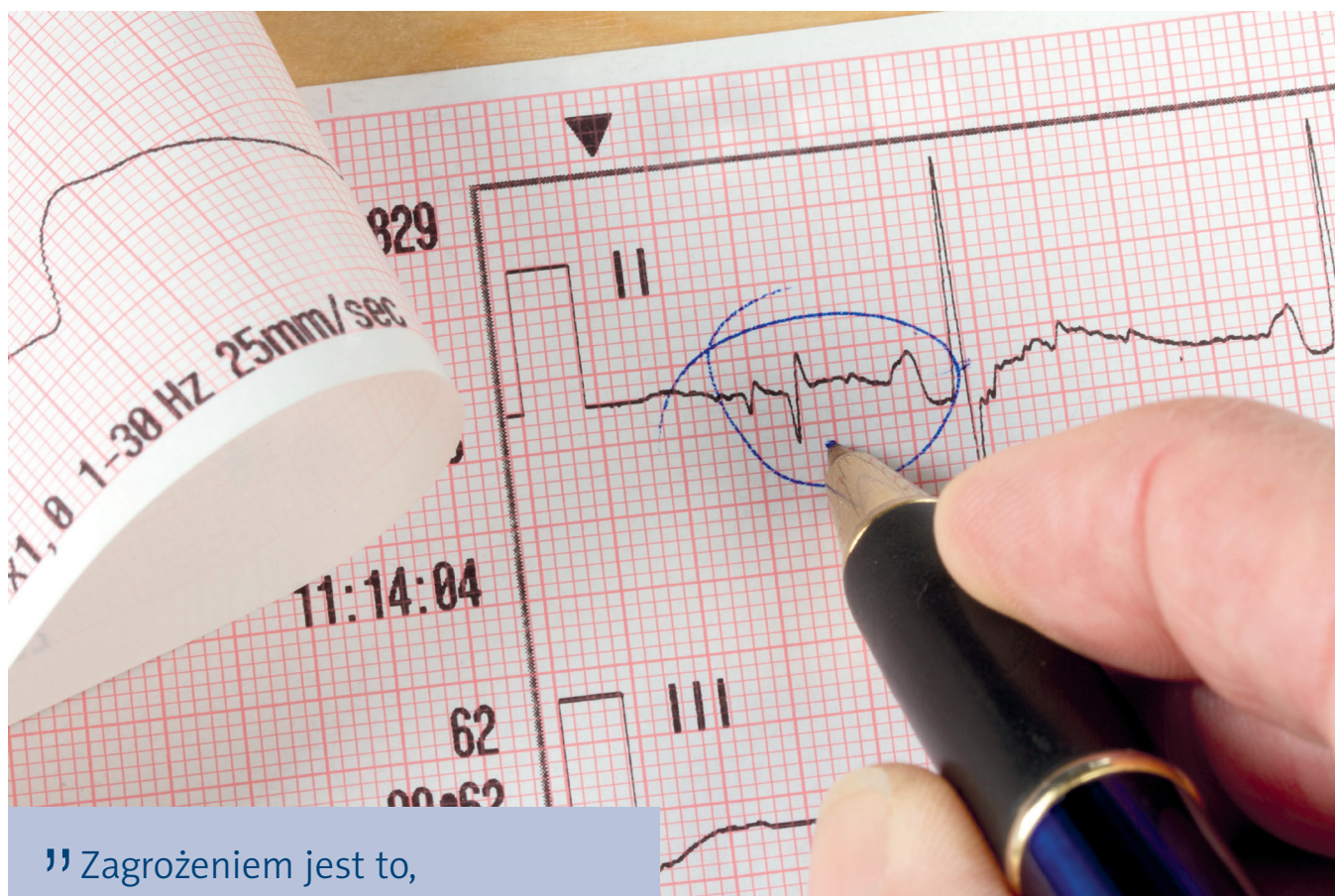
Swoistym uzupełnieniem historii choroby są dodatkowe dokumenty, na których opiera się proces diagnostyczno-terapeutyczny. Kluczowa jest karta zleceń. Jest to jedyny obszar wymiany informacji pomiędzy lekarzem a pielęgniarką. Badany materiał we wszystkich przypadkach zawierał ten dokument. Istotą jego prowadzenia jest pisemne wydanie dyspozycji podania określonego leku konkretnemu pacjentowi. Taka de-

cyzja powinna być potwierdzona danymi identyfikującymi lekarza oraz jego podpisem. Każde zlecenie jest przyjmowane do realizacji przez personel pielęgniarski, a po zrealizowaniu każdorazowo w karcie zleceń wymagany jest podpis wraz z danymi identyfikującymi osobę wykonującą zlecenie. W badanych kartach zleceń bardzo często nie było autoryzacji ordynacji lekarskiej lub była ona niekompletna, tj. bez podpisu lub danych identyfikujących. Ponadto niejednokrotnie dokonywano nieautoryzowanych skreśleń lub zmian i to w kluczowych informacjach, takich jak dawkowanie czy nazwa leku.

W części obejmującej potwierdzenie realizacji zlecenia w większości wypadków pielęgniarki skrupulatnie potwierdzały wykonanie zlecenia, dodatkowo całość autoryzowały pielęgniarki oddziałowe. Ta rzetelność dokumentowania przez pielęgniarki nie gwarantuje jednak pełnego bezpieczeństwa pacjentów. Nieczytelne, pokreślone wpisy lekarskie mogą być przyczyną pomyłek, zastosowania niewłaściwego leku lub jego dawki.

Prawo

Podstawowym aktem normatywnym regulującym zagadnienie dokumentacji medycznej jest ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r. z późn. zm. Z niej właśnie wyprowadzone jest



„Zagrożeniem jest to, że w dokumentacji nie ma określenia zasadności przyjęcia chorego do szpitala, co może narazić lecznicę na straty w razie kontroli NFZ. Jest to jeden z najczęściej sprawdzanych przez płatnika obszarów”

rozporządzenie ministra zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Już samo pochodzenie regulacji wskazuje, że celem dokumentacji medycznej jest zbieranie i przetwarzanie informacji, których beneficjentem jest pacjent. Nawet ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych nie precyzuje zakresu dokumentacji oraz sposobu administrowania nią. Wprowadźcie zawody medyczne, takie jak pielęgniarka czy lekarz, mają swoje akty normatywne regulujące ich pracę (ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej), ale kwestia tworzenia dokumentów związanych z procesem leczniczym nie jest w nich ujęta.

Trzeba podkreślić, że praca lekarza i pielęgniarki związana jest z realizacją wspólnego procesu te-

rapeutycznego. Zakres kompetencji obu tych grup zawodowych, choć jest różny, to uzupełnia się, a nawet wykazuje duże zależności. Brak jasnych regulacji dotyczących przepływu informacji oraz obowiązku zapoznawania się z treścią tworzonych dokumentów stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Z wykonanego badania można wyciągnąć następujące wnioski dotyczące obszarów wymagających uregulowania:

- wywiad pielęgniarski i lekarski – wskazane jest połączenie wywiadu lekarskiego i pielęgniarskiego w jeden zbiór informacji, uzyskiwanych przy przyjęciu oraz w trakcie pobytu chorego w szpitalu. Będzie się to wiązać z obowiązkiem umieszczania zapisów obu grup zawodowych w jednym miejscu – część dokumentacji dotycząca przyjęcia do szpitala, część dokumentacji dotycząca przebiegu hospitalizacji;
- karta zleceń – w przepisach nie ma definicji karty zleceń. Jest to jeden z najważniejszych dokumentów, a tym samym stwarzający największe zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta. Wskazane jest określenie co najmniej wzoru druku karty zleceń, z jasnym zdefiniowaniem odpowiedzialności za wypełnianie części lekarskiej i pielęgniarskiej. Autoryzacja ordynacji leków oraz jej wykonania nie jest wystarczającym narzędziem eliminującym błędy podczas

terapii. Wskazane jest także nałożenie na lekarza prowadzącego obowiązku systematycznej kontroli realizacji przez pielęgniarki zleceń lekarskich;

- c) część historii choroby dotycząca hospitalizacji – wskazane jest uregulowanie zasad prowadzenia tej części dokumentacji. W przepisach nie została określona wymagana częstość wpisów oraz okoliczności, w których należy ich dokonać. O ile rozporządzenie ministra zdrowia wskazuje na zakres informacji, wymieniając konieczność udokumentowania wywiadu, badania przedmiotowego, zaleceń lekarskich, o tyle nie jest powiedziane, że wpisy takich należy dokonywać codziennie czy kilka razy dziennie. Regulacja tego zakresu dokumentacji powinna iść w parze z opisaniem dokumentacji pielęgniarskiej. Historie pielęgnacji prowadzone przez pielęgniarki stanowią bowiem odrębną część i nie ma obowiązku odwoływania się w niej do części lekarskiej ani korzystania przez lekarzy z opisów pielęgniarek. Z uwagi na to, że pobyt pacjenta w szpitalu to całodobowy proces diagnostyczno-terapeutyczno-pielęgnacyjny, wspólna dokumentacja medyczna będzie sprzyjać prawidłowości i bezpieczeństwu leczenia chorego;
- d) protokół operacyjny – rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej stawia wymóg tworzenia protokołów operacyjnych. W żadnym akcie wykonawczym ani normatywnym nie ma definicji tego dokumentu. Wskazane jest określenie minimalnego zakresu informacji niezbędnych do umieszczenia w protokole zabiegu. Ponadto opis zabiegu powinien stanowić na tyle istotną informację, aby obligatoryjnie zapoznawał się z jego treścią personel pielęgniarski i na tej podstawie mógł ustalać oraz modyfikować proces pielęgnacyjny. Trzeba też zwrócić uwagę, że operacje przeprowadzane są z udziałem pielęgniarek, instrumentariuszy, pielęgniarek anestesjologicznych. Zwyczajowo (nie ma bowiem regulacji prawnych) protokół zabiegu jest dokumentem przygotowywanym przez lekarza, a powinien być przez wszystkich biorących udział w zabiegu;
- e) karta informacyjna z leczenia szpitalnego – wskazane jest doprecyzowanie zakresu informacji zawartych w karcie w części dotyczącej opisu pielęgnacji i w części dotyczącej zaleceń pohospitalizacyjnych dla pacjenta. Karta informacyjna dotyczy wszystkich zdarzeń i czynności medycznych podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Należą do nich również czynności pielęgnacyjne i zalecenia dotyczące tych czynności po wyjściu pacjenta ze szpitala. Może się to odnosić również do części wypisowej i zawartej w niej epikryzy. Stanowi ona bowiem zwięzłe podsumowanie zawartości dokumentacji medycznej, a co za tym idzie – również dokumentacji pielęgniarskiej. Nie ma prawnego wymogu wspólnego sporządzania tej części historii choroby i udziału pielęgniarek

„Większość lekarzy wskazuje rozpoznanie przy przyjęciu w sposób bardzo ogólny. Kody systematyki chorób są podawane bez uszczegółowienia”

w tworzeniu karty informacyjnej, co sprawia, że chorzy często nie otrzymują kompletnej informacji i są narażeni na pogorszenie stanu zdrowia.

Brak personalnej odpowiedzialności

Przepisy nie wskazują jednoznacznej personalnej odpowiedzialności za prowadzenie historii choroby i za całość dokumentacji medycznej. Jedyne odwołanie znajdujemy w ustawie o działalności leczniczej oraz w rozporządzeniu ministra zdrowia, gdzie wskazano, że za tworzenie, przetwarzanie, przechowywanie i udostępnianie odpowiedzialny jest podmiot prowadzący działalność leczniczą. Tak ogólne wskazanie nie obarcza odpowiedzialnością personelu medycznego. W cytowanych aktach prawnych odnajdujemy elementy odpowiedzialności lekarskiej czy pielęgniarskiej wywodzące się bądź to z nazw samych dokumentów, bądź też z faktu, że opisują one czynności wykonywane przez daną grupę zawodową. Przykładem może być protokół operacyjny, co do którego można przyjąć domniemanie (nie jest to bowiem określone w przepisach), że dokument ten sporządza lekarz przeprowadzający zabieg. Można przyjąć, że za dany dokument w historii choroby odpowiedzialny jest ten, kto z punktu widzenia zarządczego jest właścicielem procesu, którego dotyczy ta część dokumentacji. Jest to najprostsza metoda zwiększenia odpowiedzialności, a jednocześnie wskazania obowiązku nadzoru konkretnej osoby nad prawidłowością dokumentowania świadczeń. Należy przy tym jasno sprecyzować, kto jest wykonawcą czynności lub procesu, oraz uregulować to w wewnętrznych normach zarządczych podmiotu prowadzącego działalność leczniczą.

Zwiększenie odpowiedzialności personelu medycznego nie może być określane wyłącznie na poziomie komórki organizacyjnej (oddział, klinika). Przypisanie określonych czynności związanych z prowadzeniem dokumentacji do czynności związanych z procesem diagnostyczno-terapeutycznym gwarantuje, że osoba wykonująca dane świadczenie jest odpowiedzialna za całość udokumentowania tego procesu przez wszystkie osoby biorące w nim udział. Błędne jest rozwiązanie, w którym ordynator oddziału podpisuje historię choroby po zakończeniu hospitalizacji i podpis ten odczytywany jest jako wzięcie odpowiedzialności za całą doku-



„Niejednokrotnie w części lekarskiej znajduje się adnotacja chorób towarzyszących nie zgłasza, a w pielęgniarskiej są wymienione choroby przewlekłe”

mentację i za zawarte w niej informacje. Personalizacja odpowiedzialności za dokumentację medyczną może być zrealizowana poprzez wdrażanie wewnętrznych norm (regulaminy, zarządzenia, procedury), które odnoszą się do procesów głównych realizowanych przez komórki organizacyjne w powiązaniu ze stanowiskiem pracy. Jeśli zatem procesem głównym jest wykonanie zabiegu i w realizacji tego zadania biorą udział lekarze i pielęgniarki, to każdą składową tego procesu możemy przypisać określonej osobie, nakładając na nią obowiązek udokumentowania tego zakresu, który dotyczy jego czynności.

Odpowiedzialność personelu medycznego za tworzenie dokumentacji medycznej często jest zwiększana poprzez wyciąganie konsekwencji dyscyplinarnych i finansowych w wypadku kar nakładanych przez odpowiednie instytucje (NFZ, organ założycielski), gdy jest ona błędnie prowadzona. Ma to podstawy w intencji zapisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych w zakresie wydatkowania funduszy pochodzących z NFZ. Zasada się ona na tym, że wszystkie pieniądze pochodzące od płatnika publicznego mają być wykorzystane na koszty udzielania świadczeń zdrowotnych. Kary za nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji i za nieprawidłowe rozliczenia świadczeń z powodu złej dokumentacji na ogół są następstwem niedopełnienia obowiązków przez personel medyczny. W wypadku medyków pracujących na rzecz szpitali w ramach tzw. kontraktów dochodzi do sytuacji, w której jako dostawcy udzielają oni usług

w sposób wadliwy i odpowiadają w całości za szkody wyrządzone odbiorcy usługi, czyli szpitalowi. W wypadku personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umowy o pracę możliwość obciążania stratami wynikającymi z nieprawidłowego dokumentowania świadczeń jest ograniczona przepisami kodeksu pracy. Można uzyskać efekt zwiększonego poczucia odpowiedzialności, gdy podmiot prowadzący działalność leczniczą w sposób rzetelny i na bieżąco informuje pracowników o zasadach prawidłowego prowadzenia dokumentacji. Odpowiedni program szkoleń prowadzi do zmiany sytuacji prawnej zatrudnionego na umowę o pracę personelu medycznego. W wypadku niestosowania się do przepisów pracodawca ma możliwość obciążenia pracownika całością szkody wyrządzonej mu w wyniku zaniechania lub niedbalstwa.

Nowe regulacje

Istnieje wiele obszarów wymagających regulacji prawnej i zarządczej. Odpowiedzialność personelu medycznego powinna się skupiać na postępowaniu minimalizującym prawdopodobieństwo popełnienia błędu, utracenia istotnej informacji, która może sprzyjać bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjenta oraz stosowaniu dobrej praktyki terapeutycznej. Nie istnieją idealne przepisy gwarantujące perfekcyjne prowadzenie dokumentacji i w stu procentach szczelne przekazywanie informacji pomiędzy lekarzem a pielęgniarką. Badany materiał uwidoczniał poważne problemy wynikające z mało precyzyjnego w tym zakresie prawa oraz braku właściwych norm zarządzania działalnością leczniczą. Brak standardów postępowania w działalności medycznej widzianej jako całość procesu diagnostyczno-terapeutycznego jest poważnym mankamentem szpitali w całej Polsce. Nie oznacza to, że opisywane zawody medyczne pozbawione są indywidualnej odpowiedzialności za bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki realizują swoje zadania, wykorzystując swoją najlepszą wiedzę, i uzyskują możliwie najlepsze efekty.

Ogólnie liczbę roszczeń (tj. spraw, które kończą się złożeniem skargi do izby lekarskiej, wnioskiem do wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, prokuratury, pozwem lub ugodą) można oszacować na 4500 rocznie. Duża część z nich ma podstawy w braku właściwego udokumentowania lub przepływu informacji pomiędzy personelem medycznym. Kategorie błędów i nieszczegółowości historii choroby opisane w badaniu wskazują na możliwość bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.

Niepokojące są statystyki wskazujące na to, że na niemal 1000 historii chorób nie ma nawet jednej pozbawionej uchybień. Świadomość zagrożenia, jakie powodują błędy, jest niska również z tego powodu, że nie ma danych o skutkach rozbieżności pomiędzy dokumentacją lekarską i pielęgniarską.

Rafał Janiszewski