

Jak zminimalizować



ryzyko prawne na dyżurze?

RADOŚLAW TYMIŃSKI, MAGDALENA DMUCH

Pełnienie dyżurów medycznych należy do jednych z najważniejszych zadań lekarza. Wielu znaczną część swojego życia spędza na dyżurach, ponieważ przepisy wymagają, żeby pacjentowi w lecznictwie szpitalnym zapewnić 24-godzinną opiekę medyczną¹. Jednocześnie truizmem jest stwierdzenie, że dyżury medyczne nie należą do najłatwiejszych obowiązków lekarskich. Z jednej strony są one wymagające fizycznie i psychicznie, z drugiej stanowią tę ryzykowniejszą część wykonywania zawodu lekarza. Z tego powodu na podstawie doświadczeń własnych – bo nie ma oficjalnych statystyk – stwierdzamy, że nie dziwi, iż wiele postępowań sądowych zarówno karnych, jak i cywilnych dotyczy działań podejmowanych przez personel medyczny w czasie dyżuru.

Czy wobec powyższego możliwe jest ograniczenie ryzyka prawnego związanego z dyżurowaniem? Tak – przedstawimy kilka refleksji, które choć oczywiście nie pozwolą na zapewnienie całkowitego bezpieczeństwa, to z pewnością w sposób znaczący wpłyną na zmniejszenie prawdopodobieństwa skierowania przeciwko wam aktu oskarżenia czy roszczenia cywilnego.

Po pierwsze, lekarz podejmujący się dyżurowania w określonym miejscu musi dokonać oceny ryzyka prawnego związanego z miejscem, w którym dyżuruje. Wielokrotnie bowiem mamy do czynienia z sytuacją gdy lekarz, prze-

ciwko któremu toczy się postępowanie, stwierdza: „wiedziałem, że tam nie należy dyżurować, ponieważ praca w tym szpitalu była źle zorganizowana”. Na przykład pracownia USG była czynna wyłącznie do godziny 18, drugi lekarz dyżurny szpitalnego oddziału ratunkowego nie był obecny podczas dyżuru czy nie była zatrudniona odpowiednia liczba lekarzy anestezjologów, co umożliwiłoby przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w trybie nagłym. Należy bowiem pamiętać, że braki kadrowe, niedomogi organizacyjne, nieprzestrzeganie powszechnych standardów czy wypracowanych instrukcji i procedur w znaczący sposób podnoszą ryzyko związane z pełnieniem dyżurów.

W powyższym kontekście zachęcamy do tego, by zobaczywszy pewne wadliwości organizacyjne zgłosić je do kierownictwa podmiotu leczniczego. Ma to dwie zalety. Pierwszą jest to, że w wielu sprawach sądowych okazuje się, iż kierownictwo podmiotu leczniczego nie miało świadomości niektórych problemów. Tym samym pismo uświadomienia problemy organizacyjne. Drugą jest to, że pisemne poinformowanie o nieprawidłowościach stanowi dowód zaangażowania lekarza w kwestie bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego, co w sprawie sądowej często ma istotne znaczenie w ocenie postępowania lekarza.

Po drugie, przed podpisaniem umowy cywilno-prawnej i przystąpieniem do realizacji dyżurowania należy prze-

przewodzący audyt tej umowy. Analiza przepisów umowy powinna zostać dokonana przez doświadczonego radcę prawnego lub adwokata, który ma wiedzę w zakresie funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia i realiów pracy lekarzy. Audyt taki powinien obejmować następujące kwestie:

- jasność i przejrzystość umowy – powszechnie wiadomo, że bardzo często wśród niejasnych postanowień ukrywa się to, co niebezpieczne,
- rozkład ryzyka prawnego pomiędzy lekarza a podmiot leczniczy – dobra umowa dokonuje proporcjonalnego rozkładu, niestety bardzo często zdarza się, że całe ryzyko jest przerzucane na lekarza. Szczególnie znaczenie ma analiza postanowień dotyczących zakresu obowiązków i uprawnień, kwestii odpowiedzialności za powierzony sprzęt, konsekwencji kar nałożonych przez NFZ czy odpowiedzialności cywilnoprawnej w sytuacji wystąpienia błędu medycznego,
- uregulowanie sytuacji szczególnych – jest prawdą, że umowa potrzebna jest wtedy, gdy coś się stanie. W dobrej umowie powinny więc znaleźć się przepisy ustalające prawidłowe postępowanie w przewidywalnych sytuacjach losowych – na przykład niepojawienie się zmiennika na dyżurze.

We wnioskach z audytu należy zwracać uwagę na przepisy obarczone istotnym zagrożeniem, czyli niekorzystne z punktu widzenia lekarza dyżurnego.

Po trzecie, po przejęciu obowiązków na dyżurze warto odnotować w dokumentacji medycznej (na przykład w księdze dyżurów, dzienniku), którzy pacjenci zostali przekazani pod opiekę. W adnotacji należy uwzględnić, jakie informacje zostały przekazane przez lekarza prowadzącego, w tym dotyczące hospitalizowanych wymagających podjęcia przez lekarza określonych działań (na przykład sprawdzenie wyników badań laboratoryjnych, zlecenie wykonania badań obrazowych, szczególny nadzór z uwagi na niepokojące objawy stanu zdrowia).

Po czwarte, w czasie dyżuru należy odnotować stan zdrowia każdego pacjenta w przebiegu (dekursusie), nawet jeśli taki wpis zawierałby wyłącznie krótką informację „stan ogólny średni, stabilny, dolegliwości nie zgłasza, leki kontynuowane według karty zleceń”. Przedmiotowe działanie stanowi niebudzące wątpliwości potwierdzenie tego, że w czasie dyżuru lekarz był u pacjenta i zainteresował się jego stanem zdrowia. Nadto, niejednokrotnie może wskazywać na obciążenie pracą podczas dyżuru i potwierdzić realne możliwości działania lub braku działania dyżurnego, na przykład brak możliwości prowadzenia stałej, indywidualnej obserwacji jednego z pacjentów.

Po piąte, dokumentacja medyczna powinna uwzględniać podejmowanie przez lekarza dyżurnego próby określonych działań, które ze względów niezależnych od niego nie zostały zrealizowane lub ich realizacja trwała dłuższy czas. Na przykład lekarz dyżurny, który uznał za zasadne

przeprowadzenie konsultacji specjalistycznej przez lekarza z innego oddziału, ale mimo kilkukrotnych telefonów czy rozmów konsultacja się nie odbyła, powinien ten fakt odnotować w dokumentacji medycznej. Warto też w takiej sytuacji powiadomić I dyżurnego szpitala i to odnotować. Podobnie powinno być w sytuacji, gdy dyżurny widzi podstawy do przewiezienia pacjenta do szpitala o wyższym stopniu referencyjności, co wiązało się z koniecznością przeprowadzenia kilku rozmów telefonicznych w celu ustalenia, gdzie są wolne miejsca.

Po szóste, należy pamiętać, że za decyzje podjęte wobec chorych na dyżurze odpowiada wyłącznie lekarz dyżurny. W związku z tym nie ma możliwości, aby decyzja o kierunku procesu diagnostyczno-leczniczego została podjęta przez kierownika oddziału czy ordynatora telefonicznie, ponieważ te osoby nie miały bezpośredniej styczności z chorym i nie mogły przeprowadzić osobistego badania podmiotowo-przedmiotowego. Choć oczywiście i powszechnie przyjęte w praktyce lekarskiej jest konsultowanie przypadków trudnych z lekarzem mającym większe doświadczenie zawodowe, to należy pamiętać, że ostateczna decyzja wobec chorego, podejmowana w czasie poza normalnymi godzinami funkcjonowania oddziału, należy do lekarza tam przebywającego i to on będzie odpowiadał za ewentualne niepowodzenie podejmowanych czynności.

Po siódme, warto prowadzić i przechowywać wskazany wyżej dziennik dyżurów, ponieważ jest to jeden ze sposobów, by lekarz mógł – po kilku miesiącach lub latach od zdarzenia – odzwierciedlić, jak przebiegał określony dyżur. W dzienniku muszą się znaleźć najważniejsze informacje z dyżuru – liczba pacjentów, operacji, interwencji na SOR, liczba konsultacji na innych oddziałach, sytuacje niezwykle. Na przykład – 14 grudnia, dyżur: siedemnastu pacjentów na oddziale, cztery operacje pilne z SOR, jedna reoperacja u pacjenta z powodu powikłań po appendektomii, trzy konsultacje na oddziale interny, jedna konsultacja na gastrologii, dwie konsultacje telefoniczne z lekarzami ze szpitala XY. Taki dokument może być zatem jednym z prostszych sposobów na pozostawienie „śladów”, które pomogą doprowadzić do uznania roszczeń pacjenta lub jego rodziny za bezzasadne, ponieważ będą poświadczają to, co się działo na oddziale i jak zapracowany był lekarz dyżurny.

Podsumowując: choć wdrożenie proponowanych rozwiązań niejednokrotnie może być problematyczne, to uwzględnienie ich w codziennej praktyce dyżurowania w sposób znaczący zmniejsza ryzyko wynikające ze spraw sądowych, których liczba w ostatnich latach, zwłaszcza w stosunku do personelu medycznego, stale się zwiększa.

Radosław Tymiński, radca prawny
Magdalena Dmuch, absolwent aplikacji radcowskiej

1 Por. art. 8-9 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 633 ze zm.).