

Okręgowy Sąd Lekarski w Gdańsku
80-204 Gdańsk
ul. Śniadeckich 33
OSL- 9 /Wu/2014

O r z e c z e n i e

W dniach 2014r. i 2014r. w siedzibie Okręgowego Sądu Lekarskiego w Gdańsku, Okręgowy Sąd Lekarski w składzie:

Przewodnicząca
Członkowie
.....
Protokolant

w obecności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
.....
po rozpoznaniu sprawy p-ko lek.
synowi i, ur. w
nr prawa wykonywania zawodu nr rejestru

Obwinionego o to, że:

będąc lekarzem specjalistą pulmonologii, odpowiedzialnym za leczenie pana w okresie co najmniej od 2009r. do 2013r. w Przychodni „.....” w wykazał brak staranności w diagnozowaniu raka płuc (TK), pomimo utrzymujących się takich dolegliwości jak gorączka, kaszel, krwiotłucie, pocenie się co spowodowało odroczenie w czasie właściwego rozpoznania i leczenia raka drobnokomórkowego płuca z zespołem żyły prawej górnej.

Ponadto lekarz dokonał następczego uszczegółowienia dotychczasowych wpisów do już wytworzonej przez siebie dokumentacji medycznej (historii choroby) p. z dnia,, 2012r, oraz 2013r, nie opatrując wpisów datą, podpisem i przyczyną dokonania wpisów, w celu dostosowania treści wpisów do stanu klinicznego pacjenta, czym naruszył art. 8 i art. 20 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz §4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

na mocy art. 53 i 78 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708)

I nie uznaje Obwinionego winnym zarzucanego mu czynu braku staranności w diagnozowaniu raka płuc u pacjenta i uniewinnia od postawionego zarzutu,

II uznaje Obwinionego winnym dokonania następczego uszczegółowienia dotychczasowych wpisów do już wytworzonej przez siebie dokumentacji medycznej pacjenta p. z dnia,, 2012r. oraz 2013r. bez dokonania wpisu daty, podpisów i przyczyny dokonania wpisów i na mocy art. 83 ust. 1 pkt. 1 i wymierza karę upomnienia.

III Kosztami postępowania obciąża Obwinionego Lekarza.

Członkowie

.....

.....

Przewodnicząca

.....

UZASADNIENIE:

W dniu 2013r. do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Gdańsku wpłynęła skarga na działalność zawodową lekarza lekarza rodzinnego i pulmonologa zatrudnionego w Przychodni "....." w W treści skargi zarzucono lekarzowi „brak staranności w postępowaniu diagnostycznym i medycznym” (zaniechanie skierowania na badania mogące zdiagnozować raka płuca, pomimo utrzymujących się dolegliwości takich jak gorączka, kaszel, pocenie się). Ponadto postawiono zarzut fałszowania dokumentacji medycznej (K ...-...).

W dniu 2013r. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Gdańsku (zwany w dalszej części Rzecznikiem) wszczął postępowanie wyjaśniające wobec lekarza (zwanego w dalszej części Obwinionym) w sprawie zaniechania badań diagnostycznych i opóźnionego rozpoznania raka płuca (K-...).

dowód: skarga, postanowienie o wszczęciu postępowania

W dniu 2013r, wobec śmierci pokrzywdzonego w 2013r. Rzecznik zwrócił się do syna o poinformowanie, czy będzie wykonywać prawa stron pokrzywdzonego w postępowaniu (K-...). W dniu 2013r. wpłynęło pismo od z potwierdzeniem dalszego uczestniczenia w sprawie w charakterze Pokrzywdzonego (K-...).

dowód: pismo Rzecznika z2013r., pismo z2013r.

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik w dniu 2014r. postawił lekarzowi zarzut, że będąc lekarzem specjalistą pulmonologii, odpowiedzialnym za leczenie pana w okresie co najmniej od 2009r. do 2013r. w Przychodni "....." w, wykazał brak staranności w diagnozowaniu i leczeniu poprzez zaniechanie wydania skierowania na badania mogące zdiagnozować raka płuc (TK), pomimo utrzymujących się takich dolegliwości jak gorączka, kaszel, krwioplucie, pocenie się, co spowodowało odroczenie w czasie właściwego rozpoznania i leczenia raka drobnokomórkowego płuca z zespołem żyły próżnej górnej.

Ponadto lekarz dokonał uszczegółowienia dotychczasowych wpisów do, już wytworzonej przez siebie, dokumentacji medycznej (historii choroby) p. z dnia,, 2012 oraz 2013r. , nie opatrując wpisów datą, podpisem i przyczyną dokonania wpisów, w celu dostosowania treści wpisów do stanu klinicznego pacjenta.

W ocenie Rzecznika stanowiło to naruszenie art. 8 i art. 20 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania.

dowód: *postanowienie o przedstawieniu zarzutów*

W dniu 2014r. Rzecznik skierował do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Gdańsku wniosek o ukaranie przeciwko lek.

dowód: *wniosek o ukaranie*

Na podstawie zebranego w sprawie i ujawnionego w sprawie materiału dowodowego Sąd ustalił i zważył, co następuje:

Obwiniony lekarz opiekował się od 2001r. jako lekarz rodzinny i pulmonolog. W tym czasie pacjent odbył u niego szereg wizyt (około 60) - opisy zawarte w dokumentacji. W ciągu tego okresu zgłaszał dolegliwości ze strony szeregu narządów. Dominowały objawy ze strony układu oddechowego o charakterze przewlekłych infekcji dróg oddechowych i zapaleń gardła, ale pacjent zgłaszał również objawy ze strony układu pokarmowego, objawy urologiczne, laryngologiczne, reumatologiczne, a w miarę upływu lat również objawy neurologiczne, w tym zaburzenia pamięci.

W związku ze zgłaszanymi przez Chorego różnymi dolegliwościami był on przez obwinionego lekarza kierowany do lekarzy różnych specjalności takich jak urolog, gastroenterolog, reumatolog, okulista, neurolog i innych, a również na odpowiednie badania dodatkowe (EKG, badania laboratoryjne ,spirometria. - K ...-...).

W ostatnich latach dominowały u chorego objawy ze strony układu oddechowego, takie jak odkrztuszanie śluzowo-ropnej plwociny. Otrzymywał skierowania na badania dodatkowe . Wykonane zostały badania rtg. kl. piersiowej : w dniu2008 b.zm. (K- ...), w dniu2009r. - drobne zmiany zapalne w dolnej części lewego płuca (K-...)

spirometrię, badanie krwi. Kolejne badanie rtg klatki piersiowej wykonane w dniu2012r. było w normie (K-...). W 2012r. chory zgłaszał odpluwanie galaretowatej plwociny, 1 lub 2 razy krwioplucie. Pomimo, iż Obwiniony miał wątpliwości co do faktu krwioplucia (zademonstrowana plwocina nie zawierała krwi), skierował chorego na bronchoskopię. W wykonanej w dniu2012r. bronchofiberoskopii fluorescencyjnej zmian podejrzanych nie stwierdzono, natomiast w posiewie wydzieliny oskrzelowej stwierdzono liczne bakterie (K-...). Chory otrzymał leczenie antybiotykami.

W dniu 2012r. na wizycie chory skarżył się na chrypkę. Obwiniony lekarz skierował pacjenta do laryngologa, umawiając mu osobiście termin konsultacji na dzień 2012r. Na tą konsultację chory nie zgłosił się (vide: zeznanie świadka lek. na rozprawie, wpis w dokumentacji laryngologa pod datą2012 : " chory nie zgłosił się ").

Następna wizyta pacjenta u Obwinionego lekarza miała miejsce w dniu2012r. - chory zgłaszał wówczas dolegliwości neurologiczne o charakterze rwy. Obwiniony zalecił leki objawowe (K-). Ostatnia wizyta u Obwinionego miała miejsce w dniu2011r. Chory zgłaszał wówczas bóle gardła (klinicznie gardło b. zm.). Obwiniony lekarz nie stwierdził niepokojących objawów ze strony płuc, a zwłaszcza zespołu żyły próżnej górnej (dokumentacja lekarska) i ostatecznie zalecił leczenie objawowe

W dniu 2013r. stan chorego nagle pogorszył się, rodzina wezwała do niego pogotowie ratunkowe z informacją, iż kontakt z chorym jest utrudniony, sugerowano udar mózgu. Lekarz pogotowia po przybyciu i zbadaniu chorego, nie stwierdził takich objawów, jedynie nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi, a zwłaszcza nie stwierdził objawów zespołu żyły próżnej górnej. Zlecił leczenie objawowe i dalsze leczenie u lekarza rodzinnego (vide: zeznanie świadka - lekarza pogotowia). Po powrocie do bazy lekarz ten odebrał telefon od syna tj., który poprosił o skierowanie ojca do szpitala. Drskierowanie takie wydał.

Chory został przyjęty na w W badaniu fizykalnym dnia2013r. , w dniu przyjęcia (K- ...), stwierdzono przekrwienie skóry twarzy, nad polami płucnymi opukowo odgłos rozedmowy. Dopiero w wykonanym badaniu rtg płuc stwierdzono zmianę w śródpiersiu, potwierdziło to badanie tomokomputerowe i po wykonaniu biopsji cienkoigłowej płuca, pod kontrolą TK w dniu2013r. rozpoznano raka drobnokomórkowego płuca, postać śródpiersiową z zespołem żyły próżnej górnej. Chory został przeniesiony na Oddział Onkologii tego samego Szpitala, gdzie otrzymał leczenie

standardowe: chemioterapię (3 kursy) i napromieniania mózgowia. Chory zmarł w 2013r.

Żona pokrzywdzonego w piśmie do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Gdańsku (karta 120 akt) podała, że w dniu2013r. pobrała z ww. Przychodni dokumentację męża za okres2010 –2013, w której to dokumentacji zostały później (.....2013) dokonane dopiski przez Obwinionego lekarza (K-), co stwierdziła porównując oba dokumenty i zakreślając dokonane wpisy ołówkiem.

Powyższych ustaleń faktycznych Sąd dokonał w oparciu o informacje zawarte w skardze pokrzywdzonego (K-....), zeznania świadka - (K-.....), opinię prof. dr hab. med. oraz zaliczone w poczet materiału dowodowego dokumenty w postaci dokumentacji medycznej Przychodni NZOZ „.....”, 2 komplety (K ...-...., K ...-....), dokumentację medyczną Powiatowego Centrum Medycznego w(K ...-....), dokumentację w (K ...-...), pismo do Rzecznika (K-....) oraz w oparciu o wyjaśnienia Obwinionego lekarza (K-, ...).

Sąd zważył co następuje:

Po wnikliwym rozpatrzeniu sprawy Sąd uznał, że na podstawie zebranego materiału dowodowego nie można uznać Obwinionego winnym zarzucanych mu przewinień w części dotyczącej diagnostyki i leczenia chorego

Zeznania świadków nie budzą wątpliwości Sądu co do ich wiarygodności. Zeznania świadków korelują bowiem w istotnych elementach ze zgromadzoną w aktach dokumentacją. Dokumentacja medyczna stanowi potwierdzenie faktów i wskazuje że lekarz , przez wiele lat prowadził właściwe postępowanie diagnostyczne i leczenie, chorującego na przewlekłe nawracające zapalenie oskrzeli.

Wyjaśnienia Obwinionego złożone w toku postępowania dowodowego i na rozprawach są spójne, logiczne i konsekwentne. Sąd dał wiarę wyjaśnieniom Obwinionego oraz oparł się na wpisach w dokumentacji z ostatniej wizyty z dnia2013r., podczas której Obwiniony nie stwierdził nasilenia objawów ze strony układu oddechowego, a zwłaszcza objawów zespołu żyły próżnej górnej a jedynie stan zapalny gardła i zalecił właściwe leczenie objawowe. Chory więcej do lekarza nie zgłosił się. Lekarz nie prowadził więc rozpoznania raka płuca, a żadne przez niego wykonywane wcześniej

badanie nie sugerowało takiego rozpoznania. Obwiniony wykazywał czujność onkologiczną i w momencie wystąpienia krwiopłucia - nawet przy istniejących wątpliwościach w ocenie Obwinionego, skierował go na ponadstandardowe badanie bronchofiberoskopowe fluoroscencyjne, które nie wykazało żadnych zmian w drzewie oskrzelowym.

Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wskazuje, że objawy mogące sugerować raka płuca wystąpiły w sposób nagły, ale i w tym dniu (..... 2013r.) u chorego nie stwierdzono zespołu żyły głównej górnej. Dowodem na to jest zeznanie świadka, lekarza Pogotowia Ratunkowego (vide: protokół z rozprawy2014r.) wezwanego do chorego w dniu2013r., który nie stwierdził u chorego objawów zespołu żyły próżnej górnej, jedynie podwyższone nieznacznie ciśnienie, chory gorączkował, skarżył się na ogólnie złe samopoczucie, lekarz wiedział że chory był leczony antybiotykami. Rozpoznanie raka płuca zostało ustalono dopiero w trakcie pobytu chorego w w, gdzie rozpoznano guz śródpiersia.

Zdaniem Sądu tak zwana postać śródpiersiowa raka płuc jest szczególnie trudna diagnostycznie. Rak drobnokomórkowy jest nowotworem o szczególnej złośliwości i tzw. „czas podwojenia” masy guza jest bardzo krótki, 25 - 160 dni. Potwierdziła to opinia biegłego - prof. oraz pisemna informacja przedłożona przez obrońcę - kompendium informacji na temat raka płuc autorstwa dr, (K). Informacje zawarte w tych dokumentach Sąd przyjął za własne. Sąd jednocześnie nie podzielił wniosków zawartych w tzw. opinii poza procesowej wykonanej na zlecenie przez z w ww. zakresie, a jedynie podzielił tylko ostatni wniosek dotyczący dokumentacji medycznej.

W świetle zebranego materiału dowodowego Sąd uniewinnił lekarza od zarzucanego mu przewinienia zawodowego tj. popełnienia przewinienia z artykułu 8 i 20 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Uniewinniając lekarza Sąd wziął pod uwagę zarówno materiał dowodowy, tzn. sposób prowadzenia pacjenta przez kilkanaście lat i wykazaną czujność onkologiczną w postaci wykonania bronchoskopii fluorescencyjnej w przypadku podejrzenia krwiopłucia. Typ nowotworu oraz jego lokalizacja stwarzały dobrze znane pulmonologom trudności diagnostyczne, znacznie utrudniające wczesne rozpoznanie nowotworu, zwłaszcza przy istniejących od dawna nawracających objawach ze strony dróg oddechowych i negowaniu przez pacjenta palenia papierosów (wpis w historii choroby – „nałogi neguje”), (K-.....).

Sąd uznał Obwinionego lekarza winnym zarzucanego czynu z § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz jej przetwarzania. Nie budziło w świetle zgromadzonego materiału dowodowego wina Obwinionego w tym zakresie. Wskazać trzeba w tym miejscu, że zgodnie z § 4 ust. 1 wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Kolejny ustęp ww. przepisu nakazuje, aby każdy wpis w dokumentacji był opatrzony oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. W ust. 3 ww. przepisu jednoznacznie wskazano, że wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. Obwiniony, dokonując zmian w dokumentacji medycznej - następczego uszczegółowienia dotychczasowych wpisów do już wytworzonej przez siebie dokumentacji, nie opatrując wpisów datą podpisem i przyczyną ich dokonania, złamał wyżej przytoczone przepisy.

Biorąc pod uwagę powyższe względy, Sąd postanowił za ten czyn wymierzyć Obwinionemu lekarzowi karę upomnienia. Sąd uznał, że kara upomnienia będzie adekwatna do stopnia winy i naruszenia przez niego zasad etyki zawodowej. W ocenie Sądu moc tej właśnie kary w zakresie prewencyjnego oddziaływania na środowisko lekarskie będzie odpowiednia. Z drugiej strony kara nagany, zawieszenia bądź pozbawienia prawa wykonywania zawodu byłaby karą zbyt surową. Istnieją przesłanki, aby przypuszczać, że Obwiniony powstrzyma się w przyszłości od działań sprzecznych z normami powszechnie obowiązującego prawa w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

Jednocześnie Sąd postanowił odpowiednimi kosztami postępowania obciążyć ukaranego lekarza.

Członkowie

.....

.....

Przewodnicząca

.....