

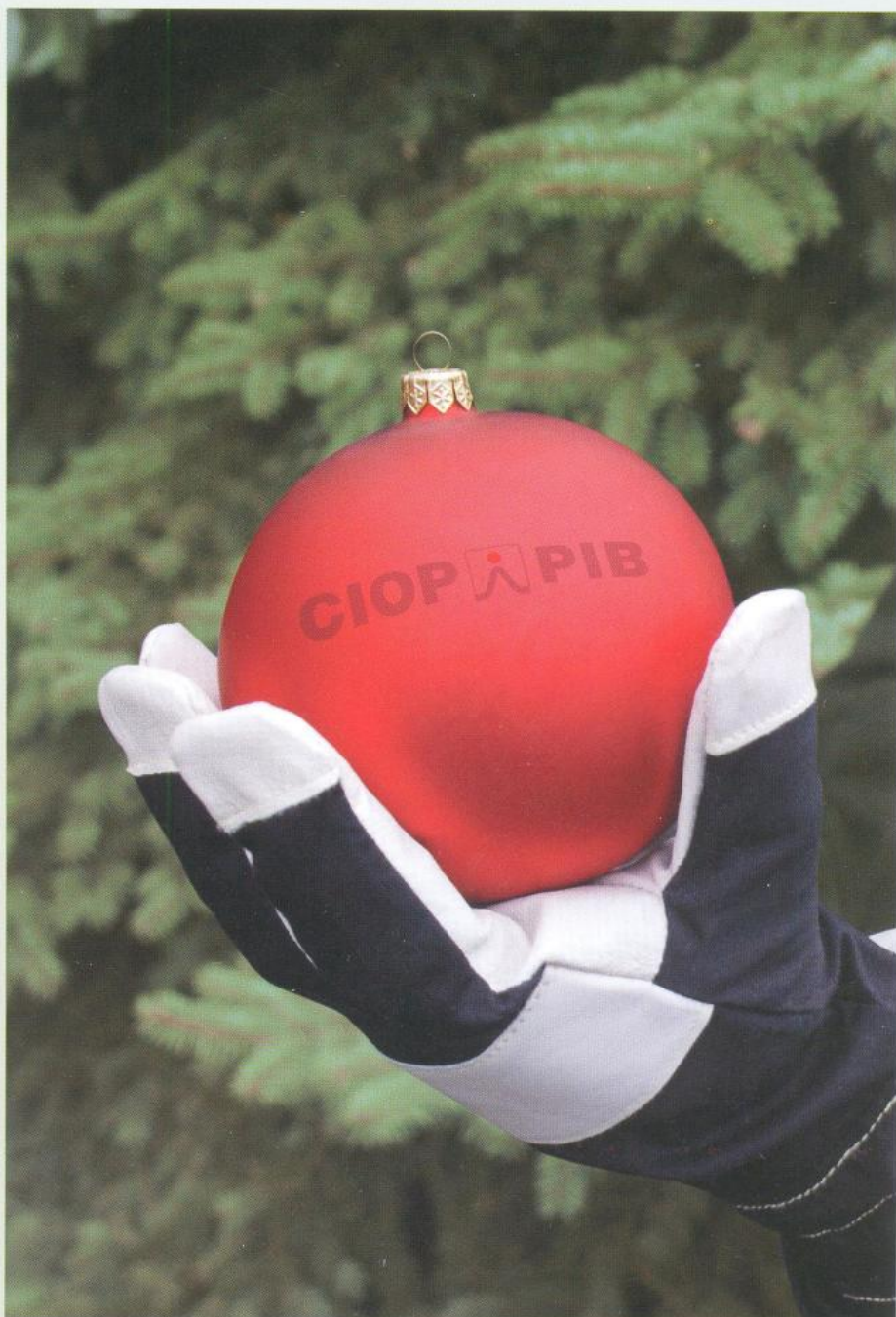
BEZPIECZEŃSTWO PRACY nauka i praktyka

12/2008

ISSN 0137-7043

Indeks 352543

Cena 10 zł (VAT 0%)



W numerze m.in.:

- Rozdano nagrody w:
Ogólnopolskim Konkursie Poprawy Warunków Pracy oraz
konkursie pn. „Nagroda za Dobrą Praktykę”
- Ochrona układu oddechowego przed bioaerozolami
 - Praca z komputerem przenośnym
 - Internetowe źródła informacji o bhp
 - Pracownik młodociany w budownictwie
- Znaczenie elementów systemu zarządzania bhp

12

CIOP  **PIB**

CENTRALNY INSTYTUT OCHRONY PRACY – PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

Udostępnianie dokumentacji medycznej zespołowi powypadkowemu

Na wstępie przytoczmy brzmienie § 6 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 lipca 1998 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz sposobu ich dokumentowania, a także zakresu informacji zamieszczonych w rejestrze wypadków przy pracy (DzU nr 115, poz. 744, z późn. zm.): „Niezwłocznie po otrzymaniu wiadomości o wypadku zespół powypadkowy jest obowiązany przystąpić do ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku, a w szczególności (...) 5) zasięgnąć opinii lekarza, a w razie potrzeby opinii innych specjalistów, w zakresie niezbędnym do oceny rodzaju i skutków wypadku”.

Problem polega na tym, że przepisy nie nakładają na lekarza obowiązku udzielenia zespołowi powypadkowemu jakichkolwiek informacji o stanie zdrowia poszkodowanego w związku z wypadkiem przy pracy. Zachodzi więc pytanie, w jakim trybie powinno nastąpić udostępnienie przez lekarza dokumentacji medycznej zespołowi powypadkowemu prowadzącemu postępowanie powypadkowe. Aby na nie odpowiedzieć, warto najpierw omówić, co obejmuje dokumentacja medyczna i jak jest sporządzana.

Dokumentację medyczną prawnie regulują m.in.: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 1997 r. nr 28, poz. 152 ze zm.), ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU nr 91, poz. 410 ze zm.), ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU nr 28, poz. 153 ze zm.), ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. DzU z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) i inne akty prawne.

Dokumentacja medyczna dzieli się na indywidualną i zbiorczą:

Dokumentacja indywidualna

– indywidualna wewnętrzna – prowadzona dla potrzeb zakładu opieki zdrowotnej to m.in.: historia choroby,

pisemna zgoda pacjenta na opiekę szpitalną i badania diagnostyczne, szczegółowe sprawozdanie np. z przebiegu zabiegu operacyjnego, postawiona diagnoza (zdarza się, że na podstawie danych lekarz poprzestaje na wpisaniu diagnozy)

– indywidualna zewnętrzna – prowadzona dla potrzeb pacjenta, m.in.: skierowania do lekarza specjalisty, szpitala, laboratorium, na badania diagnostyczne, leczenie sanatoryjne, rehabilitację; zaświadczenia, orzeczenia i opinie lekarskie itp.

Dokumentacja zbiorcza

Dokumentacja zbiorcza prowadzona jest w formie ksiąg, rejestrów, formularzy kartotek. Wszystkie oddziały szpitalne powinny stosować jednolity wzór dokumentacji. Specyficzne komórki, działy zakładu opieki zdrowotnej, np. laboratorium, pracownia diagnostyki obrazowej powinny kierować się własnymi wytycznymi, standardami określającymi zawartość dokumentacji oraz zasadami uzupełniania wpisów na bieżąco. Dokumentacja musi być prowadzona czytelnie, każda wizyta lekarza powinna być opatrzona datą, autoryzowana w dokumentacji pacjenta. Wpis nie może być usunięty – jeśli dokonany jest błędnie, należy go skreślić, opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej tego skreślenia. Wszystkie wpisy powinny być chronologiczne, czytelne, podpisane przez osoby je sporządzające oraz odpowiadać stanowi faktycznemu.

Dokumentacja medyczna powinna być sporządzona przez lekarza i, w miarę udzielania usług pacjentowi, uzupełniana przez inny personel medyczny, np. rehabilitanta czy psychologa. Historia choroby nie może składać się z dużej liczby luźnych, nieuporządkowanych – np. według dat – kartek, bez wpisanych wyników laboratoryjnych czy diagnostycznych. Dokumentacja medyczna obejmować powinna takie szczegóły, jak: indywidualna opieka nad chorym od chwili przyjęcia pacjenta na oddział do momentu wypisu, standardy zabiegów, np. pielęgniarskich. Standardy związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej obejmują także aspekty prowadzenia wspólnej dokumen-

tacji medycznej przez zespół pracowników medycznych, dostępność do dokumentacji w ciągu całej doby itp.

Bezpośredni wykonawca usługi medycznej – lekarz, pielęgniarka oraz inny personel – odpowiedzialny jest za prawidłowe prowadzenie i wykorzystywanie dokumentacji. Dokumentacja medyczna jest zasadniczym elementem dwóch priorytetów opieki zdrowotnej: systemu udzielania świadczeń oraz systemów informacyjnych wspomagających zarządzanie. Prowadzenie jej ułatwia zapewnienie kompleksowej i ciągłej opieki nad pacjentem, a także pomaga w dokonywaniu oceny zgodności udzielanych świadczeń z ustalonymi standardami. Jest także istotnym źródłem informacji dotyczącym wskaźników epidemiologicznych (np. zachorowalności czy chorobowości), jak i wykorzystywania zasobów systemu opieki zdrowotnej.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (T. jedn. DzU z 2007 r. nr 14 poz. 89, z późn. zm.) w art. 18 mówi, że:

1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu.

2. Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

3. Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1:

1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta,

2) zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,

3) właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru,

4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej,

w związku z prowadzonym postępowaniem,

5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,

6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,

7) rejestrom usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów

8) zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

4a. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej,

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji (...)

4f. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.

Kwestia prowadzenia dokumentacji medycznej uregulowana jest również w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (DzU nr 83, poz. 903), dotyczącym lekarzy prowadzących działalność w formie indywidualnej oraz grupowej praktyki lekarskiej, a także w rozporządzeniu

ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU nr 160, poz. 1135).

Również Kodeks Etyki Lekarskiej porusza temat dokumentacji medycznej. W art. 23 i 28 zapisane jest, że „Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem”. Z kolei orzecznictwo sądów lekarskich uważa nieprowadzenie lub wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej za samoistne przewinienie zawodowe, nawet wówczas, gdy w konkretnym przypadku nie było związku pomiędzy wadliwą dokumentacją a szkodą¹.

Należy także pamiętać o przepisach UE mówiących o ochronie danych, m.in.:

1. Europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i obywatela².

2. Konwencji Rady Europy nr 108 z dnia 28 stycznia 1981 r. o ochronie osób przed zautomatyzowanym przetwarzaniem danych o charakterze osobistym, gdzie zwrócono uwagę na fakt, że dane dotyczące stanu zdrowia poszczególnych osób nie mogą podlegać automatycznemu przetwarzaniu, chyba że prawo krajowe gwarantuje ich właściwe zabezpieczenie.

3. Dyrektywie 46/95, która wskazała zasady przetwarzania danych (mówi tylko o danych dotyczących stanu zdrowia), w tym administratorów danych i prawa osób, których dane dotyczą, nakazując ochronę niektórych kategorii danych, np. genetycznych. W komentarzach do dyrektywy podkreśla się, że przetworzenie danych o stanie zdrowia może zniszczyć prywatność osób.

4. Europejskiej Konwencji Bioetycznej.

5. Zaleceniu nr R/97/5 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczącym ochrony danych medycznych, zawierającym zasady zbierania i przetwarzania danych.

6. Rekomendacji Rady Europy R /83/IO z dnia 23 września 1983 r. dotyczącej ochrony medycznych danych osobowych wykorzystywanych dla celów badawczych i statystycznych.

7. Rekomendacji 818 (1977) dotyczącej osób chorych psychicznie.

8. Zaleceniu nr R/89/2 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczącym stanu zdrowia pracownika, objętego tajemnicą lekarską.

¹ M. Boratyńska, P. Konieczniak *Prawa pacjenta*. Difin, Warszawa 2001, s. 364

² E. Kulesza *Ochrona danych o stanie zdrowia w świetle ustawodawstwa europejskiego i polskiej ustawy o ochronie danych osobowych*. „Prawo i Medycyna”, nr 5/2000

Nie należy zapominać, że pacjent ma prawo do wglądu do swojej dokumentacji, a wynika to wprost z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (T. jedn. DzU z 2005 r. nr 226, poz. 1943 z późn. zm.), gdzie znajduje się następujący zapis:

„Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowaniu.

Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom tylko za zgodą pacjenta”.

Przytoczony przepis w połączeniu z art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest odpowiedzią na postawione na wstępie pytanie.

Zespół powypadkowy powinien zwrócić się do poszkodowanego w wypadku przy pracy (w tym przypadku jako pacjenta), aby upoważnił na piśmie członków zespołu do wglądu w dokumentację o swoim stanie zdrowia. Zespół, działając z upoważnienia pacjenta, powinien zwrócić się do zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza działającego w ramach prywatnej praktyki o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej, lub też zwrócić się bezpośrednio do poszkodowanego o dostarczenie tejże dokumentacji. Należy tu podkreślić, że nie zawsze w dokumentacji medycznej udostępnionej przez zakład opieki zdrowotnej lub lekarza prowadzącego prywatną praktykę lekarską widnieją wyraźne zapisy o stanie zdrowia pacjenta. Zespół, jeśli nie ma w swoim składzie lekarza, nie posiada kompetencji do samodzielnej interpretacji zapisów zawartych w dokumentacji medycznej i sformułowania na ich podstawie własnych wniosków. Dlatego można rozważyć powołanie w skład zespołu powypadkowego lekarza lub umożliwić zespołowi powypadkowemu zasięgnięcie opinii lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę medyczną nad pracownikiem. Na takiej podstawie lekarz sporządzi stosowną opinię, która będzie stanowić jedną z podstaw do kwalifikacji prawnej wypadku.

ANDRZEJ DZIEDZIC

Ekspert ds. bhp certyfikowany w CIOP-PIB
Dąbrowa Tarnowska

Z doświadczeń eksperta ds.

BHP