

Odpowiedzialność cywilna lekarza dentysty w postępowaniu pourazowym

Liability of a dentist in the post-traumatic proceedings

JOANNA ZEMLIK

Konsultant wojewódzki ds. stomatologii dziecięcej województwa świętokrzyskiego, stały biegły sądowy z zakresu stomatologii dziecięcej

Celem pracy jest omówienie regulacji prawnych obowiązujących w Polsce w relacjach pomiędzy lekarzem dentystą a pacjentem nieletnim i jego przedstawicielem ustawowym w postępowaniu pourazowym. Główne akcenty położono na: 1. problematykę odpowiedzialności cywilnej lekarza dentysty w postępowaniu pourazowym u dzieci oraz 2. prawidłowe prowadzenie pourazowej dokumentacji medycznej. Poprawa kompetencji lekarzy dentystów w zakresie prawa medycznego jest koniecznością z uwagi na wzrost ilości roszczeń przedstawicieli ustawowych pacjentów nieletnich związanych z postępowaniem pourazowym.

Słowa kluczowe: postępowanie pourazowe, dokumentacja medyczna, pacjent nieletni, przedstawiciel ustawowy pacjenta, odpowiedzialność cywilna w postępowaniu pourazowym, regulacje prawne

The aim of this study was to describe legal regulations regarding relationships between the dentist, juvenile patients and their statutory representative in post-traumatic treatment. The focus was on: 1. problems of the dentist's civil liability in post-traumatic treatment procedure in children and 2. correct medical post-traumatic documentation. The improvement of competence of dentists regarding medical laws is indispensable due to a growing trend of claims of statutory representatives related to post-traumatic treatment in juvenile patients.

Key words: post-traumatic treatment, medical documentation, juvenile patient, statutory representative, civil liability in post-traumatic treatment, legal regulations

© Hygeia Public Health 2012, 47(4): 403-407

www.h-ph.pl

Nadesłano: 30.10.2012

Zakwalifikowano do druku: 13.12.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Lek. dent. Joanna Zemlik
Gabinet Stomatologii Dziecięcej
ul. Prosta 37, 25-371 Kielce
e-mail: zemlik@kielce.com.pl

Uraz dziecka oraz postępowanie lecznicze z nim związane wiąże się z ogromnym stresem – zarówno dla pacjenta, jak i jego opiekuna oraz lekarza. Na osobie dorosłej spoczywa obowiązek sprawowania należytej opieki nad dzieckiem. Zarówno na rodzicach, jak i innych osobach odpowiedzialnych za bezpieczeństwo nieletnich, spoczywa obowiązek sprawowania należytej opieki nad małoletnim – m.in. na innych członkach rodziny, w tym na pełnoletnim rodzeństwie, wychowawcach, trenerach, opiekunach wycieczek, wychowawcach kolonijnych, ratownikach, którym na pewien czas rodzic powierza opiekę nad dzieckiem ufając, że będzie sprawowana należycie. Za wypadek dziecka odpowiada osoba dorosła – za zaniedbanie lub zaniechanie należytej opieki [1, 2, 3].

W związku ze wzrostem ilości postępowań roszczeniowych wiedza z zakresu prawa cywilnego staje się być koniecznością dla lekarza zabiegowego, jakim jest m.in. lekarz dentysta [5, 6, 7]. Postępowanie lecznicze, podejmowane w związku z urazem nieletniego,

stawia lekarza w niekomfortowym położeniu pomiędzy: 1. poszkodowanym nieletnim pacjentem i jego potrzebami leczniczymi, 2. przedstawicielem ustawowym, z którym lekarz jest obowiązany współpracować, oraz 3. ubezpieczycielem. Postępowanie zgodnie z procedurami zabezpiecza lekarza zabiegowego, jakim jest lekarz dentysta, przed odpowiedzialnością cywilną skutkującą wysokimi odszkodowaniami [5, 8].

Pamiętać należy, że jeśli w trakcie postępowania procesowego zostanie udowodnione działanie lekarza niezgodne z obowiązującymi procedurami, to firma ubezpieczeniowa może odmówić wypłaty odszkodowania, a zasądzoną wartość odszkodowania i zadośćuczynienia lekarz będzie zmuszony sfinansować sam [6, 9, 10].

Pamiętać należy, że pacjent nieletni jest nieskładkowym, nieświadomym i niekompetentnym użytkownikiem systemu ochrony zdrowia.

Przed przystąpieniem do czynności diagnostycznych i leczniczych przedstawiciel ustawowy dziecka

musi zostać poinformowany o następujących okolicznościach [7]:

1. aktualnym stanie zdrowia dziecka
2. rozpoznaniu
3. możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych
4. proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych
5. dających się przewidzieć następstwach zastosowania lub zaniechania metod diagnostycznych lub leczniczych
6. możliwych powikłaniach i zdarzeniach niepożądanych
7. wynikach leczenia
8. rokowaniu

Warunki uzyskania prawidłowej zgody na zabieg:

- zgoda świadoma, w pełni poinformowana
- wyrażona przez uprawniony podmiot
- wyrażona przed podjęciem czynności profilaktycznych, diagnostycznych lub leczniczych [7].

Warunkiem koniecznym do poddania pacjenta czynnościom leczniczym jest zgoda na leczenie. Zgoda pacjenta ma charakter odwoalny. Można ją skutecznie cofnąć zarówno przed przystąpieniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak i w trakcie jego udzielania. Zgoda przedstawiciela ustawowego na podjęcie leczenia musi być tzw. „niewadliwa”. Zgoda, która nie jest „objaśniona” jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet, gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej [11].

Ewentualny fakt braku zgody/sprzeciwu/odstąpienia od czynności diagnostycznych lub leczniczych musi być odnotowany w dokumentacji medycznej [12, 13], najkorzystniej z określeniem przyczyny braku zgody/odwołania zgody na przeprowadzenie czynności profilaktycznych lub leczniczych oraz podpisem przedstawiciela ustawowego pacjenta pod informacją o skutkach odstąpienia od zabiegu.

W przypadku kolizji stanowisk rodziców dziecka – ojciec i matka mają odmienne zdanie dotyczące toku postępowania leczniczego, lub niezgodnego stanowiska przedstawiciela ustawowego i nieletniego w przedziale wiekowym 16-18 roku życia, należy odstąpić od czynności, fakt odnotować w dokumentacji medycznej, poinformować o skutkach odstąpienia od zabiegu i uzyskać podpis pod adnotacją [12,13].

W przypadku protestu dziecka – które w sposób nie budzący wątpliwości wyraża sprzeciw poddania się czynnościom medycznym (płacz, krzyk, kopanie, gryzienie, itp.) należy dać czas rodzicom na wytłumaczenie dziecku jakim czynnościom będzie poddane i czemu mają one służyć. Opanowanie dziecka i nakłonienie do współpracy z lekarzem na-

leży do obowiązków rodzica [14]. Rozważyć należy stosowanie technik awersyjnego uwarunkowania zachowań oraz stosowania technik HOMAR (ręce na twarz z ograniczeniem dopływu powietrza) ponieważ w postępowaniu procesowym będą kwalifikowane jako przemoc wobec dziecka [15]. Odstąpienie od czynności wykonywanych na siłę wbrew woli dziecka jest wyrazem szacunku dla dziecka [16].

Lekarz może i powinien przekonywać pacjenta, ale nie wolno mu działać wbrew woli pacjenta [17].

Art. 192 kk

§1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch.

§2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta stanowi przestępstwo (art. 192 kk) zagrożone grzywną do 720 tys. zł, karą ograniczenia wolności do 1 roku albo karą pozbawienia wolności do lat 2. Zabieg taki jest zdelegalizowany również w sensie prawa cywilnego, a tym samym jego bezprawne wykonanie uzasadnia dochodzenie roszczeń odszkodowawczych. Zatem świadoma, w pełni poinformowana, inteligentna i oświecona zgoda na czynności pourazowe u nieletniego wydaje się być kluczem do zabezpieczenia przed roszczeniem. Prawidłowo informując pacjenta lub przedstawiciela ustawowego o ryzyku zabiegu, a następnie uzyskując uświadomioną zgodę, lekarz uwalnia się od odpowiedzialności za te niepożądane skutki zabiegu, o których poinformował i które zostały objęte świadomą zgodą pacjenta. W takiej konstrukcji formalno-prawnej przedstawiciel ustawowy pacjenta jest współodpowiedzialny za tok postępowania diagnostycznego, profilaktycznego lub leczniczego u dziecka po urazie.

W postępowaniu pourazowym zastosowanie mogą mieć również przepisy regulujące precyzyjnie tryb wykonania czynności bez zgody podmiotu uprawnionego do jej wyrażenia przed podjęciem czynności medycznych: Art. 7 UoZoz, oraz art. 33 UoZL [5, 6]. W takim przypadku w dokumentacji należy umieścić adnotację: pacjenta przyjęto na podstawie art. 7 UoZoz i art. 33 UoZL z uwagi na uzasadnione, wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań [18].

Powikłania przewidywane można wymienić, ale nie jest to niezbędne, bowiem w protokole powypadkowym są wymienione typowe następstwa urazów zębów mlecznych lub stałych.

Dokument powypadkowy powinien zawierać [12,13,18]:

- dane pacjenta lub dane personalne przedstawiciela ustawowego

- data, okoliczności zdarzenia i świadkowie wypadku
- dane/personalia osoby pod opieką której doszło do zdarzenia
- pierwsza pomoc
- stan kliniczny pacjenta w dniu przyjęcia
- możliwe powikłania i zdarzenia niepożądane
- przewidywany czas leczenia, ewentualnie ilość wizyt kontrolnych
- możliwe powikłania późne urazów zębów mlecznych lub stałych
- zastosowane leczenie
- zalecenia, w tym ewentualne skierowanie na badania dodatkowe, konsultację specjalistyczną lub hospitalizację
- oznaczenia zębów występujące w tekście
- klasyfikacja pourazowych uszkodzeń zębów w oparciu o którą dokument został sporządzony.

W przypadku kontaktu dziecka z materiałem zakaźnym (ślina, krew, ekskrementy i in.) właściwe jest umieszczenie adnotacji szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień lub zalecenie doszczepienia.

Nie jest konieczne umieszczenie w dokumencie informacji dotyczących sposobu finansowania postępowania pourazowego – ze środków publicznych czy z polis NW i NNW, ale z doświadczeń procesowych wynika, że zamieszczenie takich informacji skutecznie chroni lekarza przed nieuzasadnionym posądzeniem o wyłudzenie [19].

Finansowanie postępowania pourazowego – procedury okołourazowe i pourazowe

Procedury pourazowe i okołourazowe

Finansowane ze środków publicznych

- badanie z instruktą higieny
- badanie kontrolne 1 raz w ciągu 3 miesięcy
- 2 zdjęcia rtg w ciągu 12 miesięcy
- badanie żywotności miazgi
- znieczulenie powierzchniowe, nasiętkowe, przewodowe
- opatrunek leczniczy w zębie mlecznym
- opatrunek leczniczy w zębie stałym
- odbudowa uszkodzonego kąta
- postępowanie przy obnażeniu, skaleczeniu miazgi
- leczenie endodontyczne
- unieruchomienie ligaturą drucianą
- usunięcie zęba mlecznego lub stałego
- proteza dziecięca.

Finansowane z polis NW/NNW – procedury okołourazowe i pourazowe nie ujęte w katalogu świadczeń gwarantowanych

- Badanie po urazie ze sporządzeniem protokołu powypadkowego do celów orzecznich i odszkodowawczych

- Wizyta poza godzinami przyjęć
- Badanie kontrolne po urazie – 3, 6 i 12 tygodni od zdarzenia
- Premedykacja psychologiczna, farmakologiczna, sedacja
- Kontrola radiologiczna: powyżej 2 zdjęć wewnątrzustnych/przylegających, zdjęcia inne niż wewnątrzustne/przylegające
- Profilaktyka pourazowych zapaleń przyzębia – higienizacja częściej niż 1 raz w ciągu 12 miesięcy
- Pourazowe uszkodzenia zębów mlecznych
- Apeksyfikacja
- Uszkodzenia zębów stałych siecznych inne niż uszkodzenie kąta (złamania poprzeczne, poprzeczno-skośne, mieszane)
- Uszkodzenia zębów stałych innych niż zęby sieczne stałe
- Odtwarzanie uszkodzonych zębów stałych z wykorzystaniem własnych tkanek
- Zastosowanie elementów retencyjnych (piny, wkłady)
- Usunięcie fragmentu uszkodzonego zęba mlecznego lub stałego
- Unieruchomienie zębów mlecznych lub stałych szyną inną niż druciana
- Replantacja zęba/ów zwichniętego/ych całkowicie/wybitego
- Leczenie nadwrażliwości pourazowej zębów mlecznych lub stałych
- Leczenie pourazowych artropatii stawów skroniowo – żuchwowych
- Profilaktyka urazów wtórnych – zastosowanie osłon silikonowych na uszkodzone zęby mleczne lub stałe
- Leczenie odległych następstw uszkodzeń zębów mlecznych na uzębienie stałe
- Uzupełnienie protetyczne inne niż proteza dziecięca

Umieszczenie w dokumencie informacji dotyczącej statusu ubezpieczenia pacjenta lub adnotacja brak dokumentu ubezpieczenia ułatwia postępowanie egzekucyjne [20].

Badaniu kontrolnemu po urazie za każdym podlega wywiad w kierunku patologii uszkodzonego obszaru:

- doznania subiektywne pacjenta dotyczące uszkodzonego obszaru oraz narządów zmysłów lub pełne badanie przedmiotowe w przypadku słabej komunikacji werbalnej pacjentem,
- ocena higieny lub higienizacja jamy ustnej,
- ocena parametrów rozwoju fizycznego,
- ocena wieku zębowego,
- ocena zaburzeń stanu emocjonalnego związanego z urazem ewentualnie premedykacja psychologiczna, farmakologiczna lub sedacja,

- badanie żywotności miazgi uszkodzonych zębów – ocena reakcji na bodźce termiczne lub elektryczne,
- badanie perkusyjne,
- ocena translucencji,
- ocena kolorymetryczna uszkodzonego/ych zęba/ów obejmuje ocenę twardych tkanek zęba/ów oraz ocenę odbudowy kosmetycznej uszkodzonych zębów (analiza kolorymetryczna, szczelność systemów wiązających),
- badanie palpacyjne uszkodzonego obszaru,
- badanie ruchomości uszkodzonych zębów,
- badanie przyzębia w okolicy uszkodzonych zębów: przyczep/y więzadła/deł okrężnych, wysięk ze szpary ozębnowej, badanie głębokości kieszonek patologicznych pochodzenia urazowego periodontologiczną sondą kalibrowaną,
- ocena gojenia uszkodzeń tkanek miękkich jamy ustnej: struktur dna jamy ustnej, podniebienia miękkiego, języka, policzków,
- ocena gojenia uszkodzonych powłok skóry,
- badanie stosunków zwarciovych,
- badanie stawów skroniowo-żuchwowych,
- badanie palpacyjne napięcia mięśni żwaczowych,
- badanie toru swobodnego ruchu żuchwy,
- ocena rehabilitacji układu stomatognatycznego,
- ocena rehydratacji w przypadku odtworzenia twardych tkanek zęba przy pomocy własnych tkanek,
- ocena apeksyfikacji w przypadku uszkodzeń zębów stałych z niezakończonym rozwojem,
- ocena procesu wgajania zęba/ów w struktury okalające w przypadku replantacji całkowicie zwichniętego/tych zęba/ów,
- ocena bazy kostnej i podłoża protetycznego w przypadku utraty zębów mlecznych lub stałych.

Przedstawiciel ustawy podpisuje oświadczenie:

Oświadczam, że tożsamość dziecka, stan zdrowia dziecka, informacje dotyczące okoliczności zdarzenia (urazu) oraz status ubezpieczenia są prawdziwe. Protokół powypadkowy otrzymałem/am.

Poinformowano mnie o odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych informacji.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta, seria i numer dokumentu tożsamości.

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dotyczące okoliczności urazu zabezpiecza lekarza przed ewentualną odpowiedzialnością cywilną w przypadku, gdy opiekun dziecka celowo zataja informacje dotyczące okoliczności urazu lub stanu zdrowia dziecka lub rozmyślnie wprowadza lekarza w błąd [21], tym samym może przyczynić się do błędu diagnostycznego lub leczniczego, za który odpowiedzialnością cywilną mógłby być obciążony lekarz. Nie będzie takiego skutku, jeśli lekarz dowiedzie umyślnego działania/złej woli osoby dorosłej zgłaszającej się z dzieckiem po urazie do placówki ochrony zdrowia [22, 23].

Złożony po oświadczeniu podpis oraz seria i numer dokumentu tożsamości skutecznie wyłącza odpowiedzialność lekarza.

Pacjentowi udzielono wyczerpujących informacji dotyczącej zaplanowanego leczenia, protokół powypadkowy wydano (data, podpis lekarza).

Najczęstsze przyczyny oskarżeń lekarzy skutkujące roszczeniem i orzeczeniem:

1. Uchybienia w uzyskaniu zgody pacjenta na leczenie, w tym przekroczenie zakresu zgody, nawet jeśli lekarz działał zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej
2. Nieuzasadniona odmowa udzielenia pomocy lub odstąpienie od leczenia
3. Błąd diagnostyczny
4. Nieposzanowanie godności osobistej pacjenta i prawa do intymności pacjenta
5. Szkoda wyrządzona dziecku poczętemu
6. Naruszenie tajemnicy lekarskiej.

Piśmiennictwo / References

1. Konwencja o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, ratyfikowana przez Polskę w 1991.
2. Kodeks karny. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997. Dz.U. z 1997, nr 88, poz. 553 z późn. zm.
3. Kodeks cywilny. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964. Dz.U. 1964, nr 16 poz. 93.
4. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Ustawa z dnia 25 lutego 1964. Dz.U. 1964 nr 9 poz. 59.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Tekst jedn. Dz.U. z 2008, nr 136, poz. 857 z późn. zm.
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. z 1991, nr 91, poz. 408.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. z 2009, nr 52, poz. 417.
8. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz.U. nr 45 z 17 marca 2003, poz. 391.
9. Rozporządzenie Ministra Finansów z 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienia zaświadczenia zdrowotne. Dz.U. nr 283, poz. 2825.

10. Rozporządzenie Ministra Finansów z 28 grudnia 2008 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. Nr 3, poz. 10 VI ACa753/2006.
11. Drozdowska U. Dokumentacja medyczna. Eskulap, Warszawa 2011.
12. Drozdowska U. Zgoda i informowanie pacjenta. Eskulap, Warszawa 2010.
13. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Dz.U. z dnia 25 lutego 1964, nr 9, poz. 59.
14. Kaczmarek U. Metody adaptacji dziecka do leczenia stomatologicznego stosowane przez stomatologa – doniesienie wstępne. Czas Stomat 2009; 62, 1: 23-33.
15. Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997. Dz.U. 1997, nr 78 poz. 483 z późn. zm.
16. Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 (sygn. akt III CK 155/05).
17. Zajdel J. Prawo medyczne dla lekarzy dentystów. Kancelaria Progress, Łódź 2011.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych. Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń. Dz.U. z 2004, nr 261, poz. 2601.
19. Tuszkiewicz-Misztal E, Czajka K. Lekarz – dziecko krzywdzone. Aspekty etyczno-prawne. Dziecko Krzywdzone 2003, 5, 50-52.
20. Margolis A. Zespół dziecka maltretowanego, diagnostyka medyczna. Fundacja Dzieci Niczyje 1998.
21. Ziołocka B. Rozpoznanie przez stomatologa – lekarza pierwszego kontaktu zespołu dziecka maltretowanego. Dental Forum 2005, 2, XXXIII: 81-84.
22. Murphy MJ, Welbury RR. The dental practitioners role in protecting children from abuse. The ortofacial signs of abuse. Brit Dent J 1998, 184, 2,24: 61-65.
23. Zajdel J. Prawo w medycynie dla lekarzy zabiegowych. Kancelaria Progress, Łódź 2008.