



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.24.3.2023

Pani
Danuta Zawadzka
Dyrektor
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Augustowie
ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/047 – Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie ¹ , ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów
Kierownik jednostki kontrolowanej	Danuta Zawadzka, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie ² od 12 stycznia 2009 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta2. Przestrzeganie prawa do informacji3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 do czasu zakończenia badań kontrolnych
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Marek Ozga, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/166/2023 z 6 października 2023 r.2. Tomasz Jarocki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/169/2023 z 16 października 2023 r. (akta kontroli str. 1-5)

¹ Dalej: *Szpital* lub *SP ZOZ*.

² Dalej: *Dyrektor*.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Ustawa zwana dalej: *ustawą o NIK*.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Uzasadnienie oceny ogólnej

W Szpitalu nie w pełni prawidłowo przestrzegano praw pacjenta.

W SP ZOZ sprawowano właściwy nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Na bieżąco i rzetelnie rozpatrywano wpływające skargi, a do oceny jakości i warunków udzielanych świadczeń zdrowotnych wykorzystano wyniki badania satysfakcji pacjentów z 2023 roku. Również wewnętrzna procedura w zakresie rejestrowania zdarzeń niepożądanych wspierała działania naprawcze na rzecz przestrzegania praw pacjenta. Wprowadzone rozwiązania organizacyjne zapewniały świadczeniobiorcom dostęp do informacji o przysługujących im prawach wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁵. W SP ZOZ podjęto odpowiednie działania, które wpłynęły na zmniejszenie liczby osób oczekujących i umożliwiły pacjentom wcześniejsze uzyskanie świadczeń zdrowotnych. W efekcie na koniec lat 2019–2022 nie było kolejek pacjentów oczekujących na przyjęcie na oddziały. Zadbano także o właściwe przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej, zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej. Organizacja udzielanych świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ respektowała prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności, a warunki techniczne i sanitarno-higieniczne chroniły ich prywatność i zapewniały spokój pacjentom w stanach terminalnych.

Stwierdzono jednak nieprawidłowości, które polegały na:

- nieaktualizowaniu Regulaminu organizacyjnego SP ZOZ w zakresie dotyczącym struktury organizacyjnej i zakresu świadczonych usług zdrowotnych, co stanowiło naruszenie art. 24 ust. 1 pkt. 3 i 7 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁶,
- nieupublicznieniu części informacji wymaganych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁷ (§ 11 ust. 4 pkt 4 i 8), tj. informacji o procedurze rozpatrywania skarg w sześciu z siedmiu poddanych oględzinom komórkach organizacyjnych Szpitala, a w trzech – także informacji o numerach alarmowych,
- braku udokumentowania – wbrew wypracowanej w SP ZOZ praktyce – przekazania pacjentom w sześciu (z 14 badanych) formularzach rzetelnych informacji o planowanych zabiegach, a w jednym potwierdzenia czasu wyrażenia zgody na zabieg,
- prowadzeniu wszystkich pięciu kart postępowania przeciwbólowego oraz dwóch z pięciu kart profilaktyki i pielęgnacji odleżyn niezgodnie z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi,
- prowadzeniu części dobranych losowo dokumentacji medycznych (11 spośród 20) z naruszeniem postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁸, a dodatkowo części z nich niezgodnie z wypracowaną w SP ZOZ praktyką. W 10 (z 20) przypadkach brakowało podpisów na sporządzanych dokumentach, w jednej brakowało adnotacji o przyczynie błędu oraz daty i podpisu osoby dokonującej skreśleń i poprawek, a w czterech nie dochowano należytej staranności nie wytwarzając kart oceny ryzyka zakażenia w dniu przyjęcia pacjenta do SP ZOZ i/lub kart czynników zwiększających ryzyko zakażenia,
- niezamieszczeniu na stronach internetowych SP ZOZ informacji o systemie monitoringu wizyjnego, wbrew postanowieniom art. 24 ust. 2 w zw. z art. 23a ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dz.U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm. Dalej: *ustawa o prawach pacjenta*.

⁶ Dz.U. z 2023 r. poz. 991, ze zm. Dalej: *ustawa o działalności leczniczej*.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm. Dalej: *rozporządzenie ws. OWU*.

⁸ Dz.U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm. Dalej: *rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności oraz oceny częściowe kontrolowanej działalności⁹

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta

Opis stanu faktycznego

1.1 Od 2019 r. do końca III kwartału 2023 r. (tj. do czasu kontroli NIK) w SP ZOZ nie było opracowanych wewnętrznych uregulowań dotyczących przyjmowania i ewidencjonowania skarg oraz trybu ich rozpatrywania. Dyrektor wyjaśniła, że w tym czasie Szpital okresowo pracował w trybie specjalnym, tzn. szpitala „covidowego”, „... co wpłynęło na ograniczone możliwości organizacyjne podmiotu w tym m.in. opóźnienie przygotowania procedury rozpatrywania skarg i wniosków. Zespół administracyjny był ograniczony również z uwagi na pracę zdalną. Wszystkie czynności wykonywane przez personel pracowniczy były podporządkowane regulacjom funkcjonującym w okresie pandemii. W jej ocenie brak formalnej procedury „... nie miał wpływu na merytoryczne wyjaśnienie i udzielenie odpowiedzi na złożone skargi i wnioski ... wpływające w tym czasie do SPZOZ w Augustowie były rozpatrywane zgodnie z przepisami kodeksu postępowania administracyjnego oraz zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. Dyrektor wyjaśniła też, że po zapoznaniu się z treścią skargi lub wniosku przekazywała je do rozpatrzenia przez Z-cę Dyrektora ds. Medycznych lub pracownika powołanego na stanowisko Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, którzy w zależności od rodzaju i zakresu skargi lub wniosku żądali dalszych wyjaśnień od lekarzy kierujących oddziałem lub poradnią. Po zakończeniu postępowania wyjaśniającego, w terminie 30 dni (od daty wpływu pisma do Szpitala) Dyrektor udzielała odpowiedzi na złożoną skargę lub wniosek.

(akta kontroli str. 157, 231-234)

W badanym okresie do SP ZOZ wpłynęły cztery skargi na działalność Szpitala, wszystkie dotyczące nieprzebrzegania praw pacjenta¹⁰. Skarżący we wszystkich przypadkach zarzucali personelowi medycznemu SP ZOZ niewłaściwe (nieprofesjonalne / nieetyczne) zachowanie i odmowę udzielenia świadczeń zdrowotnych, głównie w sytuacjach braku umówionej wizyty na poradę lekarską lub teleporady. Dyrektor udzieliła we wszystkich przypadkach odpowiedzi. Po przeprowadzonych postępowaniach wyjaśniających:

- W dwóch przypadkach uznała zarzuty podnoszone w skargach za niezasadne¹¹.
- W jednym przypadku¹² poinformowała, że nie może ustosunkować się do stawianych zarzutów konkretnemu lekarzowi Poradni Pediatrycznej z uwagi na jego nieobecność w pracy (przebywał na długotrwałym urlopie bezpłatnym). Przyznała także, że taki incydent nie powinien mieć miejsca przy udzielaniu świadczeń medycznych i przeprosiła skarżącą za zaistniałą sytuację.
- W jednym przypadku zarzuty skarżącej potwierdziły się. Jednocześnie Dyrektor poinformowała skarżącą, że pouczonego pracownika rejestracji w zakresie odpowiedniego zachowania względem pacjentów i respektowania ich prawa do wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych¹³.

(akta kontroli str. 157-158)

W SP ZOZ nie sporządzano pisemnych analiz złożonych skarg, gdyż jak wyjaśniła Dyrektor „każda skarga była rozpatrywana na bieżąco w możliwie jak najkrótszym czasie (1 dzień / kilka godzin). Z osobami z personelu, których dotyczyła skarga, były prowadzone rozmowy po wystąpieniu zaistniałej sytuacji. Analiza odbywała się w dniu złożenia skargi najdalej dzień po

⁹ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁰ W latach 2019 – 2023 (do końca III kwartału) nie zgłaszano do SP ZOZ wniosków.

¹¹ Skargi z 6 kwietnia 2020 r. na niewłaściwe postępowanie lekarza poradni Ginekologiczno-Położniczej, odmawiającego świadczenia polegającego na wystawieniu e-recepty (w ramach kontynuacji leczenia w poradni) i odsyłania skarżącej do gabinetu prywatnego oraz z 5 kwietnia 2023 r. na sposób traktowania pacjenta przez lekarza Izby Przyjęć (lekceważące i opryskliwe traktowanie) oraz odmowę wystawienia zwolnienia.

¹² Skarga z 1 kwietnia 2020 r. na zachowanie lekarza POZ odmawiającego udzielenia świadczeń zdrowotnych (pacjentce niemówionej), pomimo braku innych osób w przychodni oczekujących na wizytę u lekarza oraz zalecającego dokonanie zakupu lekarstw we własnym zakresie przez skarżącą bez zbadania pacjentki.

¹³ Skarga zgłoszona 31 maja 2023 r. na niewłaściwe zachowanie personelu SP ZOZ (obsługi zgłaszającego się pacjenta do rejestracji) oraz odmowę udzielenia świadczenia, zgłoszona również telefonicznie do Rzecznika Praw Pacjenta i do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

incydencie. Wnioski były wyciągane bezpośrednio i interwencja zapobiegawcza odbywała się w sposób natychmiastowy. Dlatego też nie prowadzono pisemnych analiz zbiorczych”.

(akta kontroli str. 158, 382)

Procedurę rejestracji, rozpatrywania i załatwiania skarg opracowano w trakcie kontroli NIK, tj. 12 października 2023 r.¹⁴ Wskazano w niej w szczególności:

- Zakres przedmiotowy skarg i wniosków, w tym m.in. naruszenie praw pacjenta w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, zaniedbanie lub zaniechanie wykonania zadań, naruszenie praworządności lub słuszych interesów skarżących oraz ulepszenie lub usprawnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- Zakres podmiotowy – prawo do skargi przyznano pacjentom lub innym osobom uprawnionym.
- Tryb składania skarg i wniosków, które można było przekazać do SP ZOZ pisemnie, za pomocą faksu, drogą e-mailową, na skrzynkę e-PUAP lub ustnie do protokołu.
- Tryb rozpatrywania złożonych skarg i wniosków, w ramach którego:
 - po zapoznaniu się z treścią złożonych pism Dyrektor Szpitala wskazywał osobę do ich rozpatrzenia,
 - wyznaczony pracownik przeprowadzał postępowanie wyjaśniające korzystając z prawa do żądania od pracowników SP ZOZ pisemnych wyjaśnień, stosownych dokumentów lub wydania opinii,
 - na podstawie zgromadzonych materiałów przygotowywano w ciągu 30 dni od dnia złożenia skargi projekt odpowiedzi, a w przypadku niezakończonych skarg w tym terminie informowano skarżącego o nowym terminie jej załatwienia, z podaniem przyczyn przedłużenia czasu jej załatwienia.
- Przysługujące środki odwoławcze – wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składany w terminie 14 dni od doręczenia zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi lub wniosku.

(akta kontroli str. 192-199)

Informacji o trybie składania skarg nie zamieszczono na stronach internetowych Szpitala, co opisano poniżej w obszarze 3 w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

1.2 W SP ZOZ od 2015 r. wprowadzono do obowiązkowego stosowania ankiety – oceny satysfakcji pacjenta z pobytu w oddziale szpitalnym¹⁵. W ankietach pod ocenę pacjentów (w skali bardzo dobra, dobra, zła, bardzo zła) poddano m.in. [1] jakość obsługi przy przyjęciu do oddziału; [2] fachowość obsługi pielęgniarskiej (konkretność, profesjonalizm); [3] zapewnienie intymności i godności osobistej podczas zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki oraz podczas wykonywanych badań lekarskich; [4] udzielanie przez lekarzy informacji na temat proponowanego leczenia oraz rodzaju planowanych badań; [5] stopień poczucia bezpieczeństwa. W formie opisowej poproszono pacjentów o ocenę, co najbardziej podobało się im w oddziale i co powinno się zmienić.

Na podstawie opracowanych ankiet pierwsze zbiorcze badanie satysfakcji pacjentów przeprowadzono w styczniu 2023 r. Dyrektor wyjaśniła, że „Szpital wprowadził ankiety oceny satysfakcji pacjentów w 2015 roku. Ocena ankiet i wyciąganie wniosków odbywała się na bieżąco. Była one omawiane na każdym zebraniu Oddziałowych z Pielęgniarką Naczelną, a następnie z Dyrekcją Szpitala bez dokumentowania ich w formie pisemnej”.

(akta kontroli str. 181-185, 382)

Z analizy 567 dobrowolnych ankiet (z 610 rozdanych) przeprowadzonej w dniach 1-6 stycznia 2023 r. wynikało, że 97-98% pacjentów było zadowolonych z jakości obsługi lekarskiej i pielęgniarskiej, z ilości czasu poświęcanego pacjentom przez personel medyczny, z atmosfery, czystości i intymności. Na tym samym poziomie ocenili również sposób informowania ich na temat przebiegu leczenia i zapewnienie kontaktu z rodziną. Około 2% ankietowanych oceniało negatywnie jakość posiłków i niedogodności w zakresie sanitarno-higienicznym – brak łazienek i kabin prysznicowych w niektórych salach oraz

¹⁴ Zarządzenie Dyrektora SP ZOZ nr 34/2023 z 12 października 2023 r.

¹⁵ Zarządzenie Dyrektora SP ZOZ nr 29/2015 z 18 grudnia 2015 r.

sygnalizacji przywoławczej czy też lampek nocnych przy łóżkach (Oddział Chirurgii Ogólnej, Ginekologiczno-Położniczy, Chorób Wewnętrznych). (akta kontroli str. 186-191)

Dyrektor wyjaśniła, że uwagi wynikające z ankiet oceny satysfakcji były weryfikowane na bieżąco. Sprawdzone jakość, rodzaj, skład i temperaturę serwowanych posiłków, a uwagi przekazano firmie serwującej i osobom przygotowującym bezpośrednio posiłki w kuchni szpitalnej. W efekcie zmieniono podwykonawcę dostarczającego do Szpitala posiłki, a pacjenci „... prawie nie zgłaszają uwag dotyczących sposobu żywienia. (...) jesteśmy również na etapie wdrażania programu pilotażowego: *"Dobry posiłek w szpitalu"*. Pozostałe uwagi w zakresie warunków sanitarno-higienicznych zrealizowano podczas przeprowadzonych remontów. Dyrektor dodała, że „... staraliśmy się, by przy każdej sali pacjentów znajdowała się łazienka z węzłem sanitarnym. Obecnie po remontach są Oddziały: Chorób Wewnętrznych, Ginekologiczno-Położniczy, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Dział Rehabilitacji leczniczej. Na remont i doposażenie pomieszczeń oczekuje Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Pediatryczny. Szpital jest w trakcie pozyskiwania środków na przeprowadzenie wyżej wymienionych remontów (...) W oddziałach, w których przeprowadzono remonty, problem został zlikwidowany...”. (akta kontroli str. 382)

1.3 W okresie objętym kontrolą przeprowadzono w SP ZOZ ogółem 58 kontroli zewnętrznych, z czego 13 w 2019 r., jedną w 2020 r., 11 w 2021 r., 21 w 2022 r. i 12 w 2023 r. Analiza 10 postępowań kontrolnych, w których uwzględniano elementy dotyczące przestrzegania praw pacjentów w SP ZOZ, wykazała, że postępowania kontrolne nie wykazały istotnych nieprawidłowości i zakończyły się bez sformułowania zaleceń w zakresie poprawy respektowania praw pacjenta. W ich trakcie konsultanci wojewódzcy z poszczególnych dziedzin medycznych i kontrolerzy PUW uznali, że Szpital m.in.:

- właściwie upublicznia informacje o prawach pacjenta, oferowanych świadczeniach i o wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej,
- udziela na prawidłowym poziomie świadczenia zdrowotne objęte kontrolą,
- odpowiednio wykorzystuje przy udzielanych świadczeniach zdrowotnych posiadaną aparaturę medyczną i posiada jej wymagane atesty,
- prowadzona dokumentacja medyczna (w formie elektronicznej w systemie OPTIMED i w formie papierowej) jest kompletna, czytelna, właściwie autoryzowana i opatrzona datą,
- spełnia minimalne normy zatrudniania dla pielęgniarek i położnych ustalone zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ. (akta kontroli str. 142-154)

W latach 2019-2023 (do końca III kwartału) prowadzone kontrole wewnętrzne nie obejmowały problematyki przestrzegania praw pacjenta w SP ZOZ. (akta kontroli str. 151)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w SP ZOZ sprawowano bieżący nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta. Analizowano i rzetelnie wyjaśniano zgłaszane przez pacjentów skargi, a w trakcie kontroli NIK opracowano i wprowadzono procedurę ich rozpatrywania. Z kolei od 2015 r. wdrożono ankietę służącą jako narzędzie do badania satysfakcji pacjentów. Zebrane w 2023 r. oceny pacjentów nt. jakości i warunków udzielanych świadczeń zdrowotnych Szpital wykorzystywał na bieżąco do poprawy jakości posiłków i warunków sanitarno-higienicznych w trakcie prowadzonych remontów.

OBSZAR
Opis stanu
faktycznego

2. Przestrzeganie prawa do informacji

2.1 W SP ZOZ zapewniono, stosownie do postanowień art. 11 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta*, dostęp do informacji o prawach i obowiązkach przysługujących pacjentom, w tym m.in. w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych, wyrażania zgody na ich udzielanie, do poszanowania intymności i godności, dostępu do dokumentacji medycznej i zachowania tajemnicy informacji z nim związanych. (akta kontroli str. 23-42, 47-117, 200-203)

W dniu oględzin wybranych komórek organizacyjnych Szpitala¹⁶ ustalono, że w każdej z nich udostępniono informację o prawach pacjenta. Ich pisemną wersję umieszczono na tablicach ogłoszeń przy rejestracji do poradni oraz przy wejściach na oddziały szpitalne. Informacje „Prawa pacjenta w szpitalu” i „Twoje prawa w przychodni” umieszczono na stronie internetowej SP ZOZ (w zakładce prawa pacjenta)¹⁷ 9 października 2023 r., tj. po rozpoczęciu kontroli NIK. (akta kontroli str. 161-180, 515- 527)

2.2 W obowiązującym w SP ZOZ Regulaminie organizacyjnym¹⁸ ujęto wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 ustawy o *działalności leczniczej*, w tym m.in. dotyczące:

- struktury organizacyjnej SP ZOZ,
- rodzajów prowadzonej działalności leczniczej oraz zakresów i przebiegu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- miejsca udzielania świadczeń,
- organizacji i zadań poszczególnych komórek organizacyjnych,
- organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat i ich wysokości,
- wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Regulamin organizacyjny – przyjęty 26 września 2019 r. – nie był aktualizowany. Sprawę zgodności informacji w nim zawartych z danymi upublicznionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹⁹ oraz stanem faktycznym opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 9-46)

2.3 SP ZOZ umożliwił pacjentom zapoznanie się z informacjami dotyczącymi zakresu, miejsca i czasu udzielanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach Szpitala. Na stronie internetowej²⁰ zamieszczono m.in. dane o:

- stanie technicznym obiektów Szpitala – ze wzmianką o przeprowadzonych remontach i modernizacjach większości oddziałów i sal chorych,
- zatrudnianych przez Szpital lekarzach specjalistach stosownie do wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wyposażeniu w nowoczesną aparaturę medyczną,
- prowadzonej diagnostyce i stosowanym leczeniu schorzeń na poszczególnych oddziałach,
- projektach realizowanych przez Szpital, współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej²¹ i Budżetu Państwa²². (akta kontroli str. 204-217)

Na stronie internetowej Szpitala nie publikowano certyfikatów i informacji o spełnianych normach, ponieważ Szpital takich nie posiadał. Dyrektor wyjaśniła, że „rozpoczęto przygotowania do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego w I kwartale 2020 roku, jednak z uwagi na sytuację epidemiczną i przekształcenie szpitala w „covidowy” w okresie od 19 października 2020 r. do 19 maja 2021 r. działania w tym kierunku zawieszono. Wznowienie szkoleń personelu nastąpiło w I kwartale 2022 roku. Obecnie wniosek do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia został złożony w maju 2023 roku, czekamy na komisję weryfikacyjną”. (akta kontroli str. 244-246)

W trakcie prowadzonych oględzin stwierdzono natomiast, że pacjentom udostępniono na terenie poszczególnych oddziałów informacje i pozytywne opinie pacjentów dotyczące udzielonych świadczeń, przyznane SP ZOZ wyróżnienia oraz informacje o dofinansowaniu

¹⁶ Czterech oddziałów szpitalnych Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Ginekologiczno-Położniczego oraz dwóch poradni Chirurgicznej, Urazowo-Ortopedycznej.

¹⁷ <https://www.spoz.augustow.pl/prawa-pacjenta>

¹⁸ Wprowadzony zarządzeniem 26/2019 Dyrektora SP ZOZ w Augustowie z 26 września 2019 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu organizacyjnego SP ZOZ w Augustowie (zaopiniowanego uchwałą nr 5/2019 Rady Społecznej SP ZOZ w Augustowie z 26 września 2019 r.).

¹⁹ Dalej zwany też: RPWDL.

²⁰ <https://www.spoz.augustow.pl/>.

²¹ Np. Projekt nr LT-PL-4R-291 „Zwiększenie dostępności usług rehabilitacyjnych dla osób starszych” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Interreg V-A Litwa-Polska.

²² Np. realizacja zadania „Zakup sprzętu medycznego do centralnej sterylizatorni wraz z pracami budowlano-instalacyjnymi oraz doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny w SP ZOZ w Augustowie”.

realizowanych projektów ze środków publicznych oraz prywatnych wykorzystywanych na podnoszenie standardów jakości świadczonych usług zdrowotnych.

(akta kontroli str. 212-218, 515-519)

2.4 W SP ZOZ nie było opracowanej wewnętrznej procedury informowania pacjentów o planowanych zabiegach i pozyskiwania ich zgody na przeprowadzenie zabiegu lub procedury diagnostycznej o podwyższonym poziomie ryzyka. Dyrektor wyjaśniła, że „każdy pacjent ... już podczas pierwszego kontaktu jest informowany o trybie leczenia i podpisuje zgodę na badania i udzielenie świadczeń wymaganych stanem zdrowia pacjenta. Dodatkowo, (...) każdy oddział opracował własne formularze na dane zabiegi i badania zgodne z opracowaniami naukowymi i zaleceniami dobrej praktyki medycznej”. (akta kontroli str. 233)

Analiza dostępnych formularzy zgody pacjenta na zabieg lub procedurę diagnostyczną o podwyższonym poziomie ryzyka (dalej: formularz zgody) stosowanych w trzech wybranych oddziałach zabiegowych Szpitala wykazała, że umożliwiały one dostosowanie świadomej zgody pacjenta do konkretnej operacji/zabiegu i zawierały informację lub miejsce przeznaczone na opis wykonywanych zabiegów, w tym opis obejmujący dostępne metody leczenia, oczekiwane korzyści i ryzyka oraz możliwe następstwa rezygnacji z proponowanego leczenia. I tak:

- Oddział Chirurgii Ogólnej stosował cztery formularze zgody, w tym trzy zawierające pełną informacją dla pacjenta o zabiegu, dostępnych metodach leczenia, oczekiwanych korzyściach i ryzykach oraz możliwych następstwach rezygnacji z operacji/zabiegu²³, a w jednym przypadku stosowano formularz zgody ogólny z miejscami do wypełnienia informacjami o planowanej operacji/zabiegu.
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej stosował dwa formularze zgody, w tym na endoprotezoplastykę stawu biodrowego z pełną informacją dla pacjenta o zabiegu, dostępnych metodach leczenia, oczekiwanych korzyściach i ryzykach oraz możliwych następstwach rezygnacji z operacji/zabiegu oraz formularz zgody na operację z miejscami do wypełnienia informacjami o planowanej operacji/zabiegu.
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy stosował cztery formularze zgody, w tym trzy zawierające pełną informacją dla pacjenta o zabiegu²⁴, a w jednym przypadku stosowano formularz zgody ogólny z miejscami do wypełnienia informacjami o planowanej operacji/zabiegu. (akta kontroli str. 256-293)

Analiza 10 formularzy zgód na zabieg operacyjny (pięciu sporządzonych w Oddziale Chirurgii Ogólnej, dwóch w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i trzech w Ginekologiczno-Położniczym w sierpniu 2023 r.) wykazała, że:

- we wszystkich przypadkach dostosowano formularze zgody do wskazanego rodzaju planowanej operacji (zabiegu),
- przed każdą z nich uzyskano świadomą zgodę pacjenta na znieczulenie i przeprowadzono przedoperacyjne ankiety anesteziologiczne, a w jednym przypadku²⁵, wymagającym przeprowadzenia przed operacją właściwą badania laparoskopowego o podwyższonym stopniu ryzyka, uzyskano odrębną zgodę pacjentki na to badanie,
- zgody pacjentów wypełniane były w formie pisemnej przed zabiegiem,
- w siedmiu przypadkach pacjenci uzyskali rzetelnie informacje o konkretnie planowanej do wykonania operacji, w tym o oczekiwanych korzyściach i występujących ryzykach (potencjalnych powikłaniach). (akta kontroli str. 294-295)

W trzech (z 10) ustalono, że dwa formularze zgód na zabieg operacyjny pozostawiono częściowo niewypełnione i nie wskazano danych lekarza udzielającego informacji pacjentowi, a w jednym brakowało podpisu lekarza prowadzącego. Opisano to szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Stwierdzone
nieprawidłowości

²³ Formularze zgody: na plastyczne zaopatrzenie przepukliny pachwinowej sposobem Lichtensteina, laparoskopowe albo klasyczne (na otwarcie) wycięcie wyrostka robaczkowego i wycięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia) metodą laparoskopową, cholangiografia śródoperacyjna, rewizja dróg żółciowych.

²⁴ Formularze zgody: na przeprowadzenie leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową, na przeprowadzenie endoskopowego leczenia operacyjnego (laparoscopia, histeroscopia) i leczenia operacyjnego mięśniaków macicy drogą laparotomii.

²⁵ Pacjentka ujęta w księdze głównej Szpitala pod nr Ks.I 5291.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Regulamin organizacyjny SP ZOZ zawierał nieaktualne dane o strukturze organizacyjnej i wykonywanych świadczeniach zdrowotnych, przez co w Szpitalu nie określono w pełni struktury organizacyjnej zakładu leczniczego i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymaganych postanowieniami art. 24 ust. 1 pkt. 3 i 7 ustawy o działalności leczniczej. Dotyczyło to:

- niewykazania w Regulaminie funkcjonujących w SP ZOZ dwóch komórek organizacyjnych, tj. Poradni Alergologicznej i Poradni Okulistycznej, zgłoszonych odpowiednio 3 i 17 lipcu 2023 r. do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- niewykazania w Regulaminie wykonywanych świadczeń zdrowotnych w zakresie spirometrii ujętych w RPWDL i udzielanych pacjentom Szpitala,
- wykazania w Regulaminie komórek organizacyjnych, których nazwy nie odpowiadały danym ujętym w RPWDL i stanowi faktycznemu, w tym Poradni pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i Poradni położnej podstawowej opieki zdrowotnej, które w Regulaminie określono odpowiednio Poradnia (gabinet) pielęgniarki środowiskowej i Poradnia (gabinet) położnej środowiskowej rodzinnej.

Dyrektor wyjaśniła, że „aktualizacja regulaminu organizacyjnego była zaplanowana na grudzień tego roku. Wcześniej nie wykonywano pełnej aktualizacji danych, ze względu na stale zmieniające się warunki związane z pandemią COVID-19, kolejne decyzje Wojewody Podlaskiego następowo zwiększające liczbę łóżek na rzecz pacjentów zakażonych koronawirusem oraz dalsze przekształcenie SPZOZ w szpital wyłącznie covidowy, a także konieczność odtworzenia zasobów kadrowych i organizacyjnych po pandemii. Ponadto pracownik, który zajmował się kwestiami związanymi m.in. ze zmianami regulaminu organizacyjnego przebywa obecnie na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, przez co jego obowiązki musiały zostać przekazane innej osobie”.

(akta kontroli str. 16-17, 54, 56, 60, 94, 106-107, 116-117, 379)

2. W sześciu na 14 analizowanych formularzach oświadczenia pacjenta *Świadoma zgoda na operację*²⁶, wdrożonych i wykorzystywanych na poszczególnych oddziałach SP ZOZ, stwierdzono następujące braki:

- lekarze prowadzący pięciu pacjentów²⁷ nie uzupełnili w pięciu formularzach zgody na zabieg operacyjny opisu dostępnych metod leczenia, oczekiwanych korzyści i ryzyka planowanej operacji oraz możliwych następstw rezygnacji z leczenia, przez co nie udokumentowali przekazania pacjentom rzetelnych informacji o planowanym zabiegu,
- w jednej dokumentacji pacjenta²⁸ brakowało potwierdzenia daty i godziny złożenia przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego oświadczenia na zgodzie na zabieg operacyjny (co uniemożliwiało rzetelne ustalenie, czy zgoda została wyrażona przed czy po zabiegu).

Dyrektor wyjaśniła, że braki w formularzach potwierdzenia udzielenia przez lekarza stosownych informacji nie oznaczają, że takich informacji nie udzielono. Zabrakło tylko udokumentowania tego faktu, co było przeoczeniem wynikającym ze znacznego obciążenia personelu medycznego.

(akta kontroli str. 296-297, 314-321, 325-328, 346-348, 367-376, 380)

OCENA CZĄSTKOWA

W SP ZOZ wywiązywano się z obowiązku zapewnienia pacjentom dostępu do informacji o przysługujących im prawach. W miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych oraz na stronie internetowej Szpitala zamieszczono wymagane informacje. We wdrożonych i stosowanych w praktyce pięciu (z 14) formularzach oświadczenia pacjenta *Świadoma zgoda na operację* brakowało rzetelnego udokumentowania przekazania pacjentowi informacji

²⁶ W dwóch przypadkach na 10 losowo wybranych do badania formularzy zgód na zabieg operacyjny oraz czterech przypadkach wynikających z analizy 20 dokumentacji medycznych pacjenta.

²⁷ Zarejestrowanych pod nr Ks.I 5125, Ks.I 5264, Ks.I 3879/2022, Ks.I 1942 i Ks.I 4136/2021.

²⁸ Zarejestrowanego pod nr Ks.I 5196/2022.

dotyczących opisu dostępnych metod leczenia, oczekiwanych korzyści i ryzyka planowanej operacji oraz możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, a w jednym potwierdzenia miejsca, daty i godziny wyrażenia zgody na zabieg operacyjny przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (co uniemożliwiało rzetelne ustalenie, czy zgodę wyrażono przed czy po zabiegu). Z kolei obowiązujący w SP ZOZ Regulamin organizacyjny zawierał częściowo nieaktualne informacje dotyczące struktury organizacyjnej Szpitala, co było niezgodne postanowieniami art. 24 ust. 1 pkt. 3 i 7 ustawy o działalności leczniczej.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych

3.1 Stosownie do postanowień ustawy o działalności leczniczej, SP ZOZ został wpisany 1 stycznia 1993 r. do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego²⁹.

Analiza wprowadzania czterech zmian w danych rejestrowych³⁰ wykazała, że dokonano ich terminowo³¹. Z kolei przeprowadzone oględziny obiektów SP ZOZ wykazały, że przedstawione w rejestrze dane dotyczące struktury organizacyjnej i funkcjonowania SP ZOZ były aktualne i odpowiadały stanowi faktycznemu. (akta kontroli str. 115-141, 515-517)

3.2 Przeprowadzone oględziny wybranych obiektów Szpitala³² wykazały, że stosownie do wymogów § 11 ogólnych warunków umów, określonych w załączniku do rozporządzenia ws. OWU, SP ZOZ był właściwie oznakowany (tablicą ze znakiem graficznym Narodowego Funduszu Zdrowia³³ na zewnątrz budynku Szpitala) oraz upublicznił w miejscu udzielania świadczeń (na tablicach ogłoszeń przy wejściu głównym, w korytarzach oddziałów szpitalnych oraz w rejestracji ogólnej do poradni) wymagane informacje. W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że pacjentom udostępniono następujące informacje:

- O osobach kierujących pracą Szpitala oraz poszczególnych poradni specjalistycznych.
- O godzinach i miejscach udzielania świadczeń w ich poszczególnych zakresach, w tym dotyczących świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w siedzibie i pod telefonem dostępnym w SP ZOZ.
- Zasady zapisów na porady i wizyty, w tym udogodnienia dla osób niepełnosprawnych oraz możliwości i sposoby zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
- Sposoby potwierdzania prawa do świadczeń.
- Adres i numer telefonu komórki do spraw skarg i wniosków w POW NFZ.
- Prawa pacjenta.
- Adres i numer telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
- Adres i numer telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ.

(akta kontroli str. 515-520)

Sprawę braku upublicznienia informacji o obowiązującym trybie składania skarg i wniosków oraz o numerach telefonów alarmowych ratownictwa medycznego „112” i „999” opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

²⁹ Nr księgi rejestrowej 000000010716.

³⁰ Zmiany dotyczyły struktury komórek organizacyjnych SP ZOZ, w tym utworzenia w 2020 r. Izby Przyjęć Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, wprowadzenia zmian w 2022 r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz utworzenia w 2023 r. dwóch nowych poradni (alergologicznej i okulistycznej) oraz gabinetu diagnostyczno-zabiegowego.

³¹ Tj. przed upływem 14 dni od daty powstania zmian, termin wyznaczony w art. 107 ustawy o działalności leczniczej.

³² W tym czterech oddziałów szpitalnych (Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Ginekologiczno-Położniczego oraz dwóch Poradni: Chirurgicznej i Urazowo-Ortopedycznej).

³³ Dalej: NFZ.

3.3 Na dzień 31 grudnia lat 2019–2022 nie było kolejek oczekujących do oddziałów szpitalnych. Dyrektor wyjaśniła, że personel rejestrujący monitoruje harmonogramy i listy oczekujących do poszczególnych komórek organizacyjnych SP ZOZ. Z analiz wynikało, że pierwszy wolny termin przyjęcia na oddziały dla przypadków pilnych, jak i stabilnych jest datą bieżącą. Dyrektor dodała, że w okresie od 19 października 2020 r. do 19 maja 2021 r. SP ZOZ hospitalizował wyłącznie pacjentów z COVID-19. Od 20 maja 2021 r. do 31 marca 2022 r. następowało stopniowe przywracanie do stanu sprzed pandemii – w dalszym ciągu część zachowawczych oddziałów szpitalnych pozostawała przeznaczona wyłącznie na potrzeby pacjentów covidowych, wznowiono działalność zabiegową. Z dniem 1 kwietnia 2022 r. wszystkie oddziały Szpitala realizowały swój pierwotny zakres świadczeń.

(akta kontroli str. 244-247)

Według stanu na 31 grudnia dla poszczególnych lat z okresu 2019–2022, największą liczbę oczekujących odnotowano w następujących poradniach SP ZOZ:

- chirurgii urazowo-ortopedycznej – na poradę w omawianym okresie oczekiwało ogółem 1.455 pacjentów; od 2020 r. wzrastała liczba oczekujących z 282 do 474³⁴; w przedpandemicznym 2019 r. na 31 grudnia zanotowano 347 oczekujących³⁵,
- rehabilitacyjnej – 288 oczekujących, w tym odpowiednio: 43 (21 i 22), 39 (34 i pięciu), 30 (29 i jeden) oraz 176³⁶ (172 i czterech),
- ginekologiczno-położniczej – 90 oczekujących (przypadki stabilne) na koniec 2022 r.

(akta kontroli str. 386-395)

Odnosnie bieżącej weryfikacji prowadzonych list osób oczekujących w 2022 r. do poddanych badaniu poradni, tj. Rehabilitacyjnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Położniczo-Ginekologicznej, Dyrektor wyjaśniła, że w przypadku Poradni Rehabilitacyjnej rejestrację pacjentów prowadzili pracownicy Działu Fizjoterapii, którzy w przypadku możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia (w wyniku rezygnacji bądź niezgłoszenia się pacjentów w planowanym terminie) kontaktowali się z pacjentami drogą telefoniczną. W przypadku Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Położniczo-Ginekologicznej pracownicy rejestracji nie informowali pacjentów (zarówno pierwszorazowych, jak i kontynuujących leczenie) o możliwości szybszej realizacji świadczenia z uwagi na wciąż relatywnie dużą liczbę pozostałych pacjentów do przyjęcia na dany dzień w stosunku do możliwości poradni.

(akta kontroli str. 244-247)

Analiza ich funkcjonowania w ciągu sześciu losowo dobranych dni czterech miesięcy 2022 r.³⁷ wykazała, że liczba przyjętych dziennie pacjentów utrzymywała się na podobnym poziomie zarówno po rezygnacji/niezgłoszeniu się pacjenta w planowanym terminie, jak również gdy nie odnotowano takich przypadków.

(akta kontroli str. 383)

W latach 2019–2022 na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w wyznaczonym terminie, do ww. poradni szpitalnych nie zgłosiło się łącznie 4.607 pacjentów, w tym:

- 2.708 osób do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej odpowiednio: 443 w 2019 r., 971 w 2020 r., 598 w 2021 r. i 696 w 2022 r., co stanowiło odpowiednio 5,2%, 12,7%, 7,6% i 8,1% osób przyjętych w tym czasie w poradni,
- 1.171 osób do poradni rehabilitacyjnej odpowiednio dwie w 2019 r., 692 w 2020 r., 245 w 2021 r. i 232 w 2022 r., co stanowiło odpowiednio 0,1%, 32,4%, 22,4% i 9,7% osób przyjętych w tym czasie w poradni,
- 728 osób do poradni ginekologiczno-położniczej odpowiednio 407 w 2020 r., 46 w 2021 r. i 275 w 2022 r., co stanowiło odpowiednio 0% 20,7%, 10,3%, i 15% osób przyjętych w tym czasie w poradni.

(akta kontroli str. 386-387)

Odnosnie przypominania pacjentom o zaplanowanej wizycie (zabiegu) w SP ZOZ Dyrektor wyjaśniła, że:

³⁴ 282 na koniec 2020 r. (178 przypadków stabilnych i 104 przypadki pilne), 352 na 31 grudnia 2021 r. (199 i 153) oraz 474 na koniec 2022 r. (251 i 223).

³⁵ W tym: 266 przypadków stabilnych i 81 przypadków pilnych.

³⁶ Przypadki stabilne i pilne wyniosły odpowiednio: 21 i 22, 34 i pięć, 29 i jeden oraz 172 i cztery.

³⁷ Wybrano styczeń i maj 2022 r. w przypadku Poradni Urazowo-Ortopedycznej i Położniczo-Ginekologicznej, a listopad i grudzień 2022 r. w przypadku Poradni Rehabilitacyjnej.

- Oprogramowanie używane w SP ZOZ, tj. system ERP Optimed firmy Comarch nie jest wyposażone w system umożliwiający powiadamianie pacjentów o zaplanowanych świadczeniach, niemniej istnieje taka możliwość w przypadku świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia harmonogramów, w tym list oczekujących na udzielenie świadczenia, w czasie rzeczywistym w aplikacji AP-KOLCE udostępnionej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
- W powyższej aplikacji SP ZOZ prowadzi harmonogramy, w tym listy oczekujących do świadczeń: 1/ fizjoterapii ambulatoryjnej w Dziale Fizjoterapii; 2/ endoprotezoplastyki stawu biodrowego w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej; 3/ wycięcia macicy (histerektomii) – w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym; 4/ świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu – w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej; 5/ gastrokopii i kolonoskopii w Pracowni Endoskopowej Przewodu Pokarmowego.
- Powiadomienie o zbliżającym się terminie świadczenia w postaci wiadomości SMS na podany numer telefonu otrzymują wszyscy pacjenci Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, pacjentki oczekujące na zabieg histerektomii w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz pacjenci oczekujący na zabieg endoprotezoplastyki w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. W przypadku pozostałych rodzajów i zakresów świadczeń nie jest stosowany system powiadamiania. (akta kontroli str. 248)

3.4 Zgodnie z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*³⁸ Szpital umożliwił pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Odbywało się to za pośrednictwem Portalu pacjenta³⁹ Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie⁴⁰, który udostępniał użytkownikowi następujące funkcjonalności:

- W trakcie rejestracji pacjent dokonywał wyboru: 1/ poradni z listy Rodzaj poradni lub wpisanie jej nazwy; i/lub wpisanie nazwiska lekarza, do którego pacjent chciałby się zapisać; i/lub wpisanie nazwy poszukiwanej usługi medycznej lub wybranie jej z listy; 2/ preferowanej daty wizyty oraz godziny wizyty.
- Po dokonaniu rezerwacji terminu wizyty użytkownik powinien otrzymać dwie wiadomości e-mail: 1/ wstępne potwierdzenie rezerwacji terminu, wysłane przez portal bezpośrednio po dokonaniu eRejestracji; 2/ potwierdzenie terminu wizyty przez Szpital.
- Rezerwacja oczekująca na potwierdzenie terminu przez SP ZOZ oznaczona była odpowiednią ikoną. Gdy Szpital z jakiegoś powodu musiał zmienić bądź anulować rezerwację terminu, użytkownik portalu otrzymywał na adres e-mail stosowną informację z wyjaśnieniem.
- Użytkownik mógł monitorować nadchodzące terminy rezerwacji, jak również te wcześniej anulowane lub niepotwierdzone. Wykaz nadchodzących terminów wizyt zawierał: 1/ nazwę Szpitala; 2/ nazwę poradni; 3/ nazwisko lekarza; 4/ datę i godzinę planowanej wizyty; 5/ status rezerwacji. Poszczególne statusy rezerwacji oznaczone były kolorami: V – niepotwierdzona przez podmiot leczniczy (szary), V – potwierdzona przez podmiot leczniczy (zielony), X – anulowana przez użytkownika (pomarańczowy), X – anulowana przez podmiot leczniczy (czerwony).
- O wizycie zarezerwowanej przez portal system automatycznie przypominał o niej użytkownikowi, wysyłając na dzień przed terminem wiadomość e-mail i sms.
- Użytkownik miał możliwość zmiany wybranego terminu wizyty lub jego anulowania. W przypadku zmiany terminu wizyty również obowiązywała procedura potwierdzania przez Szpital.

³⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

³⁹ Dalej: *portal*.

⁴⁰ Projekt realizowany przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego współfinansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007-2013.

W latach 2019–2022 odsetek pacjentów rejestrujących się na wizyty w poradniach specjalistycznych SP ZOZ⁴¹ drogą elektroniczną wyniósł odpowiednio 0,27%, 0,3%, 0,2% i 0,08%⁴². (akta kontroli str. 218-226, 387)

3.5 W Szpitalu powołano⁴³ Zespół leczenia i monitorowania bólu oraz zasad oceny leczenia bólu w SP ZOZ w Augustowie. Do zadań zespołu należało w szczególności:

- rozwiązywanie problemów związanych z farmakoterapią przeciwbólową pacjentów Szpitala,
- analiza przypadków i możliwości terapii analgetycznej,
- opracowanie schematów leczenia bólu w poszczególnych przypadkach,
- analiza powikłań po działaniu leków używanych w terapii bólu,
- okresowa analiza terapii i monitorowanie bólu w Szpitalu,
- wdrażanie wśród personelu Szpitala aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu w zakresie monitorowania i leczenia bólu,
- nadzorowanie dostępności leków i sprzętu stosowanych w leczeniu bólu.

(akta kontroli str. 396-397)

Procedura monitorowania bólu u pacjentów uwzględniała algorytmy postępowania oceny i leczenia bólu w podziale na szpitalne oddziały niezabiegowe oraz zabiegowe (pacjenci nieoperowani i operowani)⁴⁴. W leczeniu bólu przez lekarza przewidywano zastosowanie szczebli drabiny analgetycznej⁴⁵, opracowane wytyczne uśmierzania bólu w zależności od rodzaju zabiegu oraz kartę oceny i postępowania przeciwbólowego i kartę pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego. Poziom bólu oceniano według skali numerycznej lub wzrokowo-analogowej⁴⁶. (akta kontroli str. 398-420)

Analiza losowo dobranej dokumentacji medycznej pięciu pacjentów, u których w 2022 r. stosowano leczenie przeciwbólowe⁴⁷, wykazała, że:

- po przyjęciu pacjentów do oddziału, w jednym przypadku (na pięć) oceniono poziom bólu i wpisano w karcie gorączkowej, co było zgodne z pkt. V.2 zarządzenia ws. leczenia i monitorowania bólu; w pozostałych czterech sprawach nie dokonano takiej oceny i nie dokonano wpisu w karcie gorączkowej, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*,
- w dwóch (z pięciu) analizowanych dokumentacjach medycznych nie założono kart postępowania przeciwbólowego, w tym: w pierwszym przypadku karty oceny i postępowania przeciwbólowego, a w drugim – karty pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*,
- we wszystkich pięciu analizowanych kartach postępowania przeciwbólowego, zgodnie z algorytmem postępowania, zaznaczono zlecone leki przeciwbólowe oraz określono stopień natężenia bólu 30–60 minut po podaniu leku,
- w dwóch (z pięciu) poddanych badaniu kartach postępowania przeciwbólowego, stosownie do algorytmu postępowania, odnotowano ocenę bólu co najmniej 3 razy w ciągu doby / 4 razy w ciągu doby przez co najmniej 3 doby pooperacyjne⁴⁸; w trzech analizowanych kartach oceny i postępowania przeciwbólowego ocenę bólu przeprowadzano rzadziej niż

⁴¹ Dane nie uwzględniają wizyt w Poradni Lekarza Rodzinnego i Pracowni Endoskopowej.

⁴² Było to odpowiednio 51, 46, 28 i 14 rejestrujących się.

⁴³ Zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie nr 7/2018 z dnia 22 lutego 2018 r. Dalej: „zarządzenie ws. leczenia i monitorowania bólu”.

⁴⁴ Dalej: „algorytm postępowania”.

⁴⁵ Drabina analgetyczna to zdefiniowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) schemat stosowania leków przeciwbólowych podawanych w celu zmniejszenia doznań bólowych chorego. Schemat ten zawiera trzy stopnie odczuwania bólu, do których przypisane zostały odpowiednie leki, jakie powinny być wykorzystane w celu jego zniesienia.

⁴⁶ Skala numeryczna (NRS – Numerical Rating Scale) zawiera 10 stopni nasilenia bólu od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 – najgorszy niewyobrażalny ból; w skali wzrokowo-analogowej (VAS – Visual Analogue Scale) pacjent wskazuje nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu do 10 – najsilniejszy ból.

⁴⁷ Z pięciu badanych dokumentacji medycznych trzy dotyczyły pacjentów nieoperowanych na oddziałach zabiegowych, a dwie – pacjentów operowanych na oddziałach zabiegowych.

⁴⁸ W zależności czy była to karta oceny i postępowania przeciwbólowego, czy karta pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego.

trzy razy na dobę, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*,

- w trzech (z pięciu) analizowanych kartach postępowania przeciwbólowego zgodnie z algorytmem postępowania odnotowywano stopień natężenia bólu; w dwóch pozostałych kartach brak było takiej oceny, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*,
- zgodnie z algorytmem postępowania, we wszystkich pięciu sprawach zlecano leki przeciwbólowe w karcie zleceń,
- w obydwu analizowanych przypadkach pacjenta operowanego, w obserwacjach przy wypisie nie odnotowano poziomu natężenia bólu, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 249-250)

3.6 W SP ZOZ nie prowadzono rejestru pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn, gdyż, jak wyjaśniła Dyrektor, weryfikacja liczby pacjentów z tego typu schorzeniami jest bardzo trudna; ponadto dodała, że tacy pacjenci mają zakładaną kartę profilaktyki i pielęgnacji odleżyn. Natomiast opracowano i wdrożono procedurę *Standard profilaktyki i leczenia odleżyn*⁴⁹. Jej celem było wyeliminowanie lub zmniejszenie do minimum występowania odleżyn oraz wdrożenie ciągłej zindywidualizowanej pielęgnacji przeciwoodleżynowej. Zgodnie z przyjętym dokumentem stopień ryzyka wystąpienia odleżyn oceniano u każdego pacjenta wg skali NORTON⁵⁰ w czasie pierwszych godzin jego pobytu na oddziale, a następnie jeden raz dziennie. Pacjentom zagrożonym powstaniem odleżyn / z odleżyną zakładano kartę profilaktyki i pielęgnacji odleżyn oraz ustalano indywidualny plan opieki w oparciu o odpowiednio: *Procedurę pielęgnacji pacjenta zagrożonego powstaniem odleżyny* i *Procedurę pielęgnacji pacjenta z odleżyną*.

Procedura pielęgnacji pacjenta z odleżyną przewidywała m.in.: określenie stopnia odleżyny i jej umiejscowienie, ustalenie działań leczniczo-pielęgnacyjnych, zasadny pielęgnacji, weryfikację planu działań. W Szpitalu na ogół przestrzegano obowiązującej procedury dotyczącej profilaktyki i leczenia odleżyn. Analiza losowo dobranej dokumentacji medycznej pięciu pacjentów, u których stosowano pielęgnowanie odleżyn wykazała, że we wszystkich kartach profilaktyki i pielęgnacji odleżyn: 1/ oceniono stopień ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjenta wg skali NORTON; 2/ realizowano plan profilaktyki, w szczególności poprzez: toaletę ciała 1–2 razy dziennie, zmianę pozycji co 2 godziny, oklepywanie i masowanie, natłuszczenie i nawilżanie, stosowanie środków pielęgnacyjnych, ocenę stanu skóry, stosowanie udogodnień (materac przeciwoodleżynowy), prześcieranie łóżka; 3/ realizowano plan pielęgnacji odleżyn, w szczególności poprzez: określenie miejsca odleżyny, ocenę odleżyny, zmianę pozycji co 2 godziny, odciążenie od ucisku (materac przeciwoodleżynowy), natłuszczenie i masowanie miejsc chorobowych, opatrunki. W trzech (z pięciu) kartach profilaktyki i pielęgnacji odleżyn określono stopień odleżyn, a w pozostałych dwóch nie wskazano takiego stopnia, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 235, 251-252, 448-452)

3.7 W Szpitalu opracowano i wdrożono procedurę postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych⁵¹. Jej celem było w szczególności: zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych; poprawa jakości usług medycznych dla pacjenta oraz monitorowanie zdarzeń niepożądanych. Katalog zdarzeń niepożądanych obejmował m.in.: 1/ upadki; 2/ wypadnięcie z łóżka; 3/ komplikacje wywołane nieprawidłowym podnoszeniem pacjenta; 4/ błędy związane z pobieraniem próbek krwi, obcogrupowe przetoczenie krwi; 5/ podanie niewłaściwego leku, niewłaściwa droga podania leku, niewłaściwe połączenie z innym lekiem; 6/ samobójstwo; 7/ inne zdarzenia, np.: niewłaściwa strona operowana, pomyłka w realizacji obowiązujących procedur postępowania z pacjentem.

W systemie nie określono zasad ochrony personelu zgłaszającego przed postępowaniem dyscyplinarnym i sądowym. Dyrektor wyjaśniła, że: „Szpital jest w trakcie opracowania

⁴⁹ Procedura z 13 maja 2018 r.

⁵⁰ W skali Norton ocenie podlega od jednego do pięciu stanów pacjenta: stan ogólny chorego, stan psychiczny, aktywność, zdolność poruszania oraz czynność zwieraczy. Maksymalna liczba punktów w skali Norton to 20. Ryzyko powstania odleżyn stwierdza się przy równej lub niższej od 14 punktów i rośnie wraz z malejącą ilością punktów.

⁵¹ Procedura z 21 kwietnia 2015 r.

procedur ochrony sygnalistów, jednak wdrożenie procedur zostało wstrzymane w związku z oczekiwaniem na uchwalenie ustawy o sygnalistach". (akta kontroli str. 463-467)

Natomiast zasady poufności odnoszące się do zapobiegania sytuacjom, w których dane osobowe pacjentów są udostępniane lub ujawniane nieautoryzowanym podmiotom czy procesom opisano w Instrukcji Obsługi Systemu Informatycznego⁵², pkt 2.8 Procedura dostępu podmiotów zewnętrznych oraz w Polityce Ochrony Danych Osobowych⁵³, pkt 3.12 Powierzenie przetwarzania danych osobowych innemu podmiotowi.(akta kontroli str. 494-509)

W latach 2019–2022 w Szpitalu odnotowano siedem zdarzeń niepożądanych, w tym: cztery w 2019 r., jedno w 2020 r. i dwa w 2021 r.

Analiza wszystkich siedmiu przypadków wystąpienia zdarzeń niepożądanych wykazała, że zgodnie z procedurą postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w każdej sprawie: 1/ założono kartę zdarzenia niepożądanego; 2/ pielęgniarka powiadomiła lekarza dyżurnego; 3/ w karcie opisano stwierdzone zdarzenie niepożądane⁵⁴ oraz okoliczność jego stwierdzenia⁵⁵; 4/ opisano podjęte działania korygujące.

W SP ZOZ powołano⁵⁶ zespół ds. zdarzeń niepożądanych. Do jego zadań należało w szczególności: 1/ identyfikowanie zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń; 2/ gromadzenie i poddawanie analizie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych; 3/ ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydawanie zaleceń i wyciąganie wniosków; 4/ przekazywanie informacji pracownikom. Zgodnie z procedurą postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych, w okresie objętym kontrolą zespół zbierał się w cyklach półrocznych pięciokrotnie, w tym: po dwa razy w latach 2019–2020 i jeden raz w 2021 r.⁵⁷. W trakcie posiedzeń zespołu analizowano przyczyny zgłoszonych zdarzeń niepożądanych oraz formułowano wnioski, np.: przypominanie pacjentom o konieczności wzywania pielęgniarki w razie potrzeby; edukacja pacjentów na temat zachowań w czasie pobytu w Szpitalu; edukacja prozdrowotna; instruktarz sprzętu medycznego ułatwiającego poruszanie się; zakładanie w łóżkach w razie potrzeby drabinek asekuracyjnych; informowanie personelu pomocniczego o obowiązujących procedurach. (akta kontroli str. 236-238, 253-255, 468-485, 493)

3.8 W okresie objętym kontrolą w Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć⁵⁸ prowadzonej w SP ZOZ odnotowano łącznie 1.004 odmowy przyjęcia do Szpitala, w tym odpowiednio osiem w 2019 r., 186 w 2020 r., 132 w 2021 r., 336 w 2022 r. i 342 do końca września 2023 r. Główną przyczyną odmów w tym czasie był brak wskazań do hospitalizacji, odpowiednio: osiem, 168, 65, 144 i 162 (100%, 90,3%, 49,2%, 42,9% i 47,4% wszystkich odmów), odmowa hospitalizacji przez pacjenta, odpowiednio: 14, 47, 72 i 56 (7,5%, 35,6%, 21,4% i 16,8% odmów) oraz inne względy⁵⁹, odpowiednio: jeden, 15, 108 i 119 (0,5%, 11,4%, 32,1% i 34,8% odmów). Sporadycznie przyczyną odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala był brak możliwości hospitalizacji leżący po strony SP ZOZ (brak w strukturze organizacyjnej oddziału świadczącego usługi specjalistyczne niezbędne pacjentowi). W omawianym okresie liczba takich przypadków wahała się od trzech w 2020 r. do 12 w 2022 r. W SP ZOZ nie odnotowano żadnego przypadku odmowy przez lekarza udzielenia świadczenia argumentowanego powołaniem się na klauzulę sumienia. Taki argument nie był również przedmiotem skarg pacjentów. Dyrektor podała, że żaden z lekarzy zatrudnionych w SP ZOZ nie składał oświadczenia o korzystaniu z klauzuli sumienia „z góry”, przed jej ewentualnym zastosowaniem. (akta kontroli str. 486-490, 493)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

⁵² Wersja 03-SZBI.v2 z 20 stycznia 2023 r.

⁵³ Wersja 02-SZBI.v2 z 20 stycznia 2023 r.

⁵⁴ M.in.: dwa przypadki złamania szyjki kości udowej; rozcięcie głowy; rozcięcie ucha; krwiak na czole.

⁵⁵ We wszystkich analizowanych przypadkach doszło do upadku pacjenta, spowodowanego m.in. zasłabnięciem, potknięciem, brakiem blokady łóżka.

⁵⁶ Zarządzeniem nr 15/2015 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie z dnia 21 kwietnia 2015 r.

⁵⁷ W 2020 r. w Szpitalu odnotowano jedno zdarzenie niepożądane; w 2022 r. – żadnego.

⁵⁸ Prowadzonej na zasadach określonych postanowieniami § 24 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

⁵⁹ W tym związane z przekierowaniem pacjenta na SOR w celu dalszej diagnostyki, przekierowania na oddział inny niż wskazany w skierowaniu lub ustalenie z pacjentem innego terminu hospitalizacji.

1. W trakcie oględzin ustalono, że SP ZOZ nie wywiązał się w pełni z obowiązku podania do wiadomości pacjentom części wymaganych informacji. Na tablicach informacyjnych sześciu z siedmiu komórek organizacyjnych objętych oględzinami, tj. Oddziałów Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgii Ogólnej i Chorób Wewnętrznych oraz Poradni: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgii Ogólnej i Chorób Wewnętrznych nie upubliczniono informacji o obowiązującym trybie składania skarg i wniosków do dyrekcji SP ZOZ, zaś na tablicach ogłoszeń trzech kolejnych, tj. Oddziałów Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, i Chirurgii Ogólnej oraz Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej nie zamieszczono informacji o telefonach alarmowych⁶⁰. Było to niezgodne z wymogami §11 ust. 4 pkt 4 i 8 ogólnych warunków umów, określonych w załączniku do rozporządzenia ws. OWU. Informacji o trybie składania skarg nie zamieszczono także na stronie internetowej SP ZOZ i na stronie Biuletynu Informacji Publicznych⁶¹, co było działaniem nierzetelnym.

Dyrektor wyjaśniła, że przeoczono obowiązek wywieszenia ww. informacji na oddziałach i w poradniach, ponieważ przyjęto, „iż ogólnie znany jest fakt przekazywania składanych skarg do sekretariatu kierownictwa Szpitala celem ich rozpatrzenia oraz to, że to na personelu Szpitala ciąży obowiązek reakcji i poinformowania odpowiednich służb, a nie na pacjentach. Dodała, że Obowiązki aktualizacji BIP należały do kierownika Działu Organizacji i Kontroli oraz Zamówień Publicznych, który nie wywiązywał się z tego zakresu i został odwołany z pełnienia funkcji kierownika. (...) Aktualnie strona internetowa SP ZOZ i BIP będą aktualizowane na bieżąco przez nowo powołanego kierownika Działu”.

(akta kontroli str. 380, 515-527)

2. We wszystkich pięciu badanych dokumentacjach medycznych dotyczących monitorowania i leczenia bólu stwierdzono braki i zaniechania naruszające zasady określone w wewnętrznym zarządzeniu ws. leczenia i monitorowania bólu. I tak:
 - W toku czterech (z pięciu) przyjęć pacjenta na oddział nie wpisano oceny poziomu bólu w karcie gorączkowej. Było to niezgodne z zapisami pkt. V.2 zarządzenia ws. leczenia i monitorowania bólu, zgodnie z którym: „Każdy pacjent przy przyjęciu na oddział powinien mieć oceniony poziom bólu (...) przez dyżurną pielęgniarkę i wpisany w karcie gorączkowej”. Jak wyjaśniła Dyrektor „oceniono natężenie bólu pacjenta, jednak przez nieuwagę i nawał obowiązków nie zostało to odtworzone w dokumentacji, mimo to leczenie przeciwbólowe było zastosowane, co wynika z karty zleceń lekarskich”.
 - W dwóch (z pięciu) analizowanych dokumentacjach medycznych nie założono kart postępowania przeciwbólowego, w tym w jednej dokumentacji – karty oceny i postępowania przeciwbólowego, a w drugiej – karty pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego. Tym samym nie założono wymaganych dokumentów, które miały potwierdzać, czy i jak leczono ból. Wg obowiązującego algorytmu postępowania: 1/ w przypadku pacjentów operowanych w oddziałach zabiegowych, przed zabiegiem następuje „założenie karty oceny i postępowania przeciwbólowego”, „lekarz odnotowuje w tej karcie ocenę bólu (...), pielęgniarka zaznacza w tej karcie podane leki i wpisuje ocenę bólu”, a po zabiegu „pielęgniarka odnotowuje poziom natężenia bólu zarówno w karcie pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego, jak i w karcie oceny i postępowania przeciwbólowego”; 2/ „W dniu zabiegu zakładana jest karta dokumentacji pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego”. Dyrektor wyjaśniła, że w pierwszej dokumentacji „omyłkowo nie założono karty oceny bólu i leczenia przed zabiegiem ze względu na ciężki stan pacjentki, konieczności jej ciągłej obserwacji (gestoza ciążowa) i nawał obowiązków wynikających ze stanu zagrożenia życia matki i płodu, pacjentka nie wymagała podawania leków przeciwbólowych przed zabiegiem”, a w drugiej „przez nieuwagę nie założono karty oceny bólu po zabiegu, ale leczenie przeciwbólowe było kontynuowane, więc pacjent był zaopatrzony w zakresie leczenia bólu”.
 - Wg trzech (z pięciu analizowanych) kart postępowania przeciwbólowego ocenę bólu przeprowadzano rzadziej niż trzy razy na dobę. Naruszało to zapisy algorytmu postępowania, zgodnie z którymi: „lekarz odnotowuje w tej karcie [oceny

⁶⁰ Tj. numerów "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego.

⁶¹ Dalej: BIP.

i postępowania przeciwbólowego] ocenę bólu co najmniej 3 razy w ciągu doby". W poszczególnych kartach ocenę natężenia bólu odnotowano odpowiednio:

- od 1 czerwca (godz. przyjęcia: 16.47) do 6 czerwca 2022 r. (godz. wypisu: 2.34) – siedem razy;
- od 2 czerwca (godz. przyjęcia: 20.00) do 6 czerwca 2022 r. (godz. wypisu: 10.51) – pięć razy;
- od 6 czerwca (godz. przyjęcia: 12.58) do 8 czerwca 2022 r. (godz. wypisu: 9.10) – cztery razy.

Dyrektor wyjaśniła, że w przypadku pierwszej karty „ze względu na ciężki stan pacjenta po urazie głowy, skupiono się na jego stanie neurologicznym, a nie słabo nasilonych dolegliwościach bólowych, nieprzekraczających 3 punktów w skali VAS, czyli małego nasilenia bólu, wobec czego przeoczono częstszą ocenę bólu i odnotowanie tego w dokumentacji medycznej”. Natomiast w przypadku dwóch kolejnych kart „przez przeoczenie i nawał obowiązków nie odnotowano oceny natężenia bólu, jednak leczenie przeciwbólowe zastosowano i odnotowano natężenie bólu po podaniu leków przeciwbólowych, więc sprawowano nadzór nad pacjentem i leczono go przeciwbólowo”.

- *W dwóch (z pięciu) kartach oceny i postępowania przeciwbólowego nie odnotowywano stopnia natężenia bólu. Zgodnie z algorytmem postępowania: „lekarz odnotowuje w tej karcie [oceny i postępowania przeciwbólowego] ocenę bólu (...)”. Dyrektor wyjaśniła, że „przez przeoczenie i nawał obowiązków nie odnotowano oceny natężenia bólu, jednak leczenie przeciwbólowe zastosowano i odnotowano natężenie bólu po podaniu leków przeciwbólowych, więc sprawowano nadzór nad pacjentem i leczono go przeciwbólowo”.*
 - *Poziomu natężenia bólu nie odnotowano również w obserwacjach przy wypisie dwóch operowanych pacjentów. Zgodnie z algorytmem postępowania: „Po zabiegu: (...) w każdym przypadku należy odnotować w obserwacjach przy wypisie poziom natężenia bólu”. Dyrektor wyjaśniła, że „przez przeoczenie przy wypisie pacjenta nie wpisano oceny, co spowodowane było nawałem obowiązków służbowych personelu”. (akta kontroli str. 227-230, 249-250, 421-447)*
3. *W dwóch⁶² (z pięciu analizowanych) kartach profilaktyki i pielęgnacji odleżyn nie określono stopnia odleżyn. Zgodnie z przyjętym w Szpitalu Standardem profilaktyki i leczenia odleżyn, Kryteria procesu/postępowania pkt. 2: stopień ryzyka wystąpienia odleżyn odnotowywany jest w karcie profilaktyki i odleżyn, a zgodnie z pkt. 2 Procedury pielęgnacji pacjenta z odleżyną, stanowiącej załącznik do ww. Standardu, należy określić stopień odleżyny. Dyrektor wyjaśniła, że „przez przeoczenie i nawał obowiązków nie określono stopnia odleżyn”. (akta kontroli str. 235, 251-252, 453-462)*

OCENA CZĄSTKOWA

W SP ZOZ zapewniono dostępność do świadczeń zdrowotnych w zakresie odpowiadającym zapisom ujętym w opublikowanym RPWDL. Podejmowane działania organizacyjne wpłynęły na zmniejszenie liczby osób oczekujących i umożliwienie im wcześniejsze uzyskanie świadczenia. W efekcie na koniec lat 2019–2022 nie było kolejek na przyjęcie na oddziały. W SP ZOZ przestrzegano wewnętrznej procedury w zakresie rejestrowania zdarzeń niepożądanych, a pozyskane dane stanowiły podstawę do podjęcia działań naprawczych służących zapewnieniu przestrzeganiu praw pacjenta. We wszystkich pięciu analizowanych sprawach personel medyczny nie prowadził prawidłowo kart postępowania przeciwbólowego, a dwie (z pięciu badanych) kart profilaktyki i pielęgnacji odleżyn wypełniono niezgodnie z obowiązującymi procedurami wewnętrznymi. Z kolei w sześciu (z siedmiu poddanych oględzinom) komórkach organizacyjnych wśród udostępnianych pacjentom informacji o warunkach udzielania świadczeń zabrakło przedstawienia trybu składania skarg i wniosków (takich informacji nie zamieszczono także na stronach internetowych Szpitala), a w kolejnych trzech – danych o telefonach alarmowych.

OBSZAR

⁶² Nr ks. Głównej / Nr ks. Oddziałowej: Ks.I 3310/2023 / 882/2023, Ks.I 6003/2023 / 1566/2023.

4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych

Opis stanu faktycznego

4.1 W latach 2019-2023 (do końca III kwartału) dokumentacja medyczna pacjentów była prowadzona w SP ZOZ w formie papierowej, z elementami wykonanymi w formie elektronicznej. Wykorzystywano do tego celu program informatyczny „System Obsługi Pacjenta OPTIMed”. W formie elektronicznej prowadzono m.in. dokumentację:

- historię choroby, w tym dotyczącą [1] przyjęcia pacjenta; [2] wywiadu i badania przedmiotowego; [3] wypisu; [4] kartę informacyjną,
- karty obserwacji, w tym obserwacji pielęgniarskiej, obserwacji lekarskiej, obserwacji miejsca operowanego, obserwacji rany, obserwacji pacjenta przed i w trakcie transfuzji,
- karty opieki pielęgniarskiej, a w tym pielęgniarską kartę procesu pielęgnowania pacjenta, indywidualnej kategoryzacji dobowej pacjenta, obserwacji wkluc obwodowych.

Dyrektor wyjaśniła, że „... wraz z przystąpieniem w 2014 roku do projektu Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie SPZOZ w Augustowie otrzymał wyposażenie techniczne oraz oprogramowanie – tj. System HIS Optimed firmy Comarch. Obecnie jest to oprogramowanie przestarzałe, skomplikowane, nieintuicyjne i nieprzyjazne w codziennej pracy – informacje wprowadzane są w wielu formularzach i zakładkach, często zbędnych i rozproszonych, co jest przede wszystkim bardzo uciążliwe, a zebrane dane trudno ocenić zbiorczo. Dokumentacja medyczna tworzona z wykorzystaniem systemu Optimed w dużej mierze zależy od funkcjonalności systemu i obciążona jest jego niedoskonałościami. Różne rodzaje dokumentacji medycznej zaproponowane odgórnie przez twórców programu nie zawsze okazują się użyteczne, co w niektórych przypadkach wymusiło pozostanie przy wersji papierowej ...” (akta kontroli str. 379-380)

Na podstawie badania losowo wybranych 20 dokumentacji medycznych pacjentów hospitalizowanych w 2022 r.⁶³ ustalono, że we wszystkich przypadkach indywidualna dokumentacja medyczna spełniała wymogi art. 25 ustawy o prawach pacjenta i zawierała m.in.:

- dane pacjenta umożliwiające jego identyfikację,
- dane podmiotu opieki zdrowotnej, ze wskazaniem komórki organizacyjnej udzielającej świadczeń medycznych),
- opis stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
- datę sporządzenia dokumentacji.

Ponadto badanie wykazało, że dokumentacja prowadzona była zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej, tj. była czytelna, uporządkowana, stanowiła chronologiczną całość i zawierała elementy wyszczególnione w § 10 tego rozporządzenia – z wyjątkiem braku części podpisów osoby udzielającej świadczeń, co wraz z innymi brakami i błędami w analizowanej dokumentacji opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 298-307)

4.2 W SP ZOZ warunki udostępniania dokumentacji medycznej zostały uregulowane zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Stosownie też do opracowanej i wdrożonej procedury Szpital m.in. :

- przyznał prawo dostępu do dokumentacji medycznej pacjentom, których dokumentacja dotyczyła (za okazaniem dowodu tożsamości), przedstawicielowi ustawowemu pacjenta (za okazaniem odpowiedniego dokumentu) oraz osobom upoważnionym przez pacjenta (na podstawie odpowiednich upoważnień), a po jego śmierci osobie upoważnionej przez pacjenta za życia oraz uprawnionym podmiotom publicznym,
- udostępniał dokumentację medyczną do wglądu lub poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,

⁶³ Wybrano spośród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Ginekologiczno-Położniczym.

- opracował i wdrożył formularz wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej (do pobrania w rejestracji do poradni specjalistycznych, w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej, na stronie internetowej⁶⁴). (akta kontroli str. 510-512)

Zasady odpłatności za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej ustalono w Szpitalu stosownie do postanowień art. 28 ustawy o *prawach pacjenta* i wskazano w Regulaminie organizacyjnym SP ZOZ oraz na jego stronie internetowej. Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (w okresie 1 września 2023 r. – 30 listopada 2023 r.)⁶⁵ ustalono na następującym poziomie:

- 1 strona wyciągu albo odpisu maks. 0,002 przeciętnego wynagrodzenia (14,01 zł),
- 1 strona kopii albo wydruku maks. 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia (0,49 zł),
- dokumentacja medyczna na elektronicznym nośniku danych maks. 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia (2,80 zł).

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej i wysokość opłat za jej udostępnienie upubliczniono w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych (na tablicach informacyjnych) oraz na stronie internetowej Szpitala. (akta kontroli str. 528-531)

W latach 2019–2023 do SP ZOZ wpłynęło łącznie 3.999 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentów (834 w 2019 r., 784 w 2020 r., 782 w 2021 r. 856 w 2022 r. i 743 w 2023 r.). W tym samym czasie podmioty publiczne zgłosiły 4.627 wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej (odpowiednio 1.001, 916, 889, 982 i 839).

Analiza losowo wybranych 20 postępowań w sprawie udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta (na wniosek osoby fizycznej) wykazała, że we wszystkich przypadkach dokumentację udostępniono:

- osobom uprawnionym, tj. pacjentom (13) i osobom upoważnionej przez pacjenta (siedem),
- w formie przewidzianej w obowiązującej procedurze, tj. w formie wyciągów, odpisów lub kopii,
- osobiście osobom składającym wniosek w 16 przypadkach oraz listownie na adres wskazany we właściwie sporządzonym wniosku o jej udostępnienie w czterech przypadkach.

W żadnym z analizowanych przypadków wnioskodawca nie został obciążony opłatą za udostępnioną dokumentację, zgodnie z warunkami określonymi w procedurze jej udostępniania⁶⁶. (akta kontroli str. 513-514)

4.3 W SP ZOZ zapewniono bezpieczeństwo przechowywanej dokumentacji medycznej. W trakcie oględzin obiektów Szpitala stwierdzono, że na potrzeby składowania i archiwizacji wersji papierowej dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów wykorzystywano wyodrębnione i zabezpieczone przed pożarem⁶⁷ pomieszczenia Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej SP ZOZ. W zamykanych i zabezpieczonych przed dostępem osób nieuprawnionych pomieszczeniach (archiwum znajdowało się na tyłach działu) przetrzymywano właściwie opisaną i pogrupowaną dokumentację, zaś w trakcie pobytu i leczenia pacjenta w Szpitalu jego dokumentację przechowywano na oddziałach w zamykanych pokojach lekarzy. (akta kontroli str. 525-526, 532-541)

Z kolei zgodnie z zapisami obowiązującej w SP ZOZ *Polityki Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych* przetwarzanie danych osobowych pacjentów powierzono przeszkolonemu⁶⁸ i upoważnionemu personelowi Szpitala w zakresie wynikającym z uprawnień nadanych przez administratora systemu. Dostęp do danych zawartych w prowadzonych kartotekach i rejestrach zabezpieczono, stosownie do wykonywanych obowiązków, systemem nadanych loginów i haseł. Wydruki systemowe dokumentacji medycznej pacjenta umożliwiały

⁶⁴ <http://spzoz.augustow.pl/dokumenty-do-pobrania>.

⁶⁵ Podstawę wyliczenia stanowiła wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim II kwartale 2023 r. (7.005,76 zł).

⁶⁶ SP ZOZ udostępniał dokumentację po raz pierwszy, z tytułu czego nie pobierał opłaty.

⁶⁷ Pomieszczenia wyposażone były w sygnalizację pożaru i gaśnice.

⁶⁸ Corocznie personel Szpitala uczestniczył w obowiązkowym szkoleniu z zakresu ochrony danych osobowych.

identyfikację czasu i osób dokonujących wpisów⁶⁹. Zadbano też o aktualizację oprogramowania systemu informatycznego wykorzystywanego do sporządzania dokumentacji medycznej⁷⁰. Codziennie wykonywana była również kopia zapasowa danych, którą przechowywano w odrębnym pomieszczeniu. Ponadto administrator systemu, w ramach wykonywanych obowiązków, sprawdzał systematycznie aktualność przyznanego personelowi SP ZOZ uprawnień. (akta kontroli str. 494-502, 557-563)

SP ZOZ systematycznie sporządzał analizę ryzyka w zakresie prowadzonej działalności, w tym obejmującą oceny ryzyka zagrożeń w odniesieniu do bezpieczeństwa dokumentacji medycznej. Z prowadzonych raz w roku analiz wynikało, że zidentyfikowane czynniki ryzyka nie mają istotnego wpływu na bezpieczeństwo wytwarzanej i przechowywanej dokumentacji medycznej. Na tej podstawie oceniono, że zagrożenie występuje w tej kategorii na poziomie niskim. (akta kontroli str. 567-587)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dokumentację medyczną 11 spośród 20 dobranych losowo pacjentów (hospitalizowanych w 2022 r.) prowadzono niezgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, a dodatkowo część z nich z wypracowaną w SP ZOZ praktyką, a tym samym nierzetelnie. Dotyczyło to:

- braku podpisu osoby udzielającej świadczeń w dokumentacjach dziewięciu pacjentów⁷¹ na sporządzanych kartach *oceny ryzyka zakażenia w dniu przyjęcia pacjenta do SP ZOZ* lub kartach *czynników zwiększających ryzyko zakażenia* albo na obu tych kartach, czym naruszono postanowienia § 10 pkt 3 lit. e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- braku podpisu lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Oddziałem Chorób Wewnętrznych w dokumentach dwóch pacjentów⁷² na karcie informacyjnej i wypisu z SP ZOZ, czym naruszono postanowienia § 10 pkt 3 lit. e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- braku w dokumentacji jednego pacjenta⁷³ adnotacji o przyczynie błędu oraz daty i podpisu osoby dokonującej skreśleń i poprawek w karcie pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego, czym naruszono postanowienia § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- braku w dokumentacjach czterech pacjentów⁷⁴ dwóch kart *oceny ryzyka zakażenia w dniu przyjęcia pacjenta do SP ZOZ* i dwóch kart *czynników zwiększających ryzyko zakażenia*.

Dyrektor wyjaśniła, że „poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej jest bardzo dużo. Karta oceny ryzyka zakażenia w dniu przyjęcia oraz Czynniki zwiększające ryzyko zakażenia są dokumentami zawierającymi dane zebrane przez lekarza na podstawie rozmowy przeprowadzonej z pacjentem (podobnie jak wywiad lekarski). Nie ma konieczności potwierdzania tych informacji przez pacjenta. Miejsce na podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego nie powinno się nadrukowywać na tych dokumentach, ale jest to jedna z sytuacji wynikająca z niedoskonałości używanego obecnie systemu Optimed.”
Dodziała, że „zdarzające się w braki w postaci braków podpisów personelu są przeoczeniem wynikającym ze znacznego obciążenia personelu medycznego”.

(akta kontroli str. 298-312, 322-324, 329-345, 349-366, 377-378, 379-380)

OCENA CZĄSTKOWA

Sposób przechowywania dokumentacji medycznej (w formie papierowej i elektronicznej) zapewniały jej bezpieczeństwo, co znajdowało odzwierciedlenie w systematycznie przeprowadzanych szacowaniach czynników ryzyka zagrożeń zabezpieczenia dokumentacji, ocenianych na poziomie niskim. Stosując się do wewnętrznych procedur udostępniania

⁶⁹ Z podaniem dnia, miesiąca, roku i godziny dokonania wpisu / zmiany w dokumentacji oraz wskazaniem danych personalnych pracownika, jego tytułu zawodowego i nr prawa wykonywania zawodu.

⁷⁰ Obecnie w SP ZOZ wykorzystywany jest system OPTIMED w wersji 6.60.737.

⁷¹ Zarejestrowanych pod nr Ks.I 4466/2022, Ks.I 3547/2022, Ks.I 1990/2022, Ks.I 3768/2022, Ks.I 5661/2022, Ks.I 807/2022, Ks.I 4188/2022, Ks.I pod nr 1487/2022 i Ks.I 4136/2022.

⁷² Zarejestrowanych pod nr Ks.I pod nr 1487/2022 i Ks.I 3547/2022.

⁷³ Zarejestrowanego pod nr Ks.I 1990/2022.

⁷⁴ Zarejestrowanych pod nr 4704/2022 i Ks.I 3879/2022, Ks.I 4188/2022 i Ks.I 4136/2022.

indywidualnej dokumentacji medycznej SP ZOZ przyznał dostęp do niej osobom upoważnionym w formach przewidzianych w wewnętrznych regulacjach. Nie dochowano natomiast należytej staranności przy prowadzeniu czterech (z 20) dokumentacji, bowiem niezgodnie ze stosowaną w Szpitalu praktyką brakowało w nich kart *oceny ryzyka zakażenia w dniu przyjęcia pacjenta do SP ZOZ* lub kart *czynników zwiększających ryzyko zakażenia*. Z kolei w 11 przypadkach na ww. kartach i na karcie informacyjnej i wypisu z SP ZOZ brakowało podpisów personelu medycznego lub pacjentów, co stanowiło naruszenie §10 pkt 3 lit. e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, zaś w jednej dokumentacji wbrew postanowieniom § 4 ust. 2 cytowanego rozporządzenia brakowało adnotacji o przyczynie błędu oraz daty i podpisu osoby dokonującej skreśleń i poprawek w karcie pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego.

OBSZAR

5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń

Opis stanu faktycznego

5.1 Oględziny czterech oddziałów szpitalnych⁷⁵ wykazały, że hospitalizowanym pacjentom zapewniono poszanowanie przysługującego im prawa do intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych i pobytu w Szpitalu. Wykazały one co następuje:

- We wszystkich oddziałach pacjenci przebywali w salach chorych liczących od dwóch łóżek (głównie na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym) do pięciu (Oddział Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej)⁷⁶.
- Większość sal chorych posiadała węzeł sanitarny wyposażony m.in. w sedes, umywalkę, mydło, ręczniki papierowe i papier toaletowy⁷⁷. Uzupełnieniem łazienek w salach chorych były pomieszczenia higieniczno-sanitarne ogólnodostępne (zamykane lub z parawanami zapewniającymi pacjentom intymność) zlokalizowane w każdym oddziale⁷⁸. Dyrektor podała, że systematycznie prowadzone są też prace remontowe podnoszące standard wyposażenia poszczególnych sal chorych w oddziałach szpitalnych. Obecnie SP ZOZ znajduje się na etapie pozyskiwania środków na kolejne prace remontowe.
- W wieloosobowych salach chorych zamontowano parawany umożliwiające odizolowanie pacjenta podczas ewentualnych badań lub drobnych zabiegów pielęgnacyjnych, a karty gorączkowe umieszczone przy łóżkach pacjentów zabezpieczono przesłoną uniemożliwiającą ich odczytanie przez osoby postronne.
- Stan techniczny sal chorych i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych nie budził zastrzeżeń.
- Na potrzeby prowadzenia badań pacjentów, przeprowadzania wywiadów lub udzielania informacji o stanie zdrowia na każdym oddziale wyodrębniono gabinety zabiegowe i pokoje lekarskie.
- W żadnym z oddziałów nie zaobserwowano hospitalizowania pacjentów na korytarzach.

(akta kontroli str. 515-527)

Z poszanowaniem praw pacjenta w Szpitalu uregulowano zasady ich odwiedzin. Stosownie do postanowień wprowadzonego regulaminu⁷⁹ odwiedziny mogły odbywać się we wszystkie dni tygodnia (wejście główne do Szpitala otwarte było od poniedziałku do soboty w godzinach od 7.00 do 19.00, a w niedziele i święta od 8.00 do 19.00). Zalecono przy tym aby unikać godzin porannych, a wizyty przenieść na godziny popołudniowe⁸⁰. Ograniczono liczbę jednorazowo odwiedzających do maksymalnie dwóch osób⁸¹ (aby nie obciążać odwiedzanych

⁷⁵ Oddziały: Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Ginekologiczno-Położniczy.

⁷⁶ Na Oddziale Chorób Wewnętrznych było 10 sal czteroosobowych, dwie sale trzyosobowe i dwie dwuosobowe, na Chirurgii Ogólnej sześć sal pięcioosobowych i sala dwuosobowa, na Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej cztery sale pięcioosobowe i jedna dwuosobowa, a na Ginekologiczno-Położniczym 10 sal dwuosobowych i dwie pojedyncze (w tym jedna sala pooperacyjna objęta monitoringiem wizyjnym).

⁷⁷ Węzeł sanitarny posiadały wszystkie sale chorych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i w Ginekologiczno-Położniczym, pięć z siedmiu sal w Oddziale Chirurgii Ogólnej i cztery z pięciu sal w Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

⁷⁸ W Oddziale Chorób Wewnętrznych były dwa takie pomieszczenia, w Chirurgii Ogólnej dwie toalety i dwie łazienki, w Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej jedno pomieszczenie, a w Ginekologiczno-Położniczym cztery łazienki.

⁷⁹ Regulamin Odwiedzin wprowadzony zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ nr 32a/2023 z 29 września 2023 r.

⁸⁰ Odwiedziny mogły odbywać się za dorozumianą zgodą pacjenta. W przypadku braku takiej zgody wymagane było zgłoszenie tego faktu przez pacjenta pielęgniarkę.

⁸¹ Określono, że mogą to być osoby pełnoletnie oraz dzieci pod opieką osoby dorosłej, która odpowiada za ich zachowanie i bezpieczeństwo.

chorych i pacjentów przebywających w tej samej sali). Określono też katalog czynników ograniczających prawo do odwiedzin (m.in. widoczne objawy infekcji u osób odwiedzających, w trakcie wykonywanych badań, obchodu lekarskiego lub innych czynności – na prośbę personelu medycznego), zabraniających odwiedzin osób dotkniętych chorobą zakaźną oraz osobom znajdującym się w stanie nietrzeźwym lub pod wpływem środków odurzających. W przypadku odwiedzin chorych przebywających na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zalecono, z uwagi na jego specyfikę, powiadamianie lekarza o planowanej wizycie, a w przypadku sal o tzw. wzmożonym nadzorze odwiedziny mogły się odbyć jedynie po wcześniejszym poinformowaniu personelu medycznego. Jednocześnie do kompetencji Dyrektora lub upoważnionego przez nią tego lekarza zastrzeżono prawo ograniczenia odwiedzin pacjentów z uwagi na wystąpienie zagrożenia epidemiologicznego. W trakcie kontroli NIK Dyrektor wprowadziła do odwołania zakaz odwiedzin ze względu na zwiększoną ilość zachorowań na Covid-19⁸² (komunikat zamieszczony na stronie internetowej Szpitala).
(akta kontroli str. 564-566)

5.2 W SP ZOZ nie opracowano wewnętrznych regulacji dotyczących zasad postępowania wobec pacjentów w stanie terminalnym. Zapis o prawie pacjenta do godnego umierania w ramach prawa do poszanowania jego intymności i godności zamieszczono w Regulaminie organizacyjnym (§ 39 ust. 5 pkt 2) bez jego uszczegółowienia. Z kolei w informacji *Prawa pacjenta w szpitalu*, zamieszczonej na stronie internetowej SP ZOZ oraz w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych zapisano, że *„Jeżeli znajdujesz się w stanie terminalnym, masz prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i zminimalizowania cierpienia innego typu”*. Dyrektor wyjaśniła, że *„Szkolenie każdego lekarza i pielęgniarki zarówno w trakcie nauki (...) zapewnia wiedzę dotyczącą odpowiedniego traktowania pacjenta w obliczu śmierci. Intymność i godność zapewniona jest w szpitalu nie tylko podczas umierania, ale podczas całego procesu leczenia. Są zainstalowane odpowiednie zasłony, parawany oddzielające pacjentów w trudnych chwilach od innych pacjentów. Zapewniona jest opieka duszpasterska i możliwość uczestnictwa najbliższych osób. Na szkoleniach są omawiane postępowania w obliczu śmierci zależnie od sytuacji. Ostatecznie pandemia COVID-19 doprowadziła do sytuacji, że należało modyfikować odpowiednie postępowania zależnie od sytuacji indywidualnej każdego pacjenta.”* W jej ocenie *„nie można tu wydać odpowiednich ogólnych rozporządzeń, ponieważ każdy przypadek jest inny i uwzględnienie wszystkich aspektów byłoby niemożliwe. Więc postępowanie w obliczu zgonu każdego pacjenta jest uzależnione od zaistniałej sytuacji zdrowotnej, zależnie czy jest to zgon pacjenta z wypadku z urazem wielonarządowym w SOR, czy na stole operacyjnym, czy jest to zgon na OIT, czy Oddziale Chorób Zakaźnych, czy nagły, czy pacjenta przewlekle chorego itd. Zasady ogólne są zawsze zachowane i dostosowane do sytuacji. Odpowiedzialny za ich realizację jest lekarz stwierdzający zgon i pielęgniarki pracujące w danej chwili przy pacjentach”*.
(akta kontroli str. 234, 492)

Ogłędziny pomieszczeń trzech oddziałów w SP ZOZ wykazały, że nie wyodrębniano tam sal lub pomieszczeń dedykowanych pacjentom w stanach terminalnych. Uczestniczące w oględzinach siostry oddziałowe wyjaśniły, że w przypadku takich pacjentów wykorzystywane są dwuosobowe sale intensywnej obserwacji znajdujące się na poszczególnych oddziałach.
(akta kontroli str. 521-524)

W ewidencji SP ZOZ nie odnotowano skarg, przedmiotem których był brak respektowania prawa pacjentów do godnego i spokojnego umierania.
(akta kontroli str.157-158)

5.3 System monitoringu wizyjnego w SP ZOZ wprowadzono 22 lipca 2019 r.⁸³ Według stanu na 30 września 2023 r. w Regulaminie monitoringu wizyjnego systemem objęto cztery obszary, w tym: [1] przyległy do Szpitala (z kamerami i urządzeniem rejestrującym obraz bez dźwięku całodobowo na nośniku fizycznym); [2] segregacji medycznej i przyjęć pilnych na SOR; [3] segregacji medycznej i przyjęć planowych na SOR; oraz [4] kaplicy szpitalnej, który w trakcie kontroli NIK został wyłączony z monitorowania. Ponadto w Regulaminie

⁸² W wyjątkowych przypadkach umożliwiające byłyby odwiedziny za zgodą ordynatora oddziału lub lekarza dyżurnego z wykorzystaniem maseczek ochronnych.

⁸³ Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ nr 20/2019 z 22 lipca 2019 r. stanowiącym aneks nr 10/2019 do Regulaminu pracy pracowników SP ZOZ w Augustowie.

uwzględniono monitoring zespołu porodowego – pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia (po porodach powikłanych z rejestratorem umieszczonym w dyżurce położnych).

Celem wprowadzonego systemu było zapewnienie porządku publicznego i bezpieczeństwa osób przebywających na monitorowanym terenie, ochrona przeciwpożarowa i przeciwpowodziowa oraz ochrona mienia. Zgodnie z regulaminem zapisy z kamer przechowywane były przez okres 15 dni, po którym dane ulegały usunięciu poprzez nadpisanie danych na urządzeniu rejestrującym. Dostęp do obrazu i zapisu posiadał administrator danych osobowych oraz osoby przez niego upoważnione (zobowiązane do przestrzegania przepisów prawa w zakresie danych osobowych)⁸⁴.

(akta kontroli str. 545-554)

Przeprowadzone oględziny obiektów SP ZOZ wykazały, że stosownie do zapisów regulaminu informacje o funkcjonującym systemie monitoringu rozmieszczono przy wejściu do Szpitala oraz w miejscach udzielania świadczeń.

Stwierdzono również, że w zarządzeniu o wprowadzeniu monitoringu nie uwzględniono kamery zamontowanej na Oddziale Intensywnej Opieki Anestezjologicznej, co Dyrektor wyjaśniła faktem, że „kamera zainstalowana w OAiT służy tylko i wyłącznie do użytku wewnętrznego dla personelu medycznego. Kamera ta nie rejestruje i nie zapisuje obrazu”.

(akta kontroli str. 235, 524-525)

Sprawę braku na stronie internetowej Szpitala oraz na stronie BIP informacji o sposobie monitorowania obiektów SP ZOZ opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Na stronie internetowej SP ZOZ i stronie BIP nie zamieszczono informacji o systemie monitoringu wizyjnego i jego zakresie, czym naruszono postanowienia art. 24 ust. 2 w zw. Z art. 23a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Dyrektor wyjaśniła, że: „Obowiązki aktualizacji BIP należały do kierownika Działu Organizacji i Kontroli oraz Zamówień Publicznych, który nie wywiązywał się z tego zakresu i został odwołany z pełnienia funkcji kierownika. (...) Aktualnie strona internetowa SP ZOZ i BIP będą aktualizowane na bieżąco przez nowo powołanego kierownika Działu”.

(akta kontroli str. 246, 588)

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK organizacja udzielanych świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ respektowała prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności. W trakcie oględzin czterech oddziałów stwierdzono, że hospitalizowanym pacjentom zapewniono odpowiednie warunki techniczne chroniące ich prywatności, właściwe warunki sanitarno-higieniczne niezbędne do zachowania intymności i godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Wypracowano również zasady postępowania z pacjentami w stanie terminalnym. Nie wywiązano się zaś z obowiązku zamieszczenia na stronie internetowej SP ZOZ i stronie BIP informacji o systemie monitoringu wizyjnego funkcjonującego SP ZOZ, co stanowiło naruszenie postanowień art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Zaktualizowanie danych SP ZOZ w Regulaminie organizacyjnym.
2. Udostępnianie pacjentom wszystkich informacji wymaganych w załączniku do rozporządzenia ws. OWU.
3. Właściwe wypełnianie zgód pacjenta na zabieg operacyjny, stosownie do wymagań określonych w formularzach wdrożonych i stosowanych na oddziałach szpitalnych SP ZOZ.

⁸⁴ Wszyscy pracownicy SP ZOZ byli cyklicznie szkoleni (raz w roku) w tym zakresie.

4. Prowadzenie dokumentacji postępowania przeciwbólowego zgodnie z obowiązującymi wewnętrznymi procedurami, a także właściwe dokumentowanie skreśleń i poprawek w kartach pooperacyjnego postępowania przeciwbólowego.
5. Prowadzenie kart profilaktyki i pielęgnacji odleżyn zgodnie ze standardami pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i/lub odleżynami.
6. Rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej, w szczególności dotyczącej kart oceny ryzyka zakażenia w dniu przyjęcia pacjenta do SP ZOZ, kart czynników zwiększających ryzyko zakażenia oraz formularzy oświadczenia pacjenta Świadoma zgoda na operację.
7. Zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala i na jego stronie BIP wymaganych przepisami ustawy o *działalności leczniczej* informacji o funkcjonującym w systemie monitoringu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 14 grudnia 2023 r.

Kontrolerzy:

Marek Ozga
główny specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

p.o. DYREKTORA DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
Janusz Pawelczyk

/podpisano elektronicznie/

Tomasz Jarocki
starszy inspektor kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/