



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.21.2.2023

Pan
Paweł Tofil
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku
ul. Kościuszki 1
37 – 400 Nisko

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku, ul. Kościuszki 1, 37 – 400 Nisko (dalej Szpital lub SPZZOZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	<p>Pan Paweł Tofil – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku od 1.07.2021 r. (dalej Dyrektor).</p> <p>W okresie objętym kontrolą, funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili:</p> <ul style="list-style-type: none">- od 22.09.2016 r. r. do 9.06.2019 r., pan Roman Ryznar – p.o. Dyrektor SPZZOZ w Nisku,- od 10.06.2019 r. do 18.08.2020 r., pan Paweł Błasiak – Dyrektor SPZZOZ w Nisku,- od 19.08.2020 r. do 30.06.2021 r., pan Roman Ryznar – p.o. Dyrektor SPZZOZ w Nisku. <p style="text-align: right;">(akta kontroli, str. 1-5)</p>
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.2. Przestrzeganie prawa do informacji.3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.4. Przestrzeganie prawa do dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w niej danych.5. Przestrzeganie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
Okres objęty kontrolą	Od dnia 1 stycznia 2019 r. do 2023 r. (do czasu zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Wilhelm Dmytrów, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/156/2023 z 5.09.2023 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli, str. 6-7)</p>

¹Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz.U. z 2022 r. poz. 623), dalej ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie NIK, wprowadzone w Szpitalu rozwiązania organizacyjne zapewniały przestrzeganie praw pacjenta oraz właściwy nadzór w tym zakresie.

W Szpitalu rzetelnie prowadzono badania poziomu satysfakcji pacjentów w celu zbadania jakości usług oraz zapewniono dostęp do informacji o zakresie świadczeń, a także godzinach i miejscach ich udzielania. Zgody na zabiegi podwyższonego ryzyka były dostosowane do procedur, którym miał być poddany pacjent i obejmowały poszczególne czynności (. osobne na zabieg i osobne na znieczulenie).

Dyrektor Szpitala rzetelnie rozpatrywał skargi pacjentów i ich rodzin oraz wyciągał wnioski z zawartej w nich problematyki, co przyczyniało się do lepszej ochrony praw pacjentów.

Organizacja udzielania świadczeń była zgodna z wpisem w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego oraz regulacjami wewnętrznymi. Szpital podejmował skuteczne działania organizacyjne w celu poprawy dostępności świadczeń (zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenie i umożliwienie pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia).

W ocenie NIK, nieprawidłowości wystąpiły w zakresie rzetelności stosowania procedur z zakresu profilaktyki przeciwbólowej i leczenia odleżyn, w tym w zakresie wymaganej systematyczności oceny ryzyka rozwoju odleżyn, czy częstotliwości dokonywania oceny natężenia bólu.

NIK pozytywnie ocenia sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, udostępniania zawartych w niej informacji oraz przechowywania w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo.

Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu – w ocenie NIK – respektowały prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.

Opis stanu faktycznego

1. Dyrektor w drodze zarządzenia³ ustalił wewnętrzne przepisy dotyczące przyjmowania i ewidencjonowania skarg oraz trybu ich rozpatrywania. W badanym okresie do SPZZOZ wpłynęło ogółem 26 skarg, z czego 18 skarg dotyczyło działalności Szpitala, w tym 12 skarg dotyczyło naruszenia praw pacjenta. W poszczególnych latach liczby skarg odnoszących się do naruszenia praw pacjenta wynosiły: w roku 2019 – 0, w roku 2020 – 0, w roku 2021 – 5, w roku 2022 – 4, oraz w roku 2023 (do 07 września) – 3.

Skargi dotyczyły najczęściej naruszania praw pacjentów do świadczeń zdrowotnych, łącznie 11⁴ skarg, w tym:

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Zarządzenie nr 1/2019 z dnia 8.01.2019 r. w sprawie: Regulaminu Przyjmowania Skarg i Wniosków w SPZZOZ w Nisku.

⁴ Przedmiotem pozostałej 12-tej skargi było „nieetyczne, nieludzkie” traktowanie przez personel lekarski ojca skarżącej, podczas jego hospitalizacji w okresie 13.05.2023 r. – 24.05.2023, w szczególności niehumanitarny sposób przekazania diagnozy pacjentowi: „*ma pan raka żołądka i to w takim stanie, że ja czegoś takiego nie widziałem*”.

- zasad udzielania świadczeń zdrowotnych – sześć skarg, co stanowiło 50% ogólnej liczby skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta (w roku 2021 – dwie skargi, w roku 2022 – dwie skargi i w roku 2023 – dwie skargi), w tym dwie skargi dotyczyły pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, stanowiące 17% ogólnej liczby skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta, oraz
- prawa do świadczeń zdrowotnych – pięć skarg, co stanowiło 42% ogólnej liczby skarg dotyczących nieprzestrzegania praw pacjenta (w roku 2021 – trzy skargi i w roku 2022 – dwie skargi).

W wyniku analizy 18 skarg dotyczących działalności Szpitala stwierdzono, że w każdym przypadku:

- Dyrektor bez zbędnej zwłoki podejmował działania mające na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie problematyki objętej skargą,
- przy rozpatrywaniu skarg stosowano przyjętą w Szpitalu procedurę,
- Szpital zawiadamiał wnoszącą skargę o sposobie jej załatwienia.

Dyrektor wyjaśnił, że ze względu na niewielką liczbę skarg wpływających do naszego Szpitala, nie są one przedmiotem okresowych analiz, gdyż są one indywidualnie analizowane oraz monitorowane przez Dyrektora. Wyciągnięte przez Dyrektora wnioski są omawiane z Dyrektorem do spraw medycznych, kierownikami komórek oraz personelem, którego bezpośrednio dotyczy skarga.

(akta kontroli, str. 8-27)

2. Dyrektor, zarządzeniem, do którego załącznikiem był formularz anonimowej ankiety, wprowadził wewnętrzne regulacje dotyczące prowadzenia badań poziomu satysfakcji pacjentów.

Zarządzenie 28/2017 stanowiło m.in., że badania satysfakcji pacjentów w oparciu o wypełnione ankiety należy przeprowadzić co najmniej raz w roku.

W kontrolowanym okresie badanie poziomu satysfakcji pacjenta zrealizowano trzykrotnie⁵, tj. w latach: 2019, 2021 i 2022.

W powyższych latach liczba przekazanych ankiet była następująca:

- w roku 2019 przekazano 250, z czego wypełniono 177,
- w roku 2021 przekazano 895, z czego wypełniono 92,
- w roku 2022 przekazano 1 139, z czego wypełniono 233.

Badania poziomu satysfakcji hospitalizowanych pacjentów wykazały m.in. w roku 2019:

- przewagę pozytywnych ocen (dobrze, bardzo dobrze) w takich kategoriach jak: przekazywanie informacji na temat proponowanego leczenia, czas poświęcony przez lekarza na oddziale, uprzejmość pielęgniarek, uprzejmość i zainteresowanie lekarza przyjmującego, staranność wykonywania zabiegów przez pielęgniarki, poszanowanie prywatności podczas badań lekarskich, poszanowanie prywatności podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstwa, czystość sal i łazienek, możliwość odwiedzin i opieka duszpasterska,
- oceny negatywne (przeciętnie, źle, bardzo źle) wystąpiły w następujących kategoriach: informowanie o prawach pacjenta (54 razy), uprzejmość pielęgniarek (54 razy), dostępność lekarza na oddziale (trzy razy), czas poświęcony przez lekarza na oddziale (sześć razy), poszanowanie prywatności podczas badań lekarskich (sześć razy), temperatury posiłków (sześć razy), różnorodność potraw (pięć razy), smak potraw (pięć razy).

⁵ W roku 2020 nie realizowano tego badania, z uwagi na obostrzenia związane z COVID-19, a w roku 2023 realizacja badania pozostaje w toku i potrwa do 30 listopada.

W latach 2021-2022, pacjenci pozytywnie ocenili funkcjonowanie Szpitala w takim zakresie, jak: komunikatywność, dostępność i troskliwość personelu medycznego, estetyka i wyposażenie oddziałów, natomiast występujące oceny negatywne odnosiły się m.in. do: organizacji planowanych zabiegów („stresujące i niepotrzebne przekładanie lub odwoływanie operacji”), informowania pacjenta o ich prawach, wyglądu i podawania posiłków, smaku potraw.

Pielęgniarka koordynująca podała m.in., że na corocznych zebraniach prowadzonych przez Dyrektora przedstawiane są wyniki analiz badania poziomu satysfakcji pacjentów i wnioski z nich wynikające. Zebrania te nie są protokołowane, a ich rezultatem jest debata merytoryczna, w której biorą udział pracownicy Szpitala zatrudnieni na stanowiskach lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz kierowników komórek organizacyjnych.

We wnioskach z lat 2019, 2021 i 2022 zalecono m.in. wprowadzenie do stosowania broszury pt. „Prawa pacjenta”⁶, poprawę jakości i estetyki posiłków, usprawnienie organizacji planowanych zabiegów.

Pielęgniarka koordynująca podała, że *przekazanie uczestnikom zebrania wyników tychże analiz i wniosków, jest tożsame z ich wdrożeniem.*

(akta kontroli, str. 24-34)

3. W okresie objętym kontrolą nie było prowadzonych kontroli wewnętrznych oraz kontroli realizowanych przez podmioty zewnętrzne, których problematyka dotyczyłaby przestrzegania praw pacjenta

(akta kontroli, str. 45-56, 220-254)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta w Szpitalu. Dyrektor właściwie reagował na skargi składane przez pacjentów lub ich bliskich oraz na bieżąco analizował ogół problemów z nich wynikających. W Szpitalu, zgodnie z przyjętymi regulacjami wewnętrznymi prowadzone były badania poziomu satysfakcji pacjentów.

OBSZAR

2. Przestrzeganie prawa do informacji.

Opis stanu
faktycznego

1. W badanym okresie w Szpitalu nie było wewnętrznych regulacji określających sposób informowania pacjentów o ich prawach.

Dyrektor Szpitala podał m.in., że *jeśli dobrze pamiętam to w roku 2017 Dyrektor na zebraniu kadry zarządzającej (kierownicy oddziałów, pielęgniarki oddziałowe) w formie ustnej ustalił sposób informowania pacjentów o ich prawach. Wprowadzono zasadę udzielania pacjentom ustnej informacji o ich prawach już na Izbie Przyjęć.*

W wyniku oględzin tablic informacyjnych usytuowanych w trzech ogólnodostępnych miejscach w Szpitalu (tj. na Izbie Przyjęć Szpitala, na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym oraz na Oddziale Wewnętrznym) stwierdzono, że były na nich udostępnione informacje dla pacjentów i ich rodzin o:

- prawach pacjenta (zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta),
- trybie składania skarg.

Na stronie internetowej Szpitala były zamieszczone informacje o:

- karcie praw i obowiązków pacjenta,

⁶ Wniosek został zrealizowany, broszura taka była dostępna na Izbie Przyjęć i na oddziałach.

- zakresie świadczeń, a także godzinach i miejscach ich udzielania, oraz
- ustalonym i wdrożonym regulaminie przyjmowania skarg i wniosków w SPZZOZ w Nisku.

(akta kontroli, str.57-125)

2. W Regulaminie Organizacyjnym⁷ Szpitala zawarto wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o *działalności leczniczej*⁸.

(akta kontroli, str. 126-211)

3. Na stronie internetowej Szpitala dostępne były informacje potwierdzające certyfikację podmiotu oraz dotyczące jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- certyfikat akredytacyjny nadawany przez Ministerstwo Zdrowia⁹, potwierdzający spełnienie przez SPZZOZ w zakresie Szpitala standardów akredytacyjnych, co oznacza, że Szpital realizuje na najwyższym poziomie standardy medyczne i zapewnia wysoki poziom bezpieczeństwa medycznego,
- informacja o tym, że w Szpitalu przeprowadzono¹⁰ pionierski innowacyjny zabieg wszczepienia protezy biodra ze specjalnym trzpieniem,
- informacja o przekazaniu w dniu 20.01.2023 r. nowego sprzętu i aparatury medycznej dla Szpitala,
- zaproszenie adresowane do pacjentów, do udziału w badaniu ankietowym, dotyczącym jakości opieki w Szpitalu.

(akta kontroli, str. 212-215)

4. W Szpitalu, w 2017 roku wprowadzono w drodze zarządzenia Dyrektora procedurę dotyczącą przestrzegania praw pacjenta, oznaczoną jako „QP/PP 5 – Lista procedur wymagających dodatkowej zgody pacjenta”, na której wykazano 18 badań lub zabiegów wymagających zgody pacjenta m.in. na: gastroskopię, punkcję, punkcję cienkoigłową, pobranie wycinka do oceny histopatologicznej, przetaczanie krwi, znieczulenie, wkłucie do żyły centralnej, zabiegi operacyjne, wykonanie kardiowersji.

W wyniku analizy dokumentacji medycznej 10 pacjentów z oddziałów zabiegowych, w tym wypełnionych formularzy zgód na wykonanie zabiegu podwyższonego ryzyka, stwierdzono, że:

- pacjenci byli informowani o oczekiwanych korzyściach i występujących ryzykach (powikłaniach),
- pacjenci - po uprzednim wypełnieniu - podpisywali: formularz „świadomej zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu¹¹” oraz osobny formularz pn. „informacja dla

⁷ Wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora SPZZOZ w Nisku nr 12/2023 z dnia 4.05.2023 w sprawie wprowadzenia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego SPZZOZ w Nisku.

⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.).

⁹ Certyfikat akredytacyjny z dnia 10.09.2018 r., uzyskany w ramach uczestnictwa w projekcie realizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

¹⁰ W dniu 22.07.2023 r., w Szpitalu przeprowadzono pierwszą w Polsce i Europie Środkowowschodniej taką operację.

¹¹ Który zawierał wskazanie:

- rodzaju schorzenia i konieczność operacji,
- metody diagnostyki zabiegowej/leczenia operacyjnego,
- dających się przewidzieć następstw zabiegu,
- możliwości wystąpienia powikłań,
- rokowań,
- rozmowy z lekarzem,
- ewentualnej konieczności zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego występującej podczas jego trwania.

pacjenta przygotowywanego do znieczulenia”, zawierający m.in. miejsce na wyrażenie zgody pacjenta na proponowany rodzaj znieczulenia,
- zgody udzielone zostały w ośmiu przypadkach dzień przed zabiegiem, zaś w dwóch przypadkach – w dniu zabiegu.

(akta kontroli, str. 81-95, 216-219, 255-256)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia rozwiązania organizacyjne zapewniające pacjentom dostęp do informacji oraz dostosowanie zgód na zabieg podwyższonego ryzyka do procedur medycznych, którym podlega pacjent.

OBSZAR

3. Przestrzeganie prawa do świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1. W kontrolowanym okresie Szpital złożył organowi prowadzącemu rejestr (Wojewodzie Podkarpackiemu) 12 wniosków o wpis zmian w rejestrze, w tym: w roku 2019 – 3 wnioski, w roku 2020 – 2 wnioski, w roku 2021 – 1 wniosek, w roku 2022 – 2 wnioski i w roku 2023 – 4 wnioski. Szpital zgłaszał organowi prowadzącemu rejestr powyższe zmiany danych w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W każdym przypadku organ prowadzący rejestr dokonał wpisu do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru (nie wystąpił przypadek wezwania przez organ prowadzący rejestr do uzupełnienia wniosku).

Stan księgi rejestrowej z dnia 7.09.2023 r., uwzględniał zmiany dokonane w okresie objętym kontrolą.

Z-ca Dyrektora do spraw Ekonomiczno-Administracyjnych Szpitala, podał m.in., że odnośnie zmian w Regulaminie Organizacyjnym, to posiada dokumentację za okres swojego zatrudnienia od maja 2022 r. oraz, że *w dokumentacji, którą posiadam w swoich zasobach trudno mi określić miejsce przechowywania archiwalnych wersji regulaminu organizacyjnego, prawdopodobnie regulaminy organizacyjne w wersjach archiwalnych nie są przechowywane.*

Zmiany ujęte we wnioskach o wpis zmian w rejestrze zostały ujęte w Regulaminie Organizacyjnym.

W wyniku oględzin pięciu¹² wybranych komórek organizacyjnych SPZZOZ stwierdzono, że faktycznie funkcjonują one w strukturze kontrolowanego podmiotu.

(akta kontroli, str. 126-211, 257-349)

2. Na tablicach informacyjnych usytuowanych w trzech ogólnodostępnych miejscach w Szpitalu (tj. na: Izbie Przyjęć, Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, Oddziale Wewnętrznym), były zamieszczone informacje, o których mowa w § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹³ (w tym o godzinach i miejscach udzielania świadczeń), za wyjątkiem informacji określonych w:

¹² Poradni Chorób Wewnętrznych, Punktu Pobrań, Centralnej Sterylizatorni, Poradni Gastroenterologicznej nr 2, Oddziału Rehabilitacji.

¹³ Dz.U. z 2023 r., poz. 1194 ze zm.

- pkt 10a ww. przepisu, tj. adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, oraz
- pkt 11 ww. przepisu, tj. informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w tym średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

(akta kontroli, str. 350-363)

3. Według stanu na 31 grudnia poszczególnych badanych lat 2019 – 2022, tylko jeden oddział (Ortopedyczny) wykazywał liczbę pacjentów oczekujących na świadczenie zdrowotne, która wynosiła w kolejnych latach: 2019 – 65 (w tym jeden przypadek pilny i 64 przypadki stabilne), 2020 – trzy (w tym jeden przypadek pilny i dwa przypadki stabilne), 2021 – dwa (oba przypadki stabilne), 2022 – brak pacjentów oczekujących. Liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w Oddziale Ortopedycznym w wyznaczonym terminie oraz odsetek jaki stanowiło to w odniesieniu do wszystkich pacjentów hospitalizowanych w danym okresie (przypadki stabilne), przedstawia się następująco:

- w roku 2019 jeden pacjent, co stanowi 0,00078% wszystkich hospitalizowanych pacjentów,
- w roku 2020 jeden pacjent, co stanowi 0,0013% wszystkich hospitalizowanych pacjentów,
- w roku 2021 nie wystąpił przypadek niezgłoszenia się pacjenta w określonym terminie
- w roku 2022 dwóch pacjentów, co stanowi 0,002% wszystkich hospitalizowanych pacjentów.

Trzy poradnie, które wykazywały największą liczbę oczekujących na świadczenia zdrowotne, według stanów na 31 grudnia poszczególnych badanych lat 2019 – 2022, to:

a) Poradnia Diabetologiczna z liczbą oczekujących na koniec poszczególnych lat: w roku 2019 – 146 (wszystkie przypadki stabilne), w roku 2020 – 103 (wszystkie przypadki stabilne), w roku 2021 – 148 (w tym: dziewięć przypadków pilnych i 139 stabilnych), w roku 2022 – 155 (w tym cztery przypadki pilne i 151 stabilnych).

Liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w Poradni Diabetologicznej w wyznaczonym terminie oraz odsetek jaki stanowiło to w odniesieniu do wszystkich pacjentów w danym okresie (przypadki stabilne), przedstawia się następująco:

- w roku 2019: 28 pacjentów, co stanowi 0,0096% wszystkich pacjentów,
- w roku 2020: 267 pacjentów, co stanowi 0,09% wszystkich pacjentów,
- w roku 2021: 343 pacjentów, co stanowi 0,12% wszystkich pacjentów,
- w roku 2022: 308 pacjentów, co stanowi 0,084% wszystkich pacjentów;

b) Poradnia Endokrynologiczna z liczbą oczekujących na koniec poszczególnych lat: w roku 2019 – 116 (w tym dwa przypadki pilne i 114 stabilnych), w roku 2020 – 107 (wszystkie przypadki stabilne), w roku 2021 – 185 (w tym: trzy przypadki pilne i 183 stabilne), w roku 2022 – 179 (w tym 13 przypadków pilnych i 166 stabilnych).

Liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w Poradni Endokrynologicznej w wyznaczonym terminie, oraz odsetek jaki stanowiło to w odniesieniu do wszystkich pacjentów w danym okresie (przypadki stabilne), przedstawia się następująco:

- w roku 2019: 150 pacjentów, co stanowi 0,036% wszystkich pacjentów,
- w roku 2020: 133 pacjentów, co stanowi 0,036% wszystkich pacjentów,

- w roku 2021: 54 pacjentów, co stanowi 0,011% wszystkich pacjentów,
- w roku 2022: 267 pacjentów, co stanowi 0,05% wszystkich pacjentów;

c) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna z liczbą oczekujących na koniec poszczególnych lat: w roku 2019 – 178 (wszystkie przypadki stabilne), w roku 2020 – 124 (wszystkie przypadki stabilne), w roku 2021 – 230 (w tym: osiem przypadków pilnych i 222 stabilnych), w roku 2022 – 117 (w tym pięć przypadków pilnych i 112 stabilnych).

Liczba przypadków niezgłoszenia się pacjenta na wykonanie zaplanowanej procedury medycznej w Poradni Urazowo-Ortopedycznej w wyznaczonym terminie, oraz odsetek jaki stanowiło to w odniesieniu do wszystkich pacjentów w danym okresie (przypadki stabilne), przedstawia się następująco:

- w roku 2019: 158 pacjentów, co stanowi 0,014% wszystkich pacjentów,
- w roku 2020: 765 pacjentów, co stanowi 0,077% wszystkich pacjentów,
- w roku 2021: 677 pacjentów, co stanowi 0,07% wszystkich pacjentów,
- w roku 2022: 772 pacjentów, co stanowi 0,067% wszystkich pacjentów.

W oddziałach szpitalnych i poradniach przyszpitalnych nie dokumentowano weryfikacji prowadzonych list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, w zakresie informowania pacjentów o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia.

Dyrektor podał m.in., że:

- weryfikacja prowadzona przez pracownika Działu Analiz i Rozliczeń, dokonywana jest w formie telefonicznego uzgodnienia z pacjentem terminu przyszłej procedury medycznej,

- o każdej zmianie terminu udzielania świadczenia pacjenci byli i są informowani telefonicznie przez sekretarki medyczne (w przypadku oddziałów) i rejestratorki (w przypadku poradni). Podczas takiej rozmowy pacjent ma wyznaczany nowy termin udzielania świadczenia, który jest uaktualniony w kolejce oczekujących (tzw. przeplanowanie pacjenta), oraz

- SPZZOZ informował pierwotnie o zmianie terminu wizyty (zabiegu), natomiast nie stosował form przypominania o zaplanowanej wizycie (zabiegu).

(akta kontroli, str. 364-473)

4. Szpital umożliwił pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Funkcjonalność taka była udostępniana poprzez założenie konta¹⁴ w Podkarpackim Systemie Informacji Medycznej.

Odsetek pacjentów, którzy zarejestrowali się przez ww. system w poszczególnych latach był następujący:

- w roku 2019: 23 pacjentów, co stanowiło 0,043% ogółem przyjętych pacjentów,
- w roku 2020: 26 pacjentów, co stanowiło 0,054% ogółem przyjętych pacjentów,
- w roku 2021: 29 pacjentów, co stanowiło 0,048% ogółem przyjętych pacjentów,
- w roku 2022: 34 pacjentów, co stanowiło 0,049% ogółem przyjętych pacjentów.

(akta kontroli, str. 474-479)

5. W Szpitalu w 2017 r. wprowadzono w drodze zarządzenia¹⁵ Dyrektora procedurę „oceny i skuteczności leczenia bólu”, która w dniu 11.07.2022 r. została zaktualizowana. Procedura ta określała m.in.:

¹⁴ Strona internetowa Szpitala zawiera link, przekierowujący do Podkarpackiego Systemu Informacji Medycznej.

¹⁵ Zarządzenie nr 41/2017 Dyrektora SPZZOZ w Nisku z dnia 9.10.2017 r. w sprawie wprowadzenia procedur zakładowych.

- sposób postępowania w przypadku bólu pooperacyjnego, gdzie pierwszego pomiaru natężenia bólu i wpisu po operacji winien dokonywać lekarz anestezjolog w sali nadzoru poznieczuleniowego,
- sposób postępowania w przypadku bólu przewlekłego, gdzie oceny natężenia bólu dokonuje się minimum dwa razy na dobę, a wpisu winna dokonywać pielęgniarka na karcie gorączkowej,
- wymóg dokonywania oceny natężenia bólu na podstawie skali numerycznej NRS¹⁶.

W wyniku analizy dokumentacji medycznej pięciu pacjentów z oddziałów: Chirurgicznego (dwóch pacjentów), Ortopedycznego (jednego pacjenta) i Wewnętrznego (dwóch pacjentów), pod kątem obecności wpisów potwierdzających systematyczny monitoring natężenia bólu i wdrażania leczenia, a także przestrzegania przedmiotowej procedury, stwierdzono m.in., że:

- a) w przypadku jednego pacjenta objętego postępowaniem dotyczącym bólu pooperacyjnego, lekarz anestezjolog nie dokonał pierwszego pomiaru natężenia bólu po operacji,
- b) w przypadku jednego pacjenta objętego postępowaniem dotyczącym bólu przewlekłego, oceny natężenia bólu przez okres jego hospitalizacji trwającej siedem dni dokonywano jeden raz na dobę,
- c) w przypadku jednego pacjenta objętego postępowaniem dotyczącym bólu przewlekłego w czasie jego hospitalizacji trwającej trzy dni, przez okres dwóch dni oceny natężenia bólu dokonywano jeden raz na dobę.

Procedura oceny i skuteczności leczenia bólu przewidywała, że karty gorączkowe podlegają kontroli dwa razy do roku przez Zespół do Spraw Farmakoterapii.

Ustalono, że w kontrolowanym okresie Zespół do Spraw Farmakoterapii nie prowadził kontroli prawidłowości leczenia bólu.

(akta kontroli, str. 480-511)

6. W Szpitalu obowiązywała od dnia 1.10.2020 r.¹⁷ procedura „profilaktyki, leczenia i monitorowania odleżyn”, która m.in. określała postępowanie i odpowiedzialność lekarzy i pielęgniarek.

W wyniku analizy dokumentacji medycznej pięciu pacjentów dotyczącej przypadków leczenia i monitorowania odleżyn, stwierdzono:

- a) w zakresie postępowania pielęgniarskiego:
 - w jednym przypadku (12 stopień Norton¹⁸), „kartę oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i plan postępowania” założono po upływie trzech dni od daty klasyfikacji odleżyn,
 - w jednym przypadku (5 stopień Norton), zapisy dotyczące pielęgnowania w zakresie przeciw odleżynowym zaczynały się po upływie dwóch dni od daty klasyfikacji,
 - w jednym przypadku (8 stopień Norton), w „karcie oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i planie postępowania” zalecono „materac zwykły”,
- b) w zakresie postępowania lekarskiego:
 - przypadek (IV stopień EPUAP¹⁹), w którym w „indywidualnej karcie zleceń lekarskich” brak jest zapisu, co do zastosowania środków do leczenia odleżyn,

¹⁶ NRS (Numerical Rating Scale) zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 oznacza najgorszy wyobraźalny ból.

¹⁷ Od 2017 roku, w Szpitalu stosowany był wdrożony „Standard profilaktyki i leczenia odleżyn”, który obowiązywał do 30.09.2020 r.

¹⁸ Służy do oceny ryzyka odleżyn u schorowanych pacjentów, którzy większość czasu spędzają w łóżku. W skali brane są pod uwagę określone czynniki ryzyka, którym przypisuje się punkty od 1 do 4, gdzie 1 oznacza bardzo ciężki stan pacjenta, a 4 – dobry.

¹⁹ Stworzony przez Europejski Panel Doradczy ds. Odleżyn (European Pressure Ulcer Advisory Panel) system klasyfikacji odleżyn, obejmujący cztery poziomy (stopnie).

- przypadek (III stopień EPUAP), w którym: nie sklasyfikowano²⁰ odleżyn według przyjętej w Szpitalu skali Norton/EPUAP, nie założono: „Karty oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i planu działania”, nie monitorowano stanu odleżyn i nie dokumentowano podejmowanych działań w „karcie zleceń”.

W Szpitalu działał powołany zarządzeniem²¹ Dyrektora Zespół do spraw profilaktyki odleżyn, który raz do roku analizował skuteczność stosowania profilaktyki przeciwoodleżynowej, w tym liczby pacjentów objętych profilaktyką i leczeniem odleżyn. Wyniki tych analiz były protokołowane, a wnioski i zalecenia z nich wynikające - jak wyjaśniła pielęgniarka koordynująca – są omawiane ustnie na zebraniach roboczych z pielęgniarkami oddziałowymi, a kopie protokołów przekazywane są na oddziały w celu zapoznania z nimi personelu medycznego.

W poszczególnych latach objętych kontrolą liczba pacjentów przyjętych z odleżynami / u których wystąpiły odleżyny na oddziale, była następująca: w roku 2019 – 127/61, w roku 2020 – 41/27, w roku 2021 – 57/35, w roku 2022 – 61/41, w roku 2023 (I półrocze) – 49/22.

(akta kontroli, str. 480-483, 512-548)

7. Dyrektor w dniu 1.07.2017 r. zatwierdził procedurę „analizy zdarzeń niepożądanych”, która zobowiązywała każdego pracownika, w sytuacji wystąpienia zdarzenia niepożądanego, do:

- bezzwłocznego powiadomienia o tym fakcie bezpośredniego przełożonego lub lekarza dyżurnego,
- właściwego opisanie i identyfikacji zdarzenia niepożądanego w dokumentacji medycznej oddziału i pacjenta (raport pielęgniarski, raport lekarski, historia choroby pacjenta),
- przekazania protokołu zdarzenia niepożądanego do Zespołu ds. analizy zdarzeń niepożądanych.

Procedura ta zawierała katalog zdarzeń niepożądanych występujących w trakcie hospitalizacji pacjenta, jak m.in.: ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, sepsa po zabiegu operacyjnym, niewłaściwe podanie leku, upadki, reoperacje, wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta, pomyłki anestezyjologiczne i nieprawidłowości znieczulenia. Stosowana w tej procedurze „Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego” zawierała zastrzeżenie o treści: „*model raportowania poufny*”.

Dyrektor powołał Zespół ds. analizy zdarzeń niepożądanych, który m.in. miał identyfikować, gromadzić i raz na pół roku analizować dane na temat zdarzeń niepożądanych związanych z pobytem pacjenta w Szpitalu.

W wyniku analizy 10 zdarzeń niepożądanych, stwierdzono, że:

- zdarzenia były zgłaszane na „Kartach zgłoszenia zdarzenia niepożądanego”, w których był stwierdzony charakter i prawdopodobna przyczyna wystąpienia zdarzenia oraz opis zastosowanych czynności prewencyjnych i terapeutycznych,
- w czterech przypadkach przewodnicząca Zespołu ds. analizy zdarzeń niepożądanych wnioskuje do Z-cy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej o powołanie dodatkowego zespołu merytorycznego, celem analizy zdarzenia włącznie z jego przyczynami źródłowymi,
- w sześciu przypadkach zdarzenia analizowane były przez jedną osobę – kierownika komórki, w której miało miejsce zdarzenie.

²⁰ Wzmianka o III stopniu odleżyn według EPUAP, znajduje się w „karcie indywidualnej pielęgnacji”.

²¹ Zarządzenie nr 11/2011 Dyrektora SPZZOZ w Nisku z dnia 23.08.2011 w sprawie powołania Zespołu ds. profilaktyki odleżyn, zmienione m.in. zarządzeniem nr 40/2021 z dnia 26.10.2021 r.

Zespół ds. analizy zdarzeń niepożądanych sporządzał w każdym półroczu „Raport z analizy zdarzeń niepożądanych”, zawierający wyniki tychże analiz w formie wniosków i zaleceń. Raporty były adresowane do Dyrektora Szpitala.

W poszczególnych latach badanego okresu liczba zdarzeń niepożądanych wynosiła: w roku 2019 – 17, w roku 2020 – 21, w roku 2021 – 11, w roku 2022 – 7 oraz w roku 2023 (I-sze półrocze) – 10.

(akta kontroli, str. 480-483, 493-500, 555-609)

8. W badanym okresie, w Szpitalu nie wystąpiły przypadki korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia.

(akta kontroli, str. 480-483)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 10a i pkt 11 załącznika rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca obowiązany jest umieścić wewnątrz budynków i jednostek organizacyjnych m.in. informacje dotyczące: adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, a także o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w tym średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Na tablicach ogłoszeń umiejscowionych na: Izbie Przyjęć, Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Oddziale Wewnętrznym, nie było zamieszczonych powyższych, wymaganych informacji, co Dyrektor wyjaśnił następująco: *w każdym oddziale były zamieszczone przytoczone informacje na tablicach ogłoszeń. Ze względu na fakt, że tablice są korkowe oraz w miejscach przebywania wielu osób, przypuszczam, że doszło do ich niezamierzonego zniszczenia lub oderwania. Jednocześnie informuję, że informacje te zostaną uzupełnione bez zbędnej zwłoki.*

(akta kontroli, str. 350-363)

2. Obowiązująca w Szpitalu „Procedura oceny i skuteczności leczenia bólu”, stanowiła m.in. że w przypadku bólu pooperacyjnego pierwszego pomiaru natężenia bólu i wpisu po operacji dokonuje lekarz anestezjolog.

W kontroli ustalono m.in., że w przypadku pacjenta objętego postępowaniem dotyczącym bólu pooperacyjnego (nr Księgi głównej 4589/2023), lekarz anestezjolog nie dokonał pierwszego pomiaru (i tym samym oceny) natężenia bólu po operacji, co z-ca Dyrektora do spraw Opieki Zdrowotnej wyjaśnił następująco: *ocena była dokonana przez anestezjologa i zostały wydane zalecenia odnośnie dalszego leczenia przeciwbólowego. Brak wpisu w dokumentacji medycznej podyktowany był koniecznością udzielenia pomocy innemu choremu.*

(akta kontroli, str. 480-511)

3. „Procedura oceny i skuteczności leczenia bólu”, stanowiła m.in. że w przypadku bólu przewlekłego, oceny natężenia bólu dokonuje się minimum dwa razy na dobę, a wpisu dokonuje pielęgniarka na karcie gorączkowej.

W kontroli ustalono m.in. dwa następujące przypadki:

- pacjenta hospitalizowanego w okresie od 23.09.2023 r. do 29.09.2023 r. (nr Księgi Głównej 5686/2023) z leczeniem bólu przewlekłego, u którego zapisy wyników pomiarów nasilenia bólu dokonywane były jeden raz na dobę, oraz

- pacjenta hospitalizowanego w okresie od 27.09.2023 r. do 29.09.2023 r. (nr Księgi Głównej 5797/2023) z leczeniem bólu przewlekłego, u którego w dniach²² 27.09.2023 r. i 29.09.2023 r., zapisy wyników pomiarów nasilenia bólu dokonywane były jeden raz na dobę,

Dyrektor do spraw Opieki Zdrowotnej wyjaśnił: *w przypadku pacjentów o nr Księgi Głównej 5686/2023 i 5797/2023, spowodowane to było nadmiernym obciążeniem personelu pielęgniarskiego, co było związane z czasowym niedoborem pielęgniarek.*
(akta kontroli, str. 480-511)

4. „Procedura oceny i skuteczności leczenia bólu” stanowiła, że karty gorączkowe podlegają kontroli dwa razy do roku przez Zespół do Spraw Farmakoterapii, oraz że po każdej kontroli Zespół ten sporządza protokół i przedstawia wyniki tychże kontroli Dyrektorowi. Nadzór nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania tej procedury został powierzony Zespołowi do spraw farmakoterapii oraz Zastępcy Dyrektora do spraw Opieki Zdrowotnej.

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą Zespół do Spraw Farmakoterapii nie wykonywał kontroli prawidłowości leczenia bólu.

Z-ca Dyrektora do spraw Opieki Zdrowotnej podał: *Zarządzenie Dyrektora, w którym powołano Zespół do Spraw Farmakoterapii nie zawiera przepisów wykonawczych, które delegowałyby określone osoby z Zespołu do realizacji tego zadania. Przewodniczący Zespołu nie ma kompetencji do delegowania kompetencji kontrolnych, na któregokolwiek z członków Zespołu. Istniejący stan prawny spowodował brak realizacji tego zadania,*

- brak przepisów wykonawczych powołujących określoną osobę do kontroli leczenia bólu był przyczyną braku kontroli kart gorączkowych, w związku z czym Zespół nie przedstawiał ich wyników w formie protokołu Dyrektorowi,

- z-ca Dyrektora do spraw Opieki Zdrowotnej faktycznie nie był w stanie nadzorować prawidłowości leczenia bólu. Planowane jest wprowadzenie przepisów wykonawczych dotyczących sposobu delegowania określonych członków zespołu do prowadzenia kontroli prawidłowości leczenia bólu, w drodze zarządzenia Dyrektora.

(akta kontroli, str. 480-511)

5. Obowiązująca w Szpitalu od dnia 1.10.2020 r. „Procedura profilaktyki, leczenia i monitorowania odleżyn”, w zakresie postępowania pielęgniarskiego stanowiła m.in., że w dniu przyjęcia do Szpitala pielęgniarka miała obowiązek dokonać oceny pacjenta pod kątem kwalifikacji do grupy ryzyka rozwoju odleżyn według skali Norton, a pacjentowi który otrzymuje według skali 14 lub mniej punktów założyć „Kartę oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i plan postępowania”.

W kontroli ustalono przypadek pacjenta²³ (nr Księgi Głównej 5756/2023), u którego w dniu przyjęcia do Szpitala sklasyfikowano odleżyny w 12 stopniu według skali Norton, a „Kartę oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i plan postępowania” założono po upływie trzech dni (28.09.2023 r.) od daty tej klasyfikacji, co Pielęgniarka koordynująca wyjaśniła, że *pacjentka została przyjęta w ciężkim stanie zdrowia na przełomie dyżurów. Pielęgniarki musiały zająć się pacjentką, a w dalszej kolejności*

²² W dniu 28.09.2023 r. był dwukrotny zapis wyniku pomiaru nasilenia bólu.

²³ Hospitalizowanego w okresie od 25.09.2023 r. do 9.10.2023 r.

wypełniać dokumentację medyczną, ze względu na duże obciążenie pracą pominęły wypełnienie karty.

(akta kontroli, str. 480-483, 512-551)

6. „Procedura profilaktyki, leczenia i monitorowania odleżyn”, w zakresie postępowania pielęgniarskiego stanowiła m.in., by pielęgniarka dokonywała systematycznej oceny ryzyka rozwoju odleżyny raz na dobę.

W kontroli ustalono przypadek pacjenta²⁴ (nr Księgi Głównej 4674/2023) z 5 stopniem w skali Norton sklasyfikowanym w dniu 8.08.2023 r., u którego zapisy w „karcie procesu pielęgnowania pacjenta” dotyczące pielęgnowania w zakresie przeciwoleżynowym zaczynały się po upływie dwóch dni (tj. od 10.08.2023 r.) od daty tej klasyfikacji, co Pielęgniarka koordynująca wyjaśniła następująco: w „karcie procesu pielęgnowania pacjenta” nie zostało zaznaczone wykonanie danych czynności pielęgniarskich wskutek przemęczenia.

(akta kontroli, str. 480-483, 512-551)

7. Wytyczne do planu pielęgnacji pacjenta z odleżynami zalecały m.in. stosowanie odciążenia ucisku poprzez korzystanie z materacy przeciwoleżynowych (zmiennociśnieniowych).

Ustalono przypadek pacjenta²⁵ (nr Księgi głównej 4291/2023) z 8 stopniem w skali Norton sklasyfikowanym w dniu przyjęcia, u którego w „Karcie oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i planie postępowania” zalecono „materac zwykły”, co Pielęgniarka koordynująca wyjaśniła tak: w „karcie oceny ryzyka wystąpienia odleżyn i planu postępowania” błędnie zalecono „materac zwykły”.

(akta kontroli, str. 480-483, 512-551)

8. Procedura „profilaktyki, leczenia i monitorowania odleżyn”, w zakresie postępowania lekarskiego regulowała m.in., że lekarz odpowiedzialny jest za: klasyfikację odleżyny według EPUAP, leczenie odleżyny w III i IV stopniu EPUAP oraz monitorowanie i dokumentowanie podjętych działań w „karcie zleceń”.

Stwierdzono przypadek (nr Księgi głównej nr 4225/2023), gdzie pacjent z III stopniem EPUAP w dniu przyjęcia (13.07.2023 r.):

- nie został sklasyfikowany²⁶ przez lekarza według skali EPUAP,
- w „karcie zleceń” nie było wymaganych zapisów dotyczących monitorowania stanu odleżyn i podejmowanych działań.

Odnosząc się do powyższego, Z-ca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej podał m.in., że w dokumentacji pacjenta brak wpisów jest spowodowany nieumyślnym zaniechaniem obowiązków.

(akta kontroli, str. 480-483, 512-548, 552-554)

OCENA CZĄSTKOWA

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych była zgodna z rejestrem prowadzonym przez Wojewodę Podkarpackiego oraz regulacjami wewnętrznymi. Szpital podejmował działania organizacyjne w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenie i umożliwienia pacjentom wcześniejszego uzyskania świadczenia, a także umożliwił pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty. Nieprawidłowościami były stwierdzone naruszenia w zakresie stosowania

²⁴ Hospitalizowanego w okresie od 3.08.2023 r. do 9.09.2023 r.

²⁵ Hospitalizowanego w okresie od 17.07.2023 r. do 28.07.2023 r.

²⁶ Wzmianka o III stopniu odleżyn według EPUAP, znajduje się w „karcie indywidualnej pielęgnacji”.

procedur oceny i skuteczności leczenia bólu oraz profilaktyki, leczenia oraz monitorowania odleżyn.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Dokumentacja medyczna w Szpitalu jest prowadzona w formie papierowej. Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych podał m.in., że *warunki ekonomiczne uniemożliwiają wdrożenie pełnej dokumentacji w wersji elektronicznej. Szpital prowadzi prace nad pełną funkcjonalnością uruchomienia dokumentacji w wersji elektronicznej.*

W wyniku analizy dokumentacji medycznej wybranych 20 pacjentów hospitalizowanych w 2022 r., stwierdzono że:

- spełniała wymogi określone w art. 25 ustawy o *prawach pacjenta* oraz zawierała elementy wskazane w § 10 rozporządzenia w *sprawie dokumentacji*²⁷ (nie wystąpił przypadek, by któryś z pacjentów podał do dokumentacji adres swojej poczty elektronicznej),
- wpisy były dokonywane w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a jeżeli wpis został dokonany błędnie, skreślano go i umieszczano adnotację o przyczynie błędu (np. adnotacja o treści: „*błąd*”) oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji,
- zawierała m.in.: oznaczenie pacjenta, wymagane przepisami zgody i oświadczenia pacjenta (w tym zgody na udzielenie informacji innej osobie ze wskazaniem jej imienia i nazwiska oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą).

Dyrektor Szpitala podał, że *w Szpitalu nie wprowadzano wewnętrznych procedur dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej.*

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych podał m.in., że postępowanie zabiegowe odbywa się poza systemem i po wykonaniu procedur medycznych następuje wpis w dokumentację medyczną, który co do zasady odbywa się niezwłocznie. Nie istnieje możliwość w tego typu zabiegach ustalenia, czy wpisy w dokumentację medyczną były dokonywane niezwłocznie.

(akta kontroli, str. 474-479, 610-618)

2. Obowiązująca od dnia 8.07.2021 r. procedura „udostępniania dokumentacji medycznej na zewnątrz”, określała m.in.:

- wymóg udostępnienia dokumentacji medycznej podmiotowi uprawnionemu na jego żądanie, w szczególności osobie upoważnionej przez pacjenta,
- katalog podmiotów²⁸ uprawnionych do uzyskiwania dokumentacji medycznej (w tym m.in., organy władzy publicznej, Rzecznik Praw Pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia, konsultanci krajowi i wojewódzcy, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, prokuratorzy, lekarze sądowi w związku z prowadzonym postępowaniem),
- udostępnianie dokumentacji medycznej drogą elektroniczną (dla uprawnionych podmiotów na zasadach określonych w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, na elektronicznych nośnikach (płyty CD, DVD, itp.), w postaci papierowych wydruków,

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. z 2022 r., poz. 1304).

²⁸ O których mowa w art. 26 ust. 3 ustawy o *prawach pacjenta*.

- formy udostępniania dokumentacji, tj. do wglądu z zapewnieniem sporządzania notatek lub zdjęć, sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku, wydanie oryginału, itp.,
- wymóg udostępniania bez zbędnej zwłoki,
- formy wniosku o uzyskanie dostępu do dokumentacji medycznej,
- zasadę, że upoważniony pracownik przed udostępnieniem dokumentacji zobowiązany jest zweryfikować uprawnienie osoby żądającej (oraz ustalić jej tożsamość).

W miejscach ogólnodostępnych, na tablicach ogłoszeń na oddziałach oraz Izbie Przyjęć były zamieszczone informacje o prawach pacjenta, w tym o prawie do informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych podał m.in., że *polecenia w formie ustnej dotyczące informowania pacjentów i ich opiekunów o prawie wglądu do dokumentacji medycznej zostały przekazane na spotkaniu kadry zarządzającej z kierownikami oddziałów i pielęgniarek oddziałowych.*

W załączniku nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego zawarto zapis, że przekazanie dokumentów jest bezpłatne w przypadku, gdy wnioskujący robi to po raz pierwszy w odniesieniu do wskazanej dokumentacji, oraz że za każde kolejne udostępnienie dokumentacji zostanie pobrana opłata.

W wyniku badania 20 przypadków udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w 2022 r. stwierdzono, że w każdym przypadku:

- dokumentacja była udostępniona bez zbędnej zwłoki,
- przyjęta praktyka nie ograniczała sposobu składania wniosku o udostępnienie dokumentacji (były przypadki stawiennictwa osobistego, wnioskowania w formie pisemnej, telefonicznej),
- wysokość pobieranych z tego tytułu opłat była zgodna z obowiązującymi przepisami.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych podał m.in., że przy wysyłaniu dokumentacji z danymi pacjentów stosowano szyfrowanie załączników. W kontrolowanym okresie Szpital czterokrotnie udostępniał dokumentację w taki sposób.

(akta kontroli, str. 57-80, 126-211, 474-479, 619-638)

3. Obowiązująca od dnia 8.07.2021 r. procedura „zabezpieczenie dokumentacji medycznej w wersji papierowej”, stanowiła m.in., że dokumentacja podczas pobytu pacjenta na oddziale oraz do 14 dni po jego wypisie przechowywana jest w dyżurce lekarskiej, dyżurce pielęgniarskiej, sekretariacie oddziału, po czym zdawana jest do archiwum zakładowego w sposób uniemożliwiający dostęp osób trzecich.

W wyniku oględzin stwierdzono, że archiwum zakładowe Szpitala zorganizowane było w sześciu osobnych pomieszczeniach, z których każde zamykane było na klucz. W każdym z sześciu pomieszczeń, na metalowych regałach, była rozmieszczona dokumentacja medyczna. Pomieszczenia były czyste, suche.

Przetwarzanie danych osobowych pacjentów odbywało się przez upoważniony do tego celu personel Szpitala. Upoważnienia obejmowały przetwarzanie danych osobowych w kartotekach, rejestrach, wykazach i innych papierowych zbiorach ewidencyjnych, z zastrzeżeniem:

- wymaganej znajomości i przestrzegania obowiązujących w Szpitalu procedur przetwarzania danych osobowych,
- zobowiązania zachowania w tajemnicy danych osobowych objętych upoważnieniem (również po ustaniu zatrudnienia lub zaprzestaniu realizacji zadań dotyczących przetwarzania tych danych).

Upoważnienia wygasły z chwilą rozwiązania stosunku pracy ze Szpitalem oraz z chwilą zmiany stanowiska pracy.

W Szpitalu stosowano systematyczne²⁹ (w każdym roku) szacowanie ryzyka zagrożeń, gdzie podczas identyfikacji ryzyka stosowany był podział na czynniki ryzyka, który wyodrębniał m.in. następujące kategorie:

- ewidencja skarg, wniosków,
- rejestracja pacjenta i zasady przyjmowania pacjenta,
- dokumentacja medyczna i wypisy,
- udostępnianie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli, str. 639-761)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, udostępnianie zawartych w niej danych oraz jej przechowywanie w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

1. Obowiązująca od dnia 27.10.2017 r. procedura „zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych” miała na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najlepszej jakości życia poprzez uśmierzenie dokuczliwych objawów, zaspokajanie potrzeb fizycznych, psychicznych, socjalnych i duchowych. Procedura przewidywała cztery rodzaje wsparcia:

- w sferze fizycznej: zlikwidowanie lub zmniejszenie dyskomfortu fizycznego, obserwację objawów ze strony poszczególnych układów (oddechowego, krążenia, pokarmowego, pozostałych), ocenę bólu, współpracę personelu z rodziną (nauka członków rodziny właściwej i produktywniej opieki nad chorym),
- w sferze psychicznej: otwartą postawę wobec problemów pacjenta, umiejętność słuchania (pozwolenie na wypowiedzenie się chorego, utrzymanie kontaktu wzrokowego, zachowanie postawy siedzącej przy łóżku), cierpliwość i zapewnienie intymnej atmosfery podczas rozmów,
- w sferze duchowej: możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej zgodnie ze swoim wyznaniem,
- w sferze społecznej: wskazanie pacjentowi (lub jego rodzinie) źródeł pomocy, instytucji takich jak opieka społeczna, placówki ochrony zdrowia, zakłady opiekuńcze, hospicja.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych podał m.in., że rozwiązania organizacyjne w zakresie przeprowadzania badań i wywiadów z pacjentami obejmują udzielanie świadczeń w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu osłoniętym. Wywiad z pacjentem lub jego opiekunami oraz badanie odbywa się w pomieszczeniu izby przyjęć i w obecności osób wykonujących zawód medyczny, a jednocześnie niezbędnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi. W trakcie leczenia na oddziałach lekarze w sposób dogodny dla pacjenta (w gabinecie zabiegowym, gabinecie lekarza kierującego oddziałem, na sali chorych przy osłonięciu) i z zachowaniem najwyższych zasad prywatności, udzielają informacji o wynikach badań, planie diagnostycznym i rokowaniach.

W wyniku oględzin trzech oddziałów szpitalnych stwierdzono m.in., że:

²⁹ Dyrektor w każdym z badanych lat wprowadzał „instrukcję zarządzania ryzykiem w SPZZOZ w Nisku”.

- nie było przypadku hospitalizowania pacjenta poza salą chorych (np. na korytarzu),
- na każdym z oddziałów były ogólnie dostępne węzły sanitarne z podziałem na część męską i żeńską (część sal, jak np. izolatki, były wyposażone w wewnętrzne węzły sanitarne) oraz regulaminy odwiedzin,
- na salach chorych i w gabinetach lekarskich, zabiegowych były dostępne przenośne parawany (na dwóch oddziałach były zainstalowane parawany stałe),
- na salach chorych nie było kart gorączkowych (znajdowały się w dyżurkach pielęgniarek w odpowiednich teczkach, z oznaczeniami sal chorych),
- nie było zainstalowanych kamer,
- drzwi na sale chorych i do sanitariatów były w pełni sprawne,
- sale posiadały od dwóch do czterech łóżek.

Regulaminy odwiedzin na oddziałach regulowały godziny odwiedzin, określały liczbę osób jednocześnie odwiedzających pacjenta. Tryb odwiedzin w takich miejscach jak oddział intensywnej terapii, sale pooperacyjne, sale intensywnego nadzoru, nie był odrębnie uregulowany, obowiązywały tu takie same zasady jak na oddziałach szpitalnych.

(akta kontroli, str. 762-781)

2. Procedura „zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych” zalecała w części „zasady etyczne wobec chorego umierającego” m.in.:

- kontrolowanie swojego postępowania wobec chorego,
- zachowanie rytmu codziennych czynności pielęgnacyjnych, aby chory nie odniósł wrażenia, że został już skreślony,
- szczególnie taktowne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych,
- niesienie ulgi w cierpieniach somatycznych,
- czuwanie przy chorym umierającym, stwarzając serdeczną atmosferę.

W ust. 5 tej procedury zapisano m.in.: *opieka powinna być oparta na empatii, odznaczać się serdecznością i otwartością na cierpienie chorego, zmierzać do zapewnienia ulgi w cierpieniu przy poszanowaniu i zaakceptowaniu potrzeb człowieka umierającego.*

W kontrolowanym okresie w Szpitalu nie było skarg dotyczących naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności.

(akta kontroli, str. 8-16, 619-622, 762-768)

3. W Szpitalu były zainstalowane dwie kamery na oddziale dziecięcym celem monitorowania niemowląt, w związku z prowadzoną obserwacją małego pacjenta, które nie miały możliwości rejestracji (były technicznie przystosowane jedynie do obserwacji). Poza tym nie było zainstalowanych kamer w miejscach (pomieszczeniach) ogólnodostępnych, a także w pomieszczeniach w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, a w szczególności w pokojach łóżkowych, pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, przebieralniach, szatniach.

(akta kontroli, str. 769-771)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia organizację i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, respektujących prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności.

IV. Wnioski

Wnioski

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

1. Udostępnienie pacjentom wszystkich informacji określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.
2. Zapewnienie rzetelnego stosowania procedury oceny i skuteczności leczenia bólu, w tym kontroli prawidłowości leczenia bólu.
3. Zapewnienie rzetelnego wykonywania procedury profilaktyki, leczenia i monitorowania odleżyn.

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 Rzeszowie. 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 wniosku pokontrolnego 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.

Rzeszów, 29 listopada 2023 r.

Kontroler
Wilhelm Dmytrów
Główny specjalista kontroli
państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/

/-/