

[redacted], ul. [redacted]
[redacted], 30.08.2021 roku

Proszę uprzejmie o potwierdzenie odbioru.

Szanowni Państwo:

- 1) Ministerstwo Zdrowia
- 2) Narodowy Fundusz Zdrowia
- 3) Marszałkowie województw - celem przekazania szpitalom własnym

PETYCJA W INTERESIE PUBLICZNYM

O zamkniętym / ograniczonym katalogu odbiorców

Dzień dobry, będąca stroną inicjującą postępowanie w trybie Ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) w związku z art. 54 w związku z art. 63 Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483) przekładam petycję w sprawie usprawnienia opieki zdrowotnej

1. W sprawie wprowadzenia wytycznych w zakresie zachowania staranności, czujności i ostrożności procedur :

⌘ - każdy wynik badania obrazowego winien być dokładnie opisany przez lekarza radiologa oraz winien być skontrolowany przez zlecającego

⌘ - każde badanie lekarskie, obrazowe - winno być dokładnie opisane zarówno patologię jak i wartości prawidłowe jak i każdą wykrytą patologię nawet gdy nie była objęta skierowaniem ale obejmuje badanie np. guz płuc, a wykryto dodatkowo zmiany na śledzionie ponieważ może to wprowadzać w błąd i zagrażać życiu. Poza tym jeśli osoba ma duszność - podczas badania lekarz winien opisać (zmiany na nogach - żyłaki, pajęczki które są oznaką problemu żylnego, rozstępy - które mogą być oznaką wodobrzusza a to niewydolności prawokomorowej). Ponieważ wszystko ma znaczenie : kolor, rozmiar, powierzchnia by ocenić czy się goi czy idzie w przeciwnym kierunku, czy nie jest to przyczyną np. opaska uciskowa może spowodować zakrzep który przy uwolnieniu z opaski / rozluźnieniu może dostać się do płuc lub widoczne żyłaki / obrzęki mogą sugerować etiologię > zakrzepicę która doprowadziła do niewydolności serca - zawał lub niewydolności oddechowej - zator.

⌘ jeśli norma np hemoglobiny jest 12-16 a pacjent ma 16,5, 17,0 wynik powinien być opisany przez lekarza że niektóre parametry nieznacznie poza normą, podwyższone; nieznaczne odchylenia a nie w "w normie czy granicach normy czy nieistotne poza normą bo świadczą że są w granicach referencyjnych a to może wprowadzać w błąd np w epikryzie"

⌘ lekarz nie powinien się kierować poprzednimi objawami zgłaszanymi przez pacjenta podczas poprzednich hospitalizacji co do obecnego postępowania ponieważ jeden objaw może mieć kilka stanów chorobowych i każdy przypadek może być inny nawet przy podobnych objawach i winien traktować przypadek jak pierwszorazowy obraz kliniczny i stosować się za każdym razem do wytycznych nawet gdy były one poprzednio wykonywane ale do tego służy właśnie diagnostyka różnicowa / wykluczeniowa gdzie skupia się na chorobach zagrażających życiu i zdrowiu bezpośrednio, pośrednio oraz innych chorób. Gdzie trzeba szukać przyczyny ponieważ np. klucie w sercu może oznaczać lęk lub bóle kostne lub zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie osierdzia / wsierdzia jak i inne choroby albo ból może być niecharakterystyczny, idiopatyczny, subkliniczny i źle odbierany przez pacjenta. Ponieważ jeden objaw lub kilka objawów "może imitować" dane schorzenia tzw. "Maska kliniczna" i dane rozpoznanie należy stwierdzić po wykluczeniu innych chorób gdzie w niektórych przypadkach "obraz kliniczny może być ważniejszy od badania dodatkowego - przykład jest np TIA gdzie osoba ma objawy udaru a w TK wynik jest jeszcze prawidłowy lub stał się prawidłowy.

https://pl.m.wikipedia.org/wiki/Obraz_kliniczny

Np. Choroby zastawkowe serca, problemy z tarczycą mogą imitować nerwicę w związku z kołataniem serca "palpitacja" - chociaż jedno nie wyklucza drugiego - należy przed rozpoznaniem "wykluczyć inne stany chorobowe". Zgodnie z zasadą etyczną w medycynie jest m.in " Primum non nocere" oznaczający

"po pierwsze nie szkodzić" a stwierdzenie błędnej diagnozy lub innego postępowania niezgodnego z wiedzą lub brakiem staranności jest szkodzeniem i działaniem na szkodę, gdzie np reakcje polekowe mogą wystąpić od razu albo po jakimś okresie czasowym. Niestety niektórzy o tym zapominają przez co można widywać w prasach czy mediach "fale zarzutów na personel szpitala czy w większości przypadków na SOR gdzie jeden szpital zawiadamia odpowiednie organy na drugi szpital w związku z podejrzeniem m.in przestępstwa". Co jest niepokojące i przykre i nie tylko szkodzi pacjentowi, danemu szpitalowi ale całemu towarzystwu i grona medycznego.

⌘ wynik nieznacznie poza normą od 0-10%, wynik średni od 11 do 50%, wynik ciężki od 51 do 99%, wynik krytyczny >99% przykład

Hemoglobina = 19 n. 12-16

16 - 100 %

19 - x

$x = 19 \times 100 = 1.900 : 16 = 118,75 = 119$

119 - 100 = 19

x = 19 wskazuje na wynik już średni a nie nieznaczny

Hemoglobina = 10 n. 12-16

12 - 100 %

10 - x

$x = 10 \times 100 = 1.000 : 12 = 83,33 = 84$

100 - 84 = 16

x = 16 wskazuje na wynik już średni (11-50) a nie nieznaczny (0-10)

Jednak należy oceniać dynamikę zmian przykładowo

CK-MB 1.50 5:00h, 1.60 6:00h

Może wskazywać na powolnym uszkodzeniu lub ewolucyjnym w czasie uszkodzeniu w związku z widoczną tendencją wzrostową. Mimo pozostawania w granicach normy.

CK-MB 1.50 5:00h 10.00 6:00h

Może wskazywać na ostre / rozległe uszkodzenie.

(Niestety lekarze jak i inny personel może zapominać o zasadach ostrożności, czujności i staranności) dlatego przekładam petycję w tym zakresie.

⌘ przykładem zalecenia są też wykonywania gazometrii, oxymetrii hemoglobiny tlenkowej jest podczas :

- ciemniejszego koloru krwi
- duszności, tchu, ciężkości
- wysiłek oddechowy <12, >16 częstości oddechu
- duszności mimo prawidłowej saturacji
- saturacji 99-100% mimo braku tlenoterapii
- gdy jest wydłużony lub skrócony wdech i wydech
- poruszania dodatkowo mięśniami oddechowymi
- patologiczny tor oddychania
- patologia PEF (pikflometrii) podczas forsowanego i gwałtownego wdechu i wydechu
- patologia PEF (pikflometrii) podczas spoczynkowego wdechu i wydechu (objętości oddechowej)
- patologii MEF w spirometrii (drobnych oskrzeli)
- saturacji <92/95-97% jako hipoksemii dla <pO₂ 60/ mmHg
- patologia wskaźnika oksygenacji przy obliczeniu FiO₂ w pomieszczeniu przebywania pacjenta
- patologia eTCO₂, InsCO, CO w wydychanym powietrzu
- patologii stężenia jakości powietrza w pomieszczeniu, dworze z ciśnieniem atmosferycznym, wilgotnością oraz temperaturą

⊕ ponieważ mimo prawidłowej saturacji mogło dojść do hipoksemii, hipoksji na skutek niewydolności oddechowej jako patologii w pO₂, pCO₂, kwasic i zasad; stężenia hemoglobiny tlenkowej, patologii bilirubiny i hemoglobiny, zaburzonej perfuzji itd.

⌘ - kardiomonitor jak i monitor funkcji życiowych każdy winien mieć włączony sygnał akustyczny/dźwiękowy pracy popularne "pikanie" pracy serca jak i sygnał alarmu dźwiękowy

i wizualny, ponieważ sama praca i alarmy graficzne/wizualne bez akustyki - mogą być tak szybko nie zauważone i wychwycone (jeśli łóżko oddalone jest od komody pielęgniarskiej/lekarskiej, personel jest u innego pacjenta, zajęty jest inną czynnością lub dokumentacją, zostały wyłączone z powodu ciszy nocnej, personel przechodzi i kątem oka może nie zauważyć, przez długie patrzenie w elektronikę może się obraz zamazać, nie ma centrali monitorującej, personel wyszedł za potrzebą/wynikami - co nie powinno się zdarzyć ponieważ w sali gdzie są monitory ktoś zawsze winien być) co może stwarzać zagrożenie dla życia i zdrowia. Co prawda sygnał może irytować lub wystraszyć ale od tego jest sygnał akustyczny jak i graficzny by bardziej czuwać nad pacjentem wzmożonego nadzoru i monitorowania.

⌘ - lek należy podać od razu po wykryciu patologii a nie po kilku / kilkudziesięciu minutach gdzie wartości mogły spaść lub się podnieść np.

° 15:00 - BP 160/100 - lek podany od razu np Furosemid, podanie leku po 5-20' minutach może bardziej obniżyć ciśnienie, ponieważ nie wiadomo jakie ciśnienie jest w trakcie podawania leku. Dlatego należy podać lek bezpośrednio po badaniu oraz monitorować po badaniu by parametry osiągnęły co najmniej 3 na poziomie prawidłowym jako wartości "stabilne"

2. Personel oddziału w którym są kardiomonitoringi poza centralą monitorującą na komodzie, są wyposażeni w pager który przez teletransmisję powiadamiał by ich o alarmie z kardiomonitora i numerze stanowiska, by szybciej zareagować.

3. Każdy personel szpitala wyposażony jest w pager, który powiadamiałby o alarmie z kardiomonitora w pobliżu 50 metrów gdyby po 10 sekundach nikt by nie reagował a alarm dalej trwał, personel nawet z innego oddziału mógłby zareagować lub wspomóc.

Np. Tętno

Kolor żółty : 60-69, 90-100

Kolor czerwony <60, >100, NZK

Adnotacje:

(1) - Zgodnie z art. 4 ust. 1 i ust. 5, art. 13 ust. 1 ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) - proszę tylko i wyłącznie o odpowiedź elektroniczną na mail nadawczy z uwagi na sposób wnoszenia pisma do organu rozpatrującego, a ponadto z uwagi na stan epidemii. Pisma wysyłane drogą listowną lub w inny sposób będą usuwane bez czytania.

(2) - Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) - "NIE WYRAŻAM ZGODY" na publikację/udostępnienie danych osobowych na odwzorowanej treści petycji lub jego odwzorowania cyfrowego (zdjęcie, skan) oraz opublikowanego rozpatrzenia na serwisie internetowym organu lub stronie internetowej BIP w postaci m.in : imienia i nazwiska jako identyfikatora tożsamości, nazwy użytkownika konta, e-maila, adresu o którym mowa w prawie pocztowym, miejscowości w nagłówku, sygnatury własnej i organu rozpatrującego, podpisu jako informacja poufna zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych i ustawy o dostępie do informacji publicznej.

(3) - Zgodnie z art. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 roku (tj. Dz. U. 2020 poz. 2176) po rozpatrzeniu petycji i udzieleniu odpowiedzi oraz przed przekazaniem sprawy do Archiwum - proszę o anonimizację danych o których mowa w (2) adnotacji z treści petycji, opinii, odpowiedzi itd. z uwagi na prywatność o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy - celem dalszego wykorzystania i udostępnienia - nie naruszając przepisów ustawy o udostępnieniu informacji publicznej, RODO, o ochronie informacji niejawnych, art. 23 kc, Konstytucji.

Z poważaniem,

