



Departament
Bezpieczeństwa

DBR.055.27.2024.JL
Warszawa, 02 grudnia 2024

Pani

Szanowna Pani,
w odpowiedzi na przesłane w dniu 18 września 2024 r. petycje w sprawie lekarzy pracujących na SOR oraz dokumentów wydawanych pacjentowi przyjętemu na SOR, proszę o przyjęcie poniższego.

Ad.1

Lekarz pracujący w oddziale szpitalnym, SOR, IP - nie ma wglądu w poprzednią historię choroby, by zminimalizować m.in. nierzetelne i niestaranne prowadzenie dokumentacji medycznej pod postacią (bałaganiarstwa, lenistwa, niechlujstwa) m.in. przez kopiuj wklej z poprzedniej historii choroby. Lekarz ma zadanie przeprowadzić badanie kompletne i to opisać, bo nie zawsze pacjent trafia z tą samą chorobą, a opieranie na poprzednich wpisach i skopiowaniu jest nierzetelnym prowadzeniem dokumentacji, mogący wywołać negatywne skutki dla pacjenta.

Zgodnie z brzmieniem art. 26 ust 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych. Zatem wszystkie podmioty medyczne, zarówno posiadające w swojej strukturze szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) lub izby przyjęć (IP), jak i wszystkie pozostałe, zobowiązane są do zapewnienia personelowi medycznemu dostępu do historii medycznej pacjentów w ramach prowadzonej przez siebie dokumentacji medycznej. W kontekście udzielania pomocy pacjentowi w stanie nagłym, czy to na SOR czy też IP, pełen dostęp do dokumentacji pacjenta jest kluczowy. Korzystanie z archiwalnych informacji (zazwyczaj w formie cyfrowej) o stanie pacjenta, jego chorobie, wynikach wcześniejszych badań umożliwia lekarzom dokładniejsze zrozumienie stanu pacjenta.

Na podstawie art. 41 ust 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799), podmioty lecznicze zobowiązane są do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób rzetelny, kompletny i zgodnie z obowiązującymi przepisami. Każdy

lekarz ma obowiązek przeprowadzenia samodzielnej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz dokładnego udokumentowania wyników badania. Zapis w dokumentacji powinien zawierać informacje uzyskane w trakcie badania fizykalnego, wywiadu oraz wszelkie dodatkowe badania diagnostyczne, które pozwalają na postawienie diagnozy. Poleganie wyłącznie na wcześniejszych wpisach w dokumentacji, bez przeprowadzenia aktualnego badania może doprowadzać do błędów w diagnozie i późniejszym procesie terapeutycznym. Zaś samo kopiowanie poprzednich wpisów bez przeprowadzenia nowego badania może stanowić naruszenie zasad etyki zawodowej i przepisów prawa.

Ważnym elementem dbałości o prowadzoną dokumentację medyczną jest edukacja i szkolenie personelu medycznego w zakresie rzetelnego dokumentowania wszystkich przeprowadzonych badań oraz diagnoz, stosowanie systemów cyfrowych zapewniających dostęp do pełnej historii choroby w sposób szybki i łatwy. Ważnym elementem jest także prowadzenie audytów w zakresie poprawności i kompletności prowadzenia dokumentacji, w szczególności w tak newralgicznych oddziałach szpitala jak SOR czy IP. Należy także wziąć pod uwagę, że praca w tych oddziałach to nieustanne działanie pod presją czasu i stres dla personelu, co ma zdecydowany wpływ na dokładność wpisów w prowadzonej dokumentacji medycznej.

Podkreślić należy, że każdy pacjent winien być traktowany indywidualnie, a decyzje co do diagnostyki i procesu terapeutycznego podejmowane są na podstawie aktualnych wyników badań. Dostęp zaś do historii choroby ma ważny walor wspomagania procesu leczenia, jednakże nie może zastąpić obowiązku przeprowadzenia samodzielnego badania przez lekarza.

Ad. 2 i Ad.3

2. Pacjentowi wydawany jest wynik EKG wykonany w poradniach i szpitalach. Zgodnie z adnotacją wyniku jest napis "Elektrokardiogram jest własnością pacjenta i nie można go zabierać nawet w celu włączenia do dokumentacji". EKG szybko blaknie, dlatego z poradni, z SOR, z oddziału winien być pacjentowi wydany oryginał.

3. Pacjentowi wydawane są wyniki oryginalne z SOR, IP jeśli pacjent nie został przekazany na oddział. Rozpoznanie na oddziałach pomocy doraźnej są diagnostyką wstępną i nie kończy diagnostyki/leczenia, dlatego uważam, że pacjent winien otrzymać oryginały wyników.

Z uwagi na podobieństwo podniesionych kwestii w zakresie własności oraz wydawania oryginałów wyników pacjenta, odpowiedź na postulaty nr 2 oraz 3 zostanie udzielona łącznie.

Zgodnie z art. 23 ust 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy. Dokumentacja ta udostępniana jest zgodnie z art. 26 ww. aktu prawnego:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;

- 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- 5) na informatycznym nośniku danych.

Na podstawie powyższego należy zauważyć, że dokumentacja medyczna wewnętrzna stanowi własność podmiotu leczniczego, a nie pacjenta. W praktyce pacjentowi zazwyczaj udostępnia się kopię dokumentacji w celu zabezpieczenia integralności oryginału oraz zachowania całości danych w podmiocie leczniczym, co gwarantuje treść art. 24 ust. 1 ww. ustawy. W przypadku wystąpienia trudności z uzyskanym wcześniej przez pacjenta zestawem wyników badań (np. wyblaknięcie wydruku), pacjentowi przysługuje prawo do uzyskania dostępu do wytworzonej dokumentacji i jej utrwalenia w sposób alternatywny, np. zapis w postaci cyfrowej lub wykonanie wydruku/xero. Należy także pamiętać, że większość informacji w obecnych systemach szpitali zapisywana jest w formie elektronicznej, a wydawane pacjentom wydruki wyników badań, to fizyczne odwzorowanie ich cyfrowej postaci.

Zatem wydanie oryginału dokumentacji medycznej, jest przewidziane przepisami prawa w szczególnych wypadkach i z obowiązkiem jego zwrotu.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przedstawiona petycja nie wymaga dodatkowych działań legislacyjnych i organizacyjnych, ponieważ obecnie obowiązujące przepisy jasno regulują kwestie zarówno dostępu do dokumentacji oraz rzetelności jej prowadzenia.

Z wyrazami szacunku

Agnieszka Tuderek-Kuleta
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/