

Uchybienia w dokumentacji lekarskiej

Tym razem zamiast relacji z procesu ,informacja Najwyższej Izby Kontroli, która zbadała w jaki sposób lekarze prowadzą swoją dokumentację. Wyniki są raczej porażające, co najczęściej wychodzi wówczas, gdy lekarz zostaje pozwany do sądu. Złota zasada, że: "Lepiej zapobiegać niż leczyć dotyczy także relacji na linii – lekarz i prawo. Kto, jeżeli nie lekarz ma dbać o swój interes prawny.

Placówki medyczne nie przykładają wystarczającej wagi do prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów, choć są to dokumenty wpływające na przebieg leczenia, postępowania sądowe czy rozliczenia z NFZ. Największy bałagan stwierdzono w dokumentacji przychodni: w kartach pacjentów brakowało istotnych informacji na temat przebytych chorób, pobyków w szpitalu, czy chorób przewlekłych. Nieco lepiej sytuacja wyglądała w szpitalach, ale tam z kolei problemem jest zróżnicowana częstotliwość dokonywanych wpisów, wadliwa korekta błędów i brak prawidłowej autoryzacji wpisów. NIK dostrzega problem braku czasu na uzupełnianie dokumentacji, jednocześnie wskazuje jednak, że część uchybień wynika po prostu z braku należytej staranności personelu.

Właściwe dokumentowanie wszystkich istotnych informacji w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, związanych z jego leczeniem, jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa. Proces ten ma istotne znaczenie przede wszystkim dlatego, że dokumentuje czynności podejmowane wobec pacjenta, i jednocześnie jest formą wzajemnego przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta w trakcie leczenia.

Nieprzestrzeganie obowiązku dokonywania wymaganych wpisów, szczególnie w sytuacji, gdy z dokumentacji korzysta więcej niż jeden lekarz, utrudnia rzetelną analizę problemów zdrowotnych pacjenta, a także zwiększa ryzyko nierozpoznania wczesnych stanów chorobowych. W kolejnych etapach leczenia może też utrudnić ocenę postępów choroby lub efektów leczenia. Z kolei w postępowaniu sądowym (cywilnym lub karnym) dokumentacja stanowi materiał dowodowy - wadliwie prowadzona może więc wydłużać procedury sądowe. Prawidłowość

prowadzenia dokumentacji medycznej ma także znaczenie przy rozliczaniu świadczeń z NFZ.

Spośród 24 kontrolowanych świadczeniodawców (na terenie siedmiu województw), 21 podmiotów prowadziło dokumentację medyczną z naruszeniem wymagań określonych w przepisach. NIK dostrzega sygnalizowany przez personel medyczny problem braku wolnego czasu na wypełnianie dokumentacji pacjentów i zwraca uwagę, że skala wskazanych naruszeń była różna. Równocześnie jednak NIK zwraca uwagę, że stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nie tylko kwestii formalnych, ale w części przypadków świadczyły o braku należytej staranności w dokumentowaniu procesu diagnozowania i leczenia pacjentów.

Kontrola 1730 indywidualnych dokumentacji medycznych wykazała uchybienia w 73,5 proc. przypadków. W blisko 25 proc. dokumentacji znajdowało się więcej niż pięć uchybień różnego rodzaju, co pozwoliło ocenić sposób ich prowadzenia jako nieprawidłowy.

LECZNICTWO AMBULATORYJNE

Najwięcej nieprawidłowości odnotowano w dokumentacji prowadzonej w lecznictwie ambulatoryjnym, gdzie niemal we wszystkich badanych kartach pacjentów - w 924 spośród 930 badanych dokumentacji - stwierdzono przypadki naruszenia przepisów dot. dokumentacji medycznej.

W dokumentacji prowadzonej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej najczęściej brakowało wpisów dokumentujących przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, informacji o przeprowadzonych zabiegach lub operacjach (w 79 proc.), pobytach w szpitalu (65 proc), przebytych chorobach (62,5 proc.), o chorobach przewlekłych (29 proc.). Te same nieprawidłowości powtarzały się w dokumentacji prowadzonej przez lekarzy specjalistów.

W wielu wypadkach problemem była także czytelność wpisów w dokumentacji pacjentów: nieczytelne wpisy stwierdzono w blisko 13 proc. kart podstawowej opieki zdrowotnej i blisko 9 proc. dokumentacji prowadzonej przez specjalistów (czytelność wpisów stwierdzał personel medyczny niezależny od NIK). Często brakowało też numeracji stron

prorowadzonej dokumentacji (14,5 proc. poz i 13 proc. specjalistów). Zdaniem NIK nieczytelne i niekompletne wpisy w dokumentacji medycznej mogą stanowić zagrożenie dla pacjenta (np. w sytuacji konieczności udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej), mogą także mieć wpływ na jego dalsze leczenie.

Kontrola wykazała także przypadki zlecenia badań diagnostycznych, zabiegów lub konsultacji (głównie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), przy jednoczesnym braku odnotowania bądź załączania wyników tych zleceń w dokumentacji pacjentów (w skrajnych przypadkach lekarz udzielił 11 zleceń, a w dokumentacji brak było opisu wyniku któregośkolwiek z nich).

LECZNICTWO STACJONARNE

Skala nieprawidłowości stwierdzonych w dokumentacji medycznej pacjentów prowadzonej w lecznictwie stacjonarnym (w szpitalach i zakładach opiekuńczo-leczniczych) była mniejsza niż w lecznictwie ambulatoryjnym. W dokumentacji medycznej prowadzonej przez szpitale uchybienia stwierdzono w blisko połowie (47,5 proc.) przypadków. Jednak zastrzeżenia NIK dotyczyły najczęściej nieodpowiednio dokonanej korekty błędnych wpisów (ponad 42 proc.), nieprawidłowej numeracji stron dokumentacji (w 28,5 proc.), czy braku autoryzacji (12 proc.).

NIK szczególną uwagę zwraca na zróżnicowaną częstość dokonywania wpisów lekarskich w dokumentacji hospitalizowanych pacjentów. Pierwszego wpisu w dokumentacji dokonywano wprawdzie najczęściej w dniu przyjęcia pacjenta na oddział - 86 proc. w szpitalach i 79 proc. w ZOL - ale kolejne dokonywane były już z różną częstotliwością: raz na dwa, trzy, a w skrajnych przypadkach nawet raz na 14 dni. Stwierdzono także przypadek, że w dokumentacji medycznej pacjenta hospitalizowanego przez 24 dni nie było żadnego wpisu. Sytuację tę tłumaczono brakiem przepisów określających wymaganą częstotliwość wpisów lekarskich w dokumentacji medycznej. Jednak w ocenie NIK niesystematyczne dokonywanie wpisów, odnoszących się do codziennych obserwacji chorego, świadczy o braku rzetelnego dokumentowania monitorowania terapii. Zdarzało się też, że w dokumentacji medycznej hospitalizowanych pacjentów znajdowała się część dokumentacji innego chorego (np. wyniki badań), co mogło prowadzić do niewłaściwej

interpretacji stanu pacjenta na podstawie dokumentów, które go nie dotyczą. NIK wskazuje także, że w przypadku udostępnienia takiej dokumentacji pacjentowi mogłoby dojść do naruszenia ochrony danych wrażliwych innej osoby.

Niektórzy świadczeniodawcy nie przestrzegali obowiązku wystawiania kart informacyjnych z pobytu pacjentów w szpitalu, a w przypadku zgonu pacjenta w kartach informacyjnych nie zamieszczano wszystkich wymaganych informacji, w tym o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji (brak takich adnotacji stwierdzono w 55 proc. dokumentacji pacjentów hospitalizowanych i w 50 proc. dokumentacji pacjentów ZOL).

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI

NIK wskazuje, że brak szczegółowych regulacji prawnych powoduje szereg zagrożeń dla prawidłowego udostępniania dokumentacji medycznej, a także dla skutecznego nadzoru nad tym procesem oraz ochroną danych osobowych pacjentów. Spośród 24 świadczeniodawców objętych kontrolą 10 podmiotów nie prowadziło rejestrów wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej (pacjentom lub osobom upoważnionym) lub prowadziło je nierzetelnie. W efekcie nie można było jednoznacznie określić liczby wniosków, które wpłynęły, liczby zrealizowanych, a także tego kto, kiedy i komu udostępnił dokumentację.

Udostępnienie dokumentacji odbywało się najczęściej w terminach ustalonych przez świadczeniodawcę, bez zbędnej zwłoki lub w terminie uzgodnionym z wnioskodawcą. Stwierdzono jednak przypadki, że udostępniono ją, z różnych powodów, po 30, a w skrajnym przypadku nawet po 54 dniach. Najwyższa Izba Kontroli jako nierzetelne oceniła postępowanie sześciu świadczeniodawców, którzy udostępniając oryginały dokumentacji nie podejmowali działań - nawet przez trzy lata - aby ją odzyskać.

PRZECHOWYWANIE DOKUMENTACJI

Blisko połowa skontrolowanych placówek (11 z 24 skontrolowanych) nie zapewniła odpowiednich warunków przechowywania dokumentacji medycznej, zabezpieczających ją przed

zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą, a także przed dostępem osób nieuprawnionych. Np. u jednego z kontrolowanych świadczeniodawców dokumentacja składowana była w kartonach na podłodze lub luzem, a u innego - przechowywano ją w drewnianych, niezamykanych szafach ustawionych na korytarzu, do których dostęp miały także osoby postronne (pacjenci, interesanci).

ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Do czasu zakończenia kontroli żaden z kontrolowanych świadczeniodawców nie wdrożył systemu informatycznego przeznaczonego do prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej. Kierownicy kontrolowanych jednostek wskazywali na trudności z wdrożeniem systemu elektronicznej dokumentacji medycznej. Do 31 grudnia 2017 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci elektronicznej lub papierowej. Natomiast po tym terminie - tylko w formie elektronicznej. W ocenie NIK dotychczasowy stopień zaawansowania przygotowań świadczeniodawców do uczestnictwa w Systemie Informacji Medycznej (SIM) i trudności wskazane przez kierownictwo kontrolowanych podmiotów świadczą o istnieniu ryzyka niezapewnienia prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej po 31 grudnia 2017 r.

Wnioski NIK

Ustalenia kontroli wskazują, że celowe i konieczne jest systematyczne egzekwowanie od personelu medycznego prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej przez kierownictwo podmiotów leczniczych oraz podjęcie szerokich działań uświadamiających skutki nieprawidłowości w tym zakresie.

NIK wnosi do Ministra Zdrowia o doprecyzowanie procedury udostępniania dokumentacji medycznej, ponieważ w ocenie Izby przepisy dotyczące prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej nie precyzują niektórych kwestii istotnych dla realizacji tego zadania. W efekcie świadczeniodawcy przyjmują w swojej działalności różne rozwiązania organizacyjne, nie zawsze korzystne dla pacjentów. NIK wskazuje także, że obowiązek prowadzenia całości dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej został wprowadzie przesunięty na dzień po 31 grudnia 2017 r., ale kontrola NIK wskazała szereg istotnych

przeszkód w jego efektywnym wdrażaniu w publicznych podmiotach leczniczych. Aktualne pozostają również zagrożenia dla procesu informatyzacji systemu ochrony zdrowia, na które NIK wskazała na początku 2013 r. Proces wprowadzania elektronicznej dokumentacji medycznej, umożliwiającej funkcjonowanie Systemu Informacji Medycznej, powinien być zatem monitorowany głównie przez Ministra Zdrowia oraz przez podmioty tworzące podmioty lecznicze.

Celem głównym kontroli „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej” była ocena rzetelności i zgodności z prawem tworzenia dokumentacji medycznej pacjentów oraz jej udostępniania wszystkim uprawnionym. Kontrolą objęto lata 2013-2015 (do 15 września 2015 r.).