Pielęgniarstwo Polskie 2013, 3 (49), 216–218

REALIZACJA OBOWIĄZKU ZAOPATRYWANIA PACJENTÓW W ZNAKI IDENTYFIKACYJNE

THE REALIZATION OF THE OBLIGATION TO PROVIDE PATIENTS WITH IDENTIFYING SIGNS

Jolanta Sielska[1], Sylwia Kwiatek-Markiewicz[2], Eliza Dąbrowska[1], Ewa Jakubek[1]

[1] Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Maria Danuta Głowacka
[2] Katedra Nauk Społecznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Michał Musielak

Streszczenie

Artykuł jest poświęcony obowiązkom, jakie spoczywają na podmiotach leczniczych w związku z koniecznością zaopatrywania wszystkich pacjentów w znaki identyfikacyjne. Analizie poddane zostaną także koszty wynikające z wprowadzenia systemu identyfikacji pacjentów. Obowiązek zaopatrywania w znaki identyfikacyjne chorych wprowadziła Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [1]. Wymóg ten wynika z potrzeby zapewnienia skutecznej identyfikacji pacjentów oraz poszanowania ochrony danych osobowych [2]. Celem wprowadzonych wymogów było też zmniejszenie ryzyka ewentualnej pomyłki poprzez zapewnienie skutecznej identyfikacji pacjenta przed podaniem leku czy wykonaniem zabiegu. Skuteczna i szybka identyfikacja pacjenta jest też niezwykle istotna w przypadku zasłabnięcia lub utraty przytomności poza oddziałem, na którym pacjent jest leczony.

Słowa kluczowe: znaki identyfikacyjne, system identyfikacji pacjentów.

Abstract

The article concerns the obligations which lie with medical subjects on account of the necessity to provide all patients with identifying signs. The analysis will also encompass the costs resulting from the introduction of the patient identification system. The obligation of providing the sick with identifying signs was introduced by The Act of 15 April 2011 on medical activity [1]. This requirement results from the need to provide an effective patient identification and the respect for the protection of personal details [2]. The aim of the requirements introduced was also to decrease the risk of a possible mistake by providing an effective patient identification before administering medicine or performing surgery. An effective and quick patient identification is also extremely vital in the case of collapsing or losing consciousness outside the ward in which the patient is treated.

Key words: identifying signs, patient identification system.

Dane pozwalające na identyfikację pacjenta

Zgodnie z zapisami art. 36 Ustawy o działalności leczniczej, znaki identyfikacyjne powinny zawierać informacje, które – oprócz imienia i nazwiska – pozwalają na ustalenie daty urodzenia pacjenta. W przypadku noworodka urodzonego w szpitalu ustawodawca nakazuje też dodać informacje o imieniu i nazwisku matki, płci i dacie urodzenia dziecka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty. Noworodki urodzone z ciąży mnogiej powinny otrzymać ponadto cyfrę, która wskazywałaby na kolejność rodzenia się. Ustawodawca zastrzega przy tym, że znak identyfikacyjny powinien być zapisany w sposób, który uniemożliwia odczytanie danych pacjenta przez osobę nieuprawnioną. Z powyższych zapisów wynika, że informacje zakodowane w znakach identyfikacyjnych pokrywają się w dużej mierze z informacjami jakie, zgodnie z zapisami Ustawy o prawach pacjenta, zawierać powinna dokumentacja medyczna, wśród których wymienia się: nazwisko, imię, imiona, datę urodzenia, płeć, adres zamieszkania i numer PESEL (Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742). W przypadku gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, ustawodawca przewidział konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej o nazwisko i imię/imiona przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania [3].

Do podjęcia decyzji o odstąpieniu od zaopatrywania pacjenta w znak identyfikacyjny uprawniony jest kierownik, przy czym informacja taka, wraz z wyjaśnieniem powodu odstąpienia, powinna zostać wpisana do dokumentacji medycznej pacjenta.

Szczegółowe regulacje, uwzględniające różne tryby przyjęcia pacjenta do szpitala jak również sytuacje szczególne, w których założenie znaku identyfikacyjnego nie jest możliwe, określa Rozporządzenie Ministra

Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i tryby zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku. Rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.

I tak w przypadku pacjenta o nieustalonej tożsamości przy przyjęciu do szpitala, chory taki otrzymuje znak identyfikacyjny z oznaczeniem „NN" oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, które pozwala na identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości [4]. Znaku identyfikacyjnego pozwalającego na ustalenie imienia, nazwiska oraz daty urodzenia nie otrzymuje też przy przyjęciu do szpitala pacjent, który potrzebuje natychmiastowego świadczenia zdrowotnego z uwagi na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Chory taki otrzymuje znak identyfikacyjny po udzieleniu świadczenia medycznego.

Opaska z danymi identyfikacyjnymi powinna zostać umieszczona na nadgarstku pacjenta. W Rozporządzeniu uwzględniona została też sytuacja, gdy z różnych przyczyn jest to niemożliwe (np. amputacja, oparzenia, czy konieczność podłączenia aparatury medycznej). W takim przypadku ustawodawca jako miejsce założenia opaski wskazał kostkę u nogi. Rozporządzenie nakazuje też taki sposób założenia opaski, aby niemożliwe było jej zsunięcie się czy też zdjęcie przez pacjenta. Przewidziano też sposób postępowania w przypadku stwierdzenia braku opaski lub też jej zniszczenia w stopniu uniemożliwiającym identyfikację pacjenta. Zgodnie z art. 8. Rozporządzenia, należy niezwłocznie potwierdzić tożsamość pacjenta i założyć mu nową opaskę. Podobne postępowanie wskazane jest w przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia zdjęcia dziecka umieszczonego na łóżku lub na inkubatorze.

Warto dodać, że ustawa o działalności leczniczej wprowadziła też obowiązek stosowania znaków identyfikacyjnych przez osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym. Identyfikatory noszone przez personel szpitala powinny zawierać informacje dotyczące imienia, nazwiska oraz pełnionej funkcji. Z uwagi na cele, którym służy noszenie przez pracowników szpitala identyfikatorów, wśród których przede wszystkim wskazać należy poprawną komunikację z pacjentem i jego rodziną, art. 36 pkt 1 u.d.l. określa, że identyfikatory należy nosić w widocznym miejscu.

Po zakończeniu hospitalizacji opaska z zakodowanymi danymi identyfikacyjnymi staje się własnością pacjenta. Zgodnie z art. 7. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. przekazanie opaski może nastąpić przy wypisie, po uprzednim sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego. Przy wypisie noworodka, któremu zakładane są dwie opaski, jedną z nich otrzymuje jego opiekun prawny, a druga dołączana jest do indywidualnej dokumentacji medycznej.

Identyfikacja noworodków oraz dzieci do lat 6

Z uwagi na fakt, że noworodki urodzone w szpitalu nie są do niego przyjmowane, ustawodawca wprowadził regulacje doprecyzowujące warunki oraz tryb ich zaopatrzenia w znaki identyfikacyjne. Art. 2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. nakazuje, aby noworodek otrzymał znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu. Zakładanie opaski ze znakiem identyfikacyjnym powinno odbywać się w obecności matki lub osoby bliskiej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, obecnej przy porodzie, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala.

Opaski ze znakiem identyfikacyjnym są zakładane na obu nadgarstkach noworodka. Jeżeli proces leczenia na to nie pozwala, ustawodawca dopuszcza ich założenie na obie kostki nóg lub na nadgarstek i kostkę nogi. Przewidziano też sytuację, gdy u noworodka lub dziecka do lat 6 opaski z danymi identyfikacyjnymi nie można umieścić ani na nadgarstku ani też na kostce u nogi. Rozporządzenie wskazuje, aby w takim wypadku w widocznym miejscu na łóżku dziecka bądź na inkubatorze umieścić zdjęcie dziecka, a na nim znak identyfikacyjny. Jeżeli osoba uprawniona nie wyrazi zgody na wykonanie zdjęcia dziecka, przepisy rozporządzenia nakazują, aby na łóżku dziecka bądź też na inkubatorze umieścić opaskę ze znakiem identyfikacyjnym. Informacja z wyjaśnieniem okoliczności uniemożliwiających założenie opaski powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej. Do indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka należy też dołączyć oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie zdjęcia dziecka, a w sytuacji, gdy zgoda taka nie została wyrażona, informację o jej braku.

Organizacja procesu identyfikacji

Wprowadzenie systemu identyfikacji pacjentów w szpitalu wymaga nie tylko zmian w polityce szpitala, organizacji pracy personelu medycznego, ale także potrzebne są środki finansowe, które pokryją koszty inwestycji związanej z dostosowaniem się do wymogów narzuconych przez ustawodawcę.

Aby wydrukować identyfikator dla pacjenta, niezbędne są odpowiednie drukarki do kodów. Na rynku proponowanych jest wiele modeli drukarek o najróżniejszej funkcjonalności. Opaski dla pacjentów można drukować na drukarce laserowej bądź termicznej. Druk termiczny jest bardziej odporny na wykruszanie i wymazywanie, dlatego opaski z nadrukiem termicznym są trwalsze. Także kody drukowane na drukarkach termicznych są wyższej jakości i nie ma problemu z ich odczytem przez urządzenia do tego przystosowane. Ceny najpopularniejszych drukarek wynoszą od 2 do 4 tys. złotych. Liczba drukarek potrzebnych w danej jednostce organi-

zacyjnej uzależniona jest od organizacji procesu identyfikacji. Dla pacjentów planowych opaski drukowane mogą być w biurze przyjęć. Liczba urządzeń powinna być dostosowana do liczby pacjentów. Optymalnym rozwiązaniem jest zapewnienie najmniejszym dzieciom opasek o mniejszych wymiarach. Dlatego część urządzeń ma rozwiązanie pozwalające na wymianę kaset z opaskami i drukowanie zarówno dużych, średnich jak i małych opasek. Jeśli urządzenia nie posiadają takiej funkcjonalności a szpital obsługuje zarówno dzieci jak i dorosłych, należy wyposażyć jednostkę w dwa rodzaje urządzeń.

Opaska z identyfikatorem założona pacjentowi na rękę zawiera podstawowe informacje na temat pobytu pacjenta w szpitalu. Aby móc je odczytać, personel medyczny musi być wyposażony w czytniki kodów. Urządzenia takie powinny znajdować się w całym szpitalu, we wszystkich jednostkach organizacyjnych. Do czytników powinni mieć dostęp zarówno lekarze jak i pielęgniarki. Czytniki są niezbędne także w pracowniach diagnostycznych oraz gabinetach zabiegowych. Poza tradycyjnymi przewodowymi czytnikami (koszt ok. 500 zł), przydatne są także czytniki bezprzewodowe (ok. 2000 zł), w sytuacjach, gdy na przykład pacjent z innego oddziału straci przytomność. Wtedy w łatwy sposób można zidentyfikować nie tylko dane personalne pacjenta, ale także komórkę organizacyjną, w której pacjent jest leczony.

Poza kosztami urządzeń takich jak drukarki do kodów oraz czytniki, szpital musi ponieść koszty oprogramowania i jego aktualizacji. Dodatkowo, na bieżąco, ponosi koszty materiałów eksploatacyjnych. W zależności od ich rodzaju, cena jednej opaski wynosi od 0,05–1,0 zł. Droższe są opaski kolorowe, posiadające powłokę antybakteryjną i bezpieczne zapięcie. Konstrukcja zapięcia sprawia, że raz zdjętej opaski nie można założyć ponownie. Pacjent musi otrzymać duplikat, którego wydanie powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej. Opaski muszą być odporne na działanie środków myjących i dezynfekujących, tak aby informacja na nich zawarta, nawet po kąpieli, pozostawała czytelna.

W Systemie Eskulap, będącym jednym z trzech najpopularniejszych systemów HIS (*Hospital Information System*), identyfikator dla pacjenta drukowany jest automatycznie przy przyjęciu pacjenta do szpitala. Informacja o tym, że identyfikator został wydrukowany wraz z dokładną datą i godziną zostaje zapisana w systemie. W niektórych szpitalach na opasce drukowana jest nazwa oddziału, na którym przebywa pacjent. W takiej sytuacji, podczas przeniesienia pacjenta z jednego oddziału na inny, chory powinien otrzymać nową opaskę. Mimo iż wielu pacjentów porównuje oznakowanie opaską z kodem do znakowania towaru w sklepach, to część z nich już zauważa pozytywne aspekty automatycznej identyfikacji. Podczas wizyty na badaniach w laboratorium pacjent już nie musi podawać swojego imienia, nazwiska, numeru PESEL. Wystarczy, że przyłoży dłoń do czytnika, a rejestratorka widzi niezbędne dane. Wcześniej pacjent wielokrotnie musiał podawać swoje dane personalne w różnych komórkach organizacyjnych. Dzięki automatycznej identyfikacji, można też w łatwy sposób ustalić tożsamość pacjenta, gdy ten straci przytomność podczas wędrówki po szpitalu. Kolejną zaletą procesu jest eliminacja błędów spowodowanych nieprawidłową identyfikacją pacjenta przez personel medyczny. Niejednokrotnie zdarza się, że na oddziale przebywają dwie osoby o tym samym imieniu i nazwisku. Dzięki automatycznej identyfikacji pacjentów personel medyczny w łatwy i bezpieczny sposób może dokonać identyfikacji (np. gdy trzeba szybko dokonać transfuzji krwi).

Przykładem wadliwej identyfikacji pacjenta, której można było uniknąć jest usunięcie macicy nieodpowiedniej osobie. Sąd Najwyższy wydał wyrok w tej sprawie [5], w którym stwierdził „zaniedbanie o charakterze administracyjno-organizacyjnym". Pielęgniarka przywiozła na blok operacyjny inną chorą, a lekarz nie zbadał pacjentki i nie ustalił jej tożsamości. W szpitalu posiadającym system automatycznej identyfikacji pacjenta wystarczyłoby odczytać kod znajdujący się na opasce, aby potwierdzić tożsamość chorej i uniknąć błędu.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm).
2. Zdanowska J., Sielska J. Podmiot leczniczy jako organizacja. W: Prawo i psychologia w ochronie zdrowia. Red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Warszawa 2012, s. 25-39.
3. Zdanowska J., Sielska J. Komunikacja lekarza z pacjentem – wybrane aspekty prawne. W: Prawo i psychologia w ochronie zdrowia. Red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Warszawa 2012, s. 141-154.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i tryby zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku.
5. Bączyk-Rozwadowska K. Odpowiedzialność cywilna za błąd w sztuce lekarskiej. Toruń, UMK 2010.

Adres do korespondencji:
Jolanta Sielska
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań