

# Identyfikacja pacjenta



Fot. iStockphoto.com

## ANNA GAWROŃSKA

Mimo ogromnego postępu technicznego i technologicznego w obszarze świadczenia usług medycznych poziom cyfryzacji wybranych procesów na terenie szpitala jest niewystarczający. Szpitale borykają się z rosnącą liczbą wymogów prawnych, między innymi w obszarze ochrony danych osobowych pacjentów. Nie dysponują jednak taką infrastrukturą teleinformatyczną, aby jednocześnie realizować te wymogi i dbać o bezpieczeństwo pacjenta hospitalizowanego. Stanowi to istotną przeszkodę we wdrażaniu rozwiązań polegających na wykorzystaniu skanowania kodów kreskowych przy łóżku pacjenta w połączeniu z elektronicznym zleceniem lekarskim. Takie rozwiązania pozwalają na wyeliminowanie błędów wynikających z niewłaściwej identyfikacji pacjenta, zapewniając mu jednocześnie prywatność i prawo do ochrony danych osobowych.

### Karta gorączkowa przy łóżku a prawo do ochrony danych

Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. narzuciła na szpitale obowiązek zaopatrywania w znaki identyfikacyjne. Podstawowym celem tego rozwiązania miała być ochrona danych osobowych pacjentów hospitalizowanych. Niezaprzeczalnie cel, który przyświecał ustawodawcy, należy uznać za słuszny i w pełni uzasadniony. Bardzo często bowiem dochodziło do naruszenia zasad określonych w ustawie o ochronie danych osobowych, co znalazło odzwierciedlenie między innymi w piśmie Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO) adresowanym do ministra zdrowia. GIODO podnosił w nim, że istnieje potrzeba zasygnalizowania podmiotom prowadzącym działalność leczniczą konieczności wyeliminowania praktyk polegających na umieszczaniu przy łóżkach pacjentów kart gorączkowych zawierających imię, nazwi-



sko i informację na temat stanu zdrowia. Takie praktyki narażały na udostępnienie danych wrażliwych osobom postronnym, które na przykład w trakcie odwiedzin mogły bez jakichkolwiek przeszkód zapoznać się z informacjami zawartymi w kartach. W związku z powyższym w ocenie GIODO w celu poszanowania prawa pacjentów do prywatności i ochrony informacji na ich temat należy stosować jedynie takie rozwiązania, które są zgodne z przepisami dotyczącymi ochrony danych wrażliwych, np. poprzez przesłonięcie lub odwrócenie karty bądź całkowite zrezygnowanie z umieszczania tych kart przy łóżkach i przyjęcie innego sposobu przechowywania tego rodzaju dokumentacji medycznej.

### Znaki identyfikacyjne

Szczegółowe kwestie związane z identyfikacją pacjentów zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich

braku. Zgodnie z treścią § 3 tego rozporządzenia: „Znak identyfikacyjny umieszcza się:

- 1) na opasce (...)  
– oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta”.

Doprecyzowaniem tego przepisu jest § 4, który stanowi, że:

„1. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi.

2. W przypadku noworodka opaskę zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na obie kostki nóg albo na nadgarstek i kostkę nogi.

3. Opaska powinna być zapięta w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce nogi pacjenta w trakcie jego pobytu w szpitalu”.

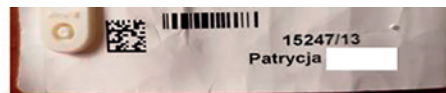
Zarówno w ustawie, jak i rozporządzeniu kompletnie pominięto kwestie związane z praktycznym sposobem wykorzystania opasek przy użyciu odpowiednich rozwiązań technicznych. Od momentu wejścia w życie wspomnianych przepisów wdrażane rozwiązania – o ile w ogóle są podejmowane przez szpitale – są niejednolite. Do najczęściej spotykanych można zaliczyć dwa sposoby postępowania:

- ręczne zapisywanie na opasce pacjenta: jego pełnych danych osobowych w postaci czytelnej wzrokowo i/lub numeru książki głównej,
- automatyczne zapisywanie na opasce pacjenta jego pełnych danych osobowych w postaci czytelnej wzrokowo i/lub kodu kreskowego (ryc. 1).

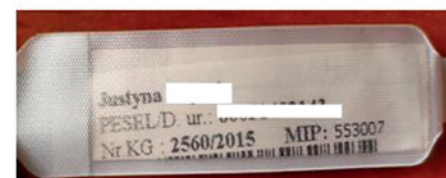
### Gdy J. Kowalski dostaje leki I. Kowalskiego

Takie rozwiązanie bez odpowiedniej infrastruktury IT oraz szeregu innych koniecznych czynników jest z punktu widzenia pacjenta zwyczajnie niebezpieczne

2013 rok



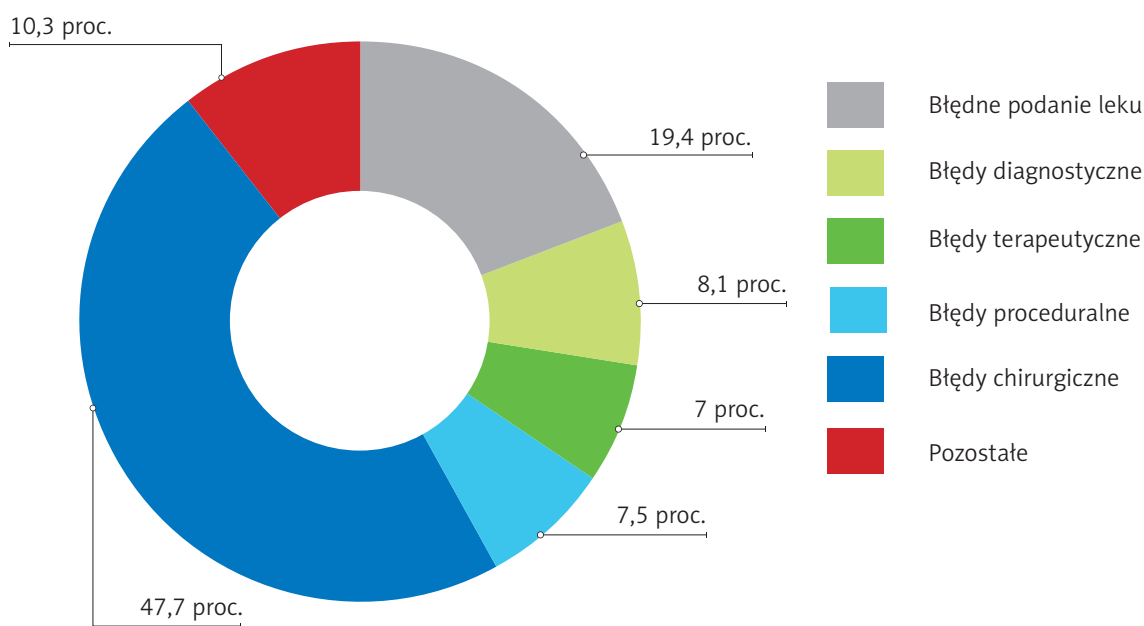
2015 rok



2019 rok



Rycina 1. Zapisy stosowane na opasce pacjenta



Rycina 2. Rodzaje błędów zidentyfikowanych w 1999 r. w trakcie badań w USA

Źródło: *The Philadelphia Inquirer 1999.*

– może być źródłem błędów związanych z niewłaściwą identyfikacją pacjenta. Tymczasem wyniki badań prowadzonych na świecie, na przykład w USA, Wielkiej Brytanii, Nowej Zelandii i Australii, pokazują wyraźnie, że błędy medyczne związane z niewłaściwym podaniem leków stanowią główną przyczynę schorzeń o podłożu jatrogennym, a ich źródłem jest najczęściej błędna identyfikacja pacjenta. Scenariuszy powstawania błędów medycznych, szczególnie tych związanych z trudnością w ustaleniu tożsamości pacjenta, może być wiele. W raporcie „Właściwy pacjent – właściwa opieka” („Right patient – right care”) National Patient Safety Agency wymienia trzy rodzaje takich sytuacji:

- leczenie pacjenta odbywa się w niewłaściwy sposób na skutek błędnego powiązania wyników badań z pacjentem (np. próbka krwi pacjenta X jest mylona z próbką krwi pacjenta Y, w wyniku czego dochodzi do błędnej diagnozy i nieprawidłowego leczenia obu pacjentów),
- pacjent jest leczony w niewłaściwy sposób w wyniku błędnej komunikacji pomiędzy personelem medycznym lub w wyniku niesprawdzenia zaleceń lekarskich (np. podczas zabiegu chirurgicznego dochodzi do usunięcia zdrowego narządu),
- pacjent otrzymuje niewłaściwe leki na skutek błędnej identyfikacji pacjentów (np. pacjent J. Kowalski otrzymuje leki, które powinien otrzymać I. Kowalski).

Te błędy skutkują niewłaściwym podaniem leków. Farmakoterapia jest przecież najczęściej stosowaną metodą leczenia pacjentów hospitalizowanych. Wyniki badań opublikowane w 1999 r. na łamach „The Phila-

delphia Inquirer” pokazały, że blisko 20 proc. błędów, do których dochodzi na terenie szpitali, to niewłaściwe podanie leku związane właśnie ze złą identyfikacją pacjenta (ryc. 2).

Są to jednocześnie te błędy, których można w najprostszy sposób uniknąć dzięki stosowaniu skanowania kodów kreskowych z opasek pacjentów w połączeniu z elektronicznym zleceniem lekarskim. Przeprowadzone ponad 20 lat temu badania wykazały, że w przypadku ręcznego wprowadzania danych poprzez klawiaturę pojawia się 1 błąd na 100 znaków, a przy skanowaniu kodów kreskowych 1 błąd na 10 mln znaków. Elektroniczne zlecenie lekarskie pozwala na wyeliminowanie tych błędów i stanowi punkt wyjścia do procesu przygotowania leków pacjentowi. Na podstawie danych ze zlecenia lekarskiego personel medyczny powinien przygotować odpowiednie leki, rejestrując pobranie leków w odpowiedni sposób (między innymi skanując kody kreskowe opakowań). Skanowanie kodu kreskowego pacjenta, kodu kreskowego leku (lub opakowania, w którym znajdują się leki do podania) i porównanie tych danych ze zleceniem lekarskim pozwala na weryfikację tożsamości pacjenta i poprawności przygotowanych do podania leków. Takie rozwiązanie zabezpiecza pacjenta przed niewłaściwym podaniem leków, a personel medyczny przed ewentualnymi pomyłkami.

#### Infrastruktura teleinformatyczna

Niestety, samo wprowadzenie kodów kreskowych na opaski – co zresztą praktykują wybrane szpitale w Polsce – nie jest wystarczające. Bez odpowiedniej infrastruktury teleinformatycznej i narzędziowej jest to

w zasadzie rozwiązanie całkowicie bezużyteczne. Skanowanie kodu kreskowego z opaski pacjenta w celu potwierdzenia jego tożsamości jest wykonalne i zasadne wówczas, gdy szpital dysponuje odpowiednim sprzętem (np. terminalami medycznymi) i możliwym do zainstalowania na tym sprzęcie oprogramowaniem (najczęściej mobilną wersją oprogramowania). Warto podkreślić, że dobrą praktyką jest umieszczanie w kodzie kreskowym wyłącznie nieznaczącego numeru identyfikacyjnego pacjenta. Po zeskanowaniu kodu kreskowego z opaski personel medyczny powinien mieć dostęp do danych gromadzonych w szpitalnym systemie IT. Takie podejście daje fenomenalne możliwości w zakresie automatyzacji procesu przygotowania i potwierdzenia podania leków pacjentowi przez personel pielęgniarski właśnie z uwzględnieniem zlecenia lekarskiego w postaci elektronicznej. Stosowanie tego ostatniego również przyczynia się do uzyskania przez szpital szeregu korzyści, które zostały wykazane w wielu badaniach. Według Health Services Research nieczytelne pismo i błędy przy przepisywaniu odpowiadają za ok. 61 proc. błędów w leczeniu, które zdarzają się w szpitalach. Wystarczy postawić przecinek w niewłaściwym miejscu, by pacjent dostał na przykład 10-krotnie za dużą dawkę leku. O konsekwencjach błędów skutkujących kalectwem lub śmiercią pacjenta dowiadujemy się najczęściej wówczas, gdy zostają nagłośnione przez media. Błędy, które nie mają poważnych następstw, zwykle pozostają niewykryte.

### Imię i nazwisko zamiast kodu kreskowego

Niestety, w większości przypadków szpitale nie dysponują taką infrastrukturą teleinformatyczną, aby jednocześnie realizować wymogi prawne w zakresie ochrony danych osobowych i dbać o bezpieczeństwo pacjenta hospitalizowanego. W związku z tym w lipcu 2021 r. zrobiło się głośno o planach ponownego umożliwienia stosowania na opaskach imienia i nazwiska pacjenta. Zmiany te miałyby obowiązywać od stycznia 2022 r. Warto podkreślić, że to praktyka dopuszczona już w wybranych sytuacjach i opisana między innymi w „Przewodniku po RODO w służbie

”Niestety, samo wprowadzenie kodów kreskowych na opaski nie jest wystarczające. Bez odpowiedniej infrastruktury teleinformatycznej i narzędziowej jest to w zasadzie rozwiązanie całkowicie bezużyteczne”

zdrowia” wydanym we współpracy z takimi instytucjami, jak Ministerstwo Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta. Obawy zgłaszane przed wejściem w życie zmian do ustawy o działalności leczniczej, jak również plany w zakresie powrotu do stanu sprzed nowelizacji ustawy są kolejnym dowodem na to, jak ogromny mamy w Polsce problem ze szpitalną infrastrukturą teleinformatyczną i jak niewystarczający jest poziom wiedzy na temat zarządzania szpitalnymi procesami logistycznymi. Ustawy, rozporządzenia czy zalecenia zawsze można zmienić, jednak to nie rozwiąże podstawowego problemu, jakim są ograniczenia w ramach projektowania i wdrażania szpitalnych systemów IT. Jako główne przeszkody we wprowadzaniu automatyzacji procesów przygotowania i potwierdzenia podania leków pacjentowi wskazuje się brak wystarczającej analizy przedwdrożeniowej, wysokie koszty i trudności z włączaniem nowych elementów w nieregularną chaotyczną strukturę organizacyjną szpitala. Automatyzacja procesów w tym zakresie wymaga kompleksowych i systemowych rozwiązań oraz edukacji. Skupiając się jedynie na fragmencie procesu, jakim jest zaopatrzenie pacjenta w opaskę, i pomijając praktyczną stronę tego przedsięwzięcia, odbieramy szpitalom możliwość uzyskiwania korzyści ze skanowania kodów kreskowych, do których należy zmniejszenie liczby pomyłek o blisko połowę.

Anna Gawrońska z Sieci Badawczej Łukasiewicz – Instytutu Logistyki i Magazynowania

### Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku. Dz.U. 2012 poz. 1098.
2. Institute of Medicine of the National Academies. Preventing Medication Errors. The National Academies Press, Washington, DC 2006.
3. Truitt E, Thompson R, Blazey-Martin D i wsp. Effect of the implementation of barcode technology and an electronic medication administration record on adverse drug events. *Hosp Pharm* 2016; 51: 474-483.
4. Department of Health. Coding for Success: Simple Technology for Safer Patient Care. London 2007.
5. GS1 Healthcare Reference Book 2009/2010. Brussels 2016.
6. National Patient Safety Agency. Right patient – right care. London 2004.
7. Puckett F. Medication management component of a point of care information system. *Am J Health Syst Pharm* 1995; 52: 1305-1309.
8. Analysis of patients in New York. A Harvard Study in the *New England Journal of Medicine*. The Philadelphia Inquirer 1999.
9. Casey JA, Schwartz BS, Stewart WF, Adler NE. Using electronic health records for population health research: a review of methods and applications. *Annu Rev Public Health* 2016; 37: 61-81.
10. Ebel T, George K, Larsen E i wsp. Strength in unity. The promise of global standards in healthcare. McKinsey & Company 2012.