

Dobre praktyki w zakresie postępowania ze skargami i wnioskami

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: czwartek, 16, styczeń 2025 09:43

Patrycja Grebla-Tarasek

Odsłony: 1095

Na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjentów, pojawiła się nowa zakładka „Dobre praktyki”. To przestrzeń, w której placówki medyczne mogą dzielić się sprawdzonymi rozwiązaniami, wpływającymi na poprawę jakości obsługi pacjentów, organizacji pracy oraz podnoszenie standardów opieki zdrowotnej.

W niniejszym artykule prezentujemy dobre praktyki związane z postępowaniem ze skargami i wnioskami pacjentów.

Wchodząc do podmiotu leczniczego pacjent powinien z łatwością odnaleźć drogę nie tylko do rejestracji czy gabinetu lekarskiego. Musi też mieć możliwość dotarcia do informacji na temat swoich praw oraz trybu składania skarg i wniosków. Powinny one znajdować się w widocznym i ogólnodostępnym miejscu.

Plakaty, stanowiące prostą instrukcję dla pacjentów dotyczącą przekazania wniosków i skarg, powinny znajdować się nie tylko na tablicach informacyjnych, obok karty praw pacjenta czy tablicach ogłoszeń, ale wszędzie tam, gdzie w sposób naturalny skupia się uwaga pacjentów, np. przy okienku do rejestracji, na drzwiach gabinetu lekarskiego w ambulatorium, obok pokoi dyżurnych pielęgniarek lub lekarzy na oddziałach szpitalnych. Instrukcja skierowana do pacjentów powinna być prosta. Pacjenci muszą otrzymać informacje o tym:

- w jakiej formie mogą złożyć skargę (zgłoszenie),
- jakie elementy musi zawierać skarga, aby mogła zostać rozpatrzona,
- z kim należy się kontaktować w sprawie skargi (imię i nazwisko pracownika odpowiedzialnego za koordynację procesu rozpatrywania skarg, bezpośredni numer telefonu oraz adres e-mail),
- informację o wyznaczonych godzinach i miejscu przyjmowania pacjentów przez osobę odpowiedzialną za koordynację procesu rozpatrywania skarg (tak aby umożliwić pacjentowi złożenie skargi w formie ustnej).

Skarga pacjenta powinna zawierać następujące, podstawowe informacje:

- imię i nazwisko skarżącego/wnioskodawcy,
- adres skarżącego/wnioskodawcy (telefon, adres e-mail),
- dokładny opis zdarzenia,
- dane niezbędne do ustalenia tożsamości pacjenta, którego dotyczy skarga (wniosek).

Skargi anonimowe, czyli niepodpisane, pozostawia się bez rozpatrzenia. Jeżeli wnioskodawca składa wniosek lub skargę nie w swoim imieniu, ale pełnoletniego pacjenta musi dołączyć upoważnienie do reprezentowania go w danej sprawie.

Osoba, która rozpatruje sprawę zgłoszoną przez pacjenta w formie skargi lub wniosku, powinna w zgodzie z ustawą podjąć działania niezwłocznie. Specyfika niektórych skarg i wniosków, związanych choćby z kwestią dostępności świadczeń zdrowotnych, może wymagać podjęcia działań w bardzo krótkim czasie od daty wpływu zgłoszenia, czasami wręcz natychmiastowych. Sprawa wymagająca rozpatrzenia w toku postępowania wyjaśniającego powinna zostać załatwiona w ciągu 1 miesiąca od dnia jej wpływu do podmiotu leczniczego.

Zadaniem podmiotu leczniczego po otrzymaniu zgłoszenia jest wdrożenie procesu jego rozpatrzenia. Pierwszy etap, rejestracja korespondencji np. w programie kancelaryjnym i dekretacja sprawy, zależy od

przyjętej w podmiocie leczniczym procedury obiegu dokumentów. Dopuszczalne jest zarówno przekazanie przez pełnomocnika do spraw praw pacjenta złożonej bezpośrednio do niego skargi, do kancelarii podmiotu w celu rejestracji, a następnie do dyrekcji w celu dekretacji sprawy, jak i samodzielna obsługa skargi przez pełnomocnika na podstawie odpowiednich upoważnień dyrektora podmiotu leczniczego. Jeśli zakres informacji zawartych w zgłoszeniu jest niewystarczający, osoba koordynująca proces powinna skontaktować się z pacjentem w celu ich uzupełnienia. Tu należy zastosować taką formę kontaktu, jaka została użyta przy zgłaszaniu wniosku. Jeśli pomimo wezwania skarga nie zostanie uzupełniona, podmiot leczniczy ma prawo pozostawić sprawę bez rozpoznania.

W procesie analizy każda skarga złożona do podmiotu może zostać uznana za zasadną lub niezasadną. Negatywne rozpatrzenie skargi następuje w sytuacji, gdy przedstawione przez pacjenta okoliczności zdarzenia nie mają pokrycia w materiale dowodowym zgromadzonym w trakcie postępowania. W takiej sytuacji należy poinformować pacjenta o ustaleniach oraz wytłumaczyć stanowisko podmiotu leczniczego w danej sprawie.

Każde zgłoszenie pacjenta powinno zostać szczegółowo przeanalizowane. Wszystkie zastrzeżenia i uwagi zawarte w skardze powinny zostać zidentyfikowane tak, aby w piśmie wyjaśniającym odnieść się do każdego poruszonego zagadnienia. Dla ułatwienia tego procesu osoba wykonująca tę czynność w czasie analizy, powinna utworzyć listę zastrzeżeń i pytań do nich, które zostaną przedstawione osobom merytorycznym, wyjaśniającym zgłoszenie. W przypadku wątpliwości co do informacji zawartych w zgłoszeniu pacjenta, osoba koordynująca proces powinna skontaktować się z pacjentem i poprosić o uzupełnienie.

Jeśli wiadomość przesłana przez pacjenta jest emocjonalna, zawiera niecenzuralne słowa lub obraźliwe określenia w stosunku do personelu, warto nie przekazywać personelowi oryginału otrzymanej informacji. W takiej sytuacji przełożony powinien przekazać podsumowanie i zastrzeżenia merytoryczne tak, aby umożliwić ustosunkowanie się do nich osobie, której zgłoszenie dotyczy. Optymalnie należałoby pozyskać pisemne szczegółowe wyjaśnienia od wszystkich osób zaangażowanych. Kluczowe jest szczegółowe prowadzenie dokumentacji medycznej, która powinna zawierać opisy stanu zdrowia pacjenta oraz szczególnych sytuacji, które miały miejsce w czasie jego pobytu w szpitalu. Jeśli pacjent składa skargę w dość odległym czasie, personel medyczny może nie pamiętać zdarzenia i tylko odpowiednie zapisy umożliwiają odtworzenie przebiegu wydarzeń. Jednocześnie należy pamiętać, że w dokumentacji medycznej nie powinny być zapisywane informacje, które wykraczają poza kwestie dotyczące sytuacji zdrowotnej pacjenta. Ewentualne inne istotne z punktu widzenia personelu medycznego informacje należy zapisać w miejscu niebędącym częścią dokumentacji medycznej.

Następnie osoba koordynująca proces powinna przygotować propozycję odpowiedzi dla pacjenta i potwierdzić jej zapisy z dyrektorem, jego zastępcą ds. medycznych, naczelną pielęgniarką, pielęgniarką oddziałową lub kierownikami innych działów podmiotu leczniczego. Należy ustalić, kto składa podpis pod odpowiedzią dla pacjenta – w zależności od poziomu skomplikowania sprawy mogą zostać wyznaczone różne osoby. Trzeba też pamiętać, że dokument może posłużyć w postępowaniu w różnych instytucjach, np. przed sądem, zatem wyjaśnienia muszą być pełne, spójne i wyczerpująco odnosić się do zastrzeżeń pacjenta. Wszystkie dokumenty papierowe związane z wyjaśnianiem zgłoszenia muszą być przechowywane w bezpiecznym, niedostępnym dla osób postronnych miejscu lub zeskanowane i przechowywane w bezpiecznym miejscu na zabezpieczonych serwerach. Wersje papierowe dokumentów muszą zostać poddane archiwizacji zgodnie z wewnętrznymi wytycznymi podmiotu.

Dobre praktyki w zakresie postępowania ze skargami i wnioskami

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: czwartek, 16, styczeń 2025 09:43

Patrycja Grebla-Tarasek

Odsłony: 1095

Z całością materiału można zapoznać się [TUTAJ](#).