

mgr Teresa Pych

Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

Pielęgniarska dokumentacja medyczna – doświadczenia własne

Każda pielęgniarka wykonująca zawód w podmiocie leczniczym, jak również w ramach praktyki zawodowej, ma obowiązek prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób określony w rozdziale 7 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i w Rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W niektórych sytuacjach pielęgniarki powinny prowadzić również inną dokumentację medyczną w zakresie wynikającym z odrębnych przepisów.

Dokumentacja medyczna ma najszerszy zakres w podmiotach leczniczych, w których prowadzi się zarówno dokumentację zbiorczą, jak i indywidualną.

Obowiązek i zarazem uprawnienie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta przez pielęgniarkę ściśle wiąże się z wykonywaniem zawodu pielęgniarki - dokumentacja pielęgniarska powinna odzwierciedlać jej rzeczywistą pracę. Ponadto, pielęgniarka sprawując opiekę nad pacjentem współpracuje z innymi specjalistami w ramach zespołu terapeutycznego, a konsekwencją tego jest prowadzenie dokumentacji wspólnej, np. karta gorączkowa, karta zleceń lekarskich, karta badań i konsultacji, itd.

Z lektury obowiązującego od 01.01.2011r., ww. Rozporządzenia w zakresie dokumentacji medycznej wynika, iż:

- dotyczy każdego świadczeniodawcy,
- jest poświęcone wyłącznie dokumentacji medycznej,
- wskazuje rodzaje i zawartość dokumentów medycznych,
- opisuje wymagania prowadzenia dokumentacji medycznej – jednolite dla wszystkich form działalności (jednostki ochrony zdrowia, praktyka indywidualna, grupowa.)

Wymagania określone w odniesieniu do pielęgniarskiej dokumentacji medycznej zdają się być zbyt skromne -nie spełniają postulatu jasności co do zakresu pielęgniarskiej dokumentacji medycznej.Z nazwy wymienione są dwa dokumenty pielęgniarskiej dokumentacji medycznej:

- Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
- Księga raportów pielęgniarskich.
- Zapis § 10 ust. 1 pkt. 5c ww. Rozporządzenia wskazuje na konieczność wydawania przez pielęgniarkę zaleceń , które są jednym z dokumentów wchodzących w skład dokumentacji indywidualnej pacjenta.

Przedmiotem mojego wystąpienia jest przedstawienie procesu wytworzenia formularzy pielęgniarskiej dokumentacji medycznej w Instytucie „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, na gruncie obecnych przepisów.

Opracowana i prowadzona w IPCZD pielęgniarska dokumentacja medyczna :

- Charakteryzuje się ujednoliconymi wzorami formularzy,
- Odzwierciedla rzeczywistą pracę pielęgniarki w opiece nad pacjentem, przez co stanowi wiarygodny dokument dowodowy (np. w wyjaśnianiu zdarzeń niechcianych),
- Jest dostosowana do specyfiki środowiska klinicznego (oddziały szpitalne, oddziały intensywnej opieki),
- Służy całemu zespołowi pielęgniarskiemu,
- Uwzględnia kompatybilność z dokumentacją medyczną wspólną,
- Jest podstawą do osiągnięcia pożądanej jakości opieki nad pacjentem,
- Jest podstawą prezentacji rzeczywistej pracy zespołu pielęgniarskiego Instytutu w opiece nad hospitalizowanymi pacjentami np. podczas audytów i kontroli zewnętrznych.
- Jest „gotowym wsadem” do systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej,