

Opinia Konsultanta w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatrycznych

z dnia 22.03.2010r.

Na podstawie: art. 9 ust. 1 i art. 10 ust 1 pkt. 6 Ustawy z dnia 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, przedstawiam poniżej opinię w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatrycznych.

1. Pielęgniarki realizujące świadczenia zdrowotne w oddziałach i szpitalach pediatrycznych mają obowiązek dokumentowania ich w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej „dokumentacji zbiorczej wewnętrznej oraz dodatkowo mogą prowadzić dokumentację indywidualną zewnętrzną wg 8 Rozporządzenia MZ z 21.12.2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w ZOZ...

2. Wszystkie świadczenia zdrowotne wynikające z opieki bezpośredniej nad pacjentem powinny być dokumentowane w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. W ramach opieki bezpośredniej pielęgniarki:

- dokonują oceny stanu fizycznego, psychicznego i społecznego na podstawie analizy

badania przedmiotowego i podmiotowego i analizy dokumentacji (uwzględniając m.in. dane dotyczące porodu, dotychczasowego rozwoju dziecka, nawyków, reakcji

na hospitalizację i.t.p.);

- określają diagnozy pielęgniarskie / problemy pielęgnacyjne;

- ustalają plan opieki oraz realizują świadczenia zgodnie z planem;

- realizują zlecenia lekarskie wg karty zleceń, w których dokumentują ich wykonanie;

- monitorują parametry wg potrzeb i dokumentują w kartach obserwacji;

- dokonują oceny stanu pacjenta pod koniec każdego dyżuru, analizują i oceniają

efekty pielęgnowania.

Dokumentowania powyższych zadań należy dokonywać w historii choroby i dokumentach dodatkowych t.j. karty indywidualnej pielęgnacji, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia (jeśli było realizowane znieczulenie) lub historii pielęgnowania.

3. W księdze raportów pielęgniarskich, o której mowa w 25 Rozporządzenia z 2

1.12.2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej, pielęgniarki powinny dokumentować:

- informacje statystyczne t.j. liczba pacjentów przyjętych, wypisanych, hospitalizowanych, zmarłych;

- informacje dotyczące działalności oddziału (25 ust.4 Rozporządzenia określa jako

„treść raportu”), czyli świadczenia z zakresu tzw. opieki pośredniej odnoszącej się

do pracy oddziału t.j. ewentualne zdarzenia niepożądane, losowe, użyczenia lub uszkodzenia aparatury medycznej, użyczenia leku na potrzeby innego oddziału itp.

Księga raportów pielęgniarskich w sytuacji prowadzenia indywidualnej dokumentacji opieki pielęgniarskiej nie powinna zawierać informacji dotyczących opieki bezpośredniej nad pacjentem, gdyż znajdują się one w dokumentacji indywidualnej.

4. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, o której mowa w 26 w/cytowanego Rozporządzenia powinna znajdować się w gabinetach zabiegowych, w których wykonywane są zabiegi na rzecz pacjentów z innych oddziałów lub ambulatoryjnych np. gabinet endoskopowy, gabinet opatrunkowy i.t.p.

Zlecenia lekarskie dotyczące pacjentów hospitalizowanych w oddziałach nie powinny być przepisywane z kart zleceń do ksiąg zabiegowych (ryzyko pomyłki), a realizowane w oparciu o odpowiednio dostosowane druki kart zleceń jako indywidualna dokumentacja wewnętrzna.

5. Nieodzownym elementem dokumentowania świadczeń jest autoryzacja czyli data wykonania świadczenia i czytelny podpis osoby wykonującej (lub pieczętka i podpis nieczytelny).

6. Nadzór nad jakością prowadzonej dokumentacji w oddziale, jej przechowywania i kompletowania sprawować powinna bezpośrednio pielęgniarka oddziałowa.

7. Do z-cy dyrektora ds. pielęgniarstwa /naczelnaj pielęgniarki/ przełożonej pielęgniarek zakładu opieki zdrowotnej należy określenie kryteriów do pielęgniarstwiej oceny stanu bio-psycho-społecznego dziecka oraz określenie mechanizmów monitorowania jakości dokumentacji.

8. Tracą moc Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa PEDIATRYCZNEGO nr. I/2003 z 14.03.2003 r. w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatrycznych.

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Konsultant Krajowy w Dziedzinie
Pielęgniarstwa PEDIATRYCZNEGO