

Dokumentacja położnej rodzinnej

Dokumentowanie pracy w środowisku niejedną położną rodzinną przyprawia o zawrót głowy. Realizacja edukacji przedporodowej, opieka nad matką i noworodkiem, opieka nad kobietą w chorobach ginekologicznych oraz w każdym okresie jej życia musi znajdować odzwierciedlenie w dokumentacji (w postaci papierowej bądź elektronicznej). Nasze działania w przypadku kontroli - czy to z ramienia NFZ czy Marszałka Województwa bądź innych, oceniane są przez pryzmat właśnie zapisu przebiegu wizyty i zrealizowanych na niej świadczeń. Dlatego niejedna z nas stawia sobie pytanie czy prowadzona dokumentacja wystarczająco dobrze obrazuje odbytą wizytę. I choć niestety zajmuje nam to sporą część czasu, warto skrupulatnie zapisywać nasze obserwacje i podjęte działania – w sytuacjach konfliktowych dobrze prowadzona dokumentacja może okazać się cennym dowodem wykonania naszej sumiennej pracy. Obowiązki położnej rodzinnej regulowane są przez szereg aktów prawnych, w tym m.in. standard opieki okołoporodowej, określający dokładnie (!) działania na rzecz noworodka i jego matki. Prowadząc skromną i ubogą w informacje dokumentację nie mamy możliwości potwierdzenia, że wszystkie wytyczne zawarte w standardzie zostały przez nas zrealizowane.

Na podstawie dostępnych na stronach internetowych protokołów kontroli w podmiotach leczniczych – dotyczących pracy położnych, a także obowiązujących regulacji prawnych

w artykule tym podejmuję próbę zgromadzenia informacji na temat dokumentowania pracy położnej rodzinnej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania nakłada na położne rodzinne zatrudnione w placówkach leczniczych obowiązek prowadzenia dokumentacji indywidualnej :

- wewnętrznej, do której zaliczamy:
 - a) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną - zawierającą proces pielęgnowania (osobno dla noworodka i położnicy),
 - b) kartę wizyty patronażowej (osobno dla noworodka i położnicy),
 - c) kartę obserwacji przebiegu porodu - w przypadku prowadzenia porodu w warunkach domowych;
- zewnętrznej:
 - w formie karty przebiegu ciąży, opinii, zaświadczenia, skierowania na badania diagnostyczne, książeczki zdrowia dziecka oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

Książeczka zdrowia dziecka jest obowiązkowo prowadzoną dokumentacją medyczną, w której powinien znaleźć się opis działań profilaktycznych i leczniczych wykonanych u dziecka. Wpisu dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w przypadku gdy nie jest to możliwe - na następnej wizycie musi być uzupełniony (na podstawie dokumentacji wewnętrznej).

Położna wykonująca indywidualną praktykę położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, dodatkowo dokonuje wpisów w dokumentacji zbiorczej podmiotu leczniczego.

Mimo iż ustawodawca nie narzuca konkretnego wzoru dokumentów, określa jednak jakie informacje powinny się w nich znaleźć.

Karta wizyty patronażowej oraz karta indywidualnej opieki powinny zawierać:

- dane placówki z jej nazwą, adresem, kodem resortowym oraz nazwą komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych – najczęściej umieszczone są one na pieczęci przychodni;
- oznaczenie pacjenta czyli: nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- oznaczenie położnej – podpis oraz pieczęć zawierająca imię i nazwisko położnej, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje oraz numer prawa wykonywania zawodu;
- datę wykonania wpisu;
- informacje na temat ogólnego stanu zdrowia, chorób i problemów zdrowotnych pacjenta, czyli dane o przebytych chorobach i chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach lub operacjach, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, obciążeniach dziedzicznych, a także o orzeczeniu o niepełnosprawności i jego stopniu albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem; informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych; informacje dotyczące oceny środowiskowej na podstawie przeprowadzonego wywiadu; imię i nazwisko lekarza - w przypadku wykonywania zleceń lekarskich.

Dokumentacja dotycząca sprawowania opieki nad kobietą ciężarną przez położną (prowadzenie karty przebiegu ciąży, przebiegu porodu) zostały szczegółowo omówione w paragrafach 18, 23, 73 oraz 42 wspomnianego rozporządzenia ministerialnego z 2015 roku, i z racji ograniczonych ram artykułu nie będą tu omawiane.

W środowisku położnych rodzinnych słychać czasem wątpliwości dotyczące dokonywania wpisów w „dokumentacji lekarza”. Pamiętajmy: dokumentacja nie jest lekarza ale pacjenta/pacjentki, stąd wszelkie czynności (czy to związane z opieką lekarską czy położniczą) muszą być w niej ujęte. Jedną ze składowych dokumentacji indywidualnej jest tzw. historia zdrowia i choroby (prowadzona zazwyczaj przez lekarza) – a ta z kolei powinna zawierać informacje dotyczące opieki środowiskowej. Dlatego umieścić w niej trzeba:

- 1) opis warunków zamieszkania,
- 2) uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach nauczania, wychowania lub pracy,
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki położniczej,
- 4) rodzaj i zakres czynności położnej, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich,
- 5) oznaczenie położnej.

Sama adnotacja o zrealizowaniu wizyty, czy krótkie wzmianki typu: „Pielęgnacja noworodka prawidłowa, karmiony piersią.” są absolutnie niewystarczające i nierzetelne oraz w żaden sposób nie spełniające wymienionych wyżej wymogów.

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Każdy wpis w dokumentacji powinien pozwalać na pełną identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych – czyli wyraźnie odfitowaną (!) pieczęć i podpis położnej. I tu kolejna ważna uwaga: wykonanie wizyt położnej w zakresie wizyt patronażowych, edukacji przedporodowej i w opiece położniczej każdorazowo potwierdza podpisem pacjentka/opiekun. Stąd wniosek, że karta wizyty patronażowej oraz indywidualnej opieki muszą być tak skonstruowane aby umożliwiały złożenie stosownych podpisów pod opisem każdej wizyty, a nie zbiorczo - jako jeden (!) podpis pacjentki.

Wpisów w dokumentacji nie można usuwać - jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. Niedopuszczalne jest używanie korektora.

Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej powinny być numerowane i stanowić chronologicznie uporządkowaną całość, pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta (opisane wyżej), a kolejne strony – co najmniej imię i nazwisko pacjenta. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, numerowane są strony wydruku.

Iwanowicz–Palus G. i wsp. w opracowaniu dotyczącym pracy położnej wskazują błędy położniczych, związanych z dokumentowaniem świadczeń, jakimi są: wykazywanie w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia wizyty, która nie jest odnotowana w dokumentacji medycznej, braki podpisów pacjentki/opiekuna, rozliczanie świadczeń u noworodków, dla których nie złożono deklaracji wyboru, rozliczanie świadczeń przez położną bez uprawnień położnej rodzinnej czy rozliczanie wizyt w ramach opieki położniczej bez pisemnego skierowania lekarza.

Warto przypomnieć, że dodatkowe wizyty w ramach edukacji przedporodowej oraz wizyty patronażowe - u pacjentki z ciążą wysokiego ryzyka (dotyczy wady letalnej płodu) - mogą być zrealizowane (i rozliczone) tylko na podstawie *skierowania do położnej podstawowej opieki zdrowotnej związanego z rozpoznaniem u ciężarnej wady rozwojowej płodu*, czyli załącznika nr 19b do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ, który wypełnia lekarz.

Podobnie wizyty w ramach opieki położniczej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych również wymagają posiadania w dokumentacji skierowania na świadczenia położnicze, wystawionego przez lekarza oddziału szpitalnego.

Podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej jest opracowany przez położną plan edukacji – będący integralną częścią dokumentacji. Powinien obejmować praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porodu, karmienia piersią i macierzyństwa. Tematyka edukacji przedporodowej i opieki nad pacjentką ginekologiczną oraz ich dokumentowanie omówione będą w kolejnych wydaniach biuletynu.

Jeżeli położna realizuje świadczenia związane z Programem profilaktyki raka szyjki macicy – czyli pobiera materiał do badania cytologicznego w ramach tego programu, obowiązana jest dokumentować swoją pracę w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki, wynik badania musi być dołączony do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki.

Dokumentacja bieżąca i archiwalna powinna być przechowywana w sposób zapewniający jej poufność, należy chronić ją przed zniszczeniem, zagubieniem i dostępem osób nieupoważnionych. Jednocześnie sposób przechowywania powinien umożliwiać jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

W przypadku udostępnienia dokumentacji należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

Okres przechowywania dokumentacji wynosi 20 lat, w przypadku dokumentacji dziecka do ukończenia 2 roku życia – 22 lata. Dokumentacja medyczna pacjenta przechowywana jest przez 30 lat - jeżeli zmarł on na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia. Okres przechowywania liczony jest zawsze od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Po upływie okresu przechowywania dokumentacja powinna być zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Jak wspomniano, w rozporządzeniach nie znajdziemy gotowych wzorów dokumentów. Położna rodzinna może opracować własną dokumentację lub skorzystać z dokumentacji sporządzonych przez inne położne lub izby pielęgniarские. Proponowane karty wizyt patronażowych zostały sporządzone na podstawie obowiązujących standardów opieki okołoporodowej i regulacji prawnych dotyczących wykonywania naszego zawodu. Szczegółowy zapis informacji pozwoli na wnikliwą ocenę sytuacji matki i dziecka oraz profesjonalne zaplanowanie opieki nad nimi.

Literatura:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2015 poz. 2069;
- Iwanowicz-Palus G., Krysa J, Bień A, Rola położnej rodzinnej w Polsce, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 3, 272-278;
- Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 50/2016/DSOZ;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 12 ust. 10 pkt 1);
- Iwanowicz – Palus G, Książeczka zdrowia dziecka jako indywidualna zewnętrzna dokumentacja medyczna, Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo, 2016, 2, 36-43;
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (§29) Dz. U. 2017.0.1318;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem Dz. U. 2012 poz. 1100, rozdział IV;
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem Dz.U. 2016 poz. 1132;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. 2016, poz. 1567.

Opracowała:

mgr Sylwia Jarco

Członek Komisji ds. Położnych przy BOiPiP