

DO WIADOMOŚCI CZŁONKÓW
OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
dot. treści raportu pielęgniarskiego



Uprzejmie przypominam, że **raport pielęgniarski stanowi dokumentację medyczną, a o jego treści decyduje wyłącznie pielęgniarka, która go sporządza.**

Przepisy powszechnie obowiązującego prawa nie ograniczają treści wpisów w raporcie, a jakiegokolwiek próby ich ograniczania przez przełożonych czy wewnątrzzakładowe zarządzenia/procedury/ regulaminy (poprzez np. **zakazy dokonywania w raportach określonych „niewygodnych” dla pracodawcy wpisów lub nakazy dokonywania tylko określonych wpisów**) są **niezgodne z prawem i nie obowiązują.**

Zgodnie z przepisami prawa każdy **RAPORT PIEŁĘGNIARSKI musi zawierać** następujące dane:

imię i nazwisko, a w razie potrzeby inną informację pozwalającą na zidentyfikowanie pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;

Dokumentacja zbiorcza [do której należy księga raportów pielęgniarskich] (...) zawiera (...) istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Poza powyższymi elementami raport **może zawierać wszelkie informacje, które pielęgniarka uzna za istotne w przebiegu danego dyżuru.**

np. o nieprawidłowych zachowaniach pacjenta, rodziny pacjenta itd., niecodziennych sytuacjach, które miały miejsce podczas dyżuru, a także nieprawidłowej organizacji pracy zagrażającej pacjentom lub bezpieczeństwu pracy personelu, a więc również np. o braku wystarczającego wyposażenia oddziału, zmuszaniu do wykonania polecenia służbowego niezgodnego z przepisami prawa, niedostatecznej obsadzie personelu na danym dyżurze w stosunku do liczby pacjentów, poleceniach nakazujących opuszczenie oddziału i pozostawienie pacjentów bez opieki lub sprawowanie opieki przez jedną osobę jednocześnie na dwóch oddziałach lub dwóch piętrach itd.

W razie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności (karnej, cywilnej, zawodowej, dyscyplinarnej), wszczętego w związku z wystąpieniem tzw. medycznych zdarzeń niepożądanych, błędów organizacyjnych, roszczeń czy skarg pacjentów, **treść raportu może służyć obronie pielęgniarki przed zarzutami ze strony pacjenta czy innych osób (/ wykazać brak jej winy).** Dlatego w interesie autora raportu jest, aby dokument ten był rzetelny i nie pomijał żadnych istotnych informacji. Bez odpowiedniego zapisu w raporcie po dłuższym czasie mogą bowiem pojawić się problemy z udowodnieniem faktycznego przebiegu zdarzenia i jego okoliczności.

UWAGA: Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3[tj. nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis].

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)

Księga raportów pielęgniarskich zawiera:

- 1) ***oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;***
- 2) ***numer kolejny wpisu;***
- 3) ***treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań;***
- 4) ***statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;***
- 5) ***datę sporządzenia raportu;***
- 6) ***oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.;***