

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki do uzupełniania druku skierowania lekarskiego na badania diagnostyczne lub konsultacje o dane pacjenta albo druku obejmującego zlecenia lekarskie, które następnie podpisuje lekarz oraz kompetencji pielęgniarki do przepisania zleceń lekarskich z wersji papierowej do systemu komputerowego

Zasady prowadzenia przez lekarza i pielęgniarkę dokumentacji medycznej reguluje kilka aktów prawnych między innymi: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 roku z późn. zm. (Dz. U. z 2011 Nr 277, poz.1634), ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2012 roku (Dz.U z 2011 Nr 174, poz.1039), ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz U. z 2009 Nr 52, poz. 417) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2010 r. z późn.zm. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania Dz.U. 2010 Nr 252, poz.1697).

Art. 41.1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art.18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na lekarza i pielęgniarkę obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej określają zasady jej prowadzenia. § 18 pkt 4 wspomnianego rozporządzenia określa, że wpisu w karcie zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, natomiast wpisu o wykonaniu zlecenia dokonuje osoba wykonująca zlecenie (np. pielęgniarka, położna). Punkty 3 i 6 § 18 określają, że wpisy w karcie obserwacyjnej i wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza i pielęgniarkę. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonania zlecenia lekarskiego, które jest zapisane w dokumentacji medycznej (art. 15.ust 1. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje się w niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a każdy wpis opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Osoba kierująca na badanie lub konsultacje przekazuje podmiotowi, do

którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrzne pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

Art. 24 ust.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, że lekarz i pielęgniarka są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, które obejmują:

1) oznaczenie pacjenta:

- a) pozwalające na ustalenie jego tożsamości tj.: nazwisko i imię (imiona), data 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 numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- b) w przypadku gdy pacjentem jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolniona do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego i adres jego miejsca zamieszkania.

2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczenie zdrowotne ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,

3) opisu stanu pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,

4) datę sporządzenia.

Brak któregośkolwiek z tych elementów oznacza, że dany dokument nie jest dokumentem medycznym.

Przepisy rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania stanowią, że dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie pisemnej i elektronicznej. Zgodnie z art. 58 w zw. z art. 11 ust.1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.Nr 113, poz. 657 z późn.zm.) podmioty lecznicze i praktyki zawodowe (lekarskie i pielęgniarskie) będą miały obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej już od dnia 1 sierpnia 2014 roku (art. 24 ust.1a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Podstawowe warunki prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej dla podmiotów leczniczych oraz lekarskich i pielęgniarskich praktyk zawodowych reguluje § 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania. Wynika z niego, że każda pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie prowadzonego procesu pielęgnowania chorego, wykonywanych działań medycznych zleconych i wpisanych przez lekarza, jak i bez zlecenia lekarskiego

zgodnie z uprawnieniami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarza (Dz U. Nr 210, poz.1540).

Zarówno pielęgniarka wykonująca zawód w ramach podmiotów leczniczych, jak i w ramach pielęgniarskiej praktyki zawodowej, jest uprawniona do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, z uwagi na zaliczenie podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych do podmiotów przetwarzających dane osobowe w związku z wykonywaną działalnością zarobkową, zawodową lub dla realizacji celów statutowych, jak również realizowanych zadań publicznych (art. 3 ust.2 pkt 1 i 2 ustawy o ochroni danych osobowych). Przez przetwarzanie danych osobowych rozumie się jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych począwszy od etapu ich zbierania, a następnie fazy przechowywania i niszczenia (art. 7 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych). Dane zawarte w dokumentacji medycznej mogą być przetwarzane przez pielęgniarkę tylko na zasadach ściśle określonych w przepisach prawa (art. 27 ust. 2 ustawy o danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U.z 2002 r, Nr 101, poz.926 z późn.zm.).

Kraków 28.06.2013 r.

dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa