

ULOGA BOLNIČKOG POVJERENSTVA U STVARANJU PRAVILA ZA UPRAVLJANJE ELEKTRONIČKOM MEDICINSKOM I SESTRINSKOM DOKUMENTACIJOM

KAROLINA VIŽINTIN

Opća bolnica Karlovac, Karlovac, Hrvatska

U cilju osiguranja i unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite, bolničke zdravstvene ustanove moraju imati Povjerenstvo za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije. Osnovna uloga bolničkog Povjerenstva je izrada internog općeg akta pod nazivom "Pravila vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u". Ovim aktom utvrđuje se način vođenja medicinske dokumentacije u bolničkom informacijskom sustavu (BIS) i definira medicinskom osoblju određena razina pristupa, te ovlasti za pisanje i nadopunjavanje medicinske dokumentacije u BIS-u.

Ključne riječi: sestrinska dokumentacija, medicinska dokumentacija, informatika u sestriinstvu, kvaliteta

Adresa za dopisivanje: Karolina Vižintin, bacc. med. techn
Ravnateljstvo OB Karlovac
A.Štampara 3
47000 Karlovac, Hrvatska
Mob: 099 608 0022
E-pošta: karolina.vizintin@bolnica-karlovac.hr

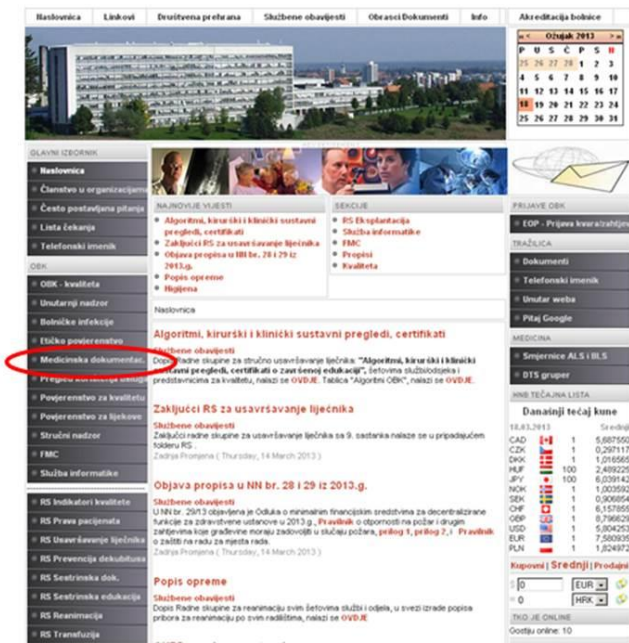
UVOD

Medicinska dokumentacija dokumentira tijekom pacijentove bolesti i liječenja, način rada na mjestu pružanja zdravstvene zaštite, te upute dane radi ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu. Radi se o dokumentu koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi i koji je potpisan od ovlaštenog zdravstvenog djelatnika (1). Sestrinska dokumentacija je sastavni dio medicinske dokumentacije. Sastavljena je na način da medicinske sestre mogu procijeniti bolesnikovo stanje, te na osnovu procjene dijagnosticirati problem i odrediti potrebne intervencije. Predviđena je za bolesnike koji borave u bolnici duže od 24 sata. Sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama propisani su Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama (2). Zakonska obveza dokumentiranja svih provedenih postupaka u pisanom ili elektroničkom obliku stupila je na snagu dana 18. srpnja 2011. godine. Bolničke zdravstvene ustanove obvezne su uskladiti svoj rad sukladno odredbama toga Pravilnika najkasnije u roku od godine dana od dana stupanja na snagu.

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

Sestrinska dokumentacija dio je ukupne medicinske dokumentacije i može se voditi u pisanom ili u elektroničkom obliku. Ako se sestrinska dokumentacija vodi u elektroničkom obliku obvezno mora sadržavati sve podatke propisane odredbama Pravilnika i mora zadovoljiti u postupku provjere spremnosti programskih rješenja sukladno Odluci o provedbi provjere spremnosti programske podrške za vođenje sestrinske dokumentacije koju donosi ministar nadležan za zdravstvo. Bolničke zdravstvene ustanove koje vode sestrinsku dokumentaciju u elektroničkom obliku obvezne su uskladiti svoj rad sukladno članku 6. stavku 2. ovoga Pravilnika najkasnije do 31. ožujka 2013. godine. Korištenjem elektroničke dokumentacije izbjegava se gomilanje podataka te omogućava brz i jednostavan pristup podacima (3).

Sestrinskom dokumentacijom smatra se svaki zapis koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi u svezi s liječenjem određene osobe, a koji služi kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Sestrinska dokumentacija u BIS-u mora biti potpuna, jasno i uredno



Sl. 1. Interni web Opće bolnice Karlovac

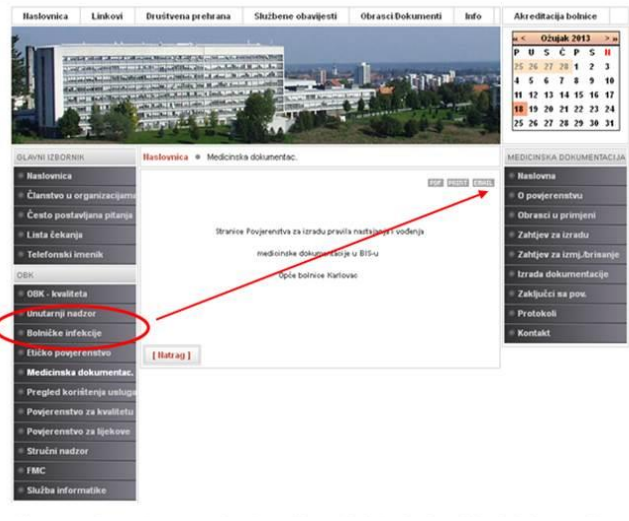
vođena jer samo takva dokumentacija može biti činitelj za dobivanje relevantnih podataka o tijeku i kakvoći liječenja. Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke u sestrinsku dokumentaciju za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite (4).

Stranice bolničkog Povjerenstva za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u nalaze se na internom *webu* ustanove (sl. 1) i dostupne su svim djelatnicima (sl. 2).

Sadrže popis obrazaca koji su u upotrebi u BIS-u, kao npr. interna uputnica, bolesničko–statistički obrazac ONKO-tip, popratnica uz leš i dr. U istom se nalaze i zahtjevi za izradu medicinske dokumentacije (nalazi, obrasci, suglasnosti, itd.) protokoli za zapis podataka u BIS-u, zahtjev za izmjenu ili brisanje medicinske dokumentacije, zahtjev za brisanje/promjenu matičnog lista u BIS-u i drugi potrebni obrasci koji zdravstveni djelatnici koriste u svom svakodnevnom radu.

PRAVILA NASTAJANJA I VOĐENJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U BIS-U

Za pravila nastajanja, tijeka i vođenja medicinske dokumentacije, a čiji je sastavni dio i sestrinska dokumentacija odgovorno je bolničko Povjerenstvo za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u. Sestrinska dokumentacija ima svoj



Sl. 2. Stranice Povjerenstva za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u Opće bolnice Karlovac

tijek nastajanja u bolničkom informacijskom sustavu. Tijekom utvrđenog vremena (broj dana) nastaje dokument (sestrinski list), te se nakon proteka vremena nastajanja dokument zatvara i onemogućava njegova izmjena. Nakon što je dokument zatvoren, više se ne može mijenjati, a ukoliko se u dokumentu mora ispraviti odnosno brisati pogrešno upisani podatak postupa se prema protokolu za izmjenu, odnosno brisanje sestrinske dokumentacije u BIS-u, koji je izradilo bolničko povjerenstvo (5). Korisnik koji je unio krivi podatak podnosi administratoru bolničkog informacijskog sustava zahtjev za ispravak netočnog podatka. Tek nakon podnošenja pisanog zahtjeva kojim se obrazlaže zašto je došlo do netočnog podatka, pristupa se brisanju odnosno ispravljanju dokumenta. Bolničko povjerenstvo izradilo je tri protokola koji su dostupni svim korisnicima u tijeku rada, a odnose se na sljedeće zahtjeve:

- Zahtjev za brisanje/promjenu matičnog lista u BIS-u - koristi se isključivo za pacijente stacionara
- Zahtjev za izmjenu ili brisanje medicinske dokumentacije
- Zahtjev za brisanje/promjenu slučaja/posjete u BIS-u - koristi se isključivo za pacijente poliklinike.

Na taj način Bolničko povjerenstvo ima uvid u radilišta, korisnike koji najčešće griješe, postotak krivo unesenih podataka, te na osnovi njih identificira problem i donosi mjere za poboljšanje sustava. Svaka nadopuna u sestrinsku dokumentaciju koja bi omogućila kvalitetniji izvještaj na razini cijele ustanove mora se obrazložiti Povjerenstvu za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije koje o tome donosi odluku. Budući da sestrinska dokumentacija u BIS-u nema svojstvo elektroničke isprave prema Zakonu o

elektroničkoj ispravi i Zakonu o elektroničkom potpisu svi dokumenti moraju biti ispisani i potpisani od strane odgovorne medicinske sestre te odloženi u povijest bolesti (6,7).

PRAVA PRISTUPA SESTRINSKOJ DOKUMENTACIJI U BIS-u

Bolnička zdravstvena ustanova mora osigurati da pristup svim informacijama koje se odnose na kartone pacijenata bude ograničen na ovlaštene osobe određene politikom bolnice (8). Informacije o pacijentima uključuju papirnate zapise o pacijentu, video, audio i/ili druge računalno pohranjene informacije. Svrha toga je zaštita privatnosti i ostalih ljudskih prava (9).

Prava i razine pristupa određenim kategorijama elektroničkog zdravstvenog zapisa pacijenta dodijeljene su odgovarajućim kategorijama korisnika (liječnici specijalisti, liječnici specijalizanti, medicinske sestre/tehničari, administrativno osoblje) koji se u sustavu identificiraju putem odgovarajućeg korisničkog imena i lozinke. Svaka medicinska sestra za pristup rada u BIS-u posjeduje korisničko ime i lozinku, te je odgovorna za točnost i potpunost upisanih podataka.

Za osiguranje zaštite osobnih podataka o bolesniku u smislu neovlaštenog čitanja, mijenjanja, brisanja, uništavanja, izdavanja, pristup izvana (interneta) odgovorno je bolničko Povjerenstvo za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije koje donosi odluke o pravima korisnika. Implementiran je instrument zaštite na razini aplikacija korisničko ime/lozinka za svaku medicinsku sestru koja je dužna koristiti se isključivo njome. Povjerenstvo za pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u donijelo je odluku o pravilima pristupa u medicinskoj pa tako i u sestrinskoj dokumentaciji. Prava prema medicinskoj dokumentaciji odnose se na: pisanje, čitanje, ažuriranje, ispravke grešaka i zabrane pristupa kompletnoj medicinskoj dokumentaciji. Pravo čitanja i evidentiranja provedenih postupaka u sestrinskoj dokumentaciji imaju medicinske sestre samo za bolesnike unutar svoje službe. Pravo izrade plana zdravstvene njege i sestrinskog otpusnog pisma imaju sve glavne sestre odjela za bolesnike unutar svojih odjela. Prava brisanja i ispravka krivog podatka nakon što je sestrinska lista zatvorena nema niti jedna medicinska sestra već se pisanim putem obraća ovlaštenom administratoru na utvrđenom obrascu za brisanje dokumenata. Posebna prava pristupa i čitanja medicinske dokumentacije pa tako i sestrinske dokumentacije dozvoljeno je ravnatelju, zamjeniku ravnatelja, pomoćniku ravnatelja za osiguranje kvalitete, pomoćnici ravnatelja za sestinstvo, predsjedniku Povjerenstva za stručni nadzor

te glavnoj sestri za kvalitetu. Pravo čitanja medicinske dokumentacije po pozivu i ciljano na bolesnika u obradi ima predsjednik Etičkog povjerenstva i glavna sestra za bolničke infekcije. Svako neovlašteno korištenje tuđe šifre kao i odavanje profesionalne tajne smatra se kršenjem radne dužnosti. Bolničko povjerenstvo za pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u osim već spomenutih zadaća zaduženo je za izradu protokola za zaprimanje i izdavanje arhivskog gradiva, protokola upravljanje informacijskom sigurnošću na razini bolničke ustanove, za praćenje i implementiranje standarda koji su propisani zakonskim propisima, a koji definiraju tijek, opseg i sadržaj medicinske dokumentacije koju je zdravstvena ustanova dužna voditi za svoje bolesnike.

ZAKLJUČAK

Rad bolničkog Povjerenstva za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u zahtijeva od svojih članova donošenje odluka koje moraju biti utemeljene na stručnim medicinskim znanjima sukladne zakonskim propisima te u skladu sa suvremenim smjericama informacijske tehnologije. Stoga je nužno da Bolničko povjerenstvo u svom uskom sastavu osim ravnatelja, pomoćnika za osiguranje kvalitete ima obvezno informatičara, pomoćnika za sestinstvo, glavnu sestru za kvalitetu, pravnik koji će svojom među-profesionalnom suradnjom doprinijeti kvalitetnom vođenju medicinske dokumentacije u BIS-u za svoje bolesnike.

LITERATURA

1. Čizmić J. Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji. Zbornik radova Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2009, 91-134.
2. Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u zdravstvenim ustanovama. NN 79/11.
3. Svetić Čišić R, Kolarić V, Gačina S, Hrđan N. Elektronička sestrinska dokumentacija u Sveučilišnoj klinici Vuk Vrhovac. U: Zbornik radova Znanjem do izvrsnosti. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2010, 79-81.
4. Zakon o sestinstvu. NN 121/03, 117/08, 57/11.
5. Pravila vođenja medicinske dokumentacije. Interni opći akt. Karlovac: OB Karlovac, 2011.
6. Zakon o elektroničkom potpisu. NN 10/02, 80/08.
7. Zakon o elektroničkoj ispravi. NN 150/05.
8. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove. NN 31/11.
9. Zakon o zaštiti osobnih podataka. NN 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12.

S U M M A R Y

**THE ROLE OF HOSPITAL COMMITTEE IN CREATING RULES ON MANAGEMENT OF
ELECTRONIC MEDICAL AND NURSING RECORDS**

K. VIŽINTIN

Karlovac General Hospital, Karlovac, Croatia

To ensure and improve the quality of health care, healthcare institutions have to establish a board to create the rules on the management of medical records. The main role of the board is to design a hospital general internal document entitled Rules for the Management of Medical Records at the Hospital Information System (HIS). This document regulates the management of medical records in HIS and defines the level of access for medical staff, as well as the responsibility for entering and updating medical records in HIS.

Key words: nursing documentation, medical records, nursing informatics, quality