

Wrześniowa
rewolucja
w prowadzeniu
dokumentacji
medycznej

Karta życia

Fatalna pomyłka wrocławskich lekarzy, którzy wycięli pacjentowi zdrową nerkę, spowodowała wielką zmianę w prowadzeniu dokumentacji zabiegów. Jakie nowe rozwiązania czekają szpitale prawdopodobnie już od 1 września 2015 r.?

Projekt rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Proponowane w nim rozwiązania mają służyć ograniczeniu ryzyka pomyłek podczas operacji, są też elementem zmian pakietu onkologicznego.

Cele

Za wprowadzeniem zmian w rozporządzeniu przemawiały zwłaszcza trzy przesłanki:

1. Brak regulacji dotyczącej prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalu, szczególnie w zakresie ustalenia rozpoznań, gdy jest to zależne od wyniku badania diagnostycznego zleconego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu (w związku z wykonywanym zabiegiem diagnostyczno-leczniczym), którego wynik nie jest znany w dniu wypisu ze szpitala. W tej sytuacji rozpoznanie przy wypisie nie zawsze odpowiada ostatecznej diagnozie postawionej na podsta-

wie wyniku badania (np. histopatologicznego czy cytologicznego).

2. Brak jednolitych zasad postępowania okołoperacyjnego, co zwiększa ryzyko pomyłki na sali operacyjnej.
3. Trudności organizacyjne związane z wydaniem pacjentowi karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w wypadku nieobecności lekarza kierującego oddziałem, którego podpis (obok podpisu lekarza wypisującego) jest wymagany na karcie.

Metody

Jakie rozwiązania powyższych problemów proponuje Ministerstwo Zdrowia? Odnosząc się do punktu 1, sugeruje wprowadzenie obowiązku uzupełniania historii choroby o rozpoznanie ustalone już po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego. Projektowana regulacja zwiększy liczbę procedur w ramach prowadzenia dokumentacji medycznej, gdyż w określonych wypadkach nakazuje uzupełnienie zakończonej (podpisanej przez lekarza wypisującego i lekarza kierującego oddziałem lub ordynatora) historii

choroby pacjenta o dodatkowe informacje, a następnie ponowne przekazanie do akceptacji lekarza kierującego oddziałem lub ordynatora. Jest to oczywiście wskazana zmiana, jednak należy pamiętać, że pociągnie za sobą dopełnienie prawidłowej sprawozdawczości zrealizowanego świadczenia do NFZ. Zazwyczaj wszystkie hospitalizacje są rozliczane na koniec danego miesiąca rozliczeniowego. W nowej sytuacji szpitale będą czekać na wyniki i wówczas rozliczać daną hospitalizację z opóźnieniem albo będą dokonywać korekt w sprawozdawczości statystycznej i rozliczeniowej. Pomimo tych administracyjnych utrudnień uzupełnianie służy wiarygodności oraz kompletności dokumentacji medycznej z leczenia pacjenta.

Karta okołoperacyjna

W wypadku punktu 2 zaproponowano wprowadzenie okołoperacyjnej karty kontrolnej jako obowiązkowego dokumentu sporządzanego przy operacji. Karta w postaci checklisty umożliwi potwierdzenie wykonania przez członków zespołu operacyjnego oraz zespołu anestezjologicznego niezbędnych czynności okołoperacyjnych przed znieczuleniem pacjenta, przed wykonaniem nacięcia oraz przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego. Wprowadzenie obowiązkowej karty przyczyni się do uporządkowania i ujednolicenia procedur postępowania okołoperacyjnego w szpitalach oraz ograniczy ryzyko błędów i pomyłek przy operacji. Jest to na pewno bardzo pozytywna zmiana wprowadzona z myślą o pacjencie. Mamy nadzieję, że zapobiegnie to m.in. takim sytuacjom, jak ta, która zdarzyła się niedawno, że pacjentowi podczas zabiegu doświadczony lekarz usunął zdrowy organ. Dobrze się stało, że resort zdrowia zdecydował się na tę zmianę, szkoda tylko, że w 2011 r., kiedy rekomendował stosowanie okołoperacyjnej karty kontrolnej (OKK), nie wprowadził jej obowiązkowo. Może wówczas uniknęlibyśmy opisanej sytuacji. Ale lepiej późno niż wcale. Okołoperacyjną kartę kontrolną stosują w Polsce tylko szpitale akredytowane.

Jak ma wyglądać karta

Rozporządzenie przewiduje wprowadzenie wzoru karty o podobnej strukturze i zawierającego te same informacje. Zmiana dotyczy dwóch kwestii:

- w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem dodatkowo będzie wymagany PESEL chorego, w wypadku noworodka – numer PESEL matki, a osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- w karcie pojawi się oznaczenie nazwy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał.

Należy jeszcze nadmienić, że OKK została opracowana w ramach inicjatywy „Bezpieczna chirurgia ratuje życie” Światowego Sojuszu na rzecz Bezpieczeństwa

„ Proponuje się wprowadzenie obowiązku uzupełniania historii choroby o rozpoznanie ustalone już po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego ”

Pacjentów (*World Alliance for Patient Safety*) i stanowi element działań Światowej Organizacji Zdrowia zmierzających do ograniczenia liczby zgonów operowanych pacjentów chirurgicznych. Propozycja zawarta w rozporządzeniu jest zatem wzorowana na karcie WHO, stosowanej także w innych krajach.

Nowe propozycje

Dla szpitali, które nie mają akredytacji i nie stosują OKK, przygotowano przewodnik opracowany przez Centrum Monitorowania Jakości, zawierający wskazówki, jak efektywnie wdrożyć procedurę postępowania opartą na OKK. Czytamy w nim, że wprowadzając kartę, należy wyznaczyć osobę, która będzie pisemnie zaznaczać realizację poszczególnych weryfikacji w trak-

„ Zaproponowano wprowadzenie okołoperacyjnej karty kontrolnej jako obowiązkowego dokumentu sporządzanego przy operacji. Karta ma postać checklisty ”

cie zabiegu. Takim koordynatorem karty powinien być profesjonalista medyczny uczestniczący w zabiegu. Karta dzieli zabieg chirurgiczny na trzy etapy, z których każdy odpowiada poszczególnym etapom realizacji procedury zabiegowej. Są to kolejno etap przed podaniem znieczulenia (Rozpoczęcie), etap po znieczuleniu, lecz przed nacięciem (Odliczanie) oraz etap w trakcie zamykania rany lub tuż po, ale przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej (Zakończenie). Na każdym etapie koordynator karty musi uzyskać od zespołu wyraźne potwierdzenie, że zrealizowano określony wymóg weryfikacyjny. Uzyskanie potwierdzenia warunkuje przejście do kolejnej fazy zabiegu. W miarę zdobywania doświadczenia i wprowadzania

Wzór okołooperacyjnej karty kontrolnej według Centrum Monitorowania Jakości

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST		
<p>Przed znieczuleniem</p> <p>ROZPOCZĘCIE</p> <p>Zabieg: <input type="checkbox"/> planowy <input type="checkbox"/> nagły</p> <p><input type="checkbox"/> Potwierdzono: ▲ tożsamość pacjenta ▲ miejsce operowane ▲ procedurę operacyjną ▲ zgodę na zabieg operacyjny ▲ rodzaj znieczulenia</p> <p>Oznaczono miejsce operowane <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia</p> <p><input type="checkbox"/> Zapewniono monitorowanie: ▲ EKG* ▲ pulsoksymetrii ▲ ciśnienia tętniczego krwi* ▲ kapnometrii*</p> <p>Alergie: <input type="checkbox"/> Tak (jakie?.....) <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc <input type="checkbox"/> Tak i zapewniono właściwy sprzęt <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci <input type="checkbox"/> Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwioochodne <input type="checkbox"/> Nie</p> <p style="text-align: right;">DANE PACJENTA</p> <p>IMIĘ: _____ NAZWISKO: _____ DATA ZABIEGU: ____ / ____ / ____ ODDZIAŁ / K.S.Gt.: _____</p>	<p>Przed nacięciem</p> <p>ODLICZANIE</p> <p>Nowa osoba w zespole operacyjnym <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jeśli tak: Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną <input type="checkbox"/> Właściwe ułożenie pacjenta <input type="checkbox"/> Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi</p> <p>Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp. ze strony chirurga <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy ze strony anestezjologa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy ze strony pielęgniarki operacyjnej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p> <p>Zastosowano i udokumentowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p> <p>Zastosowano profilaktykę przeciwwzakrzepową* <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy Kiedy? Data / godzina _____</p> <p>Przygotowano wyniki badań obrazowych <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p> <p style="text-align: center;">STOP! PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?</p>	<p>Zanim pacjent opuści blok operacyjny</p> <p>ZAKOŃCZENIE</p> <p>Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie: <input type="checkbox"/> nazwę procedury wykonanej <input type="checkbox"/> zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów</p> <p>Oznaczono materiał pobrany do badań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p> <p>Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu* <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Wypisano zlecenia pooperacyjne* ze strony chirurga <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ze strony anestezjologa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / sali pooperacyjnej* <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p style="text-align: center;">Podpis Koordynatora Karty</p>

* Zestaw standardów Programu Akredytacji Szpitali, Ośrodek Akredytacji CMJ, Kraków 2009

poszczególnych weryfikacji w rutynowy przebieg zabiegu zespół ustnie potwierdza kolejne weryfikacje, bez wyraźnego udziału koordynatora. Każdy zespół powinien dążyć do jak najbardziej efektywnego wdrożenia karty w codziennej praktyce zabiegowej. By nie ominąć żadnej z kluczowych czynności, określone osoby ustnie potwierdzają kolejne weryfikacje umieszczone na karcie. Dlatego też w fazie przed znieczuleniem osoba, która werbalnie koordynuje kartę, w rozmowie z pacjentem (jeśli to możliwe) sprawdza jego tożsamość,

nazwę procedury operacyjnej i miejsce operowane oraz potwierdza uzyskanie zgody na zabieg i znieczulenie. Wzrokowo potwierdza, czy oznaczono miejsce operowane, zapewniono monitorowanie: EKG, pulsoksymetrii, kapnometrii, ciśnienia tętniczego. Określa stopień ryzyka wystąpienia krwawienia, trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych, alergii lub ich brak, a także czy dokonano pełnej oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia. W idealnych okolicznościach chirurg będzie obecny w fazie rozpoczęcia, gdyż jako zabiegowiec ma dogłębną wiedzę na temat potencjalnego krwawienia, alergii lub innych komplikacji, jakie mogą wystąpić u pacjenta, jednak obecność chirurga nie jest niezbędna do realizacji tego etapu. W fazie przed nacięciem, jeżeli w zespole jest nowa osoba, każdy z członków zespołu przedstawia się z imienia i funkcji. Następnie, tuż przed nacięciem skóry, zespół na głos potwierdza, że wykonuje określony zabieg u określonego pacjenta i w określonym miejscu operowanym, a następnie ustnie potwierdza kolejne weryfikacje z karty. Weryfikacji podlega też podanie okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej przed zabiegiem, zastosowanie profilaktyki przeciwwzakrzepowej oraz przygotowanie wyników badań obrazowych. Na etapie przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego, realizowanym przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej, zespół wspólnie potwierdza nazwę procedury operacyjnej, zgodność liczby użytych narzędzi

„Wdrażając okołooperacyjną kartę kontrolną, należy wyznaczyć osobę, która będzie pisemnie zaznaczać realizację poszczególnych weryfikacji w trakcie zabiegu. Koordynatorem karty powinien być profesjonalista medyczny uczestniczący w zabiegu”

dzi i materiałów, właściwy opis pobranego do badań materiału. Określa ewentualne powikłania, problemy techniczne lub dotyczące sprzętu, jakie wystąpiły w trakcie zabiegu, omawia ewentualne problemy dotyczące przebiegu pooperacyjnego i rekonwalescencji, w tym wypisanie zleceń pooperacyjnych.

Początkowo bardzo ważne jest określenie koordynatora karty, czyli osoby odpowiedzialnej za realizację OKK, gdyż w kompleksowym środowisku bloku operacyjnego łatwo o przeoczenie istotnych elementów bez względu na to, czy jest to faza przedoperacyjna, śródoperacyjna czy pooperacyjna. Wyznaczenie konkretnej osoby potwierdzającej realizację poszczególnych wymogów weryfikacyjnych chroni przed pominięciem istotnych działań, np. ze względu na pośpiech. Do czasu nabrania wprawy w stosowaniu karty konieczne jest, aby koordynator prowadził zespół w trakcie zabiegu. Wyznaczenie osoby koordynującej kartę może prowadzić do powstania antagonizmu w relacjach z pozostałymi członkami zespołu, gdyż koordynator może i powinien powstrzymać zespół od przejścia do kolejnej fazy zabiegu, zanim uzyska potwierdzenie realizacji określonego wymogu. Dlatego należy uważnie rozważyć, kogo najlepiej desygnować do roli koordynatora. Ze względów bezpieczeństwa opieki faza Rozpoczęcie musi być zakończona przed podaniem znieczulenia. Wymaga ona obecności przynajmniej anestezjologa i personelu pielęgniarskiego. Koordynator karty może

wypełnić tę część jednorazowo lub sekwencyjnie, w zależności od przebiegu przygotowań do znieczulenia.

Uproszczenie procedur

Jeśli chodzi o ostatni punkt, zaproponowano wprowadzenie zmiany przepisu dotyczącego wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Obecnie przepisy wymagają, by na karcie z leczenia szpitalnego podpisy złożyli lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem, co powoduje trudności w wypadku nieobecności lekarza kierującego oddziałem. W celu usprawnienia procedury wypisu pacjenta ze szpitala zaproponowano możliwość podpisania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez innego lekarza upoważnionego przez lekarza kierującego oddziałem (oprócz lekarza wypisującego).

Obecnie nierzadko pacjent otrzymuje kartę informacyjną z pobytu szpitalnego kilka dni po wyjściu ze szpitala, co nie powinno się zdarzać. Zatem powyższa zmiana zdecydowanie usprawni procedurę wypisową.

Pozostaje tylko wyrazić życzenie, aby tego typu rewolucje w ochronie zdrowia pojawiały się jak najczęściej, gdyż są one przede wszystkim ukłonem w kierunku pacjentów.

Greta Kanownik

Autorka jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie i kierownikiem Działu Administracji Medycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.



**Akademia Rynku
Ochrony Zdrowia**



**CENTRUM
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO**



STUDIA PODYPLOMOWE

- Coaching w ochronie zdrowia ■
- Organizacja i zarządzanie badaniami klinicznymi ■
- Pakiet 3 praw: prawo medyczne, ochrony zdrowia, pacjenta ■
- MBA w ochronie zdrowia ■

REKRUTACJA TRWA DO 30 WRZEŚNIA!

Nr1

WŚRÓD POLSKICH UCZELNI
W MIĘDZYNARODOWYM
RANKINGU U-MULTIRANK



Dowiedz się więcej: ckp.lazarski.pl