

Pielęgniarski wypis

W numerze październikowym wydrukowaliśmy artykuł Szczepana Cofty „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis”. Tekst wzbudził wielką dyskusję. Drukujemy stanowisko samorządu pielęgniarek i położnych w tej sprawie oraz odpowiedź autora.

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu podjęte na posiedzeniu 8 października 2014 r. w sprawie: treści artykułu „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis”, zamieszczonego w „Biuletynie Informacyjnym WIL” 10/2014.

W artykule zatytułowanym „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis” dr Szczepan Cofta – naczelnny lekarz Szpitala Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, podważa zasadność sporządzania wypisów pielęgniarskich dla pacjentów po zakończeniu leczenia szpitalnego.

Według autora wypowiedzi, wypis pielęgniarski to nie tylko przesada, ale nawet śmieszność czy absurd niemający podstaw prawnych, wręcz przeczący zdrowemu rozsądkowi. Apeluje do lekarzy, by „...rozprzestrzeniającą się epidemię pielęgniarskich wypisów zatrzymać, dopóki nie jest za późno...”, i ogłasza mobilizację środowiska lekarskiego do takich działań. Natomiast wykonywanie zawodu pielęgniarskiego uznaje za usługę i podkreśla, że nasza grupa zawodowa „...stanowi też na pewno najbardziej karną część personelu placówki...”, stąd „...nie jest w stanie „wywinąć się” z sytuacji niewygodnych...” w przeciwieństwie do lekarzy. Niezrozumiałe jest również stwierdzenie, że im wyższe wykształcenie, tym mniejsze są sprawności zawodowe oraz mniejsza gotowość niesienia pomocy chorym.

Członkowie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu wyrażają oburzenie z powodu tychże treści i protestują przeciwko nakłanianiu lekarzy do podejmowania działań mających na celu ograniczenie naszej samodzielności zawodowej.

Zdziwienie budzi fakt, że naczelnny lekarz Szpitala, będąc członkiem Dyrekcji, wykazuje nieznaną lub złą interpretację zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej, które według § 22 ust. 3 pkt 4 określa, że elementem dokumentacji jest karta wypisu, a w niej „...wskazówki dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia”.

Pielęgniarki, wywiązując się rzetelnie z nałożonych obowiązków, przygotowują zalecenia co do dalszej pielęgnacji jako odrębny dokument, ponieważ nie mają możliwości zamieszczenia tych informacji w karcie wypisu, a są one niezbędne dla pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, opieki długoterminowej czy paliatywnej, także (a może przede wszystkim) dla pacjenta i jego rodziny. Ponadto ostatnim punktem procesu pielęgnowania nauczonego w toku przygotowania zawodowego pielęgniarek są zalecenia do dalszej pielęgnacji. Zasadne jest wiązanie teorii z praktyką.

Nawoływanie do mobilizacji przeciwko „zagrożeniu”, jakim są wypisy pielęgniarskie, i sprowadzanie ich do absurdu, jest kolejnym przejawem lekceważenia naszego środowiska przez lekarzy i próbą ograniczenia samodzielności zawodowej gwarantowanej m.in. zapisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Nie dajemy przyzwolenia na działania sprzeczne z zasadami poszanowania współpracownika – pielęgniarki.

**przewodnicząca ORPiP w Poznaniu
mgr Teresa Kruczkowska**

**sekretarz ORPiP w Poznaniu
mgr Jolanta Plens-Gałaska**



KOMENTARZ DO STANOWISKA

Z wielką uwagą zaznajomiłem się ze stanowiskiem Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu z 8 października 2014 r., dotyczącym treści mojego artykułu „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis”, zamieszczonego w „Biuletynie Informacyjnym WIL” 10/2014.

Przepraszam, jeśli tym artykułem w jakikolwiek sposób naruszyłem pielęgniarskie odczucia. Nie było absolutnie moim zamiarem jakiegokolwiek urażenie środowiska, z którym od lat pozostaję w harmonii codziennej organicznej pracy przy chorych. Nie ukrywam, że zostałem nieco zaskoczony intensywnością odzewu, który na pewno powinien być impulsem do refleksji nie tylko mojej, lecz także w środowisku lekarskim. Prosiłbym jednak o zestawienia stanowiska z treścią artykułu, który je sprowokował. Takie podejście pozwoli ukazać w sposób rzetelny wyrażane myśli i uniknąć pewnych nadinterpretacyjnych komentarzy. Rozpowszechnianie głosu odzewu bez pierwotnego tekstu sugerowałoby przyjęcie postawy nieuprawnionej w zakresie wzajemnych relacji.

Podstawową intencją artykułu była chęć sprowokowania kontestacji związanej z koniecznością działań sprzeciwiających się formalizacji medycyny. Artykuł jest przede wszystkim apelem o zwarcie szeregów w reakcji na groźne w medycynie tendencje do mnożenia dokumentacji medycznej z ryzykiem zastępowania tymi działaniami właściwej opieki nad pacjentami. Nie można nie przytoczyć w tej sytuacji końcowego fragmentu tekstu: „Liczę na to, że tekst ten – napisany w dobrej wierze przez autora zachowującego wielką sympatię i szacunek do zawodu pielęgniarskiego – nie zdrażni naszych pielęgniarsko-lekarskich relacji, lecz raczej przyczyni się do ich harmonizowania i zostanie uznany za dobrą monetę. Wspólnie działajmy przeciwko tendencjom formalistycznym próbującym opanować nasze zawody.”

Artykuł został przygotowany do pisma lekarskiego, w formie felietonu, dlatego – może nieroztropnie – zostały w nim wyostrzone niektóre opinie. Muszę nadmienić jednak, że napisany przeze mnie artykuł został odebrany – także w samym środowisku pielęgniarskim – w sposób absolutnie niejednolity. Spotkałem się w ostatnich dniach w wieloma wyrazami zrozumienia i poparcia zawartych w nim poglądów u – jak mi się wydaje – znaczącej części personelu pielęgniarskiego, co powinno też – w mojej opinii – prowokować swego rodzaju refleksję.

Próbując zrozumieć charakter i intensywność reakcji, nie można – jak mi się wydaje – pominąć wyrażanych często trudnych stron relacji pielęgniarsko-lekarskich. Wydaje się, że reakcje być może uzasadniają częste sytuacje nieodpowiedniego podejścia lekarzy do personelu pielęgniarskiego, a także nieraz braku partnerskiego traktowania. Uwagę tę kieruję w opozycji do mojego bardzo dobrego doświadczenia wieloletniej współpracy, która – w kontekstach zespołowego postępowania w pulmonologii – zawsze była wzorowa. Czyżby okazywało się, że dobre osobiste doświadczenia współpracy nie są codzienną praktyką?

Nie ukrywam jednak, że największym smutkiem napeliła mnie reakcja zawarta w stanowisku pielęgniarek na użycie przeze mnie słowa posługa, co uczyniłem z największym wewnętrznym przekonaniem, wierząc, że poruszamy się właśnie wspólnie w sferze posługi lekarskiej czy pielęgniarskiej. Jesliby tak nie było, to może się okazać, że znaleźliśmy się w sytuacji kryzysu współczesnej medycyny. Jesteśmy nadal służbą zdrowia (używając słowa bliskoznacznego posłudze), nawet jesliby ktoś – może w sposób niezbyt roztropny – kontestował takie stwierdzenie.

Jestem orędownikiem i obrońcą autonomii zawodów medycznych, oczywiście także pielęgniarskiego, o czym zawsze w sposób prywatny i publiczny w sposób odważny się wyrażam. Uważam, że utrzymanie autonomii naszej posługi jest niezwykle ważnym zadaniem w czasach bolesnych formalizacyjnych przeobrażeń w służbie zdrowia. Jestem przekonany, że właśnie autonomia zawodów – rozumiana w sposób właściwy jako podporządkowana dobru chorego – jest najpełniejszym gwarantem jego praw i podmiotowości opieki.

Przepraszam jednak, jeśli stwierdzę, że ciężary związane z dokumentacją przekazaną do wypełniania przez środowisko medyczne mogą być kontrowersyjne, często jako ciężary ponad miarę (także odpowiednich nawet przepisów prawnych), ale przede wszystkim ryzykują zastępowanie osobowych postaw chowaniem się za dokumentami. Staram się wyrażać takie stanowisko przede wszystkim w odniesieniu do wielu aspektów dokumentacji lekarskiej, która jest mi najbliższa, gdyż na co dzień sam ją wypełniam. Wydaje mi się, że w wielu obszarach dokumentacja lekarska – także przechodząca w ostatnich latach dużą ewolucję – zaczyna nareszcie przyjmować charakter bardziej powściągliwy i zwięzły. Postulatem moim jest tworzenie mechanizmu, w którym osoby niewykonyjące praktycznie zawodu medycznego i same niewypełniające dokumentacji, nie miałyby mandatu do jej tworzenia i narzucania innym.

Niestety – po ponownym odpowiednim rozeznaniu prawnym – muszę potwierdzić tezę zawartą w artykule o nadinterpretacji przepisów rozporządzenia o dokumentacji medycznej, które oczywiście nie zabrania tworzenia wypisów pielęgniarskich, jednak wprost wspomina jedynie o przygotowaniu wypisu zawierającego odpowiednie elementy. Wypis, który powinien pacjent otrzymywać przy opuszczaniu szpitala, powinien być – w mojej opinii – kompletny i powinien być wyrazem skoordynowanej nad nim opieki. Wyraziłem opinię, że lekarze przygotowujący wypisy (choć te wypisy nie są wcale lekarskie!) powinni w sposób rzetelny zawrzeć – wśród innych informacji – także zalecenia pielęgnacyjne, najlepiej właśnie przygotowane przez personel pielęgniarski. Takie postępowanie powinno pozostać przedmiotem wspólnej refleksji. Podobnie sprawa dotyczy elementów wypisu zawierającego sugestie żywieniowe czy też związane z postulowanym trybem życia. Powtórzę słowa skierowane do lekarzy, że dyskusja stanie się asumptem do przemyślenia naszych wypisów, które powinny zawierać także zalecenia pielęgnacyjne, tak samo jak powinny wskazywać zadania związane z fizjoterapią.

Proszę o przyjęcie ze zrozumieniem moich refleksji i komentarza. Jeszcze raz przepraszam, o ile w sposób nieuprawniony spowodowałem poruszenie części środowiska pielęgniarskiego, ale być może zaistniała sytuacja może być okazją do sprowokowania twórczej dyskusji – w obu środowiskach – dotyczącej harmonii budowania wzajemnych relacji zawodowych. Są one – jak potwierdziła reakcja – związane z wypowiedzianymi, ale i często niewyrażanymi (jeszcze do wypowiedzenia) aspektami. Pozostaję osobiście w wielkim szacunku, a także sympatii dla środowiska pielęgniarskiego.

Nie mogę nie zaznaczyć niezwykle wyraźnie, że właściwie pojęta współpraca pielęgniarsko-lekarska jest niezbędnym i podstawowym elementem naszego współdziałania w obliczu chorego, który pochyla się ku nam z prośbą, byśmy udzielili mu pomocy w sytuacji zdrowotnej potrzeby. Powtórzę raz jeszcze konkluzję artykułu: „Wspólnie działajmy przeciwko tendencjom formalistycznym próbującym opanować nasze zawody”.

W poszukiwaniu złotego środka: karta informacyjna z leczenia szpitalnego

Zainicjowana treścią artykułu dr. Szczepana Cofty, opublikowanego w październikowym numerze „Biuletynu Informacyjnego WIL” dyskusja pomiędzy środowiskiem lekarskim oraz pielęgniarskim – jak każda rzeczowa wymiana zdań – powinna stanowić przyczynek do głębszej refleksji nad analizowanym zagadnieniem, które w niniejszym wypadku dotyczy kwestii skrupulatności w prowadzeniu tak istotnego z punktu widzenia zarówno personelu medycznego, jak i samego pacjenta elementu, jaki stanowi dokumentacja medyczna.

Po lekturze artykułu „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis” przyznam, że z zainteresowaniem prześledziłem wymianę argumentów użytych w Stanowisku Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, podjętym na posiedzeniu 8 października 2014 r., a następnie w komentarzu do powyższego stanowiska, które dr Cofta przedstawił w piśmie z 26 października 2014 r.

Niewątpliwie, poruszone zagadnienie budzić może wątpliwości, a czasami wręcz kontrowersje i to nie tylko wśród członków środowiska lekarskiego, lecz także pielęgniarskiego. Rzecz jednak w tym, aby słusznie zamierzona przez dr. Coftę dyskusja nie podzieliła dwóch ściśle współpracujących z sobą środowisk medycznych, pozostawiając kluczową kwestię niewyjaśnioną. W tym celu sięgnijmy więc do źródeł sporu, które wynikają z powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Wyjaśnienie analizowanej kwestii należałoby rozpocząć od doprecyzowania, iż używanie pojęcia wypisu, choć znajduje ono praktyczne uzasadnienie, jest jednak mylące, ponieważ w § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania mowa jest o karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, która spośród kilku wymienionych w tym przepisie elementów, zgodnie z ust. 3 pkt 4, zawiera: „wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia”. Podkreślić przy tym należy, iż ustawodawca w sposób jasny zastrzegł w ustępie pierwszym powyższego paragrafu, iż to lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną na podstawie historii choroby albo karty noworodka. Zarówno z § 22, jak i pozostałych przepisów analizowanego rozporządzenia nie wynikają uprawnienia do dokonywania powyższej czynności przez przedstawicieli innych niż lekarski zawodów medycznych, co w świetle tzw. zasady racjonalnego prawodawcy nakazuje przyjąć, iż ustawodawca przyświecał także w tym wypadku konkretny cel. Za niesłuszne należy wobec tego uznać doszukiwanie się elementów lekceważenia przez lekarzy uprawnień środowiska pielęgniarskiego, bowiem w świetle innej zasady: *clara non sunt interpretanda*, należy przyjąć, że skoro analizowany przepis jest jasny, nie podlega on wykładni innej niż literalna.

Odchodząc jednak od kwestii *stricte* prawnych, nie ulega wątpliwości, iż troska personelu pielęgniarskiego o każdorazowe dokonanie możliwie najdokładniejszego opisu wspomnianych wskazań dotyczących dalszego sposobu pielęgnowania pacjenta znajduje pełne uzasadnienie w słusznie podniesionym przez Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu argumencie, iż pielęgniarki rzetelnie wywiązują się w ten sposób z nałożonych obowiązków. Nie sposób również nie przyznać racji stwierdzeniu, iż zasadnym jest wiązanie teorii z praktyką. Chciałbym w tym miejscu zwrócić uwagę, że za przedstawioną

postawą środowiska pielęgniarskiego przemawia także fakt, iż owa praktyka pielęgniarska jest z punktu widzenia lekarzy szczególnie cenna. Jak doskonale zdajemy sobie sprawę, realia udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach, które wiążą się z wymuszoną przez panujący w Polsce system opieki zdrowotnej „obsługą” przez lekarzy ogromnej liczby pacjentów, z których każdy wymaga indywidualnej opieki, wręcz wymuszają potrzebę korzystania przez lekarzy z doświadczenia i pomocy pielęgniarek, z racji wykonywanych czynności służących pacjentom o wiele intensywniej. W konsekwencji powyższego, pielęgniarki mają także praktyczną wiedzę, jak należy przygotować pacjenta, jego najbliższych lub pielęgniarki środowiskowo-rodzinne do etapu następującego po opuszczeniu przez pacjenta szpitala.

Dochodzimy jednak w tym miejscu do meritum analizowanego zagadnienia – czy wobec niewątpliwiej potrzeby korzystania z wiedzy i doświadczenia pielęgniarek przepisy prawa powinny być interpretowane w ten sposób, iż z wymogu zawarcia w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego wskazówek dotyczących pielęgnowania pacjenta należy wnioskować, że uprawnieniem (bądź obowiązkiem) pielęgniarek jest sporządzanie w tym zakresie odrębnej dokumentacji? W świetle przedstawionych powyżej argumentów prawnych należy odpowiedzieć na to pytanie przecząco. W pełni podzielić należy w tym względzie stanowisko dr. Cofty, zgodnie z którym: „Instrukcja przy wypisie powinna być jedna i kompleksowa”, zaś tworzenie odrębnych wypisów pielęgniarskich powinno skłonić do „przemyslenia naszych wypisów, które powinny zawierać także zalecenia pielęgnacyjne oraz wskazywać zadania związane z fizjoterapią”, choć gwoli ścisłości – co również doktor podniósł w swym artykule – przygotowywane przez lekarzy i przekazywane pacjentom „wypisy” wcale nie są „lekarskimi”, mimo że przygotowywane są w większości przez lekarzy prowadzących, a sygnowane przez ordynatora lub lekarza przez niego upoważnionego.

W świetle przytoczonych stanowisk oraz użytej na ich poparcie argumentacji pokusić można się o stwierdzenie, iż tytułowy „złoty środek” jest na wyciągnięcie ręki, a kryje się on pod jakże często zapominanym w natłoku codziennych szpitalnych obowiązków pojęciem współpracy. Karty informacyjne leczenia szpitalnego powinny być zatem wypisywane tak, jak wskazał to w rozporządzeniu ustawodawca – przez lekarza, który w razie potrzeby powinien jednak korzystać z wiedzy i doświadczenia pielęgniarek podczas wypełniania fragmentu poświęconego pielęgnacji pacjenta. Podzielić należy wobec tego postulat dr. Cofty, polegający na sprzeciwie wobec nadmiernej formalizacji medycyny. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze najlepiej zdają sobie sprawę z liczby obowiązków, którymi są obciążeni. Wśród nich znajduje się także rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej. Nie możemy jednak popaść w rutynę i utracić zdrowy rozsądek, obarczając się dodatkowymi obowiązkami, które wyłącznie skomplikują i tak wystarczająco sformalizowany system służby zdrowia. Współpracujmy więc i szanujmy się nawzajem, gdyż symbioza naszych zawodów to zjawisko niezmiernie przez pacjentów pożądane.

LEK. MED. PRZEMYSŁAW DAROSZEWSKI
DYREKTOR SP ZOZ MSW W POZNANIU IM. PROF. L. BIERKOWSKIEGO
PREZES ZWIĄZKU PRACODAWCÓW SŁUŻBY ZDROWIA MSW