



KATEDRA I ZAKŁAD ZARZĄDZANIA W PIELĘGNIARSTWIE  
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU  
UNIwersytet Medyczny w Lublinie

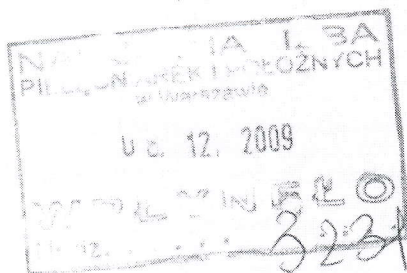
CHAIR AND DEPARTMENT OF MANAGEMENT IN NURSING  
FACULTY OF NURSING AND HEALTH SCIENCES  
MEDICAL UNIVERSITY OF LUBLIN



POLAND 20-059 Lublin, Al. Racławickie 1, Tel.(081) 528 88 84, tel./fax. (081) 528 88 85  
e-mail: [ksykzarz@umlub.pl](mailto:ksykzarz@umlub.pl)

SB.M.  
08.12.08 EŁ

Lublin, 2009-11-16



Szanowna Pani  
Elżbieta Buczkowska  
Prezes

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych  
Al. Ujazdowskie 22  
00-478 Warszawa

*Opinia ws. zasadności pielęgniarskich raportów pisemnych i ustnych  
w leczeniu stacjonarnym*

Obowiązek dokumentowania informacji o pacjentach i wymiany informacji w zespole pracowniczym są integralną częścią pracy pielęgniarek i lekarzy. Bez dobrze prowadzonej dokumentacji i poprawnej komunikacji w zespołach terapeutycznych trudno o dobrą jakość opieki i unikanie zdarzeń niepożądanych.

Rozporządzenie MZ z dnia 21 grudnia 2006 r. reguluje rodzaj i zakres dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. We wspomnianym rozporządzeniu wymienia się rodzaje dokumentacji, m.in. księgę raportów pielęgniarskich, kartę indywidualnej pielęgnacji, obserwacyjną i gorączkową. Jest także zapis, wskazujący, że w karcie zleceń lekarskich powinny być wpisy dokonywane przez lekarzy, a osoba wykonująca zlecenie powinna dokonać adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatrzyć ją podpisem.

Silą rzeczy ww. przepis prawny podaje ogólne normy dokumentowania danych o pacjencie i nie może zawierać opisu sposobu wymiany informacji.

Komunikowanie w zespole terapeutycznym (pielęgniarskim, położnych) jest integralną częścią pielęgnowania i trudno sobie wyobrazić, żeby pielęgniarki (położne/lekarze) nie informowali się o danym stanie rzeczy, w tym nie przekazywali sobie ustnie istotnych informacji o pacjencie(-tach). Dotyczy to w całej rozciągłości raportów pielęgniarskich (położnych). Informacje ustne (*oprócz pisemnych*) zapobiegają sytuacjom,

kiedy istotne informacje o chorym „znikają” w czasie zmiany dyżurów; zwracają uwagę na fakty ważne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, zapobiegają sytuacjom, kiedy pracownik musi od razu przystąpić do pracy (*zdarzenia nagłe*) i nie zdąży się zapoznać z dokumentacją pisemną. Wreszcie raport ustny ma walor doskonalący dla pracownika. Nowo przyjętym pracownikom pozwala się zorientować, co do hierarchizacji problemów, odróżniania faktów istotnych od mniej ważnych. Dla mających dłuższy staż pracy jest istotnym wskazaniem, co do rodzaju działań, jakie powinni podjąć w pierwszym rzędzie w trakcie objęcia dyżuru.

Z punktu widzenia doskonalenia organizacji i kreowania dobrego klimatu organizacyjnego wspólne, nawet kilkuminutowe spotkania sprzyjają zacieśnianiu więzi międzyludzkich, powodują zwiększenie odpowiedzialności za wyniki pracy całego zespołu, sprzyjają integracji i budowaniu wzajemnego zaufania.

*Podsumowując*, na podstawie licznych doniesień w piśmiennictwie przedmiotu, oraz doświadczeń własnych uważam, że rezygnacja z raportów ustnych może być zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów, a także naraża pielęgniarki i położne na zwiększoną odpowiedzialność za popełnione błędy z powodu zaniechania lub zaniedbania podjęcia istotnych czynności, wynikających z braku dostatecznej informacji.

Z poważaniem

KIEROWNIK  
Katedry i Zakładu Zarządzania w Pielęgniarstwie  
  
dr hab. n. med. Anna Ksykiewicz-Dorota  
profesor nadzwyczajny