

# PRAVNO SODELOVANJE MED MEDICINSKIM PROCESOM ZDRAVLJENJA IN PROCESOM ZDRAVSTVENE NEGE – PRIDRŽANE NALOGE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENE NEGE V AVSTRIJI\*

## 1. Splošno

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi (v nadaljevanju GuKG<sup>1</sup>), objavljen v BGBl<sup>2</sup>, odlikujejo predvsem diferencirane določitve poklicnih pravic in poklicnih dolžnosti, novo oblikovanje opisa poklica ter tudi podroben opis delovnih področij v zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi.

GuKG razlikuje med samostojnimi delovnimi področji – delovnimi področji z *lastno odgovornostjo*, med odvisnimi delovnimi področji – delovna področja s *soodgovornostjo in interdisciplinarnimi in razširjenimi oziroma specializiranimi* delovnimi področji v zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi.

GuKG<sup>3</sup> ureja *opis poklica medicinske sestre in zdravstvene tehnika* (v nadaljnjem besedilu medicinska sestra) kot negovalni del preventivnih, diagnostičnih, terapevtskih, rehabilitacijskih in za zdravje koristnih ukrepov pri ohranjanju zdravja ali okrevanju ter pri zaščiti pred boleznimi.

Drugi odstavek citiranega zakona predpisuje negovanje in oskrbo ljudi vseh starostnih skupin s telesnimi ali psihičnimi obolenji, nego in oskrbo invalidnih ljudi, hudo bolnih in umirajočih, sodelovanje zdravstvene nege pri rehabilitaciji, primarno zdravstveno oskrbo, pospeševanje zdravja in zaščito pred boleznimi v procesu zdravstvene nege.

V 2. odstavku vsebujejo navedene dejavnosti tudi sodelovanje pri diagnostičnih in terapevtskih opravilih po navodilu zdravnika. S tem je urejena osnova za soodgovorno delovno področje v okviru opisa poklica.

Zdravstvena nega podpira paciente in pacientke (nadaljnjem besedilu pacienti) pri vnovičnem doseganju ali utrjevanju njihovega zdravja. V skupnem okviru vseh na zdravje nanašajočih se ukrepov sodelujejo medicinske sestre z ostalimi poklici in storitvami v zdravstvu, da bi zagotovili družbeno politične pogoje po pospeševanju zdravja, izogibanju boleznim, oskrbi bolnih in invalidnih ljudi in okrevanju. Zakonska opredelitev pospeševanja zdravja, preprečevanja in rehabilitacije v opisu poklica zdravstvene nege je postala nujna zato, ker naj bi v sodobnem zdravstvu ta področja imela enake vrednosti kot kurativno področje.

## 2. Področja nalog s samostojnostjo (lastno odgovornostjo) v zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi

V skladu z GuKG<sup>4</sup> obsega samoodgovornost ugotavljanje, načrtovanje, organizacijo, izvedbo in nadzor vseh nego-

valnih ukrepov v procesu zdravstvene nege, pospeševanje zdravja in zdravstvenega svetovanja, raziskovanje zdravstvene nege kot tudi izvedba administrativnih nalog v okviru zdravstvene nege.

Izvajanje zdravstvene nege vsebuje k pacientu usmerjeno zdravstveno nego v procesu negovanja, ki se začne z ocenjevanjem potreb po negi in se konča z ovrednotenjem rezultatov zdravstveno negovalnih ukrepov.

*Analogno medicinskemu procesu zdravljenja*, in sicer v medicinski anamnezi, medicinski diagnozi, načrtovanju medicinsko diagnostičnih in terapevtsko indiciranih ukrepov, izvedbi načrtovanih medicinskih ukrepov, medicinsko-znanstvenem vrednotenju, so v 2. odstavku citiranega zakona navedene posamezne stopnje negovalnega procesa v skladu s strokovnim jezikom zdravstvene nege:

- *negovalna anamneza* – zbirka informacij o pacientu, ki služi kot osnova pri načrtovanju zdravstvene nege. To pomeni *ugotavljanje potreb po zdravstveni negi*, stopnje odvisnosti pacienta od zdravstvene nege ter potrebnih virov za zadovoljevanje teh potreb;
- *negovalna diagnoza – ugotovitev potrebe po zdravstveni negi*. To pomeni ugotavljanje in oceno na bolnika nanašajočih se problemov in potreb po zdravstveni negi, še posebej glede na vzroke problemov. Ta postavlja osnovo za izbor dejavnosti nege in za doseganje pričakovanih ciljev in ustvarja okvirne pogoje za uporabo načrtovanja zdravstvene nege;
- *načrtovanje zdravstvene nege* – načrtovanje zdravstvene nege, določitev negovalnih ciljev in odločitev o ustreznih negovalnih ukrepih;
- *izvedba negovalnih ukrepov* – potrdilo o izvajanju;
- *vrednotenje zdravstvene nege* – ovrednotenje rezultatov ukrepov zdravstvene nege. Skozi ponavljajoča se vrednotenja zdravstvene nege se omogoči negovalnemu osebju ocenjevanje uspešnosti izvajanja ukrepov zdravstvene nege glede na ugotovljene potrebe pacientov.

K **samoodgovornemu področju** nalog sodi prav tako *raziskovalno področje zdravstvene nege*. Ko se v procesu vrednotenja zdravstvene nege analizirajo storitve zdravstvene nege, se rezultati lahko uporabijo za razvoj stroke. Samoodgovorno področje nalog obsega nadalje še:

- dokumentacijo procesa zdravstvene nege,
- informacije o preprečevanju bolezni in uporaba ukrepov za pospeševanje zdravja,

\* Prevod članka »Die rechtliche Interaktion zwischen dem medizinischen Behandlungsprozess und dem Pflegeprozess- Vorbehaltsaufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich«, predstavljenega na 5. konferenci Evropske zveze direktorjev zdravstvene nege (ENDA), Rotterdam 2001.

<sup>1</sup> GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi v Avstriji.

<sup>2</sup> BGBl (Bundesgesetzblatt – Zvezni uradni list) 1997/108 idgF (in der geltenden Fassung – veljavna verzija). Avtorica se v članku opira na zadnjo veljavno verzijo zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi.

<sup>3</sup> Glej § 14 odstavek 11 GuKG.

<sup>4</sup> Glej § 14 odstavek 1 GuKG.

- psihosocialna oskrba,
- organizacija zdravstvene nege,
- vodstvo in nadzor pomožnega osebja,
- vodenje in spremljanje učencev/k v okviru izobraževanja.

### 2.1 Samostojnost v pravnem pomenu – začetna malomarnost – nezakonito odklanjanje dela

K pravilnemu razumevanju pojma »samoodgovornost« moramo pojasniti, da izvajalci zdravstvene nege pri opravljanju dejavnosti, ki jih obsega njihov opis poklica, ravnajo samostojno.

Pravni pojem samostojnosti pomeni *strokovno svobodo* – še posebej glede zdravniških »navodil« – vsakega izvajalca zdravstvene nege v okviru njegovega opisa poklica, seveda ob upoštevanju osnovnih navodil organizacije storitev zdravstvene nege.

S terminom »samoodgovoren« izražamo tudi to, da lahko medicinsko sestro ali zdravstvenega tehnik pokličemo na odgovornost v kazensko-pravnem pomenu ali v civilnopravnem pomenu zaradi škode, ki je v vzročni povezavi z neskrbnim ravnanjem v zdravstveni negi. Privzete navade, razširjen »običaj« v ustanovi ne upravičujejo neskrbnega ravnanja v posameznem primeru.

V povezavi s tem moramo opozoriti tudi na kazensko-pravno **začetno ali prevzemno malomarnost** – pomen se veča v *soodgovornem področju dejavnosti*. Če na primer malomarnost pri opravljanju postopka, na podlagi osebne neskrbnosti pri negovalnem, diagnostičnem ali terapevtskem postopku ni dokazljiva, pravna praksa rada poseže po *začetni malomarnosti*. Ta je prisotna, če diplomirana (višja) medicinska sestra ali višji zdravstveni tehnik prevzame dejavnost, o kateri *ve ali bi moral vedeti*, da je v posamičnem primeru s potrebno skrbnostjo ni sposoben izvesti, bodisi zaradi manjkajočih sposobnosti ali spretnosti bodisi zaradi manjkajoče izobrazbe (na primer medicinska sestra v intenzivni negi z malo poklicnimi izkušnjami in brez posebnega strokovnega izobraževanja ali diplomirana medicinska sestra, ki je dokončala šolanje po pravilniku predpisanem v zakonu o zdravstveni negi in je formalno pravno usposobljena, da lahko vstavlja želodčne sonde ali daje intravenozne injkcije) ali zaradi manjkajočih spretnosti v izvajanju zdravstvene nege ali ni v želeni psihofizični kondiciji.

V teh primerih mora medicinska sestra izvajanje dejavnosti *opustiti* (v *samoodgovornem področju*) ali *odkloniti* (v *soodgovornem področju*). Medicinska sestra se mora po »*zdravi samopresoji*« odločiti ali je v posameznem *nujnem primeru* sposobna prevzeti *pristojnost in odgovornost izvajanja*.

**Nezakonito odklanjanje dela** ima čisto drugačno izhodišče. O tem govorimo takrat, ko je delojemalec dolžan določeno dejanje izvesti ali opustiti, pa tega ne stori. Če takšne obveznosti obstajajo, so zapisane v delovni pogodbi, v pristojnih zakonih in delovno-pravnih določbah.

Vsako ravnanje delojemalca, ki je v nasprotju s pogodbo ali kakršnimkoli zakonitim ravnanjem, ki je določeno z dolž-

nostmi v pogodbi ali »tistem dogovoru« je v nasprotju z obveznostjo. Ta obveznost je določena na podlagi delovne zmogljivosti posameznika in njegovo razporeditvijo s strani delodajalca, da opravlja delo po svoji vesti in zmogljivosti.

Vztrajno *zanemarjanje delovnih dolžnosti* kot vzrok odpusta zaobjema vsako neizpolnjevanje ali nepravilno izpolnjevanje s storitvijo povezanih in dopustnih dolžnosti, ki jih je delojemalec dolžan opraviti.

### 2.2 Končna odgovornost v zdravstveni negi

Iz do sedaj opisanega je razvidno, da ima izvajalec zdravstvene nege v zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi, še posebej v procesu zdravstvene nege, *odgovornost razporejanja nalog kot tudi odgovornost izvajanja*. V posameznem primeru se lahko načrtovan negovalni ukrep v smislu GuKG<sup>5</sup> prenese v izvedbo na nižji nivo pomočnikov zdravstvene nege.

Iz tega je razvidno, da zdravniku – tudi zdravniškemu vodji – v okviru samoodgovornega področja zdravstvene nege ni dana pravica razporejanja nalog, ki sodijo v področje samostojne odgovornosti zdravstvene nege.

## 3. Pravni viri iz katerih je izpeljana dolžnost dokumentiranja v zdravstveni negi

### 3.1 Vodenje dokumentacije zdravstvene nege

V skladu z GuKG<sup>6</sup> morajo medicinske sestre in drugi člani tima izvedene zdravstvene in negovalne ukrepe dokumentirati.

V skladu z GuKG<sup>7</sup> spada dokumentacija negovalnega procesa v samostojno področje zdravstvene nege.

V skladu z GuKG<sup>8</sup> morajo biti dokumentirane tudi storitve, ki jih izvedejo pomočniki v zdravstveni negi.

Zakonsko normiranje dokumentacije zdravstvene nege – zapisovanje vseh stopenj negovalnega procesa – prispeva k profesionalizaciji, ki je bila dosežena v zdravstveni negi v zadnjih letih v mednarodnem in avstrijskem merilu. Samostojna dokumentacija zdravstvene nege je neobhodno potrebna za zagotavljanje kakovosti, ki je omenjena tudi v B-KAG<sup>9</sup> in prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvene nege v negovalnem procesu.

### 3.2 Vodenje popisa bolezni in ostali zaznamki BGBI<sup>10</sup>

V skladu B-KAG<sup>11</sup> so na podlagi deželne zakonodaje bolnišnice dolžne:

1. voditi dokumentacijo o sprejemu in odpustu pacienta, kot tudi v primeru zavrnitve sprejema bolnika dokumentirati odločilne vzroke. Zato »Wiener KAG«<sup>12</sup> posebej predpisuje, da morajo dokumentirati še najvažnejše osebne podatke pacienta, opis bolezni kot tudi sprejemni in odpustni dan ali dan in vzrok smrti;
2. voditi popis bolezni, v katerega zapišejo:
  - a) (anamneza), stanje pacienta pri sprejemu (status praesens), potek bolezni (decursus morbi), odredjene ukrepe kot tudi opravljene zdravniške storitve vključno z

<sup>5</sup> Glej § 84 GuKG.

<sup>6</sup> Glej § 5 odstavek 1 GuKG.

<sup>7</sup> Glej § 14 odstavek 3 vrstica 1 GuKG.

<sup>8</sup> Glej § 84 odstavek 3 vrstica 6 GuKG.

- zdravili (še posebej glede imen, količin, načina dajanja zdravila) in informiranje bolnika;
- b) ostale predpisane kot tudi izvedene storitve, še posebej negovalne, morebitno psihološko in psihoterapevtsko oskrbo, kot tudi storitve medicinsko-tehničnih služb;
3. popise bolezni hraniti najmanj 30 let v obliki mikrofilmov, rentgenske slike in ostale sestavne dele popisov bolezni, katerih dokazi ne trajajo 30 let v dvojni izdaji. Čas shranjevanja popisov ambulantnih zdravljenj je lahko s strani deželne zakonodaje skrajšan na najmanj 10 let (KAG-N<sup>13</sup>);
4. posredovati brezplačne kopije popisnih listov in zdravniških izjav o zdravstvenem stanju bolnika sodiščem in upravnim organom v zadevah, v katerih je ugotavljanje zdravstvenega stanja odločilno pri odločanju, nadalje nosilcem socialnega zavarovanja in organom deželnih skladov v smislu sporazuma v skladu z B-VG<sup>14</sup> o reformi in financiranju bolnišnic med leti od 1997 do 2000, oziroma pooblaščenemu izvedencu, v kolikor je to nujno za izvajanje nalog, kot tudi napotitvenim ali izbranemu zdravniku ali bolnišnicam;
5. obveščati organe, ki so seznanjeni z javnimi bolnišničnimi storitvam in so nujni pri izvajanju meddržavnih obvez in varovanju izvajanja obstoječih predpisov (KAG-N<sup>15</sup>);
6. pri odvzemu organov po zakonu<sup>16</sup> (odvzem organov ali delov organov umrlih v namen presaditve) narediti zapisnik k popisu bolezni in ga varovati;
7. pri vodenju popisa bolezni zapisovati odločitev bolnika na podlagi katere želi bolnik v primeru izgube svoje opravilne sposobnosti prenehati z določenimi zdravljenji, da se le-te pri nadaljnjih medicinskih odločitvah lahko upoštevajo.  
Spričo tega, ker je vodenje o možnosti izdelave »oporoke bolnika« med bolniki komajda prisotno, naj bi zakonodajalec obvezal bolnišnice, da bolnika o tej pravici obvestijo (primerjaj Kopetzki<sup>17</sup>);
8. dokumentirati morebitna nasprotja v skladu z zakonom<sup>18</sup> v okviru popisa bolezni. Na primer odvzem organov ni dopusten, če se zdravnikom predloži izjava, s katero je pokojnik ali njegov zakoniti zastopnik pred njegovo smrtjo izrecno odklonil darovanje organov.

V skladu z B-KAG<sup>19</sup> imajo dolžnost vodenje popisa bolezni z zapisi:

1. zdravstvenega procesa (medicinska anamneza, status praesens, decursus morbi) zdravnik, ki vodi zdravljenje;
2. glede procesa zdravstvene nege medicinske sestre;
3. glede morebitnih psiholoških, psihoterapevtskih svetovanj in medicinsko-tehničnih storitev odgovorne osebe teh izvedenih storitev, na primer klinični psiholog, diplomirani psihoterapevt, babica (primerjaj še posebej WrKAG<sup>20</sup>).

V skladu z B-KAG<sup>21</sup> ne smejo biti v okviru popisa bolezni vodeni, v kakršnikoli obliki zaznamkov (BGBl<sup>22</sup>), zapiski, ki vsebujejo skrivnosti, ki so bile zaupane ali postale znane izvajalcem storitev (psihologu, psihoterapevtu), njihovim pomočnikom kot tudi članom negovalnega tima med izvajanjem njihovih poklicnih nalog.

Popis bolezni ima poseben pomen v dokumentaciji poteka dogajanj, še posebej omogoča določanje ukrepov, ki so potrebni za vsakršno nadaljevalno ali na novo uvedeno terapijo. Zaradi tega naj bi bilo tudi zakonsko predpisano, da se v popisu bolezni dokumentira tudi redno dajanje zdravil, kot tudi bistvene storitve, kot na primer negovalna, psihološka in psihoterapevtska oskrba.

Namen zakonodajalca je, da postane dokumentacija o zdravstveni negi (negovalni proces) del popisa bolezni.

Popis bolezni ima zelo velik pomen tudi v pravnem pomenu kot dokazno sredstvo. Iz tega razloga mora biti dokumentirano v popisu bolezni tudi vsako zdravnikovo pojasnilo, ki je bilo posredovano pacientu.

Tudi v okviru negovalnega procesa morajo biti v smislu GuKG<sup>23</sup> vključena pojasnila o vseh zdravstvenih in negovalnih ukrepih. Pojasnilo o diagnozi zdravstvene nege, načrtovanje negovalnih intervencij in morebitna tveganja zdravstvene nege, morajo biti pacientu jasno predstavljene.

### 3.3 Poklicno-pravna dokumentacijska obveznost zdravnika

Pravno-poklicna dokumentacijska obveznost zdravnika je izpeljana iz ÄrzteG<sup>24</sup>. Zdravnik je obvezan k vodenju zahte-

<sup>9</sup> za primerjavo glej § 5 b B-KAG (Bundes-Krankenanstaltsgesetz – zvezni zakon o bolnišničnih ustanovah).

<sup>10</sup> BGBl 1993/801.

<sup>11</sup> Glej § 10 odstavek 1 B-KAG (primerjaj s § 17 WrKAG 1987 idgF); WrKAG (Wiener Krankenanstaltsgesetz) dunajski zakon o bolnišničnih ustanovah).

<sup>12</sup> Glej § 17 odstavek 1 lit a WrKAG.

<sup>13</sup> KAG-N (Krankenanstaltsgesetz-Novelle – sprememba zakona o bolnišničnih ustanovah) 1988.

<sup>14</sup> Glej § 15 a B-VG (Bundes-Verfassungsgericht – Zvezno ustavno sodišče).

<sup>15</sup> 2. KAG-N 1974 (2. Krankenanstaltsgesetz-Novelle – druga sprememba zakona o bolnišničnih ustanovah).

<sup>16</sup> Člen 62 a.

<sup>17</sup> Primerjaj tudi Kopetzki, Nastanitvena pravica II 849, Bernat, RdM 1995, 60; Memmer, Oporoka bolnika, RdM 1996, 99 ff; Kerscher, Odgovornost zdravnika pri odločitvah bolnika, RdM 1998, 131 ff; Sporazum pri varovanju bolnikovih pravic, BGBl I 1999/195.

<sup>18</sup> Glej § 62 odstavek 1.

<sup>19</sup> Glej § 10 odstavek 3 B-KAG.

<sup>20</sup> Glej § 17 odstavek 7 WrKAG.

<sup>21</sup> Glej § 10 odstavek 4 B-KAG.

<sup>22</sup> BGBl 1993/801.

<sup>23</sup> Glej § 9 GuKG.

<sup>24</sup> Glej § 51 ÄrzteG (Ärztegesetz – zakon o zdravnikih) objavljen v BGBl 1998/169.

vanih podatkov o vsaki zdravljeni ali konzultirani osebi, še posebej o stanju osebe pri sprejemu v obravnavo, anamneze obolenja, diagnoze, poteka bolezni, kot tudi načinu in obsegu svetovalnih, diagnostičnih ali terapevtskih storitev vključno z uporabo posebnih zdravil in identifikacijo teh posebnih zdravil in vsakršnih stranskih učinkov v smislu ArznG<sup>25</sup> in o tem podati vse informacije osebi, ki je bila pri njem na svetovanju ali zdravljenju, ali zakonsko upravičeni osebi.

V odvisnem delovnem področju zdravstvene nege mora biti vsako zdravniško navodilo v skladu z GuKG<sup>26</sup> pred izvajanjem v zvezi z diagnostičnim ali terapevtskim ukrepom podano pisno. Realizacija izvajanja mora biti potrjena s podpisom izvajalca.

V skladu z GuKG<sup>26</sup> lahko izvršimo zdravniško navodilo podano v ustni obliki v medicinsko utemeljenih izrednih primerih, če je pri tem podana jasnost in nedvomnost. Posredovanje pisnega navodila po telefaxu ali poteh računalniškega prenosa podatkov je dopustna, če je dokumentacija zagotovljena. Pisna dokumentacija zdravnikovega navodila mora slediti najkasneje v 24 urah.

Medicinsko utemeljena izjema mora biti v praksi strogo ločena od »organizacijsko povzročene nujnega primera«. To velja še posebej za bolnišnične ustanove, kjer mora po določbi KAG<sup>28</sup> biti »zdravniška služba urejena tako, da je zdravniška pomoč dosegljiva takoj«.

Če je predvideno, če ni že pravilo, da na primer na oddelku za kirurgijo med 8.30 in 12. uro ni noben zdravnik dostopen, ker so prisotni zdravniki v operacijskih dvoranah, ambulantah ali kako drugače zaposleni, ne moremo govoriti o »medicinsko utemeljenem izrednem primeru«. Tukaj je bolj prisotna predvidljiva, oziroma zaradi primanjkljaja zdravniškega osebja posledična, osebna neskrbnost organizacijskega primanjkljaja, ker noben »oddelčni zdravnik« ne opravlja službe, ki bi jo lahko uskladilo na eni strani zdravniško vodstvo samo, pri pomanjkanju osebnih virov pa zakonski nosilec ustanove. Ta pokazatelj strukturnega primanjkljaja pri upraviteljih bolnišnic bo imel poseben pomen pri jamstvenih konfliktih, kjer se predvsem v civilnopravnih procesih pogosto odloča o organizacijski krivdi.

V odgovornost navodil zdravnika spada v skladu z GuKG<sup>29</sup> medicinska indikacija, izbira, količina, odmerjanje, način dajanja in čas dajanja zdravila, ki se daje intravenozno, za določenega pacienta ali nege potrebnega človeka. Prej izvajano »dajanje zdravil po potrebi« ni dovoljeno.

K temu v RV<sup>30</sup>:

Da se izključijo morebitne težave z odgovornostjo mora biti vsako zdravniško navodilo podano pisno pred izvajanjem ustreznega ukrepa. Tako mora zdravnik, ki ima pravico za dajanje navodil, na primer pri predpisu zdravil pred-

pisati tako količino, odmerek, način dajanja, kot tudi čas dajanja in to zabeležiti v bolnikovi dokumentaciji. Sopotpis diplomirane medicinske sestre po izvedbi ustreznega ukrepa je potreben za celovitost in preglednost popisa bolnika, po drugi strani pa se izvaja tudi jasno ločevanje področij odgovornosti.

Za prakso pomeni to, da mora zdravnik predpisati klasično potrebo po zdravljenju kot enojno dajanje zdravil ali da mora priti po vključitvi samoodločanja pacienta v okviru pogodbe o zdravljenju med zdravnikom/bolnišnico in bolnikom, do koordinacije. Na primer predstavljajmo si, da je zdravnik pisno predpisal kot trajno dajanje zdravil »uspalava po potrebi« in medicinska sestra daje zdravila samo takrat, ko bolnik to želi (pravica do samoodločanja). To dokumentacijsko vpletanje in sodelovanje bolnika v diagnostičnih, terapevtskih in negovalnih potekih dogajanj je dobro za prakso.

#### 3.4. Obveznost dokumentacije v okviru odpusta bolnika

V skladu z B-KAG<sup>31</sup> mora pri odpustu bolnika zdravnik napisati zraven odpustnice še zdravniško pismo, ki mora vsebovati pomembne podatke in priporočila kot tudi morebitna navodila za medicinske sestre v odvisnem dejavnostnem področju. Zdravniško pismo se po odločitvi pacienta lahko izroči

1. pacientu,
2. napotitvenemu ali nadalje lečečemu zdravniku,
3. po potrebi za nadaljnjo zdravstveno nego in oskrbo ustanovi ali ustreznim medicinskim sestri. Po potrebi zdravnik doda zdravniškemu pismu tudi podatke o ukrepih v samoodgovornem področju dejavnosti (primerjaj BGBl<sup>32</sup>).

Ta določba je dopolnjena še posebej z GuKG<sup>33</sup>, kjer spada k meddejavnostnemu področju zdravstvene nege posebej še priprava pacientov in njihovih sorodnikov na odpust iz bolnišnice ali druge ustanove, ki služi oskrbi pomoči potrebnih ljudi, in spada k ponujanju pomoči pri nadaljnji oskrbi.

Prelomnice v zdravstveni oskrbi so posebnega pomena za kakovost in nadaljevanje (primerjaj RV<sup>34</sup> k GuKG).

#### 4. Najmanjše merilo skrbnosti v dokumentaciji zdravstvene nege

- a) Dokumentacija zdravstvene nege naj bo vodena tako, da bo tretjemu strokovnjaku na primer zapriseženemu sodnemu izvedencu za zdravstveno nego v primernem času mogoče razbrati KDO je KAJ, KDAJ, ZAKAJ naročil in KDO je KAJ, KDAJ, ZAKAJ opravil. To načelo implici-

<sup>25</sup> Glej § 26 odstavek 8 ArznG (Arzneimittelgesetz – zakon o zdravilih) objavljen v BGBl 1983/158.

<sup>26</sup> Glej § 15 odstavek 3 GuKG.

<sup>27</sup> Glej § 15 odstavek 4 GuKG.

<sup>28</sup> Glej § 8, odstavek I KAG (Krankenanstaltsgesetz – zakon o bolnišničnih ustanovah).

<sup>29</sup> Glej § 15, odstavek 2 GuKG v primerjavi s § 49 odstavek 3 ArzteG.

<sup>30</sup> RV (Regierungsvorlage – vladni predlog).

<sup>31</sup> Glej § 24 odstavek 2 B-KAG.

<sup>32</sup> BGBl 1998/95.

<sup>33</sup> Glej § 16 odstavek 3 vrstica 2 GuKG.

<sup>34</sup> Glej opombo 30.

ra, da so vsa navodila v smislu navodilne odgovornosti in vsa opravila v smislu opravilne odgovornosti v procesu zdravstvene nege dokumentirana z datumom, podpisom ali znamenjem in navedbo časa. Vnosi morajo biti popolni, pravilni, času primerni, urejeni in bralni.

Znamenje smo izpeljali v osnovi iz prvih dveh začetnih priimka, zato ker imena sama po sebi nimajo dokumentacijske vrednosti. V dokumentaciji smo ga zaradi interesa samovarovanja medicinske sestre izločili. Če se pojavi več enakih imen, znamenju dodamo še nadaljnjo črko. Če bodo dovoljeni abstraktni znaki, bo moral v smislu ponujene skrbnosti in hitrega razpoznavanja poteka dogajanja v konfliktu o odgovornosti odločati zakonodajalec. Izkušnje so pokazale, da abstraktna znamenja le težko določimo k osebi, ki izvaja poseg. Znamenja moramo navesti v aktualno datirani in vodeni listi znamenj, ki mora vsebovati tudi podpise (ime in priimek) poklicev v zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi. Listo znamenj arhiviramo skupaj s plani služb.

To lahko primerjamo z življenjsko aktivnostjo »jesti in piti« pri hemiplegičnem diabetiku. Pomeni, da med ostalimi možnimi zapisi *vodimo v procese zdravstvene nege tudi usmerjene zapise* o obliki prehrane in dieti, o opazovanjih pri jedi in pitju, oziroma obnašanju pri prehranjevanju – lahko/ne morem/nočem – in prehranjevalnem stanju bolnika/klienta, o ponujanju pomoči oziroma pomoč pri samopomoči pri jedi in pitju, o uporabljenih/ponujenih jedilnih pripomočkov. Pri diagnozi zdravstvene nege: motenje požiranja nevarnost aspiracije – aspiracijska profilaksa, o treniranju požiranja po možganski kapi, telesni teži, svetovanju glede prehrane/šolanja diabetikov.

»*Non est actis non est in mundos*« – kar ne obstaja v aktih, skorajda ne obstaja za oblast v pravnih zadevah. S tem sledi mlajše pravo starorimskemu principu: ... »*Predvidevamo, da nedokumentiran ukrep tudi ni bil izveden*« ... »*Zdravniška dokumentacija v obliki operacijskih poročil in podobnih ni samo interna podpora zdravnikovega spomina, ki jo lahko vodi ali tudi ne, temveč smo jo dolžni voditi v okviru redne dejavnosti*«<sup>35</sup> ... »*Manjkajoča dokumentacija je pokazatelj napake v zdravstveni negi*.«<sup>36</sup>

b) Ročno vodena dokumentacija zdravstvene nege ne sme vsebovati nobenih prečrtanih, prebarvanih ali prelepljenih delov. O popravkih moramo voditi ustrezno knjigo (primerjaj HGB<sup>37</sup>), tako da je prvo napisano čitljivo oziroma vidno. Na primer prečrtamo napačno dokumentirano dejanje z eno ravno črto in označimo popravek z datumom in podpisom/znamenjem.

c) Pomen uporabljenih krajšav in simbolov moramo v dokumentaciji v posameznem primeru nedvoumno določiti, oziroma navesti v priložniku.

d) Pri uporabi elektronskih nosilcev informacij mora biti zadržana popolna, urejena in vsebinsko enaka reprodukcija do izteka roka shranjevanja (30 let!).

e) Dokumentacija naj vsebuje samo ugotovljena dejstva; formulacij v poročilu o negi kot »Lahko si predstavljamo, da ...«. »Lahko bi bilo, da ...«. »Zdi se, kot da ...« se ogibajmo.

f) Dokumentacija ne vsebuje *nikakršnih socio-kulturnih oznak ali medicinskih diagnoz*, kot na primer: asocialen, nergač, zanemarjen, alkoholik... V negovalno diagnostično usmerjeni negovalni anamnezi so ugotovljeni fizični, psihični, kulturni in čustveni parametri, ki nimajo ocenjevalnega namena. Izrazi želja bolnika/klienta zapišemo v primeru z datumom, časom in znamenjem kot citat. Če se pojavlja pri sistematični, časovni in pravilni dokumentaciji je podatek prepričljivejši, kar je v dobro prakse zdravstvene nege. Paziti moramo na okoliščino, da »skrivnosti« v smislu B-KAG<sup>38</sup> ne smejo biti dokumentirane, zato moramo to upoštevati pri ocenjevanju negovalne anamneze v poročilu o zdravstveni negi.

Na koncu naj navedem še, da pomanjkljivosti in napake v dokumentaciji pacientom koristijo v sodnih procesih zaradi odškodnine – pogosto v odločilni meri.

Sistematična, kronološka in predvsem izrecno na pacienta nanašajoča se (nobenih dodatnih zapiskov, zvezkov, knjig, »lističev« itn.) dokumentacija in pogum za dokumentiranje izrazov zaupanja pacienta, na primer v okviru pojasnjevalnega razgovora: »*Sestra, vi veste, kaj je zame dobro*«, je vedno nagrajeno.

Mag. Dr. iuris Gertrude Allmer

Sodniško zaprisežena izvedenka za zdravstveno nego, poklice, delovno tehniko in organizacijo podjetja

Prevod: Bojan Veberič

<sup>35</sup> Primerjaj med drugim OGH (Oberster Gerichtshof – Vrhovno sodišče) 25. 1. 1994, 1 Ob 532/94, KRSIG 780; OGH 23. 4. 1996, 1 Ob 2020/96g, RdM 1997, 26 ff.

<sup>36</sup> Primerjaj BGH (Bundesgerichtshof – Zvezno vrhovno sodišče) že 1986 – AZ: VIU ZR 215/84, NJW 1986, 2365/2367; ZR (Zivilrecht – Civilno pravo); AZ (Aktenzeichen – znak akta); NJW (Neue Juristische Wochenschrift – tedenski pravni časopis).

<sup>37</sup> Glej § 189 in § 190 HGB (Handelsgesetzbuch – trgovski zakonik).

<sup>38</sup> Glej § 10 odstavek 4 B-KAG.