

MINIMÁLNÍ OBSAH ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE S OHLEDEM NA SPECIFIKA STOMATOLOGICKÉ PÉČE

Zpracováno na základě zkušeností revizní komise ČSK

Michaela Kraus Kozumplíková, Jiří Slavík, Roman Šmucler, Taťána Vrbková, Jiří Zemen

Česká republika přijala od svého vzniku řadu zákonů a předpisů, které ústavou počínaje a řadou vyhlášek konče mění vztah pacienta a lékaře oproti situaci, pro kterou byla školená řada zubních lékařů v době Československé socialistické republiky. Významně se navýšila práva pacienta na poskytované informace, ochrana jeho osobnostních práv a v neposlední řadě může být mnohem aktivnějším ve volbě poskytované péče i jejího poskytovatele. Zároveň dochází k technologickému pokroku ve smyslu zavádění elektronické zdravotnické dokumentace, která zjednodušuje vytváření i sdílení dat, čímž zjednodušuje vytvoření kvalitního obsahu. Současně se těžiště rizik pro poskytovatele přesouvá z roviny trestněprávní do roviny občanskoprávní, a tedy primárním posuzovatelem správnosti dokumentace není často vysoce kvalifikovaný odborník příslušného ministerstva, České stomatologické komory či soudní znalec, ale pacient a jeho právní zástupce. Soubor těchto změn klade na kvalitu zdravotnické dokumentace významně vyšší nároky, které vyžadují od řady zubních lékařů úpravy ve způsobu, jak vytvářejí, archivují a sdílejí zdravotnickou dokumentaci. Cílem tohoto textu je shrnout základní fakta i v zrcadle případů, které řeší revizní komise České stomatologické komory, kdy nedostatky v dokumentaci jsou často klíčovým problémem, kterému dotyčný zubní lékař čelí. Řádně vedená dokumentace může být naopak zásadním důkazem, že bylo postupováno *lege artis*.

OBECNÁ PRAVIDLA

Zdravotnická dokumentace je soubor informací, které se týkají poskytované zdravotní péče konkrétní osobě. Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci v souladu s právním řádem mají všichni poskytovatelé zdravotních služeb. Kvalitně, komplexně a jednotně vedená zdravotnická dokumentace je základem pro poskytování správné péče, správnému pacientovi na správném místě.

Zdravotnická dokumentace slouží především k zaznamenání zdravotního stavu pacienta a postupu jeho léčby. Dále je základem pro účtování buď pro pojišťovnu, a nebo pro přímou platbu pacientem (sama však neplní funkci účetního dokumentu), případně i jako materiál pro vědu a výzkum, s tím však musí pacient, pro danou analýzu dat, souhlasit.

Zdravotnická dokumentace je k dispozici i pacientovi a dalším ze zákona oprávněným osobám. Může tedy sloužit i pro kontrolu poskytnuté zdravotnické péče, a proto musí být jednoznačná, úplná a pochopitelná i třetím osobám, tj. nesmí obsahovat nejasné informace (typicky zkratky bez jasné definice), a měla by obsahovat i navržené alternativy léčebných postupů, kterých je ve stomatologii často velké množství, spolu se zdůvodněním, proč byl vybrán ten či onen postup. Vhodné je zaznamenat detailně i postup ošetření, aby by-

lo možno posoudit, zda v určitém okamžiku bylo či nebylo postupováno *lege artis*.

Základní obsah je daný § 1 vyhlášky č. 98/2012 Sb. Aby dokumentace mohla plnit svoji funkci, musí být správně (tedy průkazně, pravdivě a čitelně) vedena podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnická dokumentace je obvykle vedena v českém jazyce, ale zákon výslovně nezakazuje zápisy i v jiných jazycích při splnění ostatních podmínek, a to ve formě textové, grafické či kombinované. Přílohou zdravotnické dokumentace mohou být i audiovizuální soubory.

Dokumentace může být **listinná nebo elektronická**, přičemž elektronické vedení záznamů má řadu nutných podmínek, jejichž cílem je zajistit kontrolu, kdy a kým byl zápis proveden. Řada administrativních systémů zajišťuje jednoznačné přiřazení času a data záznamu, podpis autorizované osoby (prostřednictvím hesla nebo elektronického podpisu) a zabraňuje změnám v dokumentaci, které by nebylo možno následně dohledat. Pokud toto systém neobsahuje, je nutné jednotlivé záznamy tisknout spolu s datem a identifikací a opatřovat podpisem.

Každý záznam musí být autorizován, to znamená, že musí obsahovat **datum, jmenovku a podpis** nebo parafu podpisu. Záznamy musí být **pravidelně doplňovány** přesně tak, jak se při poskytování péče postupuje. **Opravy** se provádějí tak, že neplatný záznam se škrtně jednou čarou a připojí se podpis zdravotnického pracovníka, který záznam opravoval; původní záznam musí zůstat čitelný.

ČASTÉ NEDOSTATKY

Nejčastější chybou je **použití nesprávné či nejednoznačné medicínské terminologie a nejasných formulací**. Typicky zkratek, jejichž přesný seznam není třetí osobě k dispozici. Pokud zubní lékař zkratky užívá, a je to často velmi účelné, je potřebné mít seznam použitých zkratk a tento přikládat k výpisům z dokumentace, aby byl jejich výklad jednoznačný. Je nutné si uvědomit, že dříve celostátně používané zkratky již nejsou standardizované a nelze se na ně odkazovat.

Dalším obvyklým problémem je **nečitelnost**, která je hlavní slabinou rukou psaných záznamů. Tato chyba může vést k vážnému pochybení při poskytování péče a ztěžuje kontrolu dokumentace, popřípadě umožňuje její mylný výklad ke škodě zdravotnického pracovníka či pacienta.

Za neautorizovaný záznam se považuje i záznam označený pouze **nečitelným podpisem bez jmenovky**.

NAHLÍŽENÍ DO DOKUMENTACE

Nahlížení do dokumentace je upraveno zákonem č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách.

Podle § 65 odst. 2 může do zdravotnické dokumentace nahlížet v celém rozsahu pacient a osoby pacientem zmocněné. Bez souhlasu pacienta mohou do dokumentace nahlížet pouze osoby, které určuje zákon a které potřebují informace z dokumentace k plnění konkrétního úkolu, a to jen v nezbytném nutném rozsahu. Jsou to zejména revizní lékaři pojišťoven, útvary Policie ČR, lékaři ve státní správě, veřejný ochránce práv a zaměstnanci Ústavu pro kontrolu léčiv a nebo lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost. Nahlížení pacienta a jím zmocněné osoby do dokumentace se musí dít za přítomnosti zdravotnického pracovníka.

UCHOVÁVÁNÍ A VYŘAZOVÁNÍ DOKUMENTACE

Poskytovatel má povinnost dokumentaci uchovávat a vyřazovat takovým způsobem, aby nedošlo k neoprávněnému přístupu k dokumentaci a ke zneužití citlivých údajů. Uchování a vyřazování zdravotnické dokumentace upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnická dokumentace vedená registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru zubní lékařství se uchovává po dobu 10 let od změny registrujícího poskytovatele zdravotních služeb, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

Případné sankce se ukládají za porušení povinnosti dokumentaci archivovat a vyřazovat, za neumožnění přístupu a nahlížení do zdravotnické dokumentace a nepořízení výpisu nebo naopak umožnění přístupu a nahlížení neoprávněným osobám. Důvodem sankce může být i absence záznamu o nahlížení.

STRUKTURA SPRÁVNĚ VEDENÉ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Základní nezbytné údaje:

● **Identifikační údaje poskytovatele:** jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele, adresa místa poskytování zdravotních služeb v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele, adresa sídla nebo adresa místa podnikání v případě právnické osoby, identifikační číslo osoby (IČO), bylo-li přiděleno, název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení poskytovatele takto členěno. Identifikační údaje poskytovatele musí být uvedeny na každém listu zdravotnické dokumentace.

● **Jméno a příjmení pacienta** (titul je nepovinný), **rodné číslo** (datum narození, pokud mu nebylo přiděleno rodné číslo), **pohlaví pacienta**, **adresa** trvalého bydliště, **kontakt** (telefon, mobil, e-mail), **zdravotní pojišťovna** (pokud je pacient pojištěn). **Jméno, příjmení a rodné číslo pacienta (popř. datum narození, pokud pacientovi nebylo přiděleno rodné číslo) se uvádí na každém listu zdravotnické dokumentace.**

Obsah tohoto bodu je většinou trvale zapsán v kartě pacienta, doporučujeme pravidelné kontroly z důvodu změn kontaktních údajů, popřípadě změny zdravotní pojišťovny. Aktivní kontrola dat se doporučuje při každé návštěvě – není vhodné spoléhat se na pacienta, že nás na změny ve svých údajích upozorní.

● **Anamnéza.** Obsah tohoto bodu je většinou trvale zapsán v kartě pacienta. Při první návštěvě odebereme anamnézu (vztáhneme údaje výslovně k datu získání údajů). Soustředíme se především na data, která mohou znamenat komplikace pro plánované ošetření, zejména možné alergie, celková závažná onemocnění a medikaci pacienta. Velkým zjednodušením, které zabrání zapomenutí některých dotazů, je vyplnění formuláře anamnézy pacientem.

Každý záznam o ošetření obsahuje:

● **Datum ošetření.**

● **Důvod vyšetření** (ošetření), kdy zubní lékař popíše obtíže tak, jak jsou popsány pacientem, popřípadě uvede klíčová data z přinesené dokumentace nebo na ni odkáže jako na přílohu.

● **Uvedení nebo změny anamnestických dat**, zejména alergie, změna medikace apod. Eventuálně konstatování, že anamnestická data nezměněna – tím je podchycen dotaz a dokumentováno, že anamnéza nebyla opomenuta.

● **U složitějších případů může následovat diferencially diagnostická rozvaha** s indikací možných dalších vyšetření. Tím je zřejmé uvažování zubního lékaře s tím, že je dokladováno, že klíčové věci neopominul a pacienta informoval, což je u komplexních problémů dobré v dokumentaci zdůraznit.

● **Klinické vyšetření – status presens.** Zubní lékař popíše klinický nález adekvátně zdravotnímu stavu a obtížím pacienta.

● **Záznam o pomocných vyšetřovacích metodách**, nejčastěji rentgenové vyšet-

ření (možný je ale ultrazvuk, fluorescence, biopsie, barvicí techniky apod.). Pokud bylo provedeno, je potřeba doplnit popis nálezu – slovní hodnocení nalezených patologií a jejich lokalizace.

● **Stanovení diagnózy**, popřípadě pracovní diagnózy dle RTG nálezu, pokud je diagnóza pracovní – jaké další kroky povedou ke stanovení diagnózy definitivní, popřípadě na jaká vyšetření a kam bude pacient odeslán.

● **Plán léčby včetně finančního plánu** s popisem jiných možností léčby a proč byly zavrhnuty. Optimální je mít podpis pacienta na znamení souhlasu jak s plánem léčby, tak s úplností možných alternativ a celkového zápisu. Zejména je nutné mít **písemný souhlas** u výkonů vyžadujících tento souhlas dle zákona. Plán léčby je obvykle proveden jednou, na začátku léčby, ale je dobré doplnit poznámku, že léčba pokračuje podle plánu, popřípadě zaznamenat změnu léčebného plánu, a opět je dobré mít podpisem od pacienta potvrzeno, že byl se změnou seznámen.

● **Terapie:** lokalizace výkonu, popis výkonu, použitý materiál. Doporučujeme pečlivý zápis zejména se správnou detailní lokalizací a všemi použitými technologiemi a materiály včetně výsledku. Zde je možno si pomoci fotodokumentací, rentgenovým snímkem.

● **Poskytnutý léčebný prostředek (léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek) v ordinaci.** Použitý léčebný prostředek je vše od anestetika, ATB kuželky, premedikace anxiózních pacientů, podané tablety analgetika až po membránu, kostní náhrady a implantáty. Zde je nutno přesně zapsat použitý prostředek, případně přidat samolepku z originálních balení augmentátů, implantátů apod. Samostatný operační protokol v náročnějších případech může být zvláštní přílohou dokumentace, samozřejmě se všemi náležitostmi uvedenými výše (počínaje bodem „Jméno a příjmení pacienta...“).

● **Stanovení případné kontroly** (u stavů, které to vyžadují), **výsledek kontroly.**

● **Záznam o receptu**, počtu balení, dávkování a poučení pacienta.

● **Výsledky vyšetření, pokud byla provedena.** U složitějších případů a polymorbidních pacientů s léky typu antiokoagulancií, bisfosfonátů je potřeba uvádět i výsledek vyšetření specialistů,

zda je indikované stomatologické vyšetření možno provést a kdy. Tedy např. výsledek INR ze dne, ve kterém se bude provádět chirurgický výkon, CRP ke stanovení ATB terapie, histologická vyšetření apod.

● **Záznam o nežádoucích příhodách.**

Je potřeba zapsat vše, co se při výkonu událo jako jeho komplikace (např. kolaps, alergická reakce, OA komunikace, zalomení nástroje...) včetně všech zásahů, které vedly k uvedení do normy, a poučení pacienta o této události.

● **Podpis a identifikace.** Každý záznam musí být podepsán zdravotnickým pracovníkem, který jej uskutečnil (neplatí u zdravotnického pracovníka, který je současně poskytovatelem). U **elektronicky** vedené dokumentace musí mít každý záznam **elektronický podpis**. Pokud péči, která je předmětem záznamu, poskytl zdravotnický pracovník od-

lišný od toho, který provedl záznam ve zdravotnické dokumentaci, je ve zdravotnické dokumentaci třeba identifikovat i zdravotnického pracovníka, který předmětnou péči poskytl.

● **Záznam o vystavení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti.** Je třeba zapsat číslo vystaveného dokladu, od kdy je pacient práce neschopen, kdy je zván k další kontrole, jsou-li povoleny vycházky (jejich rozsah). Obdobně musí být proveden zápis o ukončení dočasné pracovní neschopnosti.

Specifické záznamy:

● **Záznam o přepravě pacienta.**

● **Negativní revers při odmítnutí navržené péče.** Pokud pacient odmítne navrženou terapii, je potřeba učinit o tom zápis formou negativního reversu, aby bylo písemně stanoveno, co se navrhovalo a že byl pacient upozorněn na

všechna negativa, která z odmítnuté péče vyplývají. S tím zároveň souvisí popis výkonu, který pacient schvaluje, ale zubní lékař ho jako odborník považuje za kompromisní nebo méně vhodný.

● **Kopie nebo originály zpráv od jiných poskytovatelů zdravotnické péče** – typicky doporučení k vyšetření, výsledky vyšetření, komunikace s jinými poskytovateli zdravotní péče.

● **Záznam o nahlížení do dokumentace.**

● **Záznam o telefonickém hovoru s pacientem**, nebo týkajícím se pacienta; popřípadě o jiné podobné komunikaci – **zaslání e-mailu, zprávy přes sociální sítě apod.**

*Tento materiál je zveřejněn na
www.dent.cz
(Pro členy/Provozování zubní praxe/
Důležité informace)*