

اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی

مقدمه

شاید برای پزشکان ایرانی که تا چند دهه پیش مشغول کار بوده اند، موضوع شکایت های حقوقی بیماران که در کشورهای غربی رواج داشت؛ امری عجیب و دور از ذهن می آمد.

حقیقت آن است که فرهنگ و آئین ایرانیان همواره هاله ای از قداست را بر قامت حکیمان خود کشیده بود، نگرشی که حتی طرح شکایت از سوی بیماران را نیز نا مانوس جلوه می داد.

اما امروزه شرائط به کلی متفاوت از گذشته است.

جامعه ایران ناگزیر قدم در راهی می گذارد که نسبت و روابط افراد آن با هم را نه باورهای سنتی بلکه «**بندهای قانون**» مشخص می کند.

در چنین شرایطی جامعه پزشکی ایران تنها با درایت و بسترسازی های لازم در مراکز آموزشی خواهد توانست بدون تنش های ناخواسته، دوران گذار را پشت سر بگذارد.

○ آگاهی پزشکان از قوانین شغلی موجب افزایش قدرت پیش بینی و دور اندیشی شده و عنصر مهمی در تعیین سرنوشت شغلی است. همچنین به بهبود سطح خدمات منجر خواهد شد.

○ نکته مهم اینکه :

« جهل به قانون رافع مسئولیت کیفری نیست »

تعریف

○ مستند سازی یا پرونده نویسی، فرایند ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و درمان بیمار است.

○ مستند سازی نوع بیماری، وضعیت بیمار در شروع و ادامه درمان، وسعت و کیفیت مراقبت، درمان فراهم شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و درمان مورد نیاز بیمار را نشان می دهد.

مدارک پزشکی چیست؟

مجموعه اسناد و مدارک مربوط به خدمات بهداشتی، درمانی، پاراکلینیک، اداری و پشتیبانی ارائه شده به بیماران از زمان ورود تا هنگام خروج آنها از مرکز بهداشتی درمانی

اطلاعات ثبت شده توسط اعضای تیم درمانی باید به آسانی قابل بازیابی و خواندن باشد؛ زیرا مدارک پزشکی یک بیمار ممکن است بوسیله افراد بسیاری خوانده شود از جمله :

• اعضای مختلف تیم درمانی

• سازمان های اعتباربخشی

• ارزیابان بهبود عملکرد

• بررسی کنندگان همگن (گروههای تخصصی)

• ادارات بیمه

- محققان و آموزش دهندگان
 - وکلاء و دادگاهها
 - هیئتهای بدوی و تجدید نظر نظام پزشکی
 - کمیسیون های پزشکی قانونی
- مستند سازی صحیح ؛ پایه گذار مسئولیت پذیری و پاسخگوئی است.

اهمیت و اهداف مستند سازی

۱. ابزار ارتباطی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی درمانی
۲. ارزیابی مراقبت های بهداشتی درمانی
۳. مدرک قانونی
۴. پژوهش و آموزش

اهمیت و اهداف مستند سازی

۵. اعتبار بخشی و تایید مراکز درمانی

۶. بازپرداخت هزینه های درمانی توسط ادارات بیمه

۷. بهبود عملکرد

بنابراین :

- یک سند قانونی به حساب می آید و ممکن است در جریان یک محاکمه از آن استفاده گردد.
- در صورت شکایت، **بهترین مدافع** و عامل تبرئه افراد مسئول در تیم بهداشتی درمانی است و در واقع گزارش نویسی دقیق، **یک محافظ سرنوشت ساز قانونی** برای تیم پزشکی است.
- عاملی یاری دهنده در پیشگیری از اشتباهات است.

دستور العمل های مستند سازی

- الف - چگونه مستند سازی انجام شود (How)
- ب - چه چیزی مستند شود (What)
- ج - چه موقع مستند شود (When)
- د - چه کسی مستند کند (Who)

How to Document ?

۱. **صحت (Accuracy)** : داده های ثبت شده باید دارای ارزش های درست و معتبر باشند و این مهم مستلزم آموزش و تعلیم مناسب است.
۲. **قابلیت دسترسی (Accessibility)** : داده ها باید به آسانی قابل اکتساب باشد.
۳. **جامعیت (Comprehensiveness)** : تمام داده های مورد نیاز جمع آوری شده و داده هایی که وجود آنها ضروری است ثبت شوند.

۴. پیوستگی (Consistency): ارزش داده ها در بین کاربران مختلف قابل اعتماد و یکسان باشد.

۵. جاری بودن (Currency): داده ها باید به روز باشند.

۶. تعریف داده ها (Definition): هر عنصر داده ای باید دارای معنای مشخص و ارزش های قابل قبولی باشد.

۷. دارای جزئیات بودن (Granularity): صفات و ارزش های داده ها باید به صورت مشروح تعریف شده و در بر گیرنده جزئیات لازم باشند.

۸. دقت (Precision): ارزش داده ها به اندازه ای باشد که بتوانند کاربرد یا فرایند مورد نظر را حمایت کنند.

۹. مرتبط بودن (Relevancy): داده ها برای کاربرد یا فرایند مورد نظر معنادار باشند.

۱۰. بهنگام بودن (Timeliness): اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

What to Document ?

- در مسائل قانونی، یک پرونده ناقص، انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است.
- حذف جزئیات، یک اشتباه مهم و عمومی در مستندسازی است.
- البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.

دیدگاه حقوقی

○ مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاریهای درمانی و قصور پزشکی
بر این نظر هستند که :

« آنچه در پرونده ثبت نشده؛ یعنی انجام نشده »

قوانین عمومی مستندسازی پزشکی

- ❑ مستند سازی در هر ویزیت و مواجهه با بیمار باید شامل موارد زیر باشد :
- ❑ شکایت اصلی یا دلیل مراجعه
- ❑ تاریخچه
- ❑ معاینه فیزیکی
- ❑ یافته ها
- ❑ نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه
- ❑ ارزیابی و تشخیص بالینی

- ❑ برنامه مراقبت
- ❑ تاریخ و هویت خوانای متخصص مراقبت بهداشتی—درمانی
- ❑ بعلاوه :
- ❑ امتناع بیمار از پیگیری توصیه های پزشکی باید ثبت شود.
- ❑ مدارک پزشکی باید بطور کامل مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین، **محرمانه** حفظ شود.
- ❑ هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضاء باشد و عنوان و سمت فرد امضاء کننده مشخص باشد.

مشاوره ها باید شامل این سه قسمت باشد (3Rs) :

۱. Request : درخواست پزشک

۲. Render : نظریه مشاور

۳. Report : یک گزارش ارائه شده باشد.

در صورت نیاز به تصحیح، از قلم با مرکب ثابت و غیر قابل حل در آب برای خط کشیدن بر روی یک یادداشت نادرست در پرونده بیمار استفاده کنید.

یک خط بر روی یادداشت نادرست بکشید و اطلاعات صحیح را بنویسید و سپس آن را با **درج تاریخ پاراف** کنید.

هرگز اطلاعات را پاک و یا لاک گیری نکنید.

محتوای گزارشات پزشکی

درجه مستند سازی به پیچیدگی خدمت ارائه شده و تخصص پزشک بستگی دارد.
مثلا:

معاینه عادی قفسه سینه ممکن است برای متخصص قلب **از نظر جزئیات معاینه** و مستندسازی نسبت به پزشک عمومی معنای متفاوتی داشته باشد.

مستند سازی شرح حال باید شامل : CC، PH، PI، ROS و PE باشد.

مستندسازی سیر بیماری

○ روش اول :

A. Admit note

B. Follow-up note / Treatment note /

Daily note / Progress note

C. Final note

○ روش دوم (SOAP) :

Subjective / Objective / Assessment / Plan^ه

مستند سازی اصطلاحات پزشکی

- تیم درمانی باید اطلاعات کاملی در زمینه اصطلاحات پزشکی داشته و با اختصارات و علائم استاندارد آشنائی داشته باشند.
- برخی پزشکان از اختصارات و واژه های غیر استاندارد استفاده می کنند.
- اختصارات باید از بخشهای حیاتی تر پرونده بیمار (تشخیصهای نهائی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علل فوت) حذف شوند.

در صورت استفاده از اختصارات، (بجز موارد استثناء) بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده شود، چرا که ممکن است یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود و از طرفی استفاده کنندگان مختلف برداشتهای متفاوتی از این اختصارات داشته باشند که پی بردن به واژه صحیح، ضمن اتلاف وقت، گاهی غیر ممکن است.

When to Document ?

○ مراقبت و درمان را به هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.

○ هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.

Who to document ?

- تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند، مستندساز نامیده می شوند؛ زیرا آنها به ترتیب زمانی، حقایق و مشاهدات دائمی در باره سلامت بیماران را ثبت می کنند.
- هر قدر مشغله کاریتان زیاد باشد از دیگری نخواهید که مستندات شما را کامل کند و هرگز مستندات فرد دیگری را کامل نکنید.

خطاهای شایع در پرونده نویسی

۱. از قلم افتادگی: در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجرای کار قصور کرده اید یا تلاش کرده اید که مدرک مخفی باشد.

۲. ثبت مبهم

۳. تأخیر در ثبت: اگر مجبور به تأخیر در ثبت هستید آنرا مشخص کرده و زمان آنرا ثبت کنید. زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید.

۴. تصحیح نامناسب

۵. **ثبت غیر مجاز:** فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید. اقدامات سایرین را ثبت نکنید.

۶. **اختصارات مبهم یا نادرست:** فقط از اصطلاحات مطابق با « کمیسیون مشترک اعتبار گذاری سازمانهای مراقبتی » و سازمان خودتان برای ثبت گزارشات استفاده کنید .

۷. ناخوانی و فقدان وضوح : طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند .

– سایر اشتباهات شایع :

- قصور در ثبت اطلاعات وضعیت سلامت بیمار
- قصور در ثبت داروهای داده شده به بیمار
- قصور در ثبت اعمال پرستاری
- قصور در ثبت عکس العمل های دارویی
- قصور در ثبت تغییر وضعیت بیمار
- ثبت اشتباه روی پرونده بیمار

