

اهمیت مستند سازی در درمان

دکتر خدیجه سراوانی
بورد تخصصی پزشکی قانونی و مسمومیت ها

میزان نارضایتي و شکایت بیماران رو به افزایش است

- در سال 91.....4714 مورد شکایت
- در سال 92.....5148 مورد شکایت (2/9% رشد)
- از کل پرونده ها 43% قصور و 57% تبرئه شدند

جلوگیری از قصور

- ارتقاء دانش و تجربه
- پایبندی به مقرارت
- رعایت موازین اخلاقی
- و ثبت اقدامات انجام شده یا مستند سازی

قصور پزشکی

- شهود
- اصل بداهت وجود
- تصدیق کارشناسان

فواید مستند سازی

مستندسازی در درمان

مستندسازی اثر بخش نشان گر کارگروهی و پیوستگی و انسجام بین تمام تخصص هاست.

گزارشات ثبت شده تنها منبع اطلاعاتی شروع وقایع از پذیرش تا ترخیص است.

گزارشات ثبت شده، نه تنها در قضاوت های کیفی و قانونی استفاده می شود بلکه تنها منبع ارتباطی بین

تیم درمانی است

دلایل مستندسازی:

1. ارزیابی پاسخ مددجو به مراقبتهای درمانی:
2. مدافع سیستم درمانی و مددجو:
3. قضاوت و ارزیابی:
4. تعیین استاندارد مراقبت
5. تنها مدرکی است که در مراجع قضایی از آنچه بر بیمار گذشته است قضاوت می کنند:
بهترین وسیله نظارت بر سیستم بهداشت و درمان است.

نتایج یک گزارش خوب:

1. جلوگیری از هزینه غیرضروری:
2. تجدید حس رقابت:
3. تشخیص استانداردهای مراقبتی و درمانی:
4. آگاهی پزشک از تغییرات حاد
5. شواهدی از مراقبت و عکس العمل بیمار:
6. ارزیابی صدمات احتمالی:
7. برنامه ریزی برای حفاظت بیمار و جلوگیری از صدمات
8. ثبت حوادث غیرمعمول

مزایای ثبت کامل:

1. اطلاعات بیشتر برای تیم درمان:
2. مراقبت و درمان کامل:
3. تصمیم گیری بهتر برای درمان
4. تحقیق همه جانبه در سیستم درمانی
5. پی بردن به اشکالات در روند درمان:

ویژگی مستندات

کامل بودن (Completeness) از لحاظ کمی

دقیق بودن (Accuracy) به معنی فاقد اشتباه بودن

با کفایت بودن (Adequacy) یعنی روشن و
گویا بودن و بر وجود پیوستگی منطقی میان داده ها
دلالت داشتن

در مستندسازی رعایت یکسری اصول الزامی می باشد:

1. گزارش بایستی هدفمند باشد.
2. ارتباط تیمی و یا تلفنی گزارش قید شده باشد
3. شرح کامل واقعه بایستی ذکر شده باشد.
4. ارتباط بین هدف و نتیجه در پروسه درمان و بین اعضاء تیم درمان قید شده باشد.
5. خلاصه و خوانا باشد
6. وضعیت تحرک بیمار ذکر شده باشد.
7. فعالیت تیم درمان به سوی هدف واحد هدایت شده باشد
8. شرح واقعی از وضعیت اقامت بیمار در بیمارستان بیان شده باشد.
9. نقش خانواده در همکاری در درمان منعکس شده باشد
10. تیم درمانی بایستی توجیه شده باشند که هرگونه خطا و سهل انگاری منجر به بازخواست های قانونی در محاکم قضایی می شود.

نکات مهمی که در ثبت نباید انجام داد:

1. اعتماد به حافظه:

2. لاک گرفتن کلمات:

3. روی هم نویسی کلمات.

4. فضای خالی بین نوشته ها:

5. فرضیه گمان سازی:

6. نتیجه گیری و سرکشی کردن:

7. مقصر شناساندن افراد غیر قابل قبول و با تأخیر نویسی:

نکات مهم در ثبت:

1. تفسیر، مشکل درمان، ارزیابی
2. آموزش:
3. درمانهای دارویی
4. توصیف مشکلات:
5. گزارش حوادث:
6. مشخص شدن زمان هر پاراگراف:
7. فعلها زمان داشته باشد:
8. از گرامر صحیح استفاده شود:
9. اطلاعات ارتباطی به صورت خوانا باشد:
10. استفاده از خودکار مشکی یا آبی:
11. ثبت امتناع بیمار از مصرف دارو یا مراقبت
12. ثبت برنامه ترخیص:

به خاطر داشته باشیم که :

در مسائل قانونی ، یک پرونده ناقص ،
انعکاس دهنده **مراقبت و درمان ناقص**
است

حذف جزئیات ، یک اشتباه مهم و
عمومی در مستند سازی پزشکی است

مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری
های درمانی بر این نظر هستند که “آنچه
در پرونده ثبت نشده یعنی انجام نشده”

**چگونه
مستند سازی
انجام شود؟**

—پرونده پزشکی باید خوانا باشد

در هنگام درخواست مشاوره :

Request ,Render, Report

یعنی درخواست پزشک ، نظریه مشاوره دهنده و هرگونه خدمات دستور داده شده باید وجود داشته باشد و یک گزارش دراین خصوص ثبت شود

**کلیه مندرجات پرونده پزشکی باید دارای،
مهر، تاریخ و امضاء باشد**

در صورتی که قصد استفاده از **علامت اختصاری** را در پرونده پزشکی داشتید بهتر است

برای بار اول به جای استفاده از اختصار ، مطلب مورد نظر را به طور کامل ثبت نمایید و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده نمایید زیرا امکان دارد یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود

چه موقع خدمات ثبت شود ؟

— بلافاصله بعد از انجام خدمت آن را ثبت نمایید

— هرگز **قبل از ارائه خدمت** ، مطلبی را ثبت ننمایید زیرا احتمال ثبت مطالب نادرست وجود دارد و اطلاعات مربوط به عکس العمل بیمار نسبت به درمان ممکن است از قلم بیفتد

هر قدر مشغله کاریتان زیاد باشد از دیگری
نخواهید که **مستندات شما** را کامل نماید و
هرگز مستندات فرد دیگری را کامل
نمایید

به خاطر داشته باشیم که :

**مسئولیت ثبت هر خدمت به عهده ارائه کننده
آن خدمت می باشد**

• دستور العمل تصحيح خطا:

- بايد به دور مستندات داراي خطاي يك خط كامل كشيده و در بالاي آنها بطور واضح نوشته شود "**اشتباه**" و اطلاعات صحيح در بالاي آن ثبت گردد. فردي كه تصحيح خطا را انجام مي دهد بايد آن را امضاء كرده و تاريخ انجام اصلاح را درج نمايد.
- هرگز نبايد گزارشات پرونده پزشكي پاك شوند.
- اشتباهات نبايد با لاک غلط گیر محو شود.

- تصحیحات باید به گونه ای انجام شود که رویت داده نادرست بوضوح و به سهولت دیدن اطلاعات صحیح باشد.
- در صورت وجود فضای خالی بین خطوط گزارشات بایستی یک خط در این فضای خالی کشیده شود تا از تحریف جلوگیری شود.

اگر مطلبی بطور تصادفی از قلم افتاده است ، لازم است آن مطلب بعد از آخرین مستندات (همراه با توضیح حذف شدگی و علت قرار نگرفتن آن در سیر و توالی منطقی مطالب) درج گردد.

مواردی که در طی **تحلیل قانونی** مدنظر قرار می گیرند عبارتند از :

• موارد حذف شده:

- عدم ثبت زمان ورود بیمار به اورژانس
- ناقص بودن گزارش شرح حال و معاینه فیزیکی
- ناقص بودن گزارش سیر بیماری
- ناقص بودن خلاصه پرونده

• مغایرت ها و ناهمسانی ها:

-
- مغایرت در ثبت تاریخ پذیرش
 - ناهمسانی داده های ثبت شده مربوط به سن و جنس توسط افراد مختلف
 - مغایرت تشخیص ها در گزارشات مختلف

• وقفه های زمانی غیر قابل توجیه:

وقفه های زمانی در مورد مشاوره بیماران
اورژانسی

• دستکاری ها:

-
- پاک شدگی ها
 - محو شدگی ها
 - یادداشت در حاشیه ها
 - مرکب های مغایر
 - دستخط های مختلف

- فقدان اطلاعات آموزشی به بیمار:

- عدم وجود مستندات در مورد محدودیتهای فعالیتی بیمار
- عدم وجود گزارش در خصوص توضیح عوارض جانبی داروهای تجویز شده برای دوره پس از ترخیص بیمار و نیز درک بیمار از این موضوع

در برگه خلاصه پرونده

—تشخیص نهایی

—اقدامات درمانی

—اعمال جراحی

—مهر استاد

ثبت نشده است

به یاد داشته باشیم :

جهل به قانون رافع مسئولیت نیست.

هرکس بایستی پاسخگوی آثار و نتایج حاصل از اعمال خویش باشد.

بدون گزارش پرستاری دقیق، کادر درمانی نمی توانند نتیجه گیری درست از روند درمان بنمایند.

گزارش صحیح ضامن سلامتی بیمار و حامی مراقبت دهندگان می باشند.