



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اهمیت مستند سازی در درمان

دکتر محمد حسین میر جلیلی

کارشناس پزشکی قانونی

سند چیست؟

سند به معنای نوشته ای است که نقش مهمی در اثبات یک ادعا در دادگاه داشته و در مقام دفاع از خود نیز مورد استفاده قرار می گیرد . لازم به ذکر است که اسناد را می توان به دو دسته اسناد عادی و اسناد رسمی تقسیم بندی کرد که احکام متفاوتی خواهند داشت

مطابق ماده ۱۲۸۳ قانون مدنی در تعریف سند چنین پیش بینی شده است " سند عبارت است از هر نوشته که در مقام دعوا یا دفاع قابل استناد باشد "

سند چیست؟

بر اساس این تعریف ، دلیلی را می توان بعنوان سند محسوب کرد که دو شرط اساسی را داشته باشد :

اولا اینکه سند باید مکتوب یا نوشته باشد ؛

ثانیا اینکه سند باید در مقام دعوا یا دفاع از دعوا در دادگاه قابل استناد باشد .

بنابراین ، تمام ادله ای که بصورت مکتوب و نوشته در نیامده است را باید از تعریف سند خارج کرد . همچنین ، در صورتی که به حکم قانون ، نوشته توان ثابت کردن یک دعوا را نداشته باشد نمی توان به آن استناد کرد و آن را سند دانست .

طب دفاعی

طب دفاعی به دو صورت دیده میشود. اول طب اطمینان دهنده که در آن پزشک از ترس مغفول ماندن مسأله ای در روند بیماری از تست های تشخیصی زیاد و غیرالزامی مثل سی تی اسکن و ام آر آی و ... استفاده می کند که به دنبال آن هزینه های پزشکی به خودی خود بالا رفته و در برخی موارد دیده شده که خانواده به دلیل وضع مالی نامناسب از ادامه درمان منصرف شود و دوم طب اجتناب کننده که در آن پزشک تلاش می کند از پذیرش بیماران پرخطر پرهیز کند.

پزشکی دفاعی (تدافعی)

در یک تحقیق در گروه جراحان مورد بررسی میزان شیوع رفتارهای مثبت پزشکی تدافعی ۱۰۰ درصد و رفتارهای منفی ۸۰ درصد بود. شایع ترین رفتارهای دفاعی مثبت شامل درخواست نمونه برداری، تصویربرداری و تست های آزمایشگاهی غیرضروری بود و اجتناب از پذیرش بیماران پرخطر و خودداری از پذیرش بیماران با جایگاه اجتماعی خاص نیز شایع ترین رفتارهای دفاعی منفی در بین جراحان بود.

تعریف مستندسازی

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 رانشان 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.

اهداف مدارک پزشکی

۱- مستندسازی دوره ناخوشی بیمار و درمان پزشکی در طول هر رویداد مراقبت

۲- برقراری ارتباط پزشکان و دیگر متخصصان سهمیم در امر مراقبت از بیمار

۳- فراهم کردن تداوم مراقبت از بیمار در پذیرش بعدی بیمار

۴- فراهم کردن منبعی برای ارزیابی کمی و کیفی مراقبت از بیمار

اهداف مدارک پزشکی

۵- فراهم کردن داده هایی برای اثبات مطالبات از بیمه

۶- فراهم نمودن داده هایی برای کمک به حفظ حقوق بیمار، حمایت از پزشک

۷- فراهم کردن داده هایی کلینیکی برای تحقیق ، مطالعه ، آموزش ، بهداشت عمومی

مدارک بستری باید حاوی اطلاعات زیر باشد

اطلاعات شناسایی بیمار، شکایت اصلی ، بیماری فعلی ، تاریخچه بیماری ، تاریخچه خانوادگی ، معاینات فیزیکی ، سیر بیماری ، برگ مشاوره ، فرم انتقال بیمار ، گزارشات آزمایشگاهی و رادیولوژی اعمال جراحی انجام شده
سی تی اسکن و... با ذکر تاریخ و امضا

کاربرد مدارک پزشکی در مدیریت اجرایی مراکز بهداشتی و درمانی

- محاسبات مالی

- برنامه ریزی و شناسایی داده های ضروری جهت انتخاب
روش اجرایی و بهبود خدمات مؤسسه

کاربرد مدارک پزشکی برای بهداشت عمومی

هر جامعه ای دارای مشکلات بهداشتی مخصوص به خود می باشد، گرچه برخی بیماریها بین جوامع مختلف مشترک است، اما آنچه که حائز اهمیت می باشد این است که بیماریهای خاصی وجود دارند که شیوع آنها دوره ای بوده و در فصول خاصی دارای شدت متغیری می باشند.

مؤسسات بهداشتی برای حفظ و ارتقاء سطح بهداشت عمومی و کنترل بیماریها، نیازمند مطالعه حقایق و داده های مربوط به بیماریها هستند. این مؤسسات با استفاده از داده های موجود در پرونده های پزشکی خط مشی ها و سیاستهای بهداشتی را پایه ریزی می نماید. در حقیقت ثبت و نگهداری داده ها، تحت عنوان مدارک پزشکی، منبع عظیم اطلاعاتی در منعکس نمودن مشکلات بهداشتی و اطلاعات مربوط به اپیدمی ها و بیماریهای مسری می باشند.

کاربرد مدارک پزشکی در مراجع قانونی

از نظر قانونی، مدارک پزشکی ارزش زیادی به منظور دفاع از پزشک و بیمارستان و بیمار دارد. از جمله مشکلاتی که امروزه دامنگیر پزشکان می گردد، سوء درمان ناشی از سهل انگاری و غفلت است که در دهه اخیر به وفور دیده شده است. در این صورت چنانچه بیمار به دلایل مختلف از مراجع قانونی دادخواهی نماید، خواه شاکی خصوصی داشته باشد و یا از بیمارستان شکایت کند، داده های ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار و گزارشات پزشک معالج برای تصمیم، فوق العاده مؤثر است.

کاربرد مدارک پزشکی برای پزشک

- در دفاع
- در آموزش
- در تشخیص و درمان

کاربرد مدارک پزشکی برای بیمارستان

از نظر بیمارستان، مدارک پزشکی محتوی داده هایی است که شامل مشاهدات انجام شده توسط پزشک و نتایج درمان بیمار می باشد. با استفاده از مدارک پزشکی، بیمارستان به تجزیه و تحلیل کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده می پردازد. لذا مهمترین ارزش مدارک پزشکی به لحاظ تشخیص و تعیین دلایل درمان می باشد. چه بسا بیمار ممکن است فوت نماید و مرگ وی بدلایلی باشد که قابل پیشگیری بوده، در چنین مواردی، مدارک پزشکی بیمار به منظور انجام تحقیق در زمینه علت مرگ، مورد توجه ویژه بیمارستان قرار می گیرد.

همچنین در یک بیمارستان منظم و پیشرفته علل نارسائیهای درمان باید مشخص شود و چنانچه این نارسائیها ناشی از بی توجهی کادر درمانی و کمبود امکانات و تجهیزات باشد، اطلاعات موجود در پرونده پزشکی گواهی بر این مسئله خواهد بود.

کاربرد مدارک پزشکی برای بیمار

وجود یک پرونده کامل پزشکی و ثبت تمام بیماریهای شخص در طول مدت زندگی اهمیت فوق العاده ای دارد. مخصوصاً در پیگیری درمان بیمار و آگاهی از سوابق تاریخی بیماری، بسیار ارزنده بوده و به تشخیص و معالجه بیمار کمک قابل توجهی می نماید.

اصول مستند سازی

ثبت حقائق

حقایق را ثبت کنید و نظرات شخصی خود را حین مستندسازی منعکس نکنید.

به وسیله مستندسازی، چیزهایی که دیده، شنیده یا لمس می شوند، باید واضح و بدون سمت گیری باشند.

علائم و نشانه ها را شرح دهید دقیقا آنچه را که مشاهده می کنید شرح دهید و آنچه را که می بینید مستند کنید

اصول مستند سازی

صریح باشد

برای گزارشات، باید از بیان صریح، به جای گفته های کلی و مبهم استفاده شود.
حدسیات و گمان ها را مستند نکنید.
نوشته ها باید حاوی اطلاعات واقعی و حقیقی باشند.

اصول مستند سازی

از نقل قول مستقیم استفاده شود

لزوما از کلمات دقیق بیمار استفاده کنید و نقل قول مستقیم بیمار را بنویسید.
بین کلمات بیمار از آنچه شما مشاهده کرده اید با قراردادن نقل قول بیمار در
علامت نقل قول تفاوت قائل شوید .
بنابراین سایرین متوجه می شوند که جمله دارای علامت نقل قول دقیقا چیزی
است که بیمار گفته است.

اصول مستند سازی

مستند سازی بایستی بهنگام باشد

چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود.

بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی تجویز داروها و انجام درمان ها اطلاعات مربوطه را ثبت کنید.

اگر ثبت یک امر مقتضی را فراموش کردید و آنرا بعد از سایر مستندات به پرونده بیمار اضافه کردید بایستی داده ی ثبت شده را به عنوان ورودی دیر ثبت شده مشخص کنید

اصول مستند سازی

مستند سازی واضح و مداوم باشد

کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد. رعایت املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است. از اختصار نویسی غیر استاندارد خودداری شود.

اطلاعات بایستی باروش منطقی و متوالی ثبت شود و استمرار ثبت اطلاعات رعایت شود جهت مستند سازی از ساختار مشخص شده توسط مؤسسه درمانی استفاده کنید.

اصول مستند سازی

کامل بودن

تمام حقایق و اطلاعات مربوط به یک واقعه، دوره درمان، وضعیت بیمار، پاسخ بیمار به درمان ها و انحرافات از استانداردهای مربوط به درمان و مراقبت (بخصوص دلایل ایجاد چنین انحرافات) باید مستند شود.

باید اطمینان حاصل شود که ثبیتات کامل هستند و حاوی تمام اطلاعات حایز اهمیت می باشند.

فرمها برای پرکردن و ثبت اطلاعات طراحی شده اند.

اصول مستند سازی

خوانا بودن

تعیین معیار برای خوانایی، چیز ساده ای نیست. به طور کلی خوانایی را می توان این گونه تعریف کرد که آیا یک یادداشت به وضوح و راحتی قابل خواندن است یا نه. تمام مطالب داخل پرونده باید خوانا باشند. ناخوانا بودن مستندات می تواند بیمار را در معرض مخاطرات زیادی قرار دهد. خوانا بودن مستندات، به سایر درمانگران کمک می کند و تداوم طرح مراقبت بیمار را تضمین می کند. اگر نوشته ها قابل خواندن نیستند، بهتر است ثبت کننده از ابتدا آنها را در سطح بعدی تکرار کند و توضیح دهد، چرا نوشته فوق را مجدداً تکرار کرده است و تأکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است. اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، باید دقیقاً مشابه اولی باشند و حتماً تاریخ و امضا داشته باشند

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.

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.

خطاهای شایع در پرونده نویسی

- **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 مدرك مخفی باشد.
- **ثبت مبهم**
- **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 .

خطاهای شایع در پرونده نویسی

- تصحیح نامناسب
- ثبت غیرمجاز: فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید.
اقدامات سایرین را ثبت نکنید.
- اختصارات مبهم یا نادرست
- ناخوانایی و فقدان وضوح: طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند.

وضعیت مستند سازی پرونده های پزشکی در ایران

علی رغم اهمیت مستند سازی پرونده های پزشکی ، متأسفانه در ایران کیفیت مستند سازی پرونده های پزشکی توسط پزشک ، پرستار و مسئولین پذیرش رضایت بخش نمی باشد. عوامل متعددی در زمینه نقش دارند، از جمله :

- وقت گیر بودن ثبت گزارشات برای برخی از پرستاران
- نبود تاکید لازم از طرف مسئولین و پزشکان معالج
- عدم تاثیر ثبت کامل گزارشات در ترفیع کاری پرسنل
- عدم سیستم پاداش و تنبیه

موارد عدم کارایی پرونده های بالینی در پزشکی قانونی

- دقیق نبودن اطلاعات پرونده
- کامل نبودن اطلاعات پرونده
- فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن مهر
- فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن امضا
- فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل عدم رعایت اصول مستند سازی (خط خوردگی، لاک گرفتگی و....)
- عدم مطابقت گزارشات پاراکلینیک با نظریه پزشک

عدم ثبت وقایع و اقدامات درمانی در پرونده از
نظرمقامات قضایی به منزله عدم انجام آن تلقی میشود.

- if it's not documented in the medical record it was not done
- "if it's not charted, it didn't happen,"

Physicians hear over and over again
that the best way to protect
themselves if they are sued ‘ other
than practicing good medicine ‘ is to

document

document

document

Accurate Medical Records: Your Primary Line of Defense

- Every medical malpractice suit can be won or lost based on the quality and content of the medical records
- A suit without merit can be lost because the medical record was vague, incomplete, or altered. Conversely, a potentially damaging suit can be won because the medical record was precise, thorough, and accurate and events were well documented.

عوامل موثر در افزایش کیفیت مستندسازی

- افزایش آگاهی و نگرش کادر درمانی
- افزایش پیگیری و نظارت از سوی مسئولین
- تعدیل رویه ها و استانداردها

افزایش آگاهی و نگرش

- افزایش آگاهی مستندسازان نسبت به اهمیت ثبت اطلاعات
- افزایش آگاهی پزشکان از واژه ها و اطلاعات علمی و استاندارد
- آموزش نحوه تکمیل اوراق پرونده به مستندسازان

تعدیل رویه ها و استانداردها

- وجود فرصت کافی برای تکمیل اطلاعات پرونده بیمار توسط کادر درمان
- ارسال به موقع گزارشات آزمایشگاهی قبل از ترخیص بیمار به بخش بستری
- وجود بخش نامه و دستورالعمل از مقام بالاتر در زمینه تکمیل اطلاعات
- استفاده از سیستم های رایانه ای

افزایش پیگیری و نظارت

- نظارت اساتید بر کار کارورزان و دستیاران برای ثبت اطلاعات پرونده
- عملکرد های نظارتی از سوی بیمارستان بر تکمیل اطلاعات پرونده
- بررسی کامل بودن اطلاعات در ایستگاه پرستاری همزمان با حضور بیمار در بخش بستری
- دخیل بودن کیفیت ثبت مستندسازان در ارتقای شغلی، حقوق و مزایای آن
- تاثیر کیفیت ثبت مستند سازان در ارزیابی عملکرد آنها



در تکمیل مدارک پزشکی باید از نظر قانونی به نکات زیر توجه داشت:

احراز هویت از بیمار و تکمیل اوراق بیمارستانی با توجه به هویت بیمار
تکمیل و شرح کلیه اقدامات درمانی انجام شده به طور کامل و خوانا
شرح اعمال جراحی انجام شده به طور کامل و خوانا
شرح عمق جراحات و عناصر تشریحی آسیب دیده به تفکیک
شرح تعداد ضایعات و نوع جراحات موجود
ثبت تاریخ و مشخصات بیمار روی کلیشه های گرافی ها به صورت چاپی
مهر و امضا پزشک زیر دستورات و گزارشات

مواردی که مشاوره های پزشکی قانونی پیشنهاد میشود:

- تصادفات، سوانح کار، مسمومیتها و نزاع، سقط جنین تروماتیک یا درمانی

- مواردی که با توجه به شرایط بیمار و دشواری یا پر خطر بودن درمان
احتمال شکایت از پزشک و یا کادر درمانی مطرح است.

- فوتهای مشکوک یا نیازمند اتوپسی

گواهی نامه های پزشکی و مامایی

- اسناد معتبری هستند که پزشکان به دنبال ارائه خدمات پزشکی تشخیصی آزمایشگاهی و درمانی خود درباره سلامت بیماری یا یکی از امور مربوط به پزشکی تنظیم می کنند.
- گواهی نامه معمولی معمولاً به درخواست شخص بیمار صادر میشود. و گواهی نامه رسمی در پاسخ به درخواست سازمانها و مراجع قانونی صادر میگردد. نظیر گواهی فوت یا ولادت، معافیت، بیمه ها، تزریق واکسن...

اصول گواهی نویسی

- ذکر مشخصات کامل گواهی کننده
- ذکر مشخصات کامل گواهی شونده با احراز هویت
- ذکر دقیق زمانها
- روشن صریح خوانا بدون خدشه و خط خوردگی
- تفکیک اظهارات فرد از مشاهدات خود
- مهر و امضا
- حفظ کپی
- راز داری مگر به خواست بیمار

محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد: منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات، ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

تذکر:

اهمیت مستندسازی دقیق در مراقبت درمانی، اغراق آمیز نیست و کلیه اعضای تیم درمانی باید اطمینان یابند که کلیه اقدام های درمانی بطور کامل و دقیق ثبت شده است.

