

Badanie jakości prowadzenia dokumentacji medycznej

Niewykorzystany instrument

Dobrze prowadzona dokumentacja medyczna nie tylko ratuje przed karami NFZ. Może ratować życie, umożliwiać podejmowanie szybkich decyzji terapeutycznych, pozwala unikać błędów i zdarzeń medycznych. Czy właściwie wykorzystujemy ten instrument? Prezentujemy analizę Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.

Metodologia audytowania dokumentacji opiera się na bezpośrednim oglądzie w siedzibie świadczeniodawcy. Ekspert zapoznaje się z całym materiałem dotyczącym pobytu pacjenta w szpitalu. Oceny dokonują osoby z wyższym wykształceniem medycznym i wieloletnim doświadczeniem w organizacji ochrony zdrowia.

Audyt

W trakcie audytu eksperci analizują wszystkie składowe dokumentacji pod względem kluczowych obszarów związanych z szeroko pojętym bezpieczeństwem prawnym placówki, personelu medycznego i utrzymaniem standardu postępowania diagnostyczno-tera-

peutycznego. Wynikiem audytu jest pisemny raport poaudytowy odnoszący się do następujących kwestii:

- zgodność zakresu dokumentacji medycznej z wymaganiami określonymi w prawie,
- zgodność sposobu dokumentowania udzielenia świadczenia z warunkami umowy zawartej z NFZ,
- prawidłowość udokumentowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego w aspekcie standardów wyznaczanych przez konsultantów medycznych poszczególnych dziedzin medycyny,
- zasadność rozliczenia określonych świadczeń z NFZ.

Badanie oparto na 48 raportach poaudytowych z placówek lecznictwa zamkniętego w całym kraju. Audy-



„ Poszczególne elementy dokumentacji medycznej zawierają istotne informacje mające związek bezpośrednio z postępowaniem medycznym „

ny materiał analizowano również pod względem występowania różnic w tym zakresie.

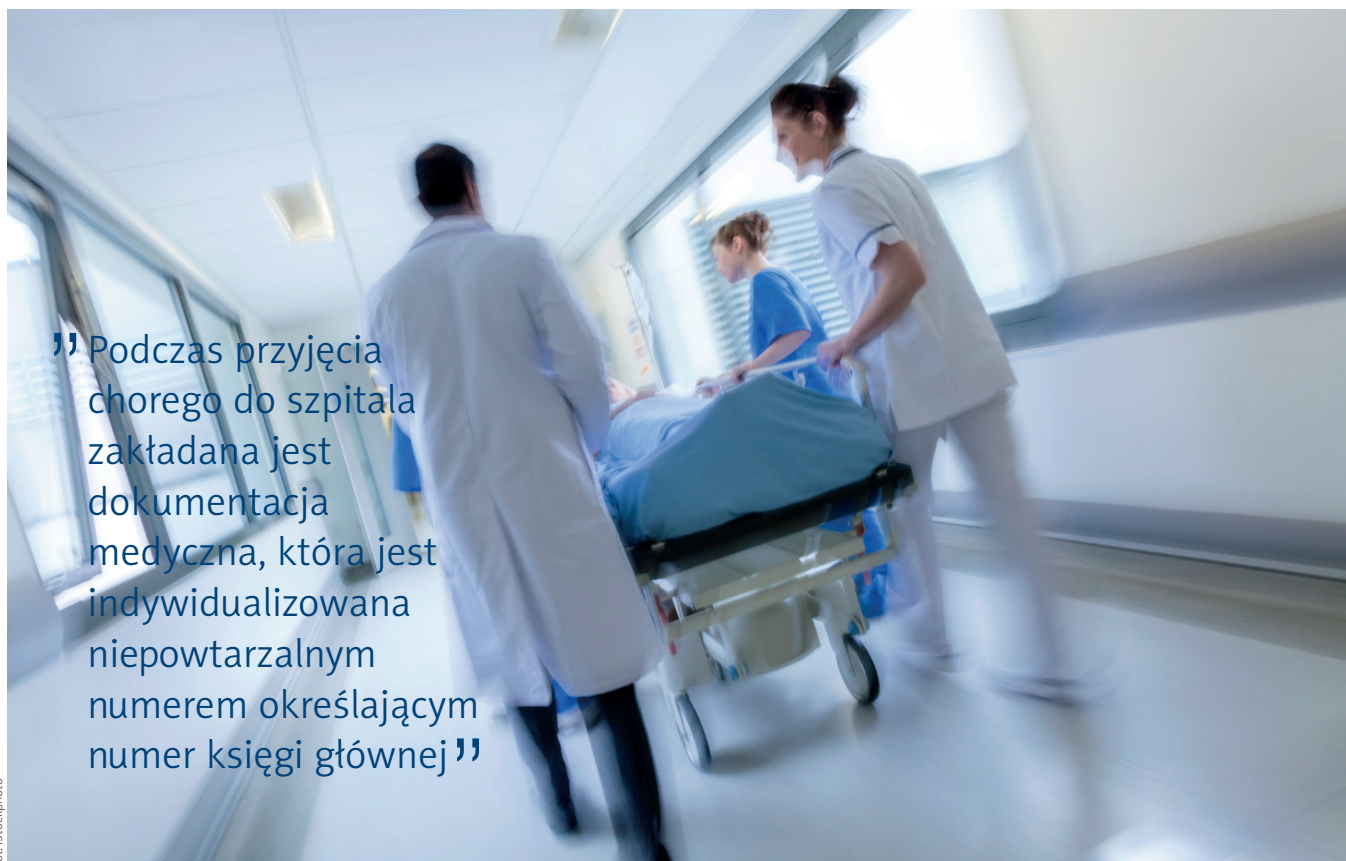
Obszary badania

Poszczególne elementy dokumentacji medycznej zawierają istotne informacje mające związek bezpośrednio z postępowaniem medycznym. Poszczególne wpisy, adnotacje odnoszą się do czynności, opisów działań, a także zawierają dane dotyczące zastanego przez personel leczniczy stanu. Sposób dokonywania wpisów to swoisty branżowy język zawierający nie tylko charakterystyczne dla medycyny określenia i skróty, lecz także znaki graficzne, schematy i rysunki. Trzeba dodać, że niektóre z elementów historii choroby budują informację w sposób pośredni, wskazując na wnioski lub potwierdzenie założonej tezy. Należą do nich np. wyniki badań laboratoryjnych czy fotografie z badań obrazowych. Często nie są one interpretowane opisowo, a ich dołączenie do historii choroby w rozumieniu terapeutów jest informacją samą w sobie.

Sposób i zakres przetwarzania danych administracyjnych poszczególnych historii choroby

Podczas przyjęcia chorego do szpitala zakładana jest dokumentacja medyczna, która dla określonego pobytu jest indywidualizowana niepowtarzalnym numerem określającym numer książki głównej. Temu oznaczeniu przyporządkowuje się dane osobowe chorego wraz z określeniem przyczyny skierowania do szpitala oraz przyczyny przyjęcia. Dodatkowo przyjmowane są oświadczenia wymagane przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczące dostępu osób trzecich do dokumentacji medycznej i możliwości informowania osób trzecich o stanie zdrowia pacjenta. Badano kompletność danych osobowych, prawidłowość określenia przyczyny skierowania i przyjęcia do szpitala. Szczególną uwagę zwrócono na określanie rozpoznań jednostek chorobowych, bo ich korelacja ma decydujące znaczenie w planowaniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Analizowano prawidłowość kodów i nazw rozpoznań zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, bo tylko to gwarantuje jednoznaczne

ty przeprowadzano na oddziałach świadczących usługi medyczne zabiegowe i zachowawcze. Należy bowiem podkreślić, że specyfika tych dwóch zakresów jest odmienna nie tylko ze względu na rodzaj postępowania medycznego, lecz przede wszystkim z uwagi na potencjalne skutki zdrowotne dla pacjenta. W wykonanym profilu badania ryzyko zagrożenia bezpieczeństwa chorego w postępowaniu zabiegowym nie jest zdecydowanie większe niż w postępowaniu zachowawczym. O ile bowiem samo wykonywanie zabiegów jest obciążone zagrożeniem ich powodzenia, o tyle jakość dokumentacji nie musi mieć bezpośredniego innego wpływu na wynik oceny bezpieczeństwa. W związku z tym bada-



„Podczas przyjęcia chorego do szpitala zakładana jest dokumentacja medyczna, która jest indywidualizowana niepowtarzalnym numerem określającym numer księgi głównej”

Fot.: iStockphoto

określenie dalszego postępowania medycznego. Trzeba przy tym podkreślić, że o ile lekarz przyjmujący do szpitala identyfikuje objawy lub schorzenie w badaniu przedmiotowym opisanym w wywiadzie przy przyjęciu, o tyle kluczową informacją, jaką później administruje szpital, jest rozpoznanie wraz z kodem ICD-10 w rozumieniu klasyfikacji.

Sposób prowadzenia bieżących adnotacji o diagnostyce i leczeniu w trakcie hospitalizacji

Właściwe dokumentowanie wszystkich istotnych zdarzeń związanych z leczeniem jest obowiązkiem wynikającym z aktów wykonawczych. Ma ono fundamentalne znaczenie jako odzwierciedlenie czynności podejmowanych przez personel medyczny, ale stanowi też formę wzajemnego przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta w aspekcie przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Opisowa forma przebiegu hospitalizacji pozwala na ujęcie najważniejszych z punktu widzenia lekarza elementów jego działań. Trzeba przy tym zwrócić uwagę, że jest to miejsce do interpretacji wyników zleconych badań, opisu bieżących badań przedmiotowych i codziennego wywiadu lekarskiego. W badaniu analizowano częstość wpisów, dokładność opisywania leczenia i związek z ustalonym ostatecznie rozpoznaniem zasadniczym. Ponadto badano stosowane w opisach skróty, znaki graficzne i ich wartość w aspekcie przekazywania informacji medycznej. Zwrócono uwagę również na sposób autoryzacji

wpisów jako istotny element bezpieczeństwa prawnego i odpowiedzialności lekarskiej.

Wartość dokumentacji dodatkowej związanej z historią choroby

Badano sposób prowadzenia dokumentacji stanowiącej uzupełnienie historii choroby lub stanowiącej materiał uzasadniający główny nurt terapii. Do analizowanych dokumentów należą:

- karta zleceń,
- wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych,
- opisy konsultacji zewnętrznych.

Sposób prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej i jej korelacja z dokumentacją prowadzoną przez terapeutów

Od początku pobytu chorego w szpitalu procesy pielęgnacyjny i leczniczy są ze sobą ściśle powiązane. Analizowano spójność informacji zawartych w części dokumentacji prowadzonej przez lekarzy i w części prowadzonej przez pielęgniarki. Szczególną uwagę zwracano na dokumentowanie procesów wspólnych, takich jak ordynacja i podanie leków, wywiad lekarski i wywiad pielęgniarski oraz zapisy obserwacji obu grup zawodowych.

Hospitalizacje zabiegowe

Druga kategoria materiału badawczego to dokumentacje medyczne hospitalizacji zabiegowych. Oprócz

zasadniczych, wspólnych składowych z pobytami zachowawczymi, wyróżniono istotne dokumenty determinujące bezpieczeństwo pacjenta.

Konsultacja anestezjologiczna i ankieta wywiadu anestezjologicznego przed planowanym zabiegiem

Powszechnie przyjętym standardem jest przeprowadzenie konsultacji lekarza anestezjologa. Ma ona na celu określenie na podstawie badania przedmiotowego ewentualnych zagrożeń zdrowotnych związanych ze znieczuleniem do operacji. W badanym materiale sprawdzano sposób dokumentowania konsultacji zarówno pod względem przebiegu, jak i wnikliwości jego opisanie. Jednym z elementów badania anestezjologicznego jest swoisty wywiad z pacjentem. W jego trakcie lekarz zapoznaje się i dokumentuje istotne czynniki ryzyka, przebyte schorzenia i uzyskuje informacje mogące służyć właściwemu doborowi leków znieczulających oraz właściwemu doborowi techniki znieczulenia. Wynik wywiadu powinien być odnotowywany na przeznaczonej do tego celu karcie i potwierdzony przez badającego.

Protokół zabiegu

Jest on nie tylko dokumentem potwierdzającym wykonanie operacji, lecz przede wszystkim skrupulatnym opisem jej przebiegu. Powinien zawierać zarówno informacje o zespole przeprowadzającym zabieg, jak i opis wykonywanych czynności. Badaniu poddano treści zapisów osób sporządzających protokoły, zwracając szczególną uwagę na szczegółowość opisów. Analizowano też spójność opisanego zabiegu z informacjami statystycznymi przekazywanymi w dalszej części dokumentacji medycznej za pośrednictwem karty statystycznej.

Karta statystyczna określająca kod procedury medycznej według ICD-9

Jest to dokument wewnętrzny pozwalający na zbieranie informacji o rozpoznaniach i procedurach w celu dalszego administrowania tymi danymi. Stanowi ujęcie czynności wykonywanych podczas pobytu pacjenta w szpitalu w jednolitą kodyfikację będącą słownikiem wymiany danych między szpitalem a NFZ. Jest też metodą oceny zachorowalności dla instytucji badających zjawiska zdrowotne. Należy przy tym podkreślić, że statystyczne ujęcie rozpoznania czy procedury jest podstawową informacją przekazywaną terapeutom i lecznicom kontynuującym terapię chorego. Niejednokrotnie historia pacjenta oparta jest na słowniku tej klasyfikacji, gdyż szczegółowe informacje o leczeniu, sposobie wykonania zabiegu pozostają w dokumentacji szpitala. Stąd w badaniu analizowano spójność zawartych w karcie statystycznej informacji z całością dokumentacji medycznej.

Tabela 1. Opisane nieprawidłowości na oddziałach chirurgii – historii choroby (222 dokumentacje)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba wystąpień
Błędy w dokumentach dodatkowych	249
nieczytelność	34
brak autoryzacji/brak kompletnej autoryzacji	76
brak wskazania na realizację zlecenia	3
brak autoryzacji wpisów	136
Nieczytelność dokumentacji, w tym adnotacji	99
brak codziennych wpisów	53
brak szczegółowości wpisów	46
Nieczytelność/nieszczegółowość opisu zabiegu chirurgicznego	9
brak opisu zabiegu	9
niezgodność danych lekarz–pielęgniarka	0
Nieprawidłowości na kartach informacyjnych	79
brak wydania	16
brak autoryzacji	18
brak znaczących informacji	29
rozbieżność między kartą a dokumentacją medyczną	9
dane nieczytelne dla pacjenta, np. łacina	7
Oświadczenia – brak lub niekompletne	30
zgody na zabieg – brak lub nieczytelne	7
karta znieczulenia – nieczytelność wpisów	5
brak autoryzacji/niekompletna	18
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	37
nieczytelne	19
brak	7
pomieszenie dokumentacji różnych pacjentów	2
łacina w opisach	8
rozbieżność strony operowanej	1
Leki własne – nieprawidłowa procedura	8
Przepustka	1
Brak dokumentacji pielęgniarskiej	9

Statystyczne ujęcie wyników badania

Wykorzystana w analizie próba to 424 dokumentacje indywidualne sporządzane na oddziałach zabiegowych:

- 242 – chirurgia ogólna,
- 132 – chirurgia urazowo-ortopedyczna,
- 70 – otolaryngologia, chirurgia głowy i szyi, neurochirurgia, kardiochirurgia dziecięca, chirurgia i urologia.

Tabela 2. Opisane nieprawidłowości na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej (132 dokumentacje)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba wystąpień
Karta zleceń	65
nieczytelność	25
brak autoryzacji/brak kompletnej autoryzacji	38
brak wskazania na realizację zlecenia	2
Brak autoryzacji wpisów w przebiegu historii pobytu	95
nieczytelność dokumentacji, w tym adnotacji	32
brak codziennych wpisów	27
brak szczegółowości wpisów	36
Nieczytelność/nieszczegółowość opisu zabiegu chirurgicznego	3
brak opisu zabiegu	1
niezgodność danych lekarz–pielęgniarka	2
Nieprawidłowości na kartach informacyjnych	106
brak wydania	12
brak autoryzacji	49
brak znaczących informacji	0
rozbieżność między kartą a dokumentacją medyczną	15
dane nieczytelne dla pacjenta, np. łacina	0
oświadczenia – brak lub niekompletne	0
zgoda na zabieg – brak lub nieczytelne	19
karta znieczulenia – nieczytelność wpisów	6
brak autoryzacji/niekompletna	5
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	8
nieczytelne	7
brak	0
pomieszanie dokumentacji różnych pacjentów	0
łacina	0
rozbieżność strony operowanej/ istotne zmiany w protokole	1
Leki własne – nieprawidłowa procedura	0
Przepustka	1
Brak dokumentacji pielęgniarskiej	0

Nieprawidłowości występujące w badanych dokumentacjach medycznych

Brak możliwości weryfikacji przebiegu operacji przeprowadzonej w trakcie hospitalizacji

W 13 proc. analizowanych dokumentacji na oddziałach chirurgii ogólnej stwierdzono, iż opis zabiegu

Tabela 3. Opisane nieprawidłowości na innych oddziałach zabiegowych (70 dokumentacji)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba wystąpień
Karta zleceń	26
nieczytelność	7
brak autoryzacji/brak kompletnej autoryzacji	17
brak wskazania na realizację zlecenia	2
Brak autoryzacji wpisów	64
nieczytelność wpisów i adnotacji	10
brak codziennych wpisów	50
brak szczegółowości wpisów	4
Nieczytelność/mała szczegółowość opisu zabiegu chirurgicznego	4
brak opisu zabiegu	1
niezgodność danych lekarz–pielęgniarka	3
Nieprawidłowości na kartach informacyjnych	16
brak wydania	1
brak autoryzacji	5
brak znaczących informacji	7
rozbieżność między kartą a dokumentacją medyczną	2
dane nieczytelne dla pacjenta np. łacina	1
Oświadczenia – brak lub niekompletne	0
Zgody na zabieg – brak lub nieczytelne	6
Karta znieczulenia – nieczytelność wpisów	1
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	6
nieczytelne	2
brak	1
pomieszanie dokumentacji różnych pacjentów	0
łacina	2
rozbieżność strony operowanej/ istotne zmiany w protokole	1
Leki własne – nieprawidłowa procedura	2
Przepustka	1
Brak dokumentacji pielęgniarskiej	0

nie spełniał warunku czytelności. Treści części zapisów nie można było odczytać. Dodatkowo w 4 proc. wypadków do dokumentacji nie dołączono protokołu operacyjnego. Należy zatem uznać, że w odniesieniu aż do 17 proc. hospitalizacji na oddziałach chirurgii dokumentacja medyczna nie stanowi potwierdzenia realizacji postępowania zabiegowego, w tym jego przebiegu.

Na oddziałach ortopedii ok. 6 proc. weryfikowanych dokumentacji zawierało nieczytelny protokół bądź opis zabiegu nie został dołączony do dokumentacji. Na

pozostałych oddziałach o profilu zabiegowym nieczytelność opisu zabiegu dotyczyła kolejnych 7,5 proc. wszystkich dokumentacji.

Biorąc zatem pod uwagę wszystkie oddziały zabiegowe, z których weryfikacji poddano losowo dokumentację medyczną, należy stwierdzić, iż w wypadku prawie 13 proc. historii choroby nie można było zweryfikować przebiegu zabiegu przeprowadzonego w trakcie hospitalizacji, choć ma to istotne znaczenie i w trakcie hospitalizacji, i po jej zakończeniu.

Nieczytelny opis zabiegu stanowi zagrożenie w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta i konieczności podjęcia interwencji terapeutycznych, np. reoperacji. W takim wypadku opis zabiegu powinien być łatwo dostępny i czytelny nie tylko dla lekarza wykonującego zabieg pierwotny, lecz dla każdej osoby sprawującej dalszą opiekę nad pacjentem, w tym lekarza dyżurnego. Dostęp do czytelnego opisu ma bowiem istotne znaczenie dla dalszego postępowania. Jednocześnie opis zabiegu często determinuje postępowanie wobec pacjenta po zakończeniu hospitalizacji. Każdy terapeuta powinien mieć więc możliwość zapoznania się z nim, jeśli tego wymaga dalsze leczenie pacjenta. By było to możliwe, opis ten musi być czytelny. Nieczytelny opis stanowi niewątpliwie zagrożenie dla pacjenta, a także może mieć wpływ na jego dalsze leczenie. Jednocześnie nieczytelny protokół operacyjny nie stanowi zabezpieczenia dla lekarza wykonującego zabieg.

Zidentyfikowano również pojedyncze wypadki dokonania zmiany w zakresie strony operowanej lub innej modyfikacji treści protokołu. Zmiany te nie zostały oznaczone w sposób jednoznaczny ani datą, ani danymi osoby dokonującej. W jednym z protokołów określenie *dłożenie śrubki* zmieniono na *wymiana nakrętki*.

Zgody na zabieg chirurgiczny

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na leczenie. Zgoda na leczenie operacyjne zawsze powinna mieć formę pisemną. Co więcej, formularz zgody na zabieg musi być czytelny i jednoznaczny. Powinien wskazywać, jakiego zabiegu dotyczy.

W wielu dokumentacjach brakowało zgód lub nie określono w nich jednoznacznie, jaki zabieg ma być wykonywany u pacjenta. Należy w tym miejscu zauważyć, że jeżeli nawet uzyskano zgody, lecz nie odnoszą się one czytelnie do planowanego zabiegu, mogą zostać w każdym momencie podważone. Każdy dokument, który powstał z naruszeniem prawa, nie powinien być bowiem wykorzystywany na przykład w postępowaniu sądowym. Z praktyki wynika, że coraz więcej takich dokumentów jest odrzucanych jako dowód w postępowaniu. Co więcej, w odniesieniu do zgód na zabieg podważony może zostać fakt uzyskania zgody w sposób świadomy. Prawidłowo sporządzony oraz uzyskiwany dokument, stanowiący oświadczenia

pacjenta będące zgodą na zabieg chirurgiczny, stanowi zabezpieczenie dla podmiotu leczniczego oraz personelu medycznego.

Z perspektywy pacjenta udzielenie zgody na zabieg (przede wszystkim planowy) to okazja do zadawania pytań i uzyskiwania odpowiedzi dotyczących tego zabiegu. Jednocześnie jest to zdarzenie mogące wywoływać obawy czy stres, który nie powinien być potęgowany brakiem możliwości weryfikacji, jaki zabieg faktycznie będzie wykonywany. Tymczasem w ponad 7 proc. dokumentacji kwestia udzielonej zgody budzi zastrzeżenia. Dotyczą one przede wszystkim czytelności dokumentów w odniesieniu do nazwy planowanego postępowania, stosowania nazw skrótowych lub w języku łańskim. W kilku wypadkach zaś nie uzyskano wymaganej zgody na postępowanie zabiegowe. Nieprawidłowości te są charakterystyczne najczęściej dla oddziałów ortopedii, rzadziej zaś chirurgii.

Karta znieczulenia

W prawie 8 proc. analizowanych dokumentacji stwierdzono nieprawidłowości związane z prowadzeniem karty znieczulenia. Wśród nich należy wymienić przede wszystkim brak czytelności dokumentów oraz niekompletną ich autoryzację.

Hospitalizacje zachowawcze

Badanie jakości dokumentacji na oddziałach zachowawczych oparto na 591 historiach choroby dotyczących oddziałów dziecięcych, ginekologii i położnictwa, anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów o profilach internistycznych.

Jakość udokumentowania udzielania świadczeń i sprawowanej opieki nad pacjentem na oddziałach o profilu dziecięcym

Wykorzystana w analizie próba to 140 historii choroby sporządzanych na oddziałach o profilu noworodkowym i dziecięcym. W odniesieniu do 60 proc. hospitalizacji stwierdzono, że wpisy lekarskie dotyczące stanu zdrowia małych pacjentów oraz sprawowanej nad nimi opieki nie były sporządzane codziennie. Dodatkowo w prawie 11 proc. przypadków wpisy należy uznać za nieszczegółowe, a nawet lakoniczne. W 36 proc. dokumentacji zapisy były nieczytelne. Zastrzeżenie to dotyczyło przeważnie adnotacji z przebiegu leczenia oraz opisów konsultacji lekarzy specjalistów. Dodatkowo w wypadku 7 proc. dokumentacji nieczytelne wpisy dotyczyły opisu stanu pacjenta przy przyjęciu. Ocena świadczeniobiorcy przeprowadzana w związku z podejmowaniem decyzji o konieczności hospitalizacji jest niezbędna do ustalenia dalszego postępowania i przygotowania planu leczenia. Nadto wyniki leczenia winny być zestawione ze stanem pacjenta przy przyjęciu. Co więcej, każda informacja uzyskana przy przyjęciu może być kluczowa w sytuacji, gdy trudne będzie

Tabela 4. Opisane nieprawidłowości na oddziałach zachowawczych – dziecięcych (140 dokumentacji)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba wystąpień
Karta zleceń	54
nieczytelność	15
brak autoryzacji/brak kompletnej autoryzacji	36
brak wskazania na realizację zlecenia	3
Brak autoryzacji wpisów	151
nieczytelność dokumentacji, w tym adnotacji	51
brak codziennych wpisów	85
brak szczegółowości wpisów	15
Nieczytelność/nieszczegółowość opisu zabiegu chirurgicznego	0
brak opisu zabiegu	0
niezgodność danych lekarz–pielęgniarka	0
Nieprawidłowości na kartach informacyjnych	31
brak wydania	6
brak autoryzacji	14
brak znaczących informacji	2
rozbieżność między kartą a dokumentacją medyczną	1
dane niezrozumiałe dla pacjenta	8
Oświadczenia – brak lub niekompletne	20
zgoda na zabieg – brak lub nieczytelne	13
karta znieczulenia – nieczytelność wpisów	2
brak autoryzacji/niekompletna	5
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	11
nieczytelne	10
brak	0
pomieszanie dokumentacji różnych pacjentów	1
łacina	0
Rozbieżność strony operowanej/istotne zmiany w protokole	1
Leki własne – nieprawidłowa procedura	0
Przepustka	0
Brak dokumentacji pielęgniarskiej	0

ustalenie przyczyny zachorowania lub też w związku z wystąpieniem trudności w leczeniu dziecka.

Również opisy zabiegów chirurgicznych w części wypadków należy uznać za nieczytelne. Co więcej, zastrzeżenia dotyczące czytelności budzą dokumenty zgód na zabiegi. Zastrzeżenia audytorów budziło 9 proc. formularzy zgód, przede wszystkim ze względu

Tabela 5. Opisane nieprawidłowości na oddziałach zachowawczych – ginekologii i położnictwa (122 dokumentacje)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba wystąpień
Karta zleceń	122
nieczytelność	21
brak autoryzacji/brak kompletnej autoryzacji	32
brak wskazania na realizację zlecenia	5
brak autoryzacji/kompletnej autoryzacji wpisów	64
Nieczytelność dokumentacji, w tym adnotacji	36
brak codziennych wpisów	22
brak szczegółowości wpisów	10
niezgodność danych lekarz–pielęgniarka	4
Nieprawidłowości na kartach informacyjnych	32
brak wydania	12
brak autoryzacji	1
brak znaczących informacji	9
rozbieżność między kartą a dokumentacją medyczną	1
dane niezrozumiałe dla pacjenta	9
Oświadczenia – brak lub niekompletne	1
brak autoryzacji/niekompletna	1
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	5
nieczytelne	1
brak	4
Pomieszanie dokumentacji różnych pacjentów	0
łacina	9
Leki własne – nieprawidłowa procedura	0
Przepustka	0
Brak dokumentacji pielęgniarskiej	0

na to, że nie można było odczytać nazwy planowanego zabiegu. Należy zatem stwierdzić, że opiekunowie dzieci dokonywali pisemnego poświadczenia zgody na zabieg na podstawie dokumentu, który był nieprawidłowy, a zrozumienie jego treści okazywało się niemożliwe.

Stwierdzono nadto znaczące nieprawidłowości w sporządzaniu kart zleceń lekarskich. W wypadku niemalże 11 proc. hospitalizacji karty te sporządzano w sposób uniemożliwiający ich odczytanie. Aż w 26 proc. dokumentów zapisy nie były prawidłowo autoryzowane. W praktyce zatem nie było możliwe określenie danych personalnych lekarza ordynującego produkty lecznicze oraz pielęgniarki podającej leki pacjentowi. Brak

Tabela 6. Opisane nieprawidłowości na oddziałach zachowawczych – anestezjologia i intensywna terapia (51 dokumentacji)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba wystąpień
Karta zleceń	19
nieczytelność	4
brak autoryzacji/brak kompletnej autoryzacji	15
brak wskazania na realizację zlecenia	0
Brak autoryzacji wpisów	29
nieczytelność dokumentacji, w tym adnotacji	4
brak codziennych wpisów	13
brak szczegółowości wpisów	4
niezgodność danych lekarz–pielęgniarka	8
Nieprawidłowości na kartach informacyjnych	34
brak wydania	5
brak autoryzacji	15
brak znaczących informacji	5
rozbieżność między kartą a dokumentacją medyczną	7
dane niezrozumiałe dla pacjenta	2
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	2
nieczytelne	2
brak	0
Pomieszanie dokumentacji różnych pacjentów	0
Leki własne – nieprawidłowa procedura	0
Brak dokumentacji pielęgniarstwa	3
Nieudokumentowane zabiegi i czynności lecznicze	22

prawidłowej autoryzacji wpisów, a zatem jej pominięcie lub stosowanie niekompletnych danych identyfikacyjnych personelu medycznego, stwierdzono w 71 proc. dokumentacji.

Jakość udokumentowania udzielania świadczeń i sprawowanej opieki na oddziałach ginekologii i położnictwa

W roku 2012 przeanalizowano 122 dokumentacje sporządzane w związku z udzielaniem świadczeń na oddziałach ginekologii i położnictwa w 8 placówkach publicznych.

Karty zleceń

W 17 proc. dokumentacji karty zleceń zawierają nieczytelne zapisy odnoszące się do nazw produktów

Tabela 7. Opisane nieprawidłowości na oddziałach zachowawczych – profil internistyczny (278 dokumentacji)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba wystąpień
Karta zleceń	291
nieczytelność	40
brak autoryzacji/brak kompletnej autoryzacji	82
brak wskazania na realizację zlecenia	5
brak autoryzacji wpisów	164
Nieczytelność dokumentacji, w tym adnotacji	175
brak codziennych wpisów	121
brak szczegółowości wpisów	46
niezgodność danych lekarz–pielęgniarka	8
Nieprawidłowości na kartach informacyjnych	29
brak wydania	7
brak autoryzacji	15
brak znaczących informacji	4
rozbieżność między kartą a dokumentacją medyczną	3
dane niezrozumiałe dla pacjenta	0
Oświadczenia – brak lub niekompletne	3
brak autoryzacji/niekompletna	3
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	28
nieczytelne	27
brak	1
Pomieszanie dokumentacji różnych pacjentów	1
Łącina	1
Leki własne – nieprawidłowa procedura	6
Przepustka	0
Brak dokumentacji pielęgniarstwa	0

leczniczych oraz ich dawek. W związku z tym znacząco wzrasta ryzyko nieprawidłowego podania leku, a tym samym wystąpienia zdarzenia niepożądanego. Aż 26 proc. kart nie zostało prawidłowo autoryzowanych, co sprawia, że niemożliwe jest niebudzące wątpliwości określenie danych personalnych osób zlecających oraz realizujących zlecenia. Zdarzyły się również pojedyncze przypadki, gdy karta zleceń nie wskazywała na realizację zlecenia przy jednoczesnym braku odnotowania rezygnacji z podania leku będącej decyzją lekarską. W tych

wypadkach (4 proc.) na podstawie karty zleceń nie jest możliwa weryfikacja, czy podano pacjentowi lek.

Autoryzacje

W ponad połowie (52 proc.) dokumentacji nie autoryzowano wpisów lub też robiono to w niekompletnej formie. Oznacza to, iż wielu wpisów nie można zidentyfikować, co uniemożliwia ocenę odpowiedzialności za opiekę sprawowaną nad pacjentem.

Adnotacje

Wpisy w prawie 30 proc. historii choroby, dotyczące przede wszystkim obserwacji lekarskich i pielęgniarskich z hospitalizacji, a także opisów konsultacji specjalistycznych, należy uznać za nieczytelne. Dodatkowo w 18 proc. dokumentacji medycznych nie było potwierdzenia codziennego sprawowania opieki nad pacjentem oraz odniesienia do jego stanu zdrowia. Wpisy z przebiegu hospitalizacji były bowiem wybiórcze. Odnotowano również wpisy nieszczegółowe, które nie odnosiły się do oceny stanu chorego i decyzji diagnostycznych czy terapeutycznych (8 proc. dokumentacji).

Karty informacyjne z leczenia szpitalnego

- W odniesieniu do kart informacyjnych stwierdzano:
 - brak ich wydania w dniu wypisu pacjenta (prawie 10 proc.),
 - brak znaczących informacji, w tym dotyczących leczenia farmakologicznego, a także daty zabiegu chirurgicznego (7 proc.),
 - dane nieczytelne dla pacjenta, w tym przede wszystkim zapisy w języku łacińskim (7 proc.).

Tymczasem karta informacyjna jest dokumentem wydawanym pacjentowi. Powinna ona zatem zawierać szczegółowe informacje na temat leczenia zapisane w sposób czytelny, a także zalecenia dotyczące dalszego postępowania. W związku z powyższym karta ta musi zostać wydana w dniu wypisu.

Jakość udokumentowania udzielania świadczeń i opieki na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii

Materiał badany stanowiło 51 dokumentacji z 3 ośrodków.

Udokumentowanie świadczeń przedstawionych do rozliczenia z wykorzystaniem punktacji TISS-28

Stwierdzono, że w wielu przypadkach nieprawidłowo udokumentowano wskazaną do rozliczenia wartość punktową odpowiadającą realizacji czynności określonych poprzez skalę TISS-28. Zastrzeżenie to odnosi się najczęściej do sposobu sporządzania dokumentacji, nie zaś wykonania czynności. Niejasne i nieczytelne udokumentowanie charakteryzuje bowiem czynności z zakresu monitorowania stanu zdrowia pacjenta, bilansu płynów, opatrunków itp.

„Nieczytelny opis zabiegu stanowi zagrożenie w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta i konieczności podjęcia interwencji terapeutycznych, np. reoperacji”

Foto: iStockphoto

Karty zleceń

Wśród kart zleceń 30 proc. nie zawierało kompletnego oznaczenia poprzez dane osoby ordynującej i realizującej zlecenia. Nie jest zatem możliwe jednoznaczne określenie, który lekarz zlecał farmakoterapię oraz kto realizował zlecenia. W 7 proc. wypadków stwierdzono, że nieczytelne były nazwy oraz dawkowanie produktów leczniczych.

Adnotacje i autoryzacje

W odniesieniu do ponad jednej trzeciej dokumentacji stwierdzono, iż wpisy z zakresu codziennej oceny stanu zdrowia oraz realizowanych świadczeń nie były sporządzane lub też ich treść była lakoniczna. Nie odnoszono się zatem do sprawowanej nad pacjentem całodobowej opieki właściwej dla hospitalizacji jako trybu udzielania świadczeń.

Ponad 30 proc. dokumentów nie zostało prawidłowo oznaczonych danymi osób realizujących świadczenia opieki zdrowotnej. Do prawidłowej autoryzacji należy wskazanie imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu. Dodatkowo każdy wpis musi zostać oznaczony podpisem. Tymczasem w odniesieniu do części dokumentów nie dokonywano autoryzacji w żadnej formie, a w wypadku pozostałych autoryzacja nie była kompletna.

Karty informacyjne

Na kartach informacyjnych nie odnotowywano przede wszystkim wymaganych informacji w zwią-



ku z zakończeniem hospitalizacji z powodu zgonu pacjenta, w tym danych o wykonaniu sekcji zwłok czy trzech przyczyn zgonu. Audytorzy mieli podstawy do stwierdzenia, że pacjentom nie wydawano kart w dniu wypisu, na co wskazywała obecność trzech egzemplarzy karty czy też data sporządzenia późniejsza niż data zakończenia hospitalizacji.

Podsumowanie statystyki badanego materiału

W analizie audytów dokumentacji medycznych sporządzanych w związku z udzielaniem świadczeń w warunkach szpitalnych uwzględniono 965 historii choroby. Wśród analizowanych dokumentacji nie było historii choroby pozbawionej uchybień związanych z jej sporządzaniem.

Odnutowywano przede wszystkim nieprawidłowości formalne (niezgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.) dotyczące sposobu ich sporządzania i prowadzenia. Wynikały one przede wszystkim z niezajomości prawa i niedostosowania formularzy historii choroby do wymogów rozporządzenia. Stwierdzano też uchybienia związane z jakością wpisów, ich nieczytelnością, brakiem zgód na leczenie operacyjne etc.

W 61 proc. dokumentacji dokonywano licznych wpisów bez odpowiedniej autoryzacji, co powoduje, że nie można określić danych osoby dokonującej wpisu, a zatem również odpowiedzialności z tym związanej. Stanowi to uchybienie względem § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w spra-

wie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm. Braki w autoryzacjach dotyczyły najczęściej kart obserwacyjnych, kart monitorowania, kart czynności pielęgniarskich, kart zleceń, obserwacji lekarskich, kart czynności przedzabiegowych, kart przebiegu znieczulenia. Wzory powyższych dokumentów często nie przewidywały obowiązku autoryzacji każdego wpisu, a niezajomość prawa skutkowała brakiem oznaczania formularzy poprzez dane oraz podpis osoby sporządzającej.

W prawie 30 proc. analizowanych w 2012 r. dokumentacji znajdowano nieczytelne wpisy. Były to przede wszystkim adnotacje lekarskie dotyczące stanu pacjenta oraz udzielonych świadczeń w każdym dniu hospitalizacji. W związku z tym nie jest możliwe dokonanie na podstawie sporządzonych dokumentacji kompletnej analizy procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Wiele nieczytelnych zapisów dokonywano również podczas konsultacji specjalistycznych.

W wypadku 7 proc. hospitalizacji nieczytelne zapisy dotyczyły badania przedmiotowego i podmiotowego przy przyjęciu pacjenta. Tymczasem zapisy te mają kluczowe znaczenie przy ustalaniu planu leczenia oraz stanowią punkt odniesienia przy ocenie efektu końcowego hospitalizacji.

Nieczytelność dokumentacji dotyczyła również takich elementów, jak opis zabiegu oraz zgoda na zabieg chirurgiczny (opisane szerzej w rozdziale poświęconym dokumentacji na oddziałach zabiegowych). W związku z codzienną realizacją świadczeń w trybie hospitalizacji w dokumentacji medycznej powinny się znajdować wpisy personelu medycznego wskazujące na ocenę stanu pacjenta oraz zrealizowane świadczenia.

W ponad połowie analizowanych dokumentacji (51,3 proc.) sporządzanie adnotacji budziło zastrzeżenia. W 36 proc. wypadków stwierdzono wybiórczość wpisów odnoszących się do codziennych obserwacji pacjentów. W odniesieniu do wielodniowych hospitalizacji sporządzano bowiem jedynie pojedyncze wpisy. W licznych dokumentacjach nie było wpisów z pierwszego dnia pobytu pacjenta na oddziale. Wpisy te odnoszą się wyłącznie do stanu pacjenta w związku z kwalifikacją do leczenia na oddziale szpitalnym. Nie wskazują zaś na udzielone w tym dniu świadczenia. Dodatkowo 16 proc. wpisów charakteryzował brak szczegółowości, tj. nie było w nich odniesienia do stanu pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń. Wielokrotnie dokonywano zapisów: *stan bez zmian*, *stan jw.*, *status idem*.

Dodatkowo w pojedynczych wypadkach nie było w historii choroby elementów dokumentacji pielęgniarskiej, choć świadczenie szpitalne obejmuje również proces pielęgniacyjny. Wśród kart zleceń stwierdzano przede wszystkim brak dostosowania formularzy kart do obowiązku każdorazowej autoryzacji zlecenia.

Zgodnie z § 18 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakre-

„ Poszczególne adnotacje odnoszą się do czynności, opisów działań, ale również zawierają dane dotyczące stanu zastanego przez personel leczniczy ”

su dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm. wpisów w karcie zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowadzący lub sprawujący opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia zamieszcza osoba wykonująca zlecenie. Jednocześnie w myśl § 4 ust. 2 *Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.* Do oznaczenia należą: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu i podpis.

Karta zleceń powinna zatem uwzględniać czytelny zapis nazwy produktu leczniczego wraz z jego dawką, potwierdzenie dokonania każdego zlecenia przez lekarza (poprzez podpis wraz z danymi identyfikacyjnymi) i potwierdzenie realizacji każdego zlecenia przez personel realizujący zlecenia, np. personel pielęgniarski (poprzez podpis wraz z danymi identyfikacyjnymi).

Tymczasem w 30 proc. kart zleceń nie było właściwej autoryzacji wpisów. Najczęściej uchybienie to dotyczyło stosowania autoryzacji całościowych i wyłącznie skróconej formy podpisu (tzw. parafki) bez wskazania pozostałych danych identyfikacyjnych. Tym samym nie można określić danych personalnych osób prowadzących farmakoterapię. Co więcej, część dokumentów zawierających wymagane formy autoryzacji stawała się przez to nieczytelna z uwagi na nakładanie się na siebie poszczególnych autoryzacji. Świadczy to przede wszystkim o złej jakości stosowanych formularzy kart zleceń. Dodatkowo prawie w 15 proc. kart zleceń nieczytelne były zapisy nazw produktów leczniczych, na których podstawie podawano pacjentom leki. A to może się wiązać z zagrożeniem wystąpienia pomyłki w zakresie prowadzonej farmakoterapii.

Analizując dokumentację medyczną, zaobserwowano liczne nieprawidłowości związane ze sporządzaniem kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, a zatem dokumentu wydawanego pacjentowi po zakończeniu hospitalizacji. W 5,5 proc. wypadków stwierdzono przesłanki wskazujące, że nie wydano pacjentowi karty w dniu wypisu. Daty sporządzenia kart były bowiem późniejsze niż dzień wypisu, co wskazuje, że karta nie została sporządzona w związku z zakończeniem hospitalizacji i wydana pacjentowi. Rozbieżność dat w niektórych wypadkach to nawet 10 dni. Tymczasem karta

informacyjna zawiera np. zalecenia dotyczące dalszego leczenia czy wskazówki odnoszące się do pielęgnacji pacjenta, niezbędne w trakcie rekonwalescencji. Nadto może być ona konieczna w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia chorego. W części dokumentacji nie było kopii karty informacyjnej, co może budzić wątpliwość, czy w ogóle została ona wydana.

Prawie w 6 proc. kart informacyjnych nie było znaczących informacji z przebiegu leczenia. Do najczęściej pomijanych należą dane o stosowanych produktach leczniczych, a także daty zabiegów. 11 proc. kart nie autoryzowano w prawidłowy sposób. Zgodnie z prawem, karta powinna być sygnowana autoryzacją lekarza wypisującego oraz kierującego oddziałem. Tymczasem w większości wypadków karty nie miały autoryzacji lekarza kierującego oddziałem. Zaobserwowano też rozbieżności między danymi w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego i dokumentacją medyczną (3 proc. wypadków). Rozbieżność ta dotyczyła przede wszystkim dat hospitalizacji i rozpoznanych jednostek chorobowych.

W trakcie analiz stwierdzono też pojedyncze wypadki obecności w historii pacjenta elementów dokumentacji innego chorego, co może prowadzić do niewłaściwej interpretacji stanu pacjenta na podstawie dokumentów, które go nie dotyczą. Ponadto w sytuacji udostępniania dokumentacji medycznej na wniosek chorego może dojść do naruszenia ochrony danych osobowych innej osoby.

Podsumowanie

Tak liczne nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej mogą i często skutkują nie tylko konsekwencjami podczas kontroli NFZ, lecz także zdarzeniami niepożądanymi. Głośne medialnie przypadki związane z usunięciem niewłaściwego narządu czy nieprawidłowym przebiegiem leczenia mogą być związane ze złym zbieraniem i przetwarzaniem informacji medycznej. Można by powiedzieć, że powodem jest brak informatyzacji, jednak wydaje się, że najważniejszy jest nawyk tworzenia dokumentacji oraz staranność. Bez względu na to, jakiego narzędzia będziemy używać do jej tworzenia, zawsze decydujące będzie to, czy dokładamy należytej staranności do dokumentowania świadczenia.

Zagrożenia wynikające z nieprawidłowości można by długo wyliczać. Jednak jeśli bezwzględnie czytać regulacje prawne dotyczące skutków kontroli prowadzonych przez NFZ, duża część płatności za świadczenia może być podważona. Warto przypomnieć, że w wypadku nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej płatnik może nałożyć karę w wysokości do 1 proc. wartości kontraktu, a w wypadku niemożności zweryfikowania rodzaju udzielonego świadczenia ma prawo żądać zwrotu zapłaconych pieniędzy.

Rafał Janiszewski