

Niskie loty dokumentacji medycznej

Więcej pisaniny niż roboty

Jarosław J. Fedorowski

Kiedyś w medycynie było tak: „to, co robimy, możemy udokumentować”. Teraz: „to, co robimy, powinniśmy udokumentować”. Niedługo będzie tak: „to, co robimy, musimy udokumentować”, bo inaczej będzie się uważać, że tego nie zrobiliśmy. Karykaturalne będzie stwierdzenie: „przede wszystkim dokumentujemy, a co naprawdę robimy, nie ma większego znaczenia”.



Niedawno na konferencji usłyszałem o planach wprowadzenia elektronicznej historii choroby w szpitalach. Lepiej późno niż wcale, bo organizacja i sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalach woła o pomstę do nieba.

Zaczyna się od studiów

Na studiach lekarskich jest wiele przedmiotów mało przydatnych w praktyce klinicznej (biofizyka, chemia organiczna, historia medycyny itd.), a nie ma możliwości praktycznego nauczania się prowadzenia dokumentacji. Jest to wynikiem zacofanego, od dziesięcioleci niezmiennego systemu nauczania. Każdy, kto przejdzie się po szpitalu uniwersyteckim, zobaczy stadka studentów przemieszczających się po korytarzach, siedzących przed gabinetami mistrzów, uczestniczących w obchodach szefa szefów wraz ze świtą albo grupkami badających pacjentów. Studenci medycyny w Polsce, nawet najwyższych lat, nie uczestniczą w prowadzeniu pacjentów, nie uczą się prowadzić dokumentacji, ba, do dokumentacji nie są dopuszczani. A czy ktoś kiedykolwiek widział notatkę w historii choroby podpisaną przez studenta medycyny (oczywiście powinna być wtedy kontrasygnata lekarza prowadzącego)? Słyszałem ostatnio z ust członka władz jednej z polskich uczelni, że „nie da rady tego zmienić, bo studenci nie mają prawa wykonywania zawodu”. Reasumując: absolwent polskiej uczelni medycznej nie ma jednej z podstawowych umiejętności związanej z pracą przy pacjencie – nie umie prowadzić dokumentacji medycznej.

Zło konieczne

Obecna formuła wkrótce odejdzie do lamusa. I dobrze, bowiem staż podyplomowy przebiega u nas bardzo różnie – nie ma standardu, nie ma uporządkowanego programu, nie ma także stanowiska dyrektora stażu i desygnowanych lekarzy nauczycieli. Stażystom przyświeca motto „radź sobie sam”. Ponieważ prowadzenie dokumentacji medycznej jest zajęciem mało godnym lekarza specjalisty, a przy tym niezmiernie uciążliwym i nieefektywnym, ciężar ten zrzucono na barki najmłodszych. Często widzimy dokumentację medyczną pacjenta przebywającego przeszło dwa tygodnie w dużym szpitalu klinicznym, w której nie ma ani jednego wpisu kierownika, nawet jeśli osobiście był zaangażowany w istotne etapy terapii. Młody lekarz nabiera więc przeświadczenia, że prowadzenie dokumentacji jest złem koniecznym, a uzyskanie kolejnych stopni naukowych gwarantuje uwolnienie od tej przykrości. Uważam, że wielką winę za cały ten bałagan ponosi organizacja prowadzenia dokumentacji medycznej w naszym kraju.

Wzór sprzed pół wieku

Każdy, kto odwiedzi dyżurkę lekarską w szpitalu (z bardzo nielicznymi wyjątkami szpitali medycznie

cyfrowych), zobaczy dosłownie walające się papiery. Naczelne miejsce zajmuje wśród nich dokument zwany historią choroby. Jest to najczęściej czterostronicowa okładka, której wzór nie zmienił się chyba od 50 lat! Na pierwszej stronie znajdują się liczne dane osobowe pacjenta (w zbieraniu nadmiernych danych, co jest przy okazji niezgodne z ustawą o ochronie danych osobowych, jesteśmy mistrzami świata: imię ojca, imię matki, numer dowodu, kto wydał itd.). Następnie jest rubryka z rozpoznaniem, która ma być podpisana przez lekarza przyjmującego. Konia z rzędem temu, kto określi tok myślenia lekarza przyjmującego, który doprowadził do tych rozpoznań. Takiej rubryki, czyli miejsca na kluczową przecież diagnostykę różnicową i dyskusję problemową, szczególnie w przypadkach nieco bardziej skomplikowanych, nie ma w całej histo-

„ Na studiach lekarskich jest wiele przedmiotów mało przydatnych w praktyce klinicznej (biofizyka, chemia organiczna, historia medycyny itd.), a nie ma możliwości praktycznego nauczania się prowadzenia dokumentacji ”

rii choroby. Poza tym przy przyjęciu stawia się często diagnozy o charakterze podejrzewanym, a niestety ta rubryka po wypełnieniu zazwyczaj sugeruje ustalone już rozpoznania. Poza tym nie ma miejsca na bardziej dokładne opisanie rozpoznania (np. podanie wyniku ostatniego badania echokardiograficznego przy rozpoznaniu niewydolności serca albo wyniku ostatniej spirometrii przy rozpoznaniu zaostrenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) ani takiego zwyczaju. Na stronie drugiej znajduje się miejsce na tzw. badanie podmiotowe oraz przedmiotowe. Moim zdaniem są to pojęcia historyczne, tradycyjne i nienowoczesne. W tym miejscu powinno się zastosować szablon wysokiej jakości oceny przyjmowanego pacjenta. Powinien on się składać z określenia skargi głównej słowami pacjenta. Następnie należy opisać przebieg dolegliwości.

Kolejnym etapem powinna być tzw. historia medyczna (najlepiej pisana systemowo, a więc po kolei układami narządów, zaczynając od tego, którego najprawdopodobniej dotyczy skarga główna). Najlepiej gdyby właśnie w tym miejscu znajdowała się historia chirurgiczna, np. przy chorobie wieńcowej można dopisać stan po pomostowaniu tętnic wieńcowych. Na-



„Często widzimy dokumentację medyczną pacjenta przebywającego ponad dwa tygodnie w szpitalu klinicznym, w której nie ma ani jednego wpisu kierownika, nawet jeśli osobiście był zaangażowany w istotne etapy terapii”

stępnie musi być zamieszczony wywiad socjalny oraz rodzinny, potem uczulenia i lista aktualnie przyjmowanych leków. Ewenementem jest, że w historiach choroby nie znajdziemy tej jakże ważnej rubryki. A na końcu wywiadu warto przeprowadzić tzw. przegląd systemów, czyli krótkie określenie występowania dolegliwości ze strony 10–12 układów (np. krążenia, oddechowego, pokarmowego itd.). Przegląd systemów nie istnieje w świadomości polskich lekarzy ani w dokumentacji medycznej, a jest to świetne narzędzie do wyłapania lub udokumentowania braku problemów ze strony różnych części organizmu. Po wywiadzie (czyli faktycznej historii choroby) następuje rubryka dotycząca badania fizykalnego. W tym wypadku akurat jesteśmy po stronie przesady, jakoś nie możemy się pogodzić z tym, że ze względu na postęp technologii medycznych skuteczność badania fizykalnego stale spada. Nie znaczy to, że nie należy pacjenta badać i tego dokumentować, ale powinno się stosować szablony, a treść nie powinna być przesadnie rozbudowana (ach, to opukiwanie serca – sztuka dla sztuki, a echokardiogram i tak trzeba zrobić, i na ogół jest on dostępny prawie przyłózkowo). Szablon, który określa podsta-

wowe objawy prawidłowe oraz pozwala na określenie istotnych objawów patologicznych, z kratkami do potwierdzenia oraz przekreśleniami do zaprzeczenia, wydaje się optymalny. Po badaniu fizykalnym powinna być rubryka dotycząca wyników badań dodatkowych: laboratoryjnych, obrazowych i innych. Takiej rubryki w naszych historiach nie ma, a na pytanie, jak zinterpretował i czy w ogóle widział je lekarz przyjmujący, odpowiedź zna (jeśli pamięć nie zawodzi) tylko ten lekarz. Następnym elementem, ważnym szczególnie w wypadku pacjentów bardziej chorych i z kilkoma dolegliwościami, jest tzw. analiza problemowa. Lekarz przyjmujący identyfikuje problemy medyczne w postaci rozpoznań lub objawów, prowadzi dyskusję dotyczącą uzasadnienia swoich diagnoz, formułuje plan dalszej diagnostyki i terapii, a także ocenia prognozę. Są dwa sposoby prowadzenia analizy problemowej. Pierwszy polega na sporządzeniu listy w kolejności ważności poszczególnych problemów według lekarza przyjmującego, a drugi – na podejściu systemowym, czyli wymienieniu wszystkich układów narządów i dotyczących ich problemów wymagających diagnostyki i leczenia. Na końcu warto umieścić rubrykę „uwagi”, w której lekarz zaznaczy, że w miarę możliwości przedyskutował z pacjentem plan leczenia i uzyskał jego zgodę. Oczywiście zgodę na zabiegi inwazyjne należy dokumentować osobno.

Zlecenia jak drzewiej bywało

Kolejnym elementem dokumentacji medycznej jest tzw. karta zleceń lekarskich. Jej wzór nie zmienił się od wielu lat, jest to najczęściej popieczętowana we wszystkich możliwych miejscach kartka bez szablonów np. dotyczących sposobu czy częstości podania leku. Leki zapisuje się różnymi nazwami, mieszają się nazwy międzynarodowe z handlowymi. Na karcie są różne niewystandaryzowane strzałki i symbole. Osobnym problemem są skróty, np. dotyczące drogi czy częstości podania leków. O skrótach w dokumentacji medycznej piszę poniżej. Obecny sposób prowadzenia karty zleceń lekarskich w naszych szpitalach, moim zdaniem, jest niezwykle niebezpieczny z punktu widzenia ryzyka działalności medycznej. Chyba jedynym i z pewnością bezpiecznym sposobem na zlecenia lekarskie jest system w pełni komputerowy. Ten z kolei powinien być połączony z systemem *unit dose* i zautomatyzowanymi apteczkami oddziałowymi. Droga do standaryzacji wydaje się więc dość długa. Rozwiązaniem pośrednim może być szablonowa karta zleceń, a szczególnie ciekawym wyjściem są tzw. szablony terapeutyczne, gdzie dla najczęstszych problemów istnieją szablony lekowe, np. szablon zleceń lekarskich w przypadku ostrego zespołu wieńcowego. Podobne szablony powinno się stosować wobec zleceń na badania dodatkowe, zupełnie niepotrzebne są w takim przypadku papierowe, tak bardzo zabierające czas skierowania i druczki.

Fruwające papiery

Chyba największym problemem jest różnorodny ich format. W prawie każdym szpitalu inny, prawie każdy druk inny. Najtrudniej odnaleźć zazwyczaj kluczową informację, czyli datę i godzinę badania. Wszystkie te druki są w przeróżny sposób wpinane do historii choroby (czterostronicowa historia, którą opisałem powyżej, pełni często funkcję okładki). Dokumenty są wklejane (klejem lub taśmą klejącą!), mocowane spinaczem ręcznym (łatwo wypadają) albo spinaczem mechanicznym (trzeba wyrywać do przełożenia w inne miejsce lub do kopiowania). Jakoś prawie nikt nie wpadł na pomysł, aby zastosować jako okładkę skoroszyt z metalowymi kółkami spinającymi wewnątrz, a wszystkie dokumenty produkować w formacie A4, ewentualnie o połowę mniejszym. Każda kartka powinna być odpowiednio podziurkowana i umieszczona w odpowiedniej zakładce wyróżnionej kolorem, zakładki mogą być np. następujące: wywiad i badanie lekarskie, procedury lekarskie, zlecenia lekarskie, wywiad i badanie pielęgniarskie, badania laboratoryjne, badania obrazowe, EKG, dokumenty identyfikacyjne, ubezpieczeniowe i zgody pacjenta. Po wypisie wszystkie zakładki oraz skoroszyt służą następnemu pacjentowi, a dokumenty wypisanego spina się w okładkę papierową.

Statusy

Pisanie obserwacji lekarskich, znanych także jako statusy, powinno spoczywać na lekarzu prowadzącym i być prowadzone codziennie. Status nie może się ograniczać do stwierdzeń typu „stan dobry”, „poprawia się”. Status to odzwierciedlenie, a zarazem wskazówka dla innych lekarzy, szczególnie dyżurnych. Status to uwieńczenie codziennej wizyty lekarskiej. Najlepszy byłby status w formie elektronicznej, ale zanim tak go będziemy prowadzić, powinniśmy ustalić jego standard. Moim zdaniem, konieczna jest zawsze data i dokładna godzina (godzina jest bardzo ważna, także z punktu widzenia medyczno-prawnego, a prawie nigdy nie występuje w naszej dokumentacji). Nie ma po prostu takiego zwyczaju i tyle. Dobre są szablony statusów dla różnych specjalności, powinno na nich być zawsze miejsce na parametry życiowe, skargi subiektywne pacjenta, objawy obiektywne, w tym krótkie badanie fizykalne, szablon wyników podstawowych badań oraz miejsce na aktualną listę problemów medycznych z planami ich rozwiązywania. Wpisu powinien dokonać lekarz prowadzący, a jeśli robi to stażysta czy rezydent – konieczny jest podpis lekarza prowadzącego (zawsze samodzielnego specjalisty), który ewentualnie dodaje swoje uwagi. Tutaj przyznaję jako przeciwnik pieczętkarstwa, które kojarzy mi się z PRL, że w wersji papierowej prowadzenia wywiadu i statusów jestem akurat za pieczętką. W wersji elektronicznej oczywiście sprawa jest jasna, a i godziny wpisów same się ujawniają.



foto: iStockphoto.com

„Moja największa obawa związana z wprowadzaniem EDM w polskich szpitalach dotyczy skopiowania dotychczasowych, zacofanych sposobów prowadzenia dokumentacji papierowej do systemu elektronicznego”

Karta wypisowa

Jej wzór nie zmienił się od wielu lat, może z wyjątkiem odejścia od języka łacińskiego. W zasadzie wszystkie jej elementy są OK, należałoby zawsze wpisywać rozpoznania, zaznaczając, które jest rozpoznaniem głównym. Definicja rozpoznania głównego powinna być następująca: jest to rozpoznanie, które po wykonaniu badań oraz procedur lekarz prowadzący uznaje za przyczynę hospitalizacji. Następnie umieszcza się wyniki badań (często cały oryginalny tekst). Największą słabością obecnego dokumentu jest epikryza oraz lista zaleceń poszpitalnych. Epikryza jest zazwyczaj bardzo lakoniczna, zawiera schematyczne zwroty, np. pacjent przyjęty, ustalono rozpoznania, zastosowano leczenie, wypisany z poprawą. Lista leków nie spełnia żadnych standardów, stosuje się naprzemiennie nazwy międzynarodowe i handlowe, dawki określa się czasem w jednostkach wagi, a czasem w jednostkach handlowych, z użyciem niestandardyzowanych skrótów (np. 1 × 1 albo 1 × 2). Kwestie dalszego leczenia są określone bardzo enigmatycznie – brak umieszczenia nazwiska lekarza POZ i jego danych kontaktowych jest

„Każdy, kto odwiedzi dyżurkę lekarską w szpitalu (z bardzo nielicznymi wyjątkami szpitali medycznie cyfrowych), zobaczy dosłownie walające się papiery. Wśród nich naczelne miejsce zajmuje dokument zwany historią choroby”

jednym z dowodów na brak kultury ciągłości leczenia, a o automatycznym wysyłaniu kopii wypisu, a tym bardziej o jakimkolwiek liście referencyjnym (tak powszechnym w Niemczech czy Anglii) do lekarza POZ można zapomnieć. Ustalenie konkretnych terminów wizyt kontrolnych jest zazwyczaj dokumentowane jako leżące w gestii pacjenta (zgłosi się z wypisem do poradni...). A jeśli pacjent ma po wypisie pytania, najczęściej nie znajdzie na karcie wypisowej informacji, która pozwoli skontaktować się z lekarzem prowadzącym. W wypadku dokumentacji elektronicznej można także wprowadzać szablony, a np. listę leków importować z zakładki zleceń lekarskich.

Skróty w dokumentacji medycznej

Z punktu widzenia bezpieczeństwa istotne jest, aby dokonać standaryzacji skrótów medycznych. Jestem wielkim entuzjastą skrótów, tutaj mistrzami świata są akurat Amerykanie, jednak oni dokonali ich standaryzacji. Na przykład w dawkowaniu leków używa się odniesień co 4 h, co 6 h itd. lub BID (*bis in diem* – 2 razy dziennie) TID, QID. Problem jest w zasadzie rozwiązany, gdyż w przeważającej większości zlecenia i pozostała dokumentacja medyczna są tam już cyfrowe.

Kto powinien prowadzić dokumentację

Główną rolę odgrywa oczywiście lekarz prowadzący, ale nie widzę problemu, by część wywiadu dotyczącego przyjmowanych leków w domu czy też używek była wpisywana przez lekarzy rezydentów, stażystów lub nawet pielęgniarki. We wpisywaniu statusów mogą uczestniczyć studenci, a w szpitalach klinicznych można wprowadzić do historii choroby dokument pod nazwą „wywiad i badanie przez studenta medycyny”. Takie rozwiązanie z pewnością poprawi praktyczną sprawność przyszłego lekarza. Większą rolę powinny odgrywać pielęgniarki, one wpiszą parametry życiowe (przyłożkowa karta gorączkowa to średniowiecze!), leki przyjmowane w domu i opis swojej oceny pacjenta. Udział sekretarki medycznej powinien być możli-

wie największy, ideałem jest sekretarka – transkrypcjonistka medyczna, która zastąpi personel medyczny we wprowadzaniu danych opisowych. Marzeniem są systemy rozpoznawania mowy, które niestety jeszcze raczkują, zresztą nie tylko w naszym kraju.

Ważne drobiazgi

Zwracam uwagę na konieczność opatrywania datą oraz dokładną godziną każdego wpisu w dokumentacji. Podpis i niestety w wypadku dokumentacji papierowej pieczęć są niezbędne. Powinniśmy używać tylko kartek z logo szpitala i je numerować – to akurat zadanie dla sekretarek medycznych. Niedopuszczalne jest wpisywanie statusów w sposób niechronologiczny. Istotne jest dokumentowanie przyczyn zlecenia badań inwazyjnych oraz procedur medycznych. Proste i tanie sposoby zapobiegania „wyfruwananiu” dokumentacji z historii, jak skoroszyt kołowy oraz kolorowe zakładki, oszczędzają czas personelowi medycznemu i są kosztowo efektywne. Co ciekawe, systemy elektronicznego rekordu medycznego mogą potem kopiować wygląd takiej teczki, co ułatwia przejście z dokumentacji papierowej na elektroniczną coraz starszemu personelowi medycznemu. Dobra dokumentacja medyczna pozwoli na wyrzucenie wszelkiego typu książek raportowych (np. oldskulowy raport z dyżuru lekarskiego), od których aż roi się w naszych szpitalach. Konieczne jest także wyeliminowanie duplikatów, czyli wpisywania tej samej rzeczy w kilku miejscach (np. transfuzja krwi).

Obawy i apel do decydentów

Moja największa obawa związana z wprowadzaniem elektronicznej dokumentacji medycznej w polskich szpitalach dotyczy skopiowania dotychczasowych, zacończonych sposobów prowadzenia dokumentacji papierowej do systemu elektronicznego. Obawiam się też, że decydenci implementujący dokumentację elektroniczną mogą nie kierować się zasadą, że każda czynność, którą może bezpiecznie wykonać osoba o niższych kwalifikacjach, powinna być do takiej osoby delegowana. Pisałem kiedyś na łamach „Menedżera Zdrowia” („Uwolnijmy lekarzy od kwitków”) o konieczności odbarczenia lekarzy od czynności sekretarskich.

Oby decydenci szczególnie wzięli pod uwagę głos środowiska medycznego, a także – co bardzo ważne – środowiska pracodawców i menedżerów ochrony zdrowia. Tworzenie standardów dokumentacji medycznej nie może być jednostronne. Z tego miejsca apeluję więc do odpowiedzialnych urzędników z MZ oraz CSIOZ o dobre konsultacje w kwestii standardów elektronicznej dokumentacji medycznej ze wszystkimi interesariuszami systemu.

Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali, gubernatorem i członkiem Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, specjalistą chorób wewnętrznych, kardiologii oraz koordynowanej ochrony zdrowia.