

Dokumentacja medyczna

Biuletyn bezpieczeństwa

Kiedy luki w dokumentacji utrudniają naukę

Podczas intensywnej popołudniowej zmiany u pewnego pacjenta wystąpił nieoczekiwany epizod ciężkiego niedociśnienia, w wyniku którego stracił przytomność. Zespół ośrodka zareagował natychmiast, podjął odpowiednie działania, dzięki czemu stan pacjenta ostatecznie się ustabilizował i mógł on bezpiecznie zakończyć sesję.

Jednak podczas przeglądu bezpieczeństwa po zdarzeniu analizujący napotkał duże trudności. Z rozmów z członkami zespołu stacji wynikało, że u pacjenta wystąpiło ciężkie niedociśnienie. Mimo tego w dokumentacji medycznej nie było żadnych adnotacji dotyczących parametrów życiowych pacjenta w określonym momencie. Znalazła się tam tylko informacja o ciśnieniu z początku leczenia (140/80 mmHg) oraz luźny późniejszy zapis o ciśnieniu wynoszącym „120/80”. Nie był wskazany czas tego pomiaru, nie można było prześledzić trendu zmian. W toku dalszych wyjaśnień okazało się także, że wszystkie parametry życiowe pacjenta z danej zmiany były zapisywane zbiorczo w przybliżonych odstępach czasowych (np. o 13.00, 14.00, 15.00). Część odczytów zostało też zapisanych przy użyciu zaokrąglonych przybliżeń zamiast dokładnych wartości.



Dobra dokumentacja to nie tylko formalności; to głos historii naszych pacjentów, gdy spoglądamy wstecz, aby się uczyć, doskonalić i chronić ich.

Podane pacjentowi leki również nie zostały dokładnie odnotowane, a notatki pielęgniarek i lekarzy były lakoniczne i zawierały jedynie ogólne stwierdzenia: „Pacjent źle się czuł. Podjęto interwencję. Niskie ciśnienie krwi. Stan pacjenta stabilny”.

Z powodu braków w dokumentacji niemożliwe stało się ustalenie, czy można było podjąć wczesną interwencję, ani wyciągnięcie istotnych wniosków, które pozwoliłyby zapobiec podobnemu zdarzeniu w przyszłości.

Codzienne spotkania robocze

W tym miesiącu wykorzystajcie poniższe pytania podczas spotkań zespołowych:

- Jak ważna jest dokumentacja medyczna? Dlaczego niebezpieczne jest zaokrąglanie liczb lub stosowanie skrótów (np. „130/80”) zamiast rejestrowania dokładnych parametrów życiowych (np. 136/89)?
- Jak dokładne i aktualne są nasze zapisy dzisiaj? Czy dokumentujemy na bieżąco, czy też wprowadzamy dane zbiorczo pod koniec zabiegu?
- Zróbmy szybką samokontrolę: czy wszystkie dotychczasowe interwencje i podane leki z dzisiejszej zmiany zostały jasno i kompletnie udokumentowane?
- Czy nasze notatki rzeczywiście odzwierciedlają opiekę, jaką zapewniamy pacjentom, czy też są zbyt lakoniczne, by przedstawić pełny obraz naszych działań?

Spostrzeżenia i wnioski

Zapisuj dokładną chronologię

Parametry życiowe i wyniki badań tracą swój kontekst, jeśli nie wiemy dokładnie, kiedy zostały zmierzone. Unikaj wprowadzania danych zbiorczo w przybliżonych odstępach godzinowych. Zawsze dokumentuj dokładny czas każdego pomiaru.

Żadnych skrótów, tylko dokładne wartości

Każdy pomiar parametrów życiowych musi być dokładnie odnotowany. Nie należy używać skrótów, skrótów pisemnych ani zaokrąglonych wartości (np. zapis „130/80” zamiast rzeczywistego odczytu 136/82). Dokładne liczby mają kluczowe znaczenie dla rozpoznania trendów klinicznych.

Szczegółowo opisuj każdy lek i każdą interwencję

Zastanów się: „Czy bez kontekstu ja lub którykolwiek z moich współpracowników będzie w stanie przejrzeć moje notatki i zrozumieć, co się wydarzyło?”. Niejasne notatki, takie jak „podjęto interwencję”, zamazują kluczowe szczegóły kliniczne. Każda interwencja musi być jasno opisana wraz z konkretną reakcją pacjenta na te działania.