

სამედიცინო ჩანაწერების და კლინიკური დოკუმენტაციის წარმოების

მეთოდური რეკომენდაციები



სამედიცინო ჩანაწერების და კლინიკური დოკუმენტაციის წარმოების გაიდლაინი ¹

მიზანი

აღნიშნული გაიდლაინი ეხმარება დამეირავებლებს, ჯანდაცვის პოლიტიკოსებს, მენეჯერებსა და კლინიკურ კადრებს სამედიცინო პრაქტიკის წარმოებისა და პოლიტიკის დოკუმენტირებაში, რაც დემონსტრირებას უკეთებს პროფესიულ ვალდებულებებს, ანგარიშგებასა და სამართლებრივ მოთხოვნებს იმისათვის, რომ მოხდეს პაციენტის ჯანმრთელობის ინფორმაციასა და კლინიკური ინტერვენციების კომუნიკაცია საზოგადოების/სახელმწიფო ინტერესების გათვალისწინებით. მიღებული დირექტივაა, რომ ნებისმიერი/ყველა კლინიკური დოკუმენტაცია ყურადღებით უნდა იყოს განხილული გარკვეული ასპექტებით.

ძირითადი საკითხები:

- დოკუმენტაცია მოიცავს ყველა ფორმას, რომელსაც აწარმოებს ექიმი/ექთანი/ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალი (ფიზიოთერაპევტი, დიეტოლოგი და სხვ.), თავისი პროფესიული შესაძლებლობების ფარგლებში, განხორციელებულ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასთან დაკავშირებით.
- დოკუმენტაციის წარმოება და ჩანაწერების შენახვა კლინიკური პრაქტიკის ფუნდამენტური შემადგენელი ნაწილია. იგი დემონსტრირებას უკეთებს კლინიციის ანგარიშგებას და აღწერს მის პროფესიულ საქმიანობას.
- უწყვეტი და თანამედროვე (მუდმივად განახლებული) დოკუმენტაცია არის ჯანმრთელობის პროფესიონალებს შორის კომუნიკაციის საფუძველი, რომელიც ინფორმაციას იძლევა მიწოდებული მომსახურების, მკურნალობის, მოვლის გეგმის და გამოსავლების შესახებ.
- დოკუმენტაცია უნდა იყოს ნათელი, მოკლე, თანმიმდევრული, სწორი, ზუსტი, თანამედროვე (განახლებული), სრული, სრულყოფილი, კოლაბორაციული, პაციენტზე ორიენტირებული და კონფიდენციალური.
- დოკუმენტაცია უნდა იყოს პაციენტზე ფოკუსირებული და უნდა ემყარებოდეს პროფესიულ მეთვალყურეობასა და შეფასებას და არა უსაფუძვლო დასკვნებსა და პერსონალურ განსჯას.
- კლინიკურ პერსონალს უნდა შეეძლოს ინდივიდებთან/ჯგუფებთან ფორმალური და არაფორმალური კომუნიკაციური არხების გამოყენებით, კომპეტენტურად ეფექტური ურთიერთობების დამყარება და დოკუმენტაციის სიზუსტისა და კონფიდენციალობის შენარჩუნება.
- კლინიკური კადრი თავისი პროფესიული პრაქტიკის ჩანაწერებს/დოკუმენტაციას აწარმოებს და ინახავს პროფესიული პრაქტიკის სტანდარტების და ორგანიზაციის პოლიტიკის და პროცედურების შესაბამისად.

¹ გამოყენებული ლიტერატურა - Guidelines for Medical record and Clinical Documentation WHO-SEARD coding workshop September 2007

- დოკუმენტაცია ხშირად გამოიყენება პროფესიული პრაქტიკის შეფასების მიზნით, რომელიც არის ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმის ნაწილი, როგორცაა საქმიანობის შეფასება, აუდიტი, აკრედიტაციის პროცესები, ლეგალური ინსპექტირება და კრიტიკული შემთხვევების განხილვა.
- დოკუმენტირების სისტემამ უნდა დაამკვიდროს ინფორმაციის შესაბამისი გაზიარება მულტიდისციპლინებსა და გუნდის წევრებს შორის.
- ზუსტი და ყოვლისმომცველი დოკუმენტაცია ღირებული წყაროა მონაცემთა კოდირებისა და ჯანმრთელობის კვლევების ჩასატარებლად. ის, აგრეთვე, მტკიცებულებების ღირებული წყაროა რაციონალური დაფინანსებისა და რესურსების მართვის თვალსაზრისითაც.
- დოკუმენტაციაში აღნიშნული უნდა იყოს ორივე - კლინიკური პერსონალის აქტივობები და პაციენტის საჭიროებები და პასუხი იმ დაავადებასა და მომსახურებაზე, რომელიც მათ მიიღეს.
- კლინიკურ კადრს გააჩნია სამართლებრივი, პროფესიული და ეთიკური ვალდებულებები დაიცვან პაციენტის კონფიდენციალობა, რაც მოიცავს პაციენტების ჩანაწერების და დოკუმენტაციის კონფიდენციალობის შენარჩუნებასაც.
- სიფრთხილის დაცვა მართებთ კლინიციისტებს, რათა დარწმუნდნენ იმაში, რომ საინფორმაციო სისტემები (მ.შ. ელექტრონული) შესაფერისი, უსაფრთხო და დაცულია. მათ უნდა გააცნობიერონ აღნიშნული სისტემების გამოყენების პოტენციური რისკების არსებობა, კონფიდენციალობის დაცვისა და შენარჩუნების თვალსაზრისით.
- **მიღებული დირექტივაა, რომ ნებისმიერი/ყველა კლინიკური დოკუმენტაცია ყურადღებით უნდა იყოს განხილული გარკვეული ასპექტებით.**

პროფესიული დოკუმენტაცია:

პროფესიული დოკუმენტაცია მოიცავს ყველა ფორმას, რომელსაც აწარმოებს ექიმი/ექთან/ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალი თავისი პროფესიული შესაძლებლობების ფარგლებში განხორციელებულ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასთან დაკავშირებით. ის შეიძლება იყოს ქაღალდზე დაწერილი და/ან ელექტრონული ფორმით, აუდიო-ვიდეო ჩანაწერების, ელფოსტის, ფაქსიმილის, ფოტოს, დიაგრამის, სამეთვალყურეო ცხრილების და სხვ. სახით.

სხვა დოკუმენტები, რომელიც არ არის დაკავშირებული პაციენტთან

შესაძლოა, ასევე მნიშვნელოვანი იყოს სხვა დოკუმენტაცია, როგორც კლინიკური პრაქტიკის წარმოების მტკიცებულება და წარმოადგენს დამქირავებლის, მარეგულირებელი და ჯანმრთელობის ხელისუფლების ორგანოების, სასამართლოს, დამფინანსებელი ან საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ინტერესის სფეროს. მაგ.:

- პოლიტიკა, პროცედურები და პროტოკოლები
- კრიტიკული შემთხვევები, უსაფრთხოების ანგარიშები, პროფესიონალების ჯანმრთელობა
- სტატისტიკური და კვლევის მონაცემები

- მომსახურებასთან და დაფინანსებასთან დაკავშირებული ანგარიშები
- კადრების განრიგი
- პერსონალის პირადი საქმეები/ფაილები
- საქმიანობის შეფასება
- კლინიკური შეფასებები
- გამოქვეყნებული ანგარიშები/სტატიები

პროფესიული დოკუმენტაციის დანიშნულება

კომუნიკაცია

სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება/დოკუმენტირება არის ჯანმრთელობის პროფესიონალებს შორის კომუნიკაციის საფუძველი. ის ინფორმაციას იძლევა მიწოდებული მომსახურების, მკურნალობის, მოვლის გეგმის და გამოსავლების შესახებ და უნდა იყოს მუდმივად განახლებადი. დოკუმენტაციის წარმოება ხელს უწყობს ჯანმრთელობის პროფესიონალებს და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს გამოიყენონ თანამედროვე, თანმიმდევრული მონაცემები და მომსახურების მიზნები იმისათვის, რომ ხელი შეუწყოს მომსახურების უწყვეტობას. ნათელი, ზუსტი და ფაქტიური დოკუმენტაცია უზრუნველყოფს სანდო, პერმანენტული ჩანაწერების წარმოებას პაციენტის მომსახურების თაობაზე და არის ზუსტი ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის ისტორიის შესახებ.

ანგარიშგება

დოკუმენტაცია დემონსტრირებას უკეთებს კლინიცისტის საქმიანობას და აღწერს მის პროფესიულ პრაქტიკას. ის, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნას მომსახურების მიმწოდებლის პასუხისმგებლობის განსაზღვრისა და პრობლემების გადასაჭრელად და/ან იმის გასარკვევად, თუ რამდენად შეესაბამებოდა მიწოდებული მომსახურება პაციენტის საჭიროებებს. კლინიცისტის დოკუმენტაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნას საქმიანობის მართვასთან დაკავშირებულ, შიდა ორგანიზაციული საჭიროების და/ან ლეგალური პროცედურებისათვის (როგორცაა საჯარო ან სასამართლო კანონდარღვევა).

სამართლებრივი მოთხოვნები

ექიმმა/ექთანმა/ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალმა უნდა აწარმოოს და შეინახოს თავის პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებული დოკუმენტაცია პროფესიული სტანდარტებისა და ორგანიზაციული პროცედურული/პოლიტიკის მოთხოვნების შესაბამისად.

დოკუმენტაციის წარმოებასა და შენახვის წესების დარღვევის შემთხვევაში (აგრეთვე, დოკუმენტების გაყალბება, დაუსრულებელი და არაზუსტი დოკუმენტაცია, ხელის მოწერა დოკუმენტზე ან ისეთი დოკუმენტების გამოყენება, რომელიც ყალბი ან საეჭვოა) საქმე გადაეცემა არა პროფესიულ, არამედ მარეგულირებელ სამართალდამცავ ორგანოებს.

ხარისხის გაუმჯობესება

დოკუმენტაცია ხშირად გამოიყენება პროფესიული პრაქტიკის შეფასების მიზნით, რომელიც არის ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმის ნაწილი, მაგ.: კლინიკური საქმიანობის შეფასება, სამედიცინო აუდიტი, აკრედიტაციის პროცესები, ლეგალური ინსპექტირება და კრიტიკული შემთხვევების განხილვა. კლინიკურმა პერსონალმა აღნიშნული ინფორმაცია, შესაძლოა, გამოიყენოს თავისი პრაქტიკის შესაფასებლად და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ცვლილებების მოსახდენად.

კვლევა და განვითარება

სამედიცინო ჩანაწერები/დოკუმენტაცია არის ღირებული წყარო ჯანმრთელობის კვლევების მონაცემთა შესაგროვებლად. ის უზრუნველყოფს ინფორმაციას, რაც დაკავშირებულია კლინიკურ ინტერვენციებთან, გამოსავლების ევალუაციასთან, სამედიცინო მომსახურებასთან და არის კვლევის მონაცემებისა და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ზუსტი ჩანაწერი.

დაფინანსების და რესურსების მართვა

სამედიცინო ჩანაწერებიდან და კოდირებული დოკუმენტაციიდან ხელმისაწვდომი მონაცემები, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნას როგორც შესაფერისი ინსტრუმენტი პაციენტების საჭიროებების განსაზღვრის, მომსახურების მიწოდების მოთხოვნისა და მომსახურების ეფექტურობის შესაფასებლად. ნებისმიერ მიზეზს შეუძლია ზემოქმედება მოახდინოს დაფინანსებაზე და რესურსების განლაგებაზე. ინტერვენციების ზუსტი და ყოვლისმომცველი დოკუმენტაცია მტკიცებულებების ღირებული წყაროა რაციონალური დაფინანსებისა და რესურსების მართვის თვალსაზრისითაც.

დოკუმენტირების პრაქტიკის ხარისხის უზრუნველყოფა

ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი კომპანიის შესაქმნელად კლინიკურ კადრებს, სამედიცინო ჩანაწერების მწარმოებელ პერსონალს და მენეჯერებს, როგორც პარტნიორებს, გააჩნიათ გაზიარებული პასუხისმგებლობა და ლეგალური ანგარიშვალდებულება იმისათვის, რომ შექმნან და შეინარჩუნონ გარემო, რომელიც დაეხმარება კლინიციკებს პაციენტებისათვის ხარისხიანი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გამოსავლების უზრუნველყოფაში.

აღნიშნული დოკუმენტაციის წარმოების გაიდლაინი წაახალისებს დამქირავებლებს, სამედიცინო ჩანაწერების მწარმოებელ და კლინიკურ პერსონალს, იმისათვის რომ მოახდინონ სტრატეგიების, პოლიტიკისა და პროცედურების გაერთიანება, რათა გაძლიერდეს კომპანიის ეფექტური და ხარისხიანი დოკუმენტაციის წარმოების პროცესები.

დოკუმენტირების პრაქტიკის ხარისხის უზრუნველყოფა:

ორგანიზაციული მხარდაჭერა

- სამედიცინო ჩანაწერების ზუსტად და მოკლედ დოკუმენტირების პრაქტიკის მხარდამჭერი ეფექტური სისტემების განვითარება

- ეფექტური დოკუმენტაციის სისტემის, პრაქტიკის და პაციენტის ინფორმაციის მართვასთან დაკავშირებული შესაფერისი პოლიტიკისა და პროცედურების შექმნა
- რისკის მენეჯმენტის სტრატეგია, რაც ხელს უწყობს ეფექტური დოკუმენტაციის პრაქტიკის ჩამოყალიბებას (კრიტიკული შემთხვევების ანგარიშგების ჩათვლით)
- დოკუმენტაციის ტიპის შესაბამისად, ადექვატური დროის გამოყოფა და წინა ჩანაწერების გადახედვის შესაძლებლობა, რომელიც განიხილება როგორც მომსახურების ნაწილი.

ლიდერობა

- კლინიკური პერსონალის ჩართვა დოკუმენტირების სისტემის შერჩევის, დანერგვისა და ევალუაციის საკითხებზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესში
- ეფექტურ დოკუმენტირებასთან დაკავშირებული პროცესების ხარისხის გაუმჯობესების სისტემის დანერგვა
- დოკუმენტაციის, როგორც კლინიკური პრაქტიკის ინტეგრალური/ძირითადი ნაწილის და პროფესიული პასუხისმგებლობის დამკვიდრება

რესურსები

- შესაფერისი ფიზიკური გარემოს შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს და გაზრდის დოკუმენტაციის უსაფრთხოებას და კონფიდენციალობის დაცვას
- საიმედო, ხელმისაწვდომი და შესაბამისად შენახული აღჭურვილობა
- იმ გარემოს შესაბამისი დოკუმენტირების სისტემის არსებობა, რომელშიც ხორციელდება მომსახურების მიწოდება

პროფესიული განვითარება

- დოკუმენტირების სისტემასთან და მისი წარმოების პრაქტიკასთან დაკავშირებით კადრების შესაბამისი ორიენტაცია, ინფორმირება და განათლება
- საქმიანობის მართვის პროცესები, რომელიც იძლევა შესაძლებლობებს გაუმჯობესდეს დოკუმენტირების პრაქტიკა

კომუნიკაციის სისტემები

- დოკუმენტირების სისტემა, რომელიც ამკვიდრებს შესაფერისი ინფორმაციის გაზიარებას მულტიდისციპლინური გუნდის წევრებს შორის
- ინფორმაციის ეფექტური გაცვლა კონფიდენციალობის უზრუნველყოფის პირობებში
- ინტეგრირებული ჩანაწერების სისტემა, რომლის გამოყენებას შეძლებს ყველა დისციპლინაში მომსახურების მიმწოდებლები
- უსაფრთხო ელექტრონული მონაცემები და საჭიროების შემთხვევაში, ტრანსმისიის სისტემები
- პაციენტისათვის, მათი მომსახურების თაობაზე, ინფორმაციის მიღების შესაბამისი პროცედურები

ცვლილებებზე პასუხი

- ცვლილებების შესაბამისად დოკუმენტაციის სისტემებისა და პრაქტიკის შეცვლის შესაძლებლობა (მაგ.: მომსახურების ფორმის შეცვლის შესაბამისად, კანონმდებლობაში ცვლილებების საფუძველზე და სხვ.)
- სისტემები, რომლებიც პასუხობენ პაციენტის/პოპულაციის შეცვლილ საჭიროებებს

დოკუმენტირების პოლიტიკა

სამედიცინო დოკუმენტაციის ოფისის პერსონალი უნდა იყოს დარწმუნებული, რომ მას გააჩნია ნათელი და დოკუმენტირებული პოლიტიკა, პროცედურები და ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმები, რომელიც უნდა აკმაყოფილებდეს:

- დოკუმენტაციაზე სამართლებრივ მოთხოვნებს
- დოკუმენტაციის წარმოების მინიმალურ მოთხოვნებს
- დოკუმენტაციის ტიპს და ფორმატს (მისაღები დოკუმენტაციის ინსტრუმენტებს და ფორმებს)
- კლინიკური პერსონალის როლსა და პასუხისმგებლობებს დოკუმენტაციასთან მიმართებაში
- ორგანიზაციაში მიღებულ შემოკლებებს (შეთანხმებული მნიშვნელობის ჩათვლით)
- დოკუმენტის გაცემაზე პასუხისმგებლობის/ხელმოწერის ნებისმიერ მოთხოვნას (კომპანიის სახელით)
- დოკუმენტაციაზე ხელმისაწვდომობის, მისი შენახვის, დაარქივების, დაცვის მოთხოვნებს
- სიტყვიერი ბრძანების და სატელეფონო რჩევების/ინფორმაციის მიღების დოკუმენტირების მოთხოვნებს
- კონფიდენციალობისა და პრივატულობის მოთხოვნებს

დოკუმენტაციის წარმოებაზე მონიტორინგი

აუდიტის პროცესი არის რისკების სწორად მართვის ერთერთი აუცილებელი კომპონენტი, რომელიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მომსახურების სტანდარტის და ხარისხის მონიტორინგში, აგრეთვე, შესაძლებლობაა აწარმოოს ზუსტი და დასრულებული კოდირებული მონაცემები ხელმისაწვდომი დოკუმენტაციიდან და ჩანაწერებიდან. აუდიტის ინსტრუმენტები, შემუშავებული ლოკალურ დონეზე, დოკუმენტაციის სტანდარტების მონიტორინგის საფუძველზე ქმნის საფუძველს მიმოხილვისათვის. აუდიტის პროცესის დოკუმენტირების დროსაც, თანაბრად საჭირო პაციენტის ინფორმაციის კონფიდენციალობის დაცვა.

კომპანიას გააჩნია მოტივაცია შეიმუშაოს და დანერგოს შესაფერისი დოკუმენტირების პოლიტიკა და ჩაატაროს დოკუმენტაციისა და ჩანაწერების შენახვის რეგულარული აუდიტინგი და მონიტორინგი.

სამედიცინო მომსახურების მაღალი სტანდარტისა და კოდირების მაღალი ხარისხის შენარჩუნება დიდადაა დამოკიდებული დოკუმენტაციის სისრულეზე, სიზუსტესა და სანდოობაზე. ამდენად, აუდიტინგისა და მონიტორინგის პროცესები ფოკუსირებული უნდა იყოს აღნიშნული საკითხების ევალაციაზე.

დოკუმენტაციის ხარისხისა და სტანდარტებთან შესაბამისობაზე განხილვა უნდა შესაბამისობაში იყოს:

- დოკუმენტაციის წარმოების პოლიტიკასა და პროცედურებთან
- პროფესიული/ინდუსტრიის/სექტორის სტანდარტებთან
- მნიშვნელოვან სამართლებრივ აქტებსა და დოკუმენტებთან
- კომპანიის შიგნით დოკუმენტირების პრაქტიკასთან/მისი წარმოების თანმიმდევრულ გაგებასთან
- დოკუმენტირების განსხვავებულობის/არათანმიმდევრობის შემთხვევაში ხდებოდეს ნაპრალების იდენტიფიცირება
- კოდირების მოთხოვნებთან

დოკუმენტირების, როგორც მტკიცებულებების შემცველი ჩანაწერების განხილვა მოიცავს:

- დოკუმენტი იყოს განახლებული
- დოკუმენტი იყოს ფაქტიური და აუტენტიკური (ასახავდეს სინამდვილეს)
- დოკუმენტირება ეფუძნებოდეს მტკიცებულებებს და დაკვირვებებს (სიზუსტე)
- დოკუმენტირების წარმოება ხდებოდეს დროულად
- სამედიცინო მომსახურებას განხორციელებული აქტივობების ჩათვლით
- დოკუმენტაცია არის დასრულებული და სრულყოფილი ჩანაწერი

დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებული კლინიკური კომპეტენციები

შესაბამისი დოკუმენტაცია ამკვიდრებს:

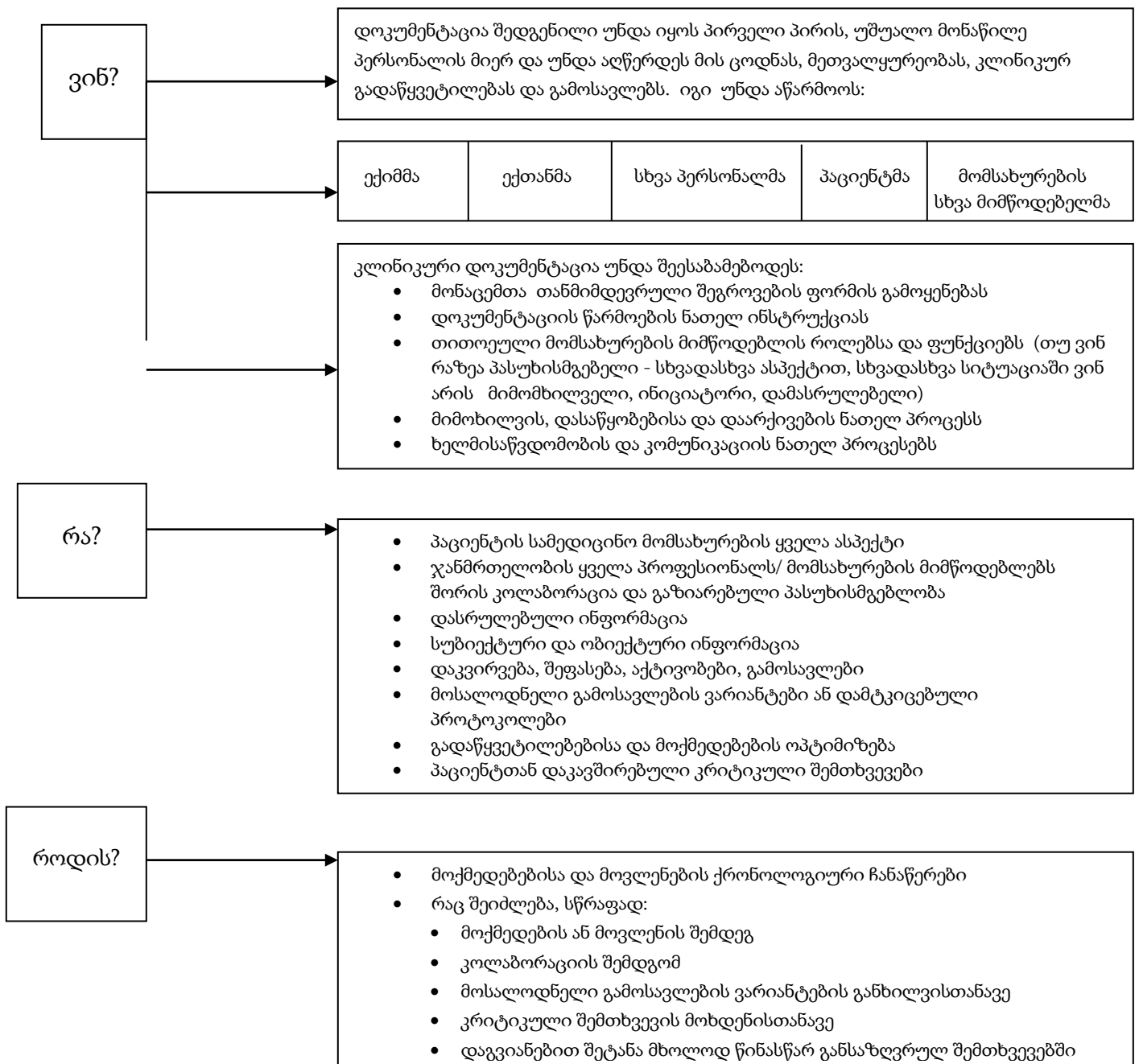
- კლინიკური საქმიანობის მაღალ სტანდარტებს
- მომსახურების უწყვეტობას
- გაუმჯობესებულ კომუნიკაციას და ინფორმაციის დისემინაციას დაწესებულების შიგნით და გარეთ
- მკურნალობის, ინტერვენციისა და მართვის გეგმის ზუსტი ანგარიშგების სისტემას
- მიზნების დასმის გაუმჯობესებასა და ჯანდაცვითი მომსახურების გამოსავლების ევალუაციის შესაძლებლობებს
- ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებებისა და პრობლემების ადრეული გამოვლენის წესებს
- პაციენტის მოვლის თაობაზე მტკიცებულებების ჩამოყალიბების პრაქტიკას

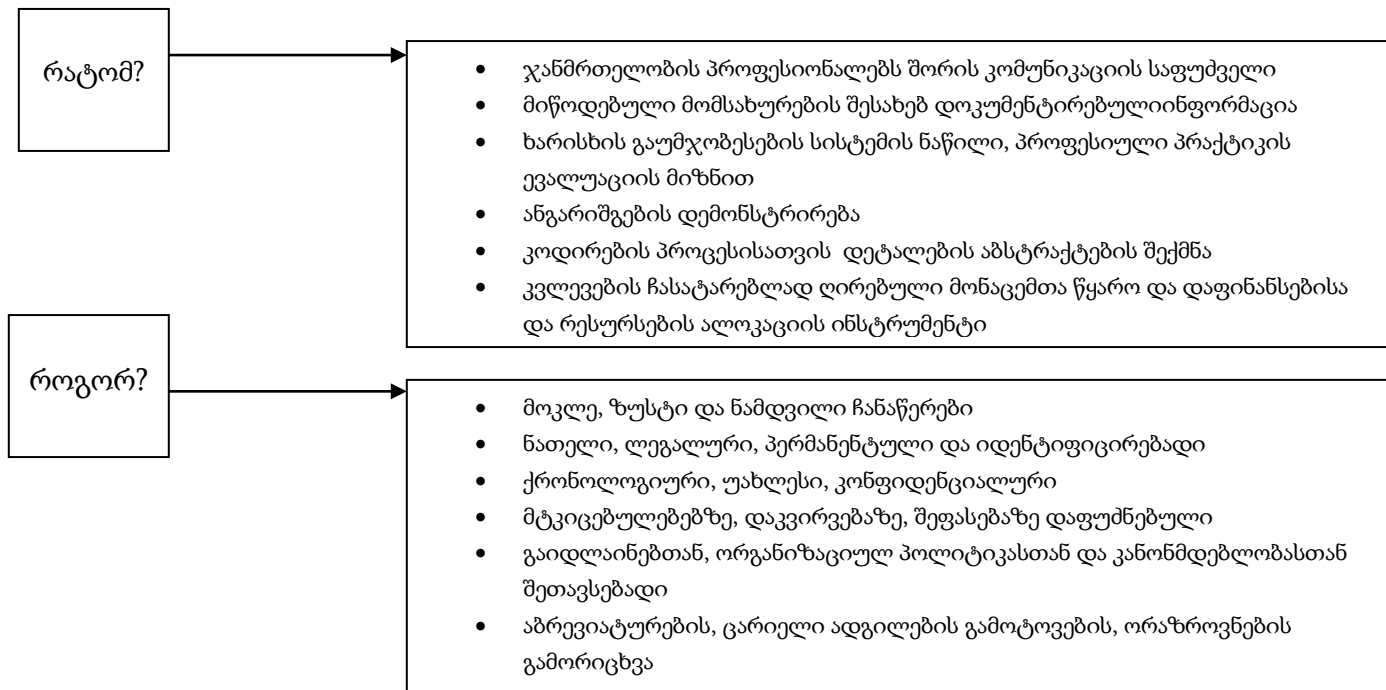
კლინიცისტის მიერ წარმოებული დოკუმენტაცია იძლევა:

- კლინიცისტის მიერ პაციენტის შეფასების, მართვის გეგმისა და განხორციელების სრული ანგარიშგების შესაძლებლობას.
- მნიშვნელოვან ინფორმაციას პაციენტის მდგომარეობის შესახებ მოცემული დროის ინტერვალში, აგრეთვე, ინფორმაციას ინტერვენციების/აქტივობების შესახებ,

დაგეგმილი გამოსავლების მიდწევების თაობაზე და/ან აქტუალურ და პოტენციურ გვერდით მოვლენებთან დაკავშირებულ რეაგირებებზე.

- მტკიცებულებებს და იმის დემონსტრირებას, თუ რამდენად შეესაბამება კლინიცისტის საქმიანობა მის პასუხისმგებლობებს, მიღებული გადაწყვეტილებები და მოქმედებები მომსახურების უმაღლეს სტანდარტებს.
- მტკიცებულებებს, თუ რამდენად პასუხობს კლინიცისტის საქმიანობა მის პასუხისმგებლობებს, მიღებული გადაწყვეტილებები/მოქმედებები და შეცდომები არ ეწინააღმდეგება პაციენტის უსაფრთხოებას ან ჯანმრთელობის იდენტიფიცირებულ გამოსავლებს
- პაციენტთან დაკავშირებული ყველა კომუნიკაციის ჩანაწერს.





დოკუმენტირების სახელმძღვანელო პრინციპები

სახელმძღვანელო პრინციპი 1: სრულყოფილი და დასრულებული ჩანაწერი

კლინიკურ პერსონალს გააჩნია პროფესიული ვალდებულება შეინახოს ისეთი დოკუმენტაცია, რომელიც მის მიერ მიწოდებული მომსახურების ნათელი, მოკლე და ამავე დროს ყოვლისმომცველი, ზუსტი და ნამდვილი ჩანაწერია.

კლინიკური პერსონალის პროფესიული დოკუმენტაცია არის კლინიკური პრაქტიკის ინტეგრალური ნაწილი, რაც უზრუნველყოფს უსაფრთხო და ეფექტურ ჯანდაცვით მომსახურებას. დოკუმენტაცია არის ჯანმრთელობის პროფესიონალის მიერ მიწოდებულ მომსახურების თაობაზე წარმოებული ჩანაწერები, რომელიც აღწერს მის მიერ მიწოდებულ სერვისთან დაკავშირებით მისივე განსჯას და კრიტიკულ აზროვნებას.

დოკუმენტაცია წარმოადგენს უნიკალურ მტკიცებულებას და მიწოდებულ ჯანდაცვით მომსახურებაში თითოეული პერსონალის წვლილს აღწერს. მომსახურების შესახებ დოკუმენტირებული მტკიცებულებები ქმნიან საფუძვლებს და გამოიყენება კვლევებისათვის, სამართლებრივი ანალიზის, რესურსების განსაზღვრის, განლაგებისათვის და არის პირველადი კომუნიკაციის საშუალება ჯანმრთელობის პროფესიონალებს შორის.

ყოვლისმომცველი და დასრულებული დოკუმენტაციის წარმოება და ჩანაწერების შენახვა

- მიწოდებულ მომსახურებაზე/მომხდარ მოვლენაზე ნათელი, მოკლე, დასრულებული ჩანაწერი (პაციენტის შეფასების, მართვის გეგმის გამოსავლების და მომსახურების ევალუაციის და სხვ. ჩათვლით)
- ფაქტიური, ზუსტი, მართალი და პატიოსანი ჩანაწერები
- ინფორმაციის დუბლირების თავიდან აცილება
- სამართლებრივი და არა-წაშლადი, პერმანენტული, აღდგენადი, კონფიდენციალური, პაციენტზე ფოკუსირებული და არა განსჯადი
- პროფესიული დაკვირვებებისა და შეფასებების ამსახველი და წარმომადგენლობითი
- დროული და დასრულებული ეპიზოდის/მოვლენის მოხდენისთანავე, ან მისი დასრულებიდან, რაც შეიძლება, სწრაფად
- დასრულებული ჩანაწერები შევსებული ფორმების, გრაფიკების, მეთოდებისა და სისტემების ჩათვლით
- მიწოდებული მომსახურების ქრონოლოგიური ჩანაწერი (აუცილებელია ჩანაწერების მოგვიანებით შეტანა, რათა რაც შეიძლება სწრაფად გასწორდეს დოკუმენტაცია და არა მთლიანად გამოტოვება)
- ჩანაწერს წინ უძღვის მომსახურების ან მოვლენის თარიღი და დრო (იქნება ეს დაგვიანებით შეტანილი ინფორმაცია, ცვლილება თუ დამატება)
- მომსახურების მიმწოდებლის/ჩანაწერის განმარტოვებული პერსონალის დეტალების იდენტიფიცირება
- ინფორმაციის წყაროს იდენტიფიცირება (სხვა ჯანმრთელობის პროფესიონალის თუ სხვა მიმწოდებლის ინფორმაციის ჩათვლით)
- ჩანაწერის განმარტოვებული/მომსახურების მიმწოდებელი პერსონის სრული ხელმოწერა და პროფესიული თანამდებობა
- მთავარი და მნიშვნელობის მქონე ინფორმაციის შემცველი ჩანაწერები (თავი აარიდეთ უმნიშვნელო ფრაზებს, როგორცაა „ეძინა კარგად“ ან „ჩვეულებრივი დღე“ და სხვ.)
- კარნახით ჩანაწერების წარმოების მინიმიზება
- მნიშვნელოვანი/გარკვეული დროის გასვლის შემდეგაც ადვილად ინტეგრირებადი
- შემოკლებების (აბრევიატურების) გამოყენების თავიდან აცილება (გარდა იმ შემთხვევებისა, რომელიც დამტკიცებულია ორგანიზაციის დოკუმენტირების პოლიტიკის დოკუმენტით)
- კრიტიკული შემთხვევების დეტალური დოკუმენტაცია, მაგ.: პაციენტის დაცემა, პაციენტისათვის ვნების მიყენება ან მედიკამენტების დანიშვნისას, მკურნალობასა და დიაგნოსტიკაში დაშვებული შეცდომები და სხვ.

პრინციპი 1: დამატებითი დეტალები

- მომსახურების მიწოდების პროცესში ან მის დასრულებისთანავე დოკუმენტირებული ინფორმაცია ან მოვლენის მოხდენისთანავე მისი ჩაწერა, განიხილება როგორც უფრო მეტად საიმედო და ზუსტი, ვიდრე მოგვიანებით გაკეთებული ჩანაწერი, რომელიც მეხსიერების ზეგავლენას განიცდის.
- მიწოდებული მომსახურების ან მოვლენის მოხდენის შედეგების ქრონოლოგიური ჩანაწერები ქმნიან უფრო ნათელ სურათს დროთა განმავლობაში და ხელს უწყობს მომსახურების მიმწოდებლების შიგნით და გარეთ უკეთესი კომუნიკაციის განხორციელებას. მოგვიანებით მონაცემების შეტანა უნდა განხორციელდეს რაც შეიძლება სწრაფად, დაშვებული შეცდომის/ნაკლის გამოსწორების მიზნით.
- საიმედო დოკუმენტაციისათვის საჭიროა ნათლად იყოს მითითებული თუ როდის განხორციელდა მომსახურების მიწოდება/მოვლენა. მთავარია, მომხდარი ფაქტის დოკუმენტირება განხორციელდეს მოხდენიდან რაც შეიძლება სწრაფად, მაგრამ თუ ეს ასე არ მოხდა, მაშინ კლინიცისტებმა ჩანაწერი უნდა გააკეთონ მოგვიანებით მაინც. ჩანაწერში ზუსტად უნდა იყოს მითითებული მომსახურების მიწოდების/ფაქტის მოხდენის დრო. ჩანაწერი მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს, თუკი კლინიცისტი გაიხსენებს მომხდარი მოვლენის/მომსახურების მიწოდების ზუსტ დროს. ამავე მიზეზით, ის სავალდებულო არაა და აუცილებლად, ნათლად უნდა მიენიშნოს, რომ ჩანაწერები მოგვიანებითაა გაკეთებული. ცვლილებების და შესწორებების განხორციელება მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი, რამდენადაც ცვლილებებმა შეიძლება ჩანაწერი გაურკვეველი და დამაბნეველი გახადოს და გამოიწვიოს არასწორი გადაწყვეტილების მიღება ან მომსახურების დაბალი ხარისხი. ცვლილება/შესწორება უნდა იყოს მინიშნებული და არ უნდა გადაშალოს ან გააძნელოს წინა ჩანაწერის ან მონაცემების წაკითხვა. ჩანაწერების ცვლილება/შესწორება შეუძლია კლინიცისტს მხოლოდ თავის დოკუმენტაციაში (და არავითარ შემთხვევაში, სხვა პერსონალის ჩანაწერებში).
- კლინიცისტს, შეუძლია მესამე პირისაგან მიიღოს ინფორმაცია პაციენტის თაობაზე (მაგ.: ოჯახის წევრი/ნათესავი, რომელიც მონაწილეობს პაციენტის მოვლაში). ასეთ შემთხვევაში, ინფორმაცია უნდა იყოს დოკუმენტირებული და ჩანაწერში ინფორმაციის წყარო იდენტიფიცირებული.
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი კლინიცისტი ან მოვლენის მოწმე არის პერსონა, რომელიც აკეთებს ინფორმაციის დოკუმენტირებას. გამონაკლისს წარმოადგენს სპეციფიური სცენარი, როდესაც არსებობს ჩანაწერებისათვის განპირობებული პერსონალი ან როდესაც ერთი კლინიცისტი ეხმარება მეორეს სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაში. როდესაც კლინიცისტი (სპეციალურად დოკუმენტაციის წარმოებაზე განპირობებული პერსონალი) აწარმოებს

დოკუმენტაციას იდენტიფიცირებული უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებელი პერსონალიც და დამხმარე პერსონალიც (როლისა და პროფესიული თანამდებობის მითითებით), რადგანაც ზუსტად იყოს აღწერილი მიწოდებული მომსახურება/მომხდარი მოვლენა.

- მონაცემთა კარნახით ჩაწერა ზრდის დოკუმენტაციის წარმოებაში დაშვებული შეცდომების პოტენციურ რისკს მაგ.: არაზუსტი, არასწორად ინტერპრეტირებული ინფორმაცია, არასწორად წარმოთქმული/გაგონილი და სხვ. მაგ.: კლინიცისტმა კარნახით არ უნდა გამოწეროს მედიკამენტი, გარდა იმ შემთხვევებისა თუკი წამლის გამომწერი არის კონკრეტულ საქმიანობაზე უფლებამოსილი პირი.
- ზოგჯერ, შესაძლოა ლეგალური/მარეგულირებელი პროცედურა იძლეოდეს იმის საშუალებას, რომ ჩანაწერი გააკეთო აქტივობიდან/მოვლენიდან გარკვეული დროის გასვლის შემდეგაც, თუმცა ზოგადად, ლეგალური პროცედურა ვერბალურ გადმოცემასთან (მეხსიერების ზეგავლენის გამო) შედარებით უფრო სარწმუნოდ და ზუსტად მიიჩნევა ისეთ ჩანაწერებს, რომელიც განხორციელებულია დადგენილ დროში ანუ მოქმედების/მოვლენის მოხდენისთანავე (მაშინვე/რაც შეიძლება სწრაფად). ჯანმრთელობის დოკუმენტაცია არის სამართლებრივი/იურიდიული მნიშვნელობის მქონე/მტკიცებულება საჭიროების შემთხვევაში და არ საჭიროებს დამატებითი მტკიცებულებების/ფაქტების წარმოდგენას პერსონალის მხრიდან. ამდენად, დოკუმენტი უნდა იყოს წარმოებული ძალიან დიდი სიფრთხილით, უნდა იყოს ნათლად ინტერპრეტირებული და გასაგები დიდი დროის გასვლის შემდეგაც, ვინაიდან ის არის ერთადერთი მტკიცებულება იმ პერსონალისაგან, რომელმაც იგი შექმნა. დროული ნიშნავს იმ კონკრეტულ დროს, როდესაც მოხდა მოვლენა/მომსახურების მიწოდება ანუ დასრულებისთანავე, ან დასრულებიდან რაც შეიძლება სწრაფად.
- აბრევიატურები და სიმბოლოების გამოყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია ეფექტური და ეფექტიანი, როდესაც მისი მნიშვნელობა კარგადაა გაგებული მომსახურების იმ მიმწოდებლის მიერ რომელიც იყენებს და/ან კითხულობს შესაბამის ჩანაწერებს. ცუდად განსაზღვრული და ფართოდ და ღიად ინტერპრეტაციის მქონე შემოკლებებმა შეიძლება გამოიწვიოს დაბნეულობა და სამედიცინო შეცდომები პაციენტთა მომსახურების დროს. აბრევიატურების გამოყენება შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი ის დამტკიცებული და განსაზღვრულია ორგანიზაციის დოკუმენტირების პოლიტიკით.
- ორგანიზაციული პოლიტიკა, ჩვეულებრივ, აყენებს კრიტიკული შემთხვევების სპეციალური ფორმით დოკუმენტირების (პაციენტების მიერ გაკეთებული ჩანაწერების ჩათვლით) მოთხოვნებს. იმისდა მიუხედავად, რომ კლინიცისტი აკეთებს ასეთი შემთხვევების დოკუმენტირებას სხვა სპეციალური ფორმით, პაციენტის სამედიცინო ბარათში უნდა იყოს მართალი და პატიოსანი ჩანაწერი მომხდარ მოვლენის და მასთან დაკავშირებული რეაგირების/მოქმედების

თაობაზე.

- ლეგალური დოკუმენტები და პროფესიული პრაქტიკის წარმოების სტანდარტები, ასევე, მოითხოვს ექტნების/ბებიქალების/სხვა პერსონალის მიერ დოკუმენტაციის წარმოებას განხორციელებულ სამედიცინო მომსახურებაზე. აღნიშნული ჩანაწერები არის ანგარიშგება მათ გადაწყვეტილებებსა და ქმედებებზე. კლინიკური პერსონალი ხელს აწერს პაციენტის სამედიცინო ბარათში შეტანილ თუ სხვა ფორმებში განხორციელებულ ჩანაწერებზე, რაც მიუთითებს მათ პასუხისმგებლობაზე განხორციელებულ ქმედებებსა თუ გადაწყვეტილებებზე.

სახელმძღვანელო პრინციპი 2: პაციენტზე ორიენტირებული და კოლაბორაციული

დოკუმენტაცია უნდა იყოს პაციენტზე ორიენტირებული, პაციენტზე ფოკუსირებული, კოლაბორაციული და მიმწოდებელი ორგანიზაციის პოლიტიკის/პროცედურებისა და იმ მიზნის შესაბამისი, რისთვისაც კეთდება ჩანაწერი.

კლინიკური დოკუმენტაცია მოიცავს განსხვავებულ ინფორმაციას დაწესებულების შიგნითა და მის გარეთ მიწოდებულ სერვისებთან დაკავშირებით.

მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების განსხვავებების შესაბამისად, კლინიციკლებმა უნდა გაიაზრონ თუ რა არის დოკუმენტირების მიზანი, ვინ აკეთებს სამედიცინო ჩანაწერებს, როგორ და რა მიზნით უნდა იქნას გამოყენებული ინფორმაცია.

დოკუმენტირების ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებას უსაჭიროება სამედიცინო ჩანაწერების/დოკუმენტების რეგულარული განხილვა და რევიზია.

პაციენტზე ორიენტირებული დოკუმენტაცია და ჩანაწერების შენახვა

- დოკუმენტირების სისტემები და პრაქტიკა უნდა პასუხობდეს პაციენტების/პოპულაციის სპეციფიური საჭიროებებს და იყოს მომსახურების კონტექსტის შესაბამისი.
- შესაფერისი დოკუმენტირების სისტემა ხელს უწყობს გაზიარებული დოკუმენტაციის პროცესების ჩამოყალიბებას.
- საჭიროების შემთხვევაში, იძლევა დამოუკიდებელი ან ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალთან/მომსახურების მიმწოდებელთან ერთად კოლაბორაციული ქმედებების ერთობლივი ჩანაწერების წარმოების საშუალებას.
- დოკუმენტაციის სისტემა უნდა იყოს უახლესი, დაცული და რესურს-ეფექტური.
- ჩამოყალიბდეს მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციისათვის ყველა მნიშვნელოვანი აქტივობების/მოვლენის ამსახველი დოკუმენტაციის სისტემა (პაციენტის მიერ წარმოებული ჩანაწერების, ელექტრონული, სატელეფონო/მობილური ჩანაწერების სისტემისა თუ სხვათა ჩათვლით).
- სამედიცინო ჩანაწერები იძლეოდეს სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების იდენტიფიცირების შესაძლებლობას პაციენტის საჭიროებების/ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების დროს.
- ჩანაწერები უნდა გაკეთდეს, აგრეთვე, ინდივიდუალიზებული, ყოვლისმომცველი და მართვის მიმდინარე გეგმის არსებობის შემთხვევაში.

- დოკუმენტაცია უნდა იყოს პროფესიულ დაკვირვებასა და შეფასებაზე დაფუძნებული, რაც გამორიცხავს პერსონალურ განსჯებსა და დაუსაბუთებელ დასკვნებს.
- განსაზღვრავს წამოჭრილ პრობლემებს და მათ გადასაჭრელად/მათი მისამართით განხორციელებულ მოქმედებებს.
- დოკუმენტირების სიხშირე შესაბამისი უნდა იყოს პროფესიულ გადაწყვეტილებასთან, რომელიც დაკავშირებულია პაციენტის სირთულესთან/სტაბილურობასთან, ორგანიზაციის პოლიტიკასთან, სტანდარტებთან და სამართლებრივ გარემოსთან.
- კლინიცისტის მიერ შეთავაზებული ინტერვენცია თუ ოპერაცია მოითხოვს დასაბუთებულ ჩანაწერებს (დოკუმენტაციას).
- ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მნიშვნელოვანი/წინა/სხვა დოკუმენტაცია (პაციენტის ისტორიის, გრძელვადიანი და ხანმოკლე ინტერვენციებით, უკანასკნელი დიაგნოსტიკური გამოკვლევებით ჩატარებული სხვა კლინიკური პერსონალის მიერ და სხვ.
- უნდა განვითარდეს დოკუმენტირების დამხმარე სისტემები და ფორმები.
- აუცილებელია ტელეფონით ჩატარებული ინტერვენციის დოკუმენტირება (მიღებული ინფორმაციისა და მიცემული რჩევების ჩათვლით).

პრინციპი 2: დამატებითი დეტალები

- ზოგადად, ორგანიზაცია, რომელსაც ჰყავს დაქირავებული ჯანმრთელობის პროფესიონალები იმისათვის, რომ აწარმოონ დოკუმენტაცია და ჩანაწერები პაციენტის საჭიროებებსა და განხორციელებულ ინტერვენციებზე, არის აღნიშნული დოკუმენტაციის ლეგალური მფლობელი (მესაკუთრე). თუმცა, აღინიშნება მზარდი ტენდენცია იმისა, რომ დოკუმენტაცია და ჩანაწერები აწარმოონ პაციენტებმაც და/ან აღნიშნული დოკუმენტაცია გაზიარებული იყოს ის სხვადასხვა ორგანიზაციებთან და მომსახურების მიმწოდებლებთან. პაციენტებიც, შესაძლოა, ფლობდნენ ჩანაწერებს საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ. გაზიარებული ჩანაწერების შენახვისას, განხილულ უნდა იქნას თითოეული ორგანიზაციისა და/ან ინდივიდუალური პირის პასუხისმგებლობა მონაცემების/მომხდარი მოვლენების თაობაზე ჩანაწერების წარმოების, ხელმისაწვდომობის (წაკითხვა/ჩაწერა), შენახვის, დაარქივების, დოკუმენტაციის მიმოხილვის (მაგ.: მართვის გეგმა) და ცვლილებების ინფორმირების საკითხები. ასეთი განხილვების შედეგად განისაზღვრება გაზიარებული ჩანაწერების ასლების შენახვის საჭიროება, რისთვისაც უნდა არსებობდეს შეთანხმებული პროტოკოლები.
- კლინიკური პერსონალი ხშირად თანამშრომლობს სხვა სპეციალისტებთან და მომსახურების მიმწოდებლებთან. კომუნიკაციისათვის, შესაძლოა, გამოყენებულ იქნას ისეთი საშუალებები, როგორცაა ტელეფონი, შემთხვევის ირგვლივ კონფერენციები, ტელეკონფერენციები და სხვა ელექტრონული და კომუნიკაციური ტექნოლოგიები. იგი გულისხმობს გაზიარებული დოკუმენტების (პროფორმის, პაციენტებზე პროგრესის ჩანიშვნების, ანამნეზის შეკრების და ა.შ. ჩათვლით)

გამოყენებასაც. აღნიშნული თანამშრომლობა უნდა იყოს დოკუმენტირებული პაციენტის სამედიცინო რუქაში და მოიცავდეს ინფორმაციას კოლაბორაციის ბუნებასა და კომუნიკაციის საშუალებებზე, მართვის გეგმაში მონაწილე პერსონალზე, მათ ქმედებებსა და შეთანხმებული გამოსავლების, აგრეთვე, მომავალი თანამშრომლობის გაგრძელების თაობაზე.

- დოკუმენტაციაში ჩანაწერი უნდა იყოს ორივე - კლინიკურ ქმედებებსა და ნებისმიერ ინფორმაციაზე და პაციენტის პასუხზე დაავადებასთან და მომსახურებასთან დაკავშირებით, მკურნალობაზე უარის თქმის ჩათვლით. სუბიექტური მონაცემები არის მნიშვნელოვანი კომპონენტი პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისა და ჯანმრთელობის საჭიროებების განსაზღვრისათვის. პაციენტის ობიექტური შეფასება უნდა იყოს არა-განსჯებზე დაფუძნებული, არამედ დაკვირვებასა და მტკიცებულებებზე. კლინიკური დოკუმენტაცია უნდა იყოს პაციენტის ღირსების დაცვისა და მისადმი პატივისცემის, ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალების გუნდის წევრების მნიშვნელოვანი მხარდაჭერი ქსელების ამსახველი.
- კლინიკური პერსონალის დოკუმენტირებული გადაწყვეტილებები და დასკვნები უნდა დაეფუძნოს მონაცემებს. დოკუმენტაცია არ უნდა მოიცავდეს პაციენტის და მისი ქცევების/მდგომარეობების განსჯას. განსჯები და დაუსაბუთებელი მოსაზრებების გამოთქმა შეუძლიათ სხვებს, რაც აისახება ფაქტებზე და შესაძლოა, პაციენტის შეფასებისა და/ან მასთან ურთიერთობის დროს, ჯანმრთელობის პროფესიონალებზე/მომსახურების მიმწოდებლებზე იქონიოს პოტენციური ზეგავლენა (ზოგჯერ, გაუცნობიერებელიც).

მაგ.: ექთანმა არ უნდა დაწეროს, რომ „პაციენტი არის დეპრესიული“ ან „პაციენტი არ თანამშრომლობს ჩვენთან“. დოკუმენტაცია უნდა ასახავდეს ქცევაზე დაკვირვებას, როგორცაა „პაციენტი უარს აცხადებს დაბანაზე, ჩაცმაზე“, „პაციენტი ტირის“ და სხვ.

სახელმძღვანელო პრინციპი 3: კონფიდენციალობის დაცვა და შენარჩუნება

დოკუმენტირების სისტემა (ელექტრონული სისტემების ჩათვლით) უნდა უზრუნველყოფდეს პაციენტის შესახებ მონაცემების კონფიდენციალობის დაცვასა და შენარჩუნებას, მომსახურების ყველა ეტაპზე.

კლინიციკტებს გააჩნიათ პაციენტის კონფიდენციალობის დაცვის სამართლებრივი, პროფესიული და ეთიკური ვალდებულებები. ინფორმაციის კონფიდენციალობის დაცვა ძირითადია და მისი გაზიარება მხოლოდ პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, აუცილებლობის შემთხვევაში, და მომსახურების საუკეთესო გამოსავლების უზრუნველყოფის მიზნით უნდა ხდებოდეს. აღნიშნული მოიცავს კონფიდენციალური

დოკუმენტაციის და პაციენტებზე სამედიცინო ჩანაწერების სისტემის ჩამოყალიბებას და შენარჩუნებას.

ელექტრონული ინფორმაციის, ელექტრონული ფოსტისა და კომუნიკაციის სისტემების მზარდი და ეფექტური გამოყენება მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის ინფორმაციისა და დოკუმენტაციის გაზავნის და შენახვის თვალსაზრისითაც. გამაფრთხილებელი ზომები უნდა იქნას მიღებული იმისათვის, რომ კლინიკური პერსონალი სრულყოფილად ფლობდეს შესაფერისი, უსაფრთხო და დაცული ელექტრონული საინფორმაციო სისტემის გამოყენების უნარ-ჩვევებს.

არსებობს დირექტივა, რომ ნებისმიერი/ყველა კლინიკური დოკუმენტაცია ყურადღებით უნდა იყოს განხილული გარკვეული ასპექტებით.

კონფიდენციალური დოკუმენტაცია და ჩანაწერები

- პაციენტის ინფორმაციის კონფიდენციალობის დაცვა და შენარჩუნება
- ისეთი პრაქტიკის განვითარება და დანერგვა, რომელიც უზრუნველყოფს ინფორმაციის და მონაცემთა კონფიდენციალობის დაცვას ჩანაწერების დოკუმენტაციის (განრიგების ჩათვლით) პროცესში
- ჩანაწერები შენახული და დაარქივებული უნდა იყოს კონფიდენციალობის დაცვის გათვალისწინებით
- ელექტრონული დოკუმენტაციისა და ინფორმაციის კონფიდენციალობა
- ისეთი სისტემისა და პრაქტიკის ჩამოყალიბება, რომელიც მაქსიმალურად უზრუნველყოფს სხვადასხვა ადგილას განხორციელებული ჩანაწერებისა და დოკუმენტაციის კონფიდენციალობას
- სხვადასხვა გაზიარებული ინფორმაციის ისეთი სისტემები, როდესაც მხოლოდ მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მიეწოდებათ მნიშვნელოვან პერსონალს (რომელთაც ექნებათ კონფიდენციალობის დაცვაზე მოთხოვნები)
- ასლების გამოყენების, მარაგების მართვისა და/ან განადგურების უზრუნველყოფა კონფიდენციალობის გათვალისწინებით
- ასლები უნდა იყოს წაკითხვადი (ფოტოასლების/ფაქსების ჩათვლით)
- პაციენტებზე ჩანაწერები დაცული უნდა იყოს არაუფლებამოსილი პირების ხელმისაწვდომობისაგან, გადაგზავნის/გადატანის/ტრანსმისიის ან ტრანსპორტირების დროს დაკარგვისაგან/მოპარვისაგან
- უსარგებლო დოკუმენტებისაგან განთავისუფლების/განადგურების დროს კონფიდენციალობის შენარჩუნება (გამანადგურებელი კონტეინერებით/დამაქუცმაცებელი მოწყობილობებით)
- იდენტიფიცირებული უნდა იყოს უფლებამოსილი პირების ხელმისაწვდომობა გარკვეულ/კონკრეტულ დოკუმენტაციაზე
- დასაწყობებასა და განადგურების განრიგებზე მოთხოვნების დაცვა

პრინციპი 3: დამატებითი დეტალები

ელექტრონული დოკუმენტაციის სისტემამთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია შემდეგი ინფორმაცია:

- პაროლის შენახვის/დაცვის ან ნებისმიერი სხვა ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის კონფიდენციალობის უზრუნველყოფა
- პაროლის შეცვლა ორგანიზაციული პოლიტიკის პროცედურების შესაბამისად ან უფრო ხშირად, საჭიროების შემთხვევაში, უსაფრთხოების მიზნით
- ისეთი სირთულის პაროლების გამოყენება, რომელთა ადვილად გამიფრვა ვერ მოხერხდება (მაგ.: დაბადების თარიღით მარტივად შეიძლება ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა)
- კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვასთან დაკავშირებით განსაკუთრებული ღონისძიებების განხორციელება და პოლიტიკისა და პროცედურების განახლება
- კომპიუტერის სრულად გამორთვა, როდესაც კლინიცისტი/სხვა პერსონალი არ მუშაობს ან ტოვებს ტერმინალს
- ქაღალდზე დაბეჭდილი ნებისმიერი ელექტრონული ინფორმაციის კონდიფენციალობის დაცვა და შენარჩუნება ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც კომპიუტერზე მუშაობისას
- მუშაობის დროს მონიტორზე ასახული ინფორმაციის კონფიდენციალობის დაცვა და შენარჩუნება (მონიტორის მდებარეობას და მიმართულების გათვალისწინების ჩათვლით)
- არასოდეს არ უნდა წაიშალოს ინფორმაცია
- ინფორმაციის მიღება ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მხოლოდ პროფესიული საჭიროების და მინიჭებული უფლებამოსილების შესაბამისად
- ინფორმაციისა და კომუნიკაციის მხოლოდ იმ უსაფრთხო სისტემების გამოყენება, რომელიც დამტკიცებულია ორგანიზაციის მიერ
- სიფრთხილის დაცვა კონფიდენციალური მტკიცებულებების გამოყენებასა და ელექტრონული ფოსტით მონაცემთა ტრანსმისიაზე (მაგ.: უნდა წაიკითხოს მხოლოდ წინასწარ განსაზღვრულმა რეციპიენტმა)
- ელექტრონული დოკუმენტაცია უნდა იყოს ვერიფიცირებული, რომ ის არის ლეგალური და დასრულებული (მაგ.: სამედიცინო შეკვეთების მიღების დადასტურება ფაქსით)
- ფაქსით დოკუმენტაციის გაგზავნის შემთხვევაში მიმღების წინასწარი ინფორმირება და მისი მიღების დადასტურება, რაც შეიძლება სწრაფად.

კომპანიის მოთხოვნები სამედიცინო ჩანაწერებზე:

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება ხორციელდება ტრადიციული ქაღალდის თუ ელექტრონული ფორმატით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება დოკუმენტაციის ღირებულებას სანდოობის თვალსაზრისით.

რისკის მართვის შემოთავაზებული რეკომენდაციები მოიცავს შემდეგს:

1. ქალაქებზე-წარმოებული და ელექტრონული ჩანაწერები

ა) ზოგადი

- ორი პაციენტის იდენტიფიცირება ხდება ასაკით, პირადი ნომრით ან დაბადების თარიღით, რომელიც უნდა იყოს მითითებული სამედიცინო რუქის ყველა გვერდზე ან კომპიუტერის ეკრანზე.
- მედიკამენტებზე აღერგია უნდა იყოს აღვილად მისაგნებ, მისაღებ და მუდმივად იგივე ადგილას მითითებული. აღერგის არქონის შემთხვევაში იწერება „არ არის ცნობილი აღერგის შესახებ“ იმის დასადასტურებლად, რომ აღერგის არსებობაზე პაციენტის შეფასება განხორციელდა. პაციენტთან ყველა კონტაქტის შემთხვევაში უნდა მოხდეს აღერგის არსებობის ვერიფიცირება და ჩანაწერის გაკეთება, იქნება ეს პირისპირ თუ სატელეფონო კონტაქტი.
- პრობლემების ჩამონათვალი უნდა შეიცავდეს არსებულ ინფორმაციას ქრონიკული/მნიშვნელოვანი მდგომარეობების შესახებ იმისათვის, რომ ჩანაწერი იყოს უფრო ყოვლისმომცველი და დაამკვიდროს მომსახურების უწყვეტობა.
- ყველა ჩანაწერი უნდა იყოს დათარიღებული.
- მედიკამენტების ჩამონათვალის გაკეთება ემსახურება ხელმისაწვდომ მინიშნებას წამალზე და განახლებულ ისტორიაზე. ჩამონათვალში მითითებული უნდა იყოს მედიკამენტი, დოზა, წამლის დანიშნისა და შეწყვეტის თარიღები.
- ექიმის ჩანაწერი ასახავს:
 - თარიღს
 - დასმულ პრობლემებს
 - ინფორმაციას ჯანმრთელობის შენარჩუნების თაობაზე (სკრინინგებს და სხვ. ოპორტუნისტული ჯანდაცვა)
 - სისტემების მიხედვით გასინჯვისას გამოვლენილ უარყოფით და დადებით მონაცემებს
 - წინა ვიზიტის შემდეგ გადაუჭრელ პრობლემებს/მდგომარეობებს
 - პაციენტის დამყოლობას
 - მკურნალობის გეგმას
 - პაციენტის განათლებას
 - რეცეპტს წამლის დასახელებით, დოზით და ინსტრუქციით
 - მიმდინარე მეთვალყურეობის შესახებ ინსტრუქციას
 - შემდგომი ვიზიტისათვის შეთავაზებულ თარიღს
 - ექიმის ხელმოწერას
- ჩანაწერის გაკეთება უნდა დასრულდეს ვიზიტის დროს.
- ექიმმა ხელი უნდა მოაწეროს პაციენტის ისტორიის ფორმაზე და დაუსვას თარიღი, რაც მიუთითებს პაციენტთან ინფორმაციის გაზიარების, დისკუსიისა და მიმოხილვის დროს.
- ჩანაწერმა უნდა ასახოს უწყვეტი და კოორდინირებული მომსახურების მტკიცებულებები ირველადი ჯანდაცვის, მეორეული დონის სპეციალისტსა და ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალს შორის.
- კონსულტაციისა და ტესტების ჩატარების ანგარიშები უნდა მოიცავდეს:

- თარიღს
- ექიმის ხელმოწერას, რომელიც მიუთითებს შედეგების მიღებასა და მიმოხილვას
- დაგეგმილი შემდგომი ვიზიტი ან განხორციელებული სხვა ქმედება

ბ) აბრევიატურები

ზოგადად, შემოკლებების ჩამონათვალი უნდა იყოს აღიარებული/შეთანხმებული ტერმინოლოგია ჩანაწერების სწორად ინტერპრეტირების უზრუნველსაყოფად. თუმცა, ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულება ცდილობს მინიმუმამდე დაიყვანოს ან მოახდინოს აბრევიატურების ელიმინაცია ყველა სამედიცინო ჩანაწერში.

გ) დამატებები, მინაწერები

დამატებები/მინაწერები არის მოგვიანებით გაკეთებული ჩანაწერების ტიპი, რომელიც წარმოადგენს წინა შეტანილი ინფორმაციასთან დაკავშირებულ დამატებითი ინფორმაციის მატარებელ ჩანაწერს. ასეთი ტიპის შესწორებები თუ დამატებები კეთდება განხორციელებულ ჩანაწერთან მიმართებაში და აწვდის დამატებით ინფორმაციას სპეციფიურ სიტუაციის ან მოვლენის შემთხვევაში.

- დამატება/მინაწერი უნდა იყოს დათარიღებული
- დაესვას ნიშანი „მინაწერი“/„დამატება“, განმარტებული უნდა იყოს შესწორების მიზეზი და მითითებული ორიგინალური ჩანაწერის თარიღი
- აღნიშნული უნდა იყოს ინფორმაციის წყარო, დამატების/მინაწერის განმარტების მიღების მიზნით
- მინაწერი/დამატება, ორიგინალური ჩანაწერის გაკეთებიდან, რაც შეიძლება სწრაფად, უნდა განხორციელდეს
- ჩანაწერის წაშლა, შეცვლა, გადახაზვა არ შეიძლება
- მიწერა/დამატება არ შეიძლება გაკეთდეს მას შემდეგ, თუ დოკუმენტის ასლი გატანილია დაწესებულებიდან მაგ.: ადვოკატთან და სხვ. (არა აქვს სამართლებრივი ღირებულება)
- არ შეიძლება მინაწერის/დამატების გამოყენება აზრების, აღქმის ან თავდაცვის დასაფიქსირებლად
- ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების დროს რეკომენდებულია კავშირის არსებობა ორიგინალურ ჩანაწერებთან ან ორიგინალური ჩანაწერის სიმბოლოებით აღნიშვნა, რომ ხაზგასმული იყოს თუ რომელ ჩანაწერზე განხორციელდა მიწერა/დამატება.

დ) გვიანი ჩანაწერები

როდესაც კლინიცისტის მიერ ჩანაწერი არ გაკეთდა დროულად ან გამორჩა რაიმე მიზეზის გამო, აუცილებელია ინფორმაციის დარეგისტრირება მოგვიანებით მაინც:

- ახალ ჩანაწერზე მითითებული უნდა იყოს აღნიშვნა „დაგვიანებითი ჩანაწერი“
- მიეთითოს ჩანაწერის გაკეთების თარიღი
- უნდა აღინიშნოს თარიღი/დრო მიწოდებული მომსახურების/ინციდენტის, და მიზეზი, თუ რისთვისაც ხდება დაგვიანებით მონაცემთა შეტანა
- თუკი კლინიცისტი იყენებს „მოგვიანებითი ჩანაწერის“ ფორმატს, დოკუმენტირება რაც შეიძლება სწრაფად უნდა განხორციელდეს. ასეთ შემთხვევაში დროის შეზღუდვა, რა

თქმა უნდა არ არსებობს, მაგრამ რაც მეტი ღროა გასული, მით უფრო ნაკლებად დამაჯერებელია/სანდოა ჩანაწერი.

- მოგვიანებით ჩანაწერი არ შეიძლება გაკეთდეს მას შემდეგ, თუ დოკუმენტის ასლი გატანილია დაწესებულებიდან სამართალდაცავი ორგანოების/ადვოკატის მიერ

ე) გაურკვეველი ტერმინები

კლინიცისტმა თავი უნდა აარიდოს გაურკვეველი ტერმინების ან ზოგადი ფრაზების გამოყენებას და ისაუბროს სპეციფიურ ენაზე. არ შეიძლება სპეკულირება (პაციენტებისათვის გაურკვეველი მოსაზრებების გამოთქმა/„მკითხაობა“, პაციენტთან თამაში, გაუმართლებელი რისკის გაწევა). ჩანაწერი ყოველთვის უნდა ეფუძნებოდეს ფაქტიურ ინფორმაციას (რაც არის ცნობილი და არა ფიქრს ან მოსაზრებას) და დოკუმენტირებული უნდა იყოს ობიექტური მონაცემები მაგ.: რაც ნახა კლინიცისტმა, გაიგონა, შეხხო და შეიგრძნო (ყნოსვით). ზოგადი და გაურკვეველი სიტყვების მაგალითია: პაციენტი კარგადაა, როგორც ჩანს, ეტყობა, დაბნეული, შემფოთებული, სტატუს ქვო, სტაბილური, როგორც ყოველთვის.

მნიშვნელოვანი ინფორმაციის, პაციენტისა და მისი ოჯახის შესახებ, მონაცემთა შეტანა უნდა მოხდეს მიღებული ინფორმაციის შეუცვლელად და მითითებული უნდა იქნას წყარო.

2. ქალაქზე ჩანაწერების განხორციელება

პირველ ნაწილზე (ქალაქზე-წარმოებული და ელექტრონული ჩანაწერები) დამატებითი რეკომენდაციები ქალაქზე ჩანაწერების განხორციელებასთან დაკავშირებით:

- სამედიცინო ჩანაწერები უნდა ინახებოდეს ისეთ ადგილას და იმ ფორმით, რომ დაცული იყოს მისი კონფიდენციალობა
- სამედიცინო დოკუმენტაცია, პაციენტის მომსახურების გარდა, სხვა შემთხვევაში არ უნდა იქნას ამოღებული თავისი ადგილიდან. ამის უამრავი მიზეზი არსებობს მაგ.: დოკუმენტაციის დაზიანების, დაკარგვის, მოპარვის, კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნების რისკები და სხვ.
- თითოეული გვერდი უნდა იყოს დანომრილი იმისათვის, რომ თავიდან იქნას აცილებული გვერდების დაკარგვა, გადაადგილება, შეცდომაში შეყვანა და სხვ.
- სხვადასხვა ნიშნები (ფერადი ქალაქები და სხვ.) შესაძლოა იქნას გამოყენებული სამედიცინო ბარათების/ინფორმაციის ადვილად მოძებნის მიზნით
- სამედიცინო დოკუმენტაცია უნდა იყოს ლეგალური.
- შეუსაბამო ცვლილებების განხორციელება არ შეიძლება. შეცდომების გასწორების წესები უნდა იყოს დაცული, მაგ.: მიეთითოს თარიღი, „შეცდომა“ და სხვ.
- მინაწერი უნდა იყოს ჩანაწერის შემადგენელი ნაწილი, რადგან ის შეიძლება ადვილად დაიკარგოს/ამოიღონ და ა.შ.
- ყველა ფორმა ისე უნდა შეივსოს, რომ ყველა შეკითხვას გაეცეს პასუხი და არ დარჩეს ცარიელი ადგილები.
- ყველა ტრანსკრიპცია (კარნახით, დიქტოფონით ჩაწერილი და სხვ.) უნდა იყოს ხელმოწერით დამოწმებული, მითითებული უნდა იყოს ჩანაწერის ფორმა, მომსახურების თარიღი, კარნახის თარიღი, ჩანაწერის განხორციელების/დოკუმენტირების თარიღი. ანგარიშში არ უნდა იყოს დატოვებული ცარიელი ადგილები.