

המלצות ניהול סיכונים בעניין רשומות רפואיות -

Check-List

1. מטרת הרשומה הרפואית

שתי המטרות העיקריות של הרשומה הרפואית הן: ראשית, להעביר ולשמר את המידע על אודות המטופל, על מנת לתקשר בין מטפלים שונים ועל מנת לשמר את המידע כך שיווצר רצף מידע רלבנטי על כל אדם, ושנית – לאפשר הגנה משפטית על הארגון ועל המטפל. חשוב לציין כי הרשומה היא אבן היסוד של ההגנה המשפטית על הארגון ועל המטפל, שכן ממנה עולות העובדות, ועל סמך הרשום בה מכריע בית המשפט אם הייתה התנהגות המטפל הייתה סבירה אם-לאו ומכאן חשיבותה הרבה.

2. נהלי הרישום

בשל החשיבות העליונה של הרישום, בכל ארגון צריכה להיות מדיניות ברורה ומוגדרת של רישום רפואי, אשר מתוקשרת לכלל הארגון באמצעות נוהל רשומות. נוהל זה צריך לקבוע מהם הטפסים הקיימים בארגון, מהו סטנדרט הרישום המינימאלי, לפי החוק, המחייב את כולם, איך לשמור מידע ולנהל רשומה וכיצד לטפל בבקשות של גורמי חוץ למידע מתוך הרשומה הרפואית.

3. טפסים וסטנדרטים

טופס קבלת חולה צריך לתמוך במטפל, דהיינו להזכיר לו מה עליו לרשום, ולאלו פרטי מידע להתייחס כדי לעמוד בציפיות הטיפוליות והחוקיות כאחד. חוק זכויות החולה קובע בסעיף 17 מהו סטנדרט הרישום המינימאלי בקובעו כי: "...הרשומה הרפואית תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של המטופל והמטפל,

וכן תכלול מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, אבחון ומצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול" [סעי' 17 (א)].
יש לשאוף לטפסים אחידים ככל האפשר ולהנחיות רישום ברורות ומחייבות. ניתן כמובן להבנות את הדברים, או ליצור שדות חובה במחשב כדי לסייע ברישום הרפואי:

4. החובה ללמד איך לרשום רשומה

יש להנחות את כל מי שרושם, איך צריך לרשום. ההנחה "המובנת מאליה" שכולם יודעים איך לרשום רשומה רפואית היא הנחה מופרכת אשר שבה ומתפוגגת (כמעט) בכל דיון משפטי מחדש. הרשומה הרפואית חייבת לכלול את הבאים, בכל מפגש:

א. תאריך ושעה.

ב. סיבת הפנייה ותלונות המטופל.

ג. השיחה הטיפולית.

ד. מסקנות המפגש, ההחלטות שנתקבלו, ותמצית ההסבר שניתן למטופל.

ה. חתימה וחותמת.

יש להקפיד על רישום עובדות ולא רישום פרשנויות, יש להימנע מהערות לא מקצועיות, פוגעות ומעליבות המתייחסות למינו של המטופל, לדתו, לאמונתו לכושר תפישתו, למוצאו וכו'. במידה ודברים אלה הם בעלי חשיבות קלינית יש לפנות ליועץ משפטי כדי לאפשר תיעוד שלהם במסגרת "תרשומת-אישית".

5. איך לשנות רישומים רפואיים

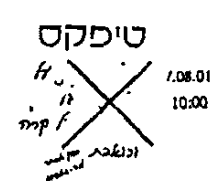
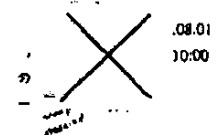
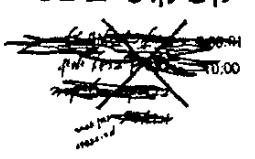
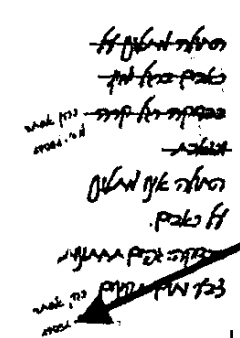
כאשר מדובר ברשומה ידנית, אסור בתכלית האיסור למחוק את מה שנכתב כך שלא ניתן יהיה לקרוא זאת. לכן אסור השימוש בטיפקס, או בלורד גדול וכדומה. הדרך הנכונה היא למתוח קו על מה שנכתב, לציין את התאריך בו מבוצעת המחיקה, ולתעד את הדבר הנכון תחת התאריך שבו מתבצעת המחיקה



והרישום המחודש. בסיום התיקון יש לחתום על השינוי. במערכת ממוחשבת,
צריך לשלול את היכולת לשנות נתונים. השינוי יהיה באמצעות כניסה מאוחרת
יותר למחשב, רישום מחודש של הדרוש, והתייחסות להערה הקודמת תוך
ביטולה.

להלן מספר דוגמאות בעניין זה שגולקחו מתדריך משרד הבריאות.

כיצד לתקן טעויות ברישום?

לא נכון	כון
<p>* אין להעלים את הרישום השגוי בכל צורה שהיא כגון: שימוש בנוזל לתיקון שגיאות.</p> <p>טיפקס</p>  <p>מדבקות</p>  <p>קשקוש בעט</p> 	<p>* חלה טעות ברישום - יש למתוח קו על הרישום השגוי, לחתום לידו ולכתוב את הנכון.</p>  <p>תאריך מדוייק ושעה</p> <p>חתימה וחותמת</p>

6. שמירת הרשומה הרפואית – הסטנדרט

החובה לשמור את הרשומה הרפואית כוללת את החובה לשמור כל פיסת מידע על אודות החולה, לרבות צילומים, סרטי-צנתור ואולטרה-סאונד, תרשימי אק"ג ומידע אחר המתועד בדרך ידנית או אלקטרו-מגנטית. חובה זאת נקבעה בחוק זכויות החולה אשר קובע כי אי שמירה על הרשומה, עולה כדי עבירה פלילית!! משך הזמן שבו יש לשמור את הרשומה הרפואית מוגדר בתקנות בריאות העם (שמירת רשומות), ובהן נקבעו משכי הזמן לפי סוגי הרשומה. לצורך נוחות, מובאות בהמשך התקנות במלואן.

7. הרשומה הרפואית לפי חוק זכויות החולה

סעיף 2 (ההגדרה) - "רשומה רפואית היא מידע לפי סעיף 17, המתועד בדרך של רישום או צילום או בכל דרך אחרת, לרבות התיק הרפואי של המטופל, שבו מצויים מסמכים רפואיים אודותיו".
ההגדרה של חוק זכויות החולה "בולעת" את ההגדרות הקודמות של המונח "רשומה" במובן זה, שכל תיעוד על אודות החולה מהווה רשומה, בין אם בכתב ובין אם באמצעים אלקטרו מגנטיים ואחרים.

8. חובת ניהול רשומה

סעיף 17 - "חובת ניהול רשומה רפואית -

(א) "מטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה הרפואית..."
זו הפעם הראשונה שיש בחוק הישראלי חובה לתעד את המפגש הרפואי. החובה מוטלת על כל בעלי המקצועות הרפואיים שהוגדרו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות כמטפלים בשירותי הבריאות. ב"חוק זכויות החולה" ובתקנות מכוחו, הגדיר משרד הבריאות מי מוגדר כמטפל החייב ברישום ברשומה הרפואית, לפי חוק.

בחוק זכויות החולה בסעיף ההגדרות: "מטפל" - רופא, רופא שיניים, סטאז'ר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג, וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי, בהודעה ברשומות, כמטפל בשירותי הבריאות".

בילקוט הפרסומים: בתוקף סמכותי לפי הגדרת "מטפל" בסעיף 2 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, אני מכיר כמטפלים בשירותי הבריאות לעניין החוק האמור, בעוסקים בכל אחד ממקצועות אלו:

- | | | |
|------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 1. אופטומטריה; | 2. אורטופטיקה; | 3. אורתוטוסיטיקה; |
| 4. גנטיקה קלינית; | 5. דיאטטיקה (תזונאות); | 6. טכנאות הנשמה; |
| 7. טכנאות שיניים; | 8. כירופודיסיטיקה; | 9. כירופרקטיקה; |
| 10. סיוע לרופא שיניים; | 11. פודיאטריה; | 12. פיזיותרפיה; |
| 13. קלינאות תקשורת; | 14. קרימינולוגיה קלינית; | 15. רוקחות; |
| 16. עוזר רוקח; | 17. ריפוי ביצירה, בהבעה ובאמנות; | 18. ריפוי בעיסוק; |
| 19. שיננות. | | |

ז' בשבט התשנ"ח (3 בפברואר 1998)

גבי ברבש

המנהל הכללי של משרד הבריאות

המשך הסעיף מדבר על סטנדרט הרשומה הרפואית. מהן דרישות המינימום שצריכה לכלול הרשומה:

"...הרשומה הרפואית תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של המטופל והמטפל, מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, אבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול..."

9. "תרשומת אישית" - מהי ?

"...ואולם תרשומת אישית של המטופל אינה חלק מהרשומה הרפואית".
מהי תרשומת אישית? - הרבה פעמים רוצים להעביר אינפורמציה שהיא לא בדיוק מקצועית: בין המטפלים (האימא השתוללה..., הבת זרקה..., נראה לנו שהיא עושה את עצמה...). מה אומר החוק לגבי אינפורמציה זו? - כשעורך הדין יפנה לקבל את הרשומה הרפואית, הוא יקבל אותה בלי התרשומת האישית. כלומר, החוק מאפשר לנו לנהל "תקשורת פרטית". אבל צריך להיות ברור, שכאשר יבקשו את התיק, אין סיכוי שמישהו במחלקת רשומות באמת יעבור עליו ביסודיות ו"יחתוך" את התרשומת האישית. התיק יעבור במלואו, ולכן צריך לחשוב טוב לפני שמנהלים תרשומת אישית בתוך הרשומה. ההערות האלו משקפות חוסר מקצועיות ושיפוטיות. איך לא לתעד? - האימא נראית פסיכוטית (זו מסקנה); איך כן לתעד? - האימא באי שקט פסיכומטורי, איננה קוהרנטית, ממלמלת מילים שאינן מתחברות (זו תצפית). ההמלצה: ככלל, אין צורך בתרשומת אישית שכן בדרך כלל מדובר ברכילות ולא בעניין מקצועי. באותן נסיבות מיוחדות שבהן יש צורך בתרשומת אישית יש לרשום את הדברים **ברישום כפול** (קלסר נפרד!!) ולא בתוך הרשומה הרפואית של המטופל.
חלק מהבעיה של רישום כפול נובע מהעובדה שמטפלים סבורים שברשומה יתועדו רק עניינים רפואיים-טיפוליים. זו טעות! הרשומה הרפואית צריכה לשקף את המפגש בכללותו. אם במפגש היה סירוב, הסירוב הוא חלק מהמפגש. אם הייתה אלימות, אז האלימות היא חלק מהמפגש. התכנים של הרשומה הם לא רק נושאים קליניים, אלא בהחלט גם התנהגות, תקשורת עם המטופל ומלוויו וכו'.

10. חובת הניהול השוטף והעדכני

סעיף 17(ב) - "המטפל, ובמוסד רפואי – מנהל המוסד, אחראים לניהול השוטף והעדכני של הרשומה הרפואית ולשמירתה בהתאם לכל דין".
אחריות לניהול שוטף ועדכני של הרשומה - ניהול שוטף - ניהול לפי מועדים קבועים (אחת ליום, אחת לשבוע...); כמובן שניהול שוטף רלבנטי למוסדות ולא רלבנטי להפואת קהילה או רפואה משרדית שבה הלקוח הוא זה שמייצר את מועדי המפגשים בהתאם לפניותיו... ניהול עדכני - אם בין שני המועדים השוטפים התרחש איזה אירוע או תופעה, אז למרות שזה לא בשוטף, צריך להיכנס לרשומה ולעדכן אותה. כמו כן אומר סעיף 17(ב), שהמטפל והמוסד חייבים על שמירת הרשומה לפי הדין. הדין של שמירת רשומות מתייחס ל"תקנות בריאות העם (שמירת רשומות)" [יתואר בהמשך].

לציין כי במקרה של רפואה משרדית - קהילתית, כדאי לתעד ביטולים של מפגשים ואת הנסיבות, על מנת למנוע מצב של פרשנות עתידית מצד מאן דהוא.

11. מסירת חומר מהרשומה למטופל

סעיף 17(ג) - "נמסרה רשומה רפואית לשמירה בידי המטופל, יתועד הדבר ע"י המטפל או המוסד הרפואי".

זהו חידוש משפטי שהוסיף חוק זכויות החולה. למרות שהסעיף אומר שניתן למסור רשומות למטופל, יש להתייחס אליו בזהירות רבה. יש לזכור כי הרשומה היא הכלי החשוב ביותר להגנה על המטפל ועל המוסד הרפואי ולכן לא מומלץ (רציתי לומר - אסור!) לתת את הרשומה המקורית – גם לא לגורמים שלטוניים. מאידך, בנסיבות מסוימות סוגים של רשומות כגון סרט צנתור או צילום וכו' נדרשים ע"י החולה. במצב זה צריך לתעד את דבר המסירה ולהחתיים אותו על כך. חשוב מאד שנוהל מסירת רשומה לחולה

יהיה נוהל אחיד וארגוני, כך שלא ייווצר מצב בו מטפל אחד מחליט למסור ומטפל אחר לא. כך גם בקשר לנוהל הרישום וההחתמה – רצוי שהטופס יהיה אחיד ותמיד יתויק באותה צורה ובאותו מקום.

הזכות למידע רפואי נקבעה בחוק זכויות החולה בסעיף 18. זכות זו כוללת את הזכות לקבלת העתק מצולם של הרשומה (לא את המקור) ואת החובה לשאת בתשלום בגין הוצאות הצילום וההפקה של ההעתק הנ"ל. לפיכך יש לזכור כי אין, לעולם, לתת את המקור של הרישום למטופל או לנציגו אלא רק את ההעתק. שנית, יש לחייבו לשאת בדמי הצילום לפי הנקוב בתקנות מיוחדות שהותקנו ע"י שר הבריאות דאז צחי הנגבי ואשר קובעות מהו התעריף לתשלום לפי כמות החומר. שלישית, בד"כ כאשר נציגו של המטופל מבקש את החומר, עליו להציג ייפוי כוח מעם המטופל שאת רשומתו מוסרים, וחתימה על כתב ויתור על סודיות רפואית. בהעדר חתימה של המטופל על כתב ויתור סודיות רפואית אין לתת את החומר שכן חלה עליו חובת שמירת הסוד הרפואי על ידי המטפל והמוסד. כאשר קיים ספק יש לפנות לייעוץ משפטי. לעניין מטופלים בבעיות פסיכיאטריות יש לציין כי חל חוק לטיפול בחולי נפש הקובע כי יש שיקול דעת במסירת הרשומה, וכי אם המידע שהמטופל רוצה לקבל עלול לפגוע בו (לפי שיקול דעתו של המטפל) ניתן להימנע ממסירתו, ו/או לחלופין למסור אותו רק לנציגו של המטופל. בנסיבות כאמור מומלץ מאד להסתייע בייעוץ משפטי מקצועי ולא לקבל החלטות חפזות.

12. אחריות פלילית

סעיף 28(ב) - הסעיף קובע אחריות פלילית כאשר המטפל איננו מקיים את תנאיו של סעיף 17.

"המפר חובה מהחובות המפורטות בסעיף 17, דינו - קנס כאמור בסעיף 61(א)(2) לחוק העונשין, התשל"ז-1977... עבירה לפי סעיף זה איננה טעונה הוכחה של מחשבה פלילית או רשלנות"

בעוד שבכל מקרה אחר, האדם נדרש להוכיח כוונת זדון, במקרה של הסעיף הזה, די בעצם העובדה שהרשומה חסרה או לקויה, כדי להפוך את המטפל לעבריין פלילי. אין צורך להוכיח אם המטפל התכוון לכך או לא.

לסיכום: "חוק זכויות החולה" הוא חוק משמעותי. כל הפרה של סעיף בחוק, מקנה את האפשרות לפעול במסלול המשמעותי נגד המטפל. סעיף 17 קובע ארבע חובות מצטברות הקשורות בענייני הרשומה הרפואית:

1. חובת ניהול רשומה רפואית - המטפל יתעד את הטיפול הרפואי ברשומה.

2. סטנדרט המינימום של הרשומה הרפואית - פרטי המטופל, המטפל, מידע על הטיפול, עבר רפואי, אבחון מצב רפואי וכו'. החובה היא לעמוד בדרישות המינימום. מעבר לכך, ניתן להוסיף מה שרוצים.

3. ניהול שוטף ועדכני של הרשומה - שוטף - בתדירות קבועה; עדכני - אם

בין שתי תדירויות קבועות קורה משהו חדש, חייבים לעדכן.

4. שמירת הרשומה על פי כל דין. תקופת השמירה מופיעות ב"תקנות בריאות העם - שמירת רשומות". כפי שכבר הוזכר, ב-1976 קובע המחוקק הישראלי את פרק הזמן שבמסגרתו יש לשמור את הרשומות הרפואיות. לכל סוג של רשומה הצמיד המחוקק תקופת שמירה שונה. בתוספת לחוק מופיעה טבלה של 30 סוגי רשומות. למשל, תיק רפואי בבית החולים, שבו יש גיליון סיכום מחלה, יש לשמור 20 שנה לאחר האשפוז האחרון; אם אין גיליון סיכום מחלה - צריך לשמור 25 שנה, או 7 שנים מיום פטירתו של החולה; מכתב סיכום מחלה לרופא המטפל - 100 שנים; ספר לידות - 100 שנים לאחר השינוי האחרון; תרשים שנעשה במכון או במעבדה ונמצא בו ממצא פתולוגי - 10 שנים, לעומת זה אם הממצא היה שלילי - רק שנתיים; אישור להפסקת הריון - 7 שנים לאחר הטיפול האחרון.



להזכירכם: במקרים בהם יש התנגשות בין "חוק זכויות החולה" לבין "תקנות בריאות העם", "חוק זכויות החולה" הוא הקובע.

13. המשמעות המשפטית של העדר רשומה

להעדר רשומה רפואית יש מספר משמעויות חשובות:

- א. כאשר מטפל צריך לרשום, והרישום לא התבצע, העדר הרישום מהווה עבירה פלילית מכוח סעיף 28 (ב) לחוק זכויות החולה.
- ב. כאשר עובדות רלבנטיות לדיון המשפטי, שצריכות היו להירשם ולהטיל אור על המחלוקת בין בעלי הדין, לא נרשמו, הדין האזרחי קובע כי בגלל המחדל של המערכת הרפואית לרשום את שנדרש, יתהפך נטל הראייה כך שהמוסד או המטפל הנתבעים, יצטרכו הם להוכיח את גרסתם לאירוע. מכיוון שלצורך הוכחת הגרסה יש צורך ברשומה (שכאמור איננה) המשמעות הפרקטית היא חוסר יכולת של המטפל או המוסד הרפואי להוכיח את גרסתם, והמשמעות היא בד"כ הפסד התיק.