

ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان دکتر غرضی اصفهان*

شیرین عباسی^۱، ناهید توکلی^۲

چکیده

مقدمه: امکان بررسی کمیت پرونده‌های پزشکی یکی از عوامل تأثیرگذار در سیاست‌های بیمارستانی، ارزیابی عملکرد کادر درمان و بهبود فعالیت‌های اجرایی می‌باشد و به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط مؤسسات مراقبتی به حساب می‌آید و با وجود اهمیت ارزیابی و صرف هزینه و وقت زیاد، به آن کمتر توجه می‌شود. در این مقاله به نتایج حاصل از ارزیابی کمی پرونده‌های مدارک پزشکی در بیمارستان دکتر غرضی اصفهان پرداخته شده است.

روش بررسی: این مطالعه‌ی توصیفی، کاربردی و مقطعی که جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آن کلیه‌ی پرونده‌های پزشکی بیماران بیمارستان دکتر غرضی اصفهان از اول فروردین تا پایان اسفند ماه سال ۱۳۸۷ بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و تعداد ۲۶۲۸۴ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیستی بود که از کتاب مدارک پزشکی ۳ و ۴ استخراج گردید و با مراجعه به بخش مدارک پزشکی بیمارستان داده‌ها از پرونده‌های بیمارستان استخراج و وارد چک لیست شد و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بیشترین درصد قراوانی، نقص مربوط به پرونده بیماران مراجعه کننده به متخصصین گوش و حلق و بینی (۳۸ درصد) بوده است و گروه متخصصین جراحی فک و صورت هیچ گونه نقص اطلاعاتی در پرونده‌ی بیمارانشان نداشته‌اند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از بررسی کمی پرونده‌ها بر اساس محورهای مورد نظر مستند سازی نشان داد که بیشترین نقص مربوط به ثبت تاریخ و ساعت توسط مستند سازان (۹۱ درصد) و کمترین نقص در ارتباط با ثبت داده‌ها بوده است (۱/۱ درصد). همچنین درصد ناچیزی از پرونده‌ها (۱/۲ درصد) در بخش مدارک پزشکی ارزیابی نشدند. بیمارستان دکتر غرضی با به کار بردن ابزارهای مدیریتی سعی در کنترل مستند سازی پرونده‌ها و در نهایت ارزیابی مدارک پزشکی نموده است.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی اطلاعات؛ بیماران بستری؛ مدارک پزشکی؛ بیمارستان‌ها.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۱۹/۷/۱۱

اصلاح نهایی: ۱۸/۱۲/۵

دریافت مقاله: ۱۸/۴/۱۱

ارجاع: عباسی شیرین، توکلی ناهید. ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان دکتر غرضی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۶۴-۵۴.

مقدمه

عملکرد در مؤسسات مراقبت بهداشتی درمانی شکل گرفته است (۳). در مطالعه‌ای که توسط Sanders و Worthen صورت

ارزیابی جزء جدا نشدنی هر فعالیت است؛ چرا که با استفاده از اطلاعات قابل اندازه‌گیری، فعالیت‌های اجرایی بهبود می‌یابد (۱) و به شناخت نقاط قوت و ضعف خدمات ارائه شده کمک می‌نماید. به همین دلیل در هر نظامی، امکانات لازم جهت نظارت و ارزیابی صحیح باید وجود داشته باشد (۲).

در دهه‌های اخیر، تمایل زیادی برای ایجاد برنامه‌های ارزیابی

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی غیرمصوب می‌باشد که توسط مدیریت بیمارستان دکتر غرضی حمایت شده است.
۱. کارشناس ارشد، مدارک پزشکی، مدیریت درمان تأمین اجتماعی، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: shirinabbassi2000@yahoo.com

۲. مربی، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

خدماتی را که به بیمار ارایه شده است، مستند نماید و نشان دهد که این خدمات برای بیمار لازم و مناسب وضعیت وی بوده است. نقص در این مستندات به طور مستقیم روی باز پرداخت تأثیر می‌گذارد (۱۱). اما متأسفانه در اکثر بیمارستان‌های کشور، بخش مدارک پزشکی دستخوش اعمال سلیقه‌ی شخصی شده است که بی‌شک عدم رعایت استانداردها در این بخش، باعث افزایش هزینه‌های غیر ضروری و کاهش بهره‌وری بهینه خواهد شد (۱۲).

توکی در بررسی خود تحت عنوان علل ناقص ماندن پرونده‌های پزشکی نشان داد که هیچ دستورالعمل مشخص و مکتوبی در زمینه‌ی نحوه‌ی تکمیل اوراق پرونده در بیمارستان‌های آموزشی وجود ندارد. همچنین عدم آموزش کافی کادر پزشکی نسبت به نحوه‌ی ثبت اطلاعات پرونده‌ها و عدم نظارت استاد بر اطلاعاتی که اینترن یا رزیدنت در پرونده‌ی بیمار ثبت می‌نمایند، از علل بسیار مهم در ناقص ماندن پرونده‌های پزشکی بوده است (۱۳). بخش مدارک پزشکی با داشتن پرونده‌های بالینی می‌تواند منبع اصلی اطلاعات جهت مراقبت بیمار، بررسی‌های کیفی، آموزش، تحقیقات و برنامه‌ریزی‌های مدیریتی باشد (۱۴). همچنین تمرکز اطلاعات در پرونده‌ی پزشکی نیز موجب بالا رفتن کیفیت مراقبت می‌گردد (۱۵). با توجه به اهمیت بخش مدارک پزشکی در کارایی، ارزیابی و اعتلای کمی و کیفی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی بیمارستان‌ها، باید در اصلاح این بخش نهایت سعی و کوشش را به عمل آورد (۱۶). این بخش با ارایه‌ی خدمات متعدد به بیمار، پزشک، مدیریت بیمارستان و پژوهشگران، نقش مهمی را در ارتقای سطح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایفا می‌کند (۱۷).

سازمان بهداشت جهانی، کارکردها و کاربردهای اصلی مدارک پزشکی را به این شرح عنوان کرده است: عملیات پذیرش، شامل شناسایی بیمار و توسعه و نگهداری ایندکس اصلی بیمار، بازبایی مدارک پزشکی برای مراقبت بیمار و دیگر استفاده‌های مجاز، اقدام ترخیص و تکمیل مدارک پزشکی بعد از ترخیص یا فوت بیمار بستری، کدگذاری

گرفته است، مشخص گردید کنترل و ارزیابی می‌تواند بر روی رضایت‌مندی و کاهش کشمکش‌های بین پزشک و بیمارستان نقش داشته باشد و چنانچه مدیران بیمارستان‌ها ارزیابی مثبتی از عملکرد خود داشته باشند، می‌توانند تأثیر بسزایی در متوسط اقامت بیماران داشته باشند (۴).

در تحقیقی که شیرزاد به منظور بررسی مقایسه‌ای درجه‌ی ارزشیابی و میزان عملکرد بیمارستانی انجام داد، دریافت که ارزشیابی کمی و کیفی خدمات درمانی به منظور انجام وظایف بیمارستانی از ضروریات اجتناب ناپذیر است (۵). در سطح دیگری از ساختار بیمارستان، بخش مدارک پزشکی به عنوان مشتری فرایندهای متعدد در سراسر سازمان نقشی مهم در زمینه‌ی فرایند تشخیص، درمان و هزینه ایفا می‌کند. محصولات و خدمات این بخش به عنوان بخشی از سیستم بهداشتی درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است و به عنوان یکی از خدمات شاخص در علوم بهداشتی و پیراپزشکی در جهت نشان دادن راندمان کاری و کیفیت‌ها و کمیت‌های درمانی، مقیاس قابل ارزیابی به شمار می‌آید (۶، ۷).

مدارک پزشکی مسؤلیت جمع آوری، پردازش، حفظ و نگهداری پرونده‌های پزشکی بیماران را نیز به عهده دارد (۸)، مراقبت بیمار را در خود مستند می‌کند و یکی از عناصر مهمی است که در کیفیت مراقبت نقش دارد. ازسوی دیگر به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارایه شده توسط مؤسسات مراقبتی به حساب می‌آید (۹). از این رو باید شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج درمان باشد.

با توجه به این که مستندسازی در مدارک پزشکی توسط ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه‌ی ارایه‌ی مراقبت بیماران محسوب می‌شود، بنابراین ممکن است مستندسازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد (۱۰). مستندسازی پرونده‌ها نیز به تعیین مقدار باز پرداختی که بیمارستان از سازمان‌های بیمه دریافت می‌کند، کمک می‌نماید. پرونده‌ی بیمار در هنگام ترخیص باید به طور کامل

قبول یا مورد لزوم بوده است یا خیر.

ناکافی یا ناقص بودن اطلاعات پرونده‌ها، پیامدهای متعددی به دنبال خواهد داشت و بیمار اولین فردی است که این پیامدها متوجه او خواهد شد (۱۹)؛ چرا که در مراجعات بعدی به بیمارستان، تیم درمان به مستندات معتبری از درمان‌های انجام شده‌ی قبلی و نتایج آن‌ها نیاز دارند که اگر پرونده ناقص بایگانی شده باشد، منجر به آزمایش‌های تکراری، تصمیم‌گیری نامناسب درمانی و صرف هزینه‌های اضافی خواهد شد.

مهم‌ترین علت ناقص ماندن پرونده‌ها این است که پزشکان و جراحان بر این باورند که مراقبت‌های پزشکی یا جراحی مورد نیاز بیمار بسیار حیاتی است، اما بهبود مستندسازی اطلاعات مربوط به مراقبت‌ها مهم نیست و آن را به عنوان بخشی از فرایند درمان در نظر نمی‌گیرند، در حالی که مدت زمانی که جهت ثبت یا تکمیل پرونده‌ی بیمار در رابطه با مراقبت‌های ارائه شده می‌گذرد، باید به عنوان بخشی از فرایند مراقبت در نظر گرفته شود (۲۱). در این مقاله نتایج حاصل از ارزیابی پرونده‌های پزشکی بیمارستان دکتر غرضی در سال ۱۳۸۷ ارائه و تحلیل شده است.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر توصیفی- کاربردی و مقطعی بود و جامعه‌ی مورد مطالعه، کلیه‌ی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده از اول فروردین تا پایان اسفند ماه ۱۳۸۷ بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و تعداد ۲۶۲۸۴ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. مکان انجام پژوهش، بیمارستان دکتر غرضی اصفهان از بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها نیز چک لیست برگه‌ی نواقص پرونده بود که از مطالعات کتابخانه‌ای و مقررات و آیین‌نامه‌های مستندسازی پرونده‌ها در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور و کتاب مدارک پزشکی ۳ و ۴ استفاده گردید (۱۲). سپس روایی و پایایی چک لیست به تأیید صاحب‌نظران مربوط رسید. این چک

بیماری‌ها و اعمال جراحی بیماران ترخیص شده یا فوتی، بایگانی مدارک پزشکی، تکمیل ماهانه و سالانه‌ی آمار، موضوعات مرتبط با چاپ اطلاعات بیمار و مسایل قانونی و ارزیابی خدمات مدارک پزشکی (۱۸).

ارزیابی کمی، مرور مدارک پزشکی به منظور اطمینان از کامل بودن، درست بودن و برآورده کردن استانداردهای مورد نیاز در ایجاد مدارک پزشکی می‌باشد. در حقیقت بخش مدارک پزشکی مسؤل کنترل قسمت‌های پرونده‌ی پزشکی به منظور اطمینان از کامل بودن، کافی بودن و درست بودن داده‌ها می‌باشد. مدارک پزشکی باید در هر زمانی برای بیمار قابل دسترس و نیز برطرف کننده‌ی نیازهای بیمار، پزشک و بیمارستان باشد (۱۹).

William و Manna استانداردهای مورد بررسی در

ارزیابی کمی را به شرح زیر اعلام کرده‌اند:

- کامل بودن داده‌های ثبت شده در مدارک پزشکی بیمار در هنگام حضور وی در بیمارستان
- مشخص بودن نام بیمار، شماره‌ی پرونده و نام بیمارستان در تمامی صفحات پرونده
- برخورداری از ساخت و طرح استاندارد جهت محتویات پرونده

- کامل بودن موارد ثبت شده شامل تاریخ، زمان و امضای ثبت کننده، در صورت ثبت موارد پزشکی توسط دانشجو، امضای مسؤل دانشجو و ثبت داده‌ها پس از انجام کار (۲۰).

Huffman نیز ویژگی‌های اساسی را که هنگام استفاده از پرونده‌های پزشکی باید مدنظر قرار گیرد، کامل بودن، دقیق بودن و با کفایت بودن داده‌های موجود در پرونده می‌داند (۱۷).

وجود اطلاعات ناقص در پرونده منجر به تکرار آزمایش‌ها و نیز هزینه‌های اضافی خواهد شد. اگر داده‌های هویتی ناقص باشد، احتمال دارد اوراق پرونده با پرونده‌ی دیگری اشتباه شود. بدون مستندسازی مناسب مدارک پزشکی، به سختی می‌توان ثابت کرد که خدمات ارائه شده به بیمار، قابل

یافته‌ها

پس از تکمیل چک لیست مربوط نتایج توزیع فراوانی آمار نواقص به تفکیک هر پزشک استخراج گردید. بیشترین درصد تخصص مربوط به گروه جراحی عمومی با ۲۰ درصد و کمترین درصد تخصص مربوط به گروه‌های عفونی و جراحی فک و صورت بود (حدود ۲ درصد). نتایج نواقص پرونده‌ای پزشکان بر حسب تخصص‌های مربوط در جدول ۱ قرار گرفت. به منظور بررسی دقیق و مشخص شدن جایگاه هر تخصص در توزیع نواقص، درصد نقص بر حسب درصد نسبی نواقص در هر تخصص به کل تخصص‌های بیمارستانی محاسبه گردید.

لیست از دو قسمت تشکیل شده بود. قسمت اول مشخصات دموگرافی (شامل نام و نام خانوادگی بیمار، نام بخش مربوط، نام پزشک و شماره‌ی پرونده) و قسمت دوم آیتم‌های مربوط به ثبت اطلاعات پرونده‌ها از قبیل ثبت داده‌ها در اوراق اصلی و اختصاصی مدارک پزشکی، ثبت امضاهای مجاز، رعایت قوانین مستندسازی پرونده، ثبت تاریخ و ساعت و مهر «بررسی شد» در مدارک پزشکی بود. پس از مطالعه‌ی هر پرونده، داده‌های مورد نیاز وارد چک لیست شد و از طریق روش‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردید.

جدول ۱: توزیع فراوانی آمار نواقص پزشکان بر حسب گروه‌های تخصصی در سال ۱۳۸۷

ردیف	نوع تخصص	تعداد پرونده	تعداد نواقص	درصد نسبی نواقص به کل
۱	قلب و عروق	۱۸۱۰	۲۴۷	۴/۸
۲	ارتوپدی	۲۰۸۷	۴۶۸	۹/۱
۳	داخلی	۱۹۴۷	۴۰۱	۷/۸
۴	جراحی عمومی	۴۸۴۱	۱۱۰۹	۲۱/۶
۵	اطفال	۱۶۸۱	۱۷۱	۳/۳
۶	مغز و اعصاب	۶۱۷	۹۹	۱/۹
۷	گوش و حلق و بینی	۳۷۶۹	۱۴۲۴	۲۸
۸	زنان و زایمان	۵۲۷۹	۵۸۷	۱۱/۴
۹	ارولوژی	۱۶۱۷	۳۳۶	۶/۵
۱۰	چشم	۱۸۴۱	۱۴۰	۲/۷
۱۱	عفونی	۴۴۴	۴۲	۰/۸
۱۲	اعصاب و روان	۳۳۱	۹۷	۱/۸
۱۳	جراح فک و صورت	۲۰	۰	۰
	جمع	۲۶۲۸۴	۵۱۲۱	۱۰۰

شد. یافته‌ها نشان داد درصد نسبی نواقص در گروه گوش و حلق و بینی بالاترین (۲۸ درصد) و در گروه تخصص جراحی فک و صورت بدون نقص بود.

جدول ۲ به بررسی آیتم‌های مورد توجه در ارزیابی کمی انجام شده در مدارک پزشکی می‌پردازد که شامل کامل بودن داده‌ها، ثبت داده، وجود تاریخ و امضاهای مجاز در پرونده به معنای تصدیق هویت مستندساز، رعایت قوانین مستندسازی از قبیل به هنگام بودن داده‌ها، تکمیل مشخصات حقیقی و حقوقی بیمار در اوراق، عدم استفاده از لاک غلط گیر، وجود اوراق مورد نیاز در پرونده و نیز وجود مهر «بررسی شد» در مدارک پزشکی به منظور تصدیق بررسی پرونده بود.

در ارتباط با توزیع فراوانی آمار نواقص پزشکان، یافته‌ها نشان داد که بیشترین تعداد بیمار مراجعه کننده مربوط به گروه تخصصی زنان و زایمان (۲۰ درصد) و کمترین تعداد بیمار مراجعه کننده مربوط به گروه جراحی فک و صورت (حدود ۰/۰۷ درصد) بود. در رابطه با میانگین تعداد نواقص در هر گروه تخصصی، بیشترین میانگین تعداد نواقص در همان گروه تخصصی مربوط به گروه گوش و حلق و بینی (حدود ۳۸ درصد) و کمترین میانگین تعداد نواقص در تخصص جراحی فک و صورت (بدون نقص) به دست آمد. به منظور بررسی وضعیت نواقص پرونده‌های پزشکی در کل تخصص‌های مربوط، درصد نسبی نواقص به کل نیز سنجیده

جدول ۲: توزیع فراوانی نواقص پرونده بر اساس محورهای مورد ارزیابی به تفکیک بخش در سال ۱۳۸۷

بخش	قوانین مستندسازی	ثبت داده‌ها	ثبت تاریخ و ساعت	ثبت امضاهای مجاز	درج مهر «بررسی شد»	جمع	تعداد پرونده	درصد
ICU	۱	۱	۱	۲	۲	۷	۵۷	۰/۱
اطفال	۰	۰	۲۶	۴	۲	۳۲	۱۱۲۸	۱
داخلی مردان	۳	۵	۱۲۷	۲	۲	۱۳۹	۱۷۷۹	۴/۵
جراحی زنان	۴	۳	۳۳۲	۱۵	۳	۳۵۷	۳۱۳۱	۱۲
جراحی مردان	۵۲	۷	۳۷۶	۲۴	۱۰	۴۶۹	۴۱۹۱	۱۵/۵
داخلی زنان	۴	۱	۷۱	۶	۴	۸۶	۲۰۰۸	۳
زایشگاه	۱	۰	۱	۰	۰	۲	۴۹	۰/۰۶
CCU	۴	۰	۳۷	۰	۱	۴۱	۴۲۰	۱/۴
مامایی	۰	۶	۱۷۹	۳	۶	۲۱۱	۵۲۶۳	۷
نوزادان	۰	۱	۱۸	۱۶	۱	۲۱	۵۴۷	۰/۶
سریایی	۳۵	۶	۱۱۷۳	۲۳	۴	۱۲۴۳	۶۷۲۵	۴۱/۸
اتاق عمل	۰	۰	۱	۱	۰	۳	۱۹	۰/۰۶
درمانگاه	۰	۳	۳۷۴	۱	۰	۳۷۷	۹۶۶	۱۳
جمع	۱۰۴	۳۳	۲۷۱۵	۹۷	۳۵	۲۹۸۸	۲۶۲۸۴	۱۰۰
درصد	۳/۵	۱/۱	۹۱	۳/۲	۱/۲			

نشان داد که از برگه‌ی نقص جهت ارزیابی کمی پرونده‌ها استفاده می‌شد و میانگین ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی در سه بیمارستان در خصوص آیتم‌های ثبت داده، خوانا بودن و تکمیل آدرس و گرام پرونده، دارای درصد نواقص به ترتیب ۱۰/۱ درصد، ۴/۸ درصد و ۰/۵ درصد بودند (۲۲). در حالی که در بیمارستان دکتر غرضی، میانگین‌های به دست آمده عبارت از ۱/۱ درصد و ۳/۴ درصد (عدم رعایت قوانین مستندسازی) بودند که در خصوص دو آیتم اخیر، نتایج پژوهش وی با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

در پژوهشی تحت عنوان «بیمه‌ی خدمات درمانی از دیدگاه رؤسا و مدیران بیمارستان‌های عمومی دولتی و خصوصی شهر تهران در مورد علل کسورات صورت‌حساب‌های بیمه‌ی درمانی در سال ۱۳۷۶» نتایج نشان داد که خط خوردگی اوراق و مخدوش بودن نسخ پزشکی ۶۶/۶۷ درصد، ناقص بودن و یا فاقد امضا بودن اسناد ارسالی از سوی بیمارستان ۵۵/۵۵ درصد و نیز اشتباه در کدگذاری بعضی از خدمات تشخیصی و درمانی از سوی بیمارستان ۵ درصد از علل مهم کسورات پرونده‌ها بوده است (۲۳). تحقیقی که توسط شاهی و خرمی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه هرمزگان انجام گردید، نشان داد که ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط در بیمارستان‌های تحت بررسی حدود ۹۰ درصد انجام می‌گیرد (۲۴) که انجام ارزیابی با بیمارستان مورد نظر مطابقت دارد.

قاضی سعیدی در پژوهشی نشان داد که نحوه‌ی برخورد با پرونده‌های ناقص تنها در ۲۰ درصد مراکز عمومی و ۲۲/۲۲ درصد مراکز تخصصی فرم‌هایی جهت ارزیابی کمی پرونده پیش‌بینی شده است و آن هم به دلیل نبود دستورالعمل تأیید شده و رسمی راه به جایی نبرده است (۲۵). تحقیق دیگری نشان داده است سیستم‌های کنترل کننده برای مهار پرونده‌های ناقص و اقدام ارزشیابی لازم در بخش مدارک پزشکی وجود ندارد (۲۶)، در حالی که در بیمارستان مورد نظر اقدامات لازم برای ارزیابی پرونده در

یافته‌ها نشان داد که بیشترین بیماران ترخیص شده، مربوط به بخش سرپایی (حدود ۲۶ درصد) و کمترین بیماران ترخیص شده مربوط به اتاق عمل (حدود ۰/۰۷ درصد) بودند (اغلب بیمار به طور مستقیم از اتاق عمل ترخیص نمی‌شود و تنها در شرایطی از قبیل اعمال سرپایی کوچک و یا ترخیص قبل از انجام جراحی امکان ترخیص بیمار از این بخش امکان پذیر می‌گردد).

همچنین درصد نسبی نواقص در کل بخش‌ها نشان داد که بخش زایشگاه با ۰/۰۶ درصد کمترین نواقص و بخش سرپایی با ۴۱/۸ درصد بیشترین نواقص را داشت.

یافته‌ها نشان داد از مجموع نواقص پرونده‌ای، بیشترین نقص (حدود ۹۱ درصد)، مربوط به عدم ثبت تاریخ و ساعت توسط مستندسازان بود. در ارتباط با ثبت داده توسط مستندساز، کمترین میزان نقص به چشم می‌خورد (حدود ۱ درصد). همچنین تنها حدود ۱/۲ درصد پرونده‌ها توسط مدارک پزشکی ارزیابی نشدند (عدم وجود مهر «بررسی شد» مدارک پزشکی).

بحث

در بیمارستان دکتر غرضی به منظور حصول اطمینان از بررسی کلیه‌ی پرونده‌های ترخیص شده، منشی موظف است پس از کنترل پرونده توسط سرپرستار بخش، پرونده را جهت ارزیابی به مدارک پزشکی تحویل نماید و پس از ثبت مهر «بررسی شد» در واحد مدارک پزشکی مراحل بعدی ترخیص از قبیل ترخیص مالی پرونده انجام خواهد پذیرفت. واحد حسابداری نیز مکلف است در صورتی که پرونده مهر «بررسی شد» را نداشت، از صدور مجوز ترخیص امتناع نماید. با وجود این که کادر پزشکی و پیراپزشکی ثبت اطلاعات و مستندسازی پرونده را جزیی از فرایند درمان بیمار می‌دانند، نتایج ارزیابی کمی پرونده‌ها حاکی از وجود نواقصی در پرونده‌های پزشکی است.

در تحقیقی توسط Sheheta و همکاران که در سه بیمارستان (آموزشی، ارتش و دانشگاهی) انجام گرفت، نتایج

نظر گرفته شده است.

احمدی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که در بایگانی و تکمیل پرونده‌ها حدود ۴۲ درصد الزامات در هیچ سیستمی دیده نشد (مشاهده‌ی خلاصه‌ی پرونده‌ی کدگذاری شده‌ی بیماران، ایجاد لیستی از پرونده‌های ناقص بر اساس نام پزشکان و نوع خدمت، ردیابی گزارش‌ها و پرونده‌های ناقص بر اساس شماره‌ی پرونده و کلمه‌ی شناسایی کاربر، اخذ گزارش‌های ویژه و استاندارد برای تحلیل تخلف/ نقص پرونده، ثبت و ذخیره‌ی فهرست نقایص در حافظه‌ی کامپیوتری و حذف لیست ناقص پس از تکمیل، ۴ موردی هستند که فقط در یک سیستم وجود دارد) (۲۷).

در پژوهشی در بیمارستان‌های آموزشی اصفهان مشخص شد که ۴۳/۲ درصد پرونده‌های تحت مطالعه، یا برگ خلاصه‌ی پرونده نداشتند یا اطلاعات مربوط به این برگ توسط پزشک معالج تکمیل نشده است (۲۸) که یافته‌های این پژوهش با مطالعه‌ی اخیر هم‌خوانی ندارد.

طاهری در پژوهش خود عنوان می‌کند، در حال حاضر در مراکزی که کدگذاری پرونده‌ها به صورت کامپیوتری انجام می‌شود، به علت مشکلات سیستم‌های کامپیوتری، امکان گرفتن اطلاعات مورد نیاز وجود ندارد (۲۹). همچنین Schneider و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که مدارک پزشکی الکترونیکی نه تنها به عنوان ابزاری جهت تسهیل مراقبت درمانی به کار می‌رود، بلکه به عنوان عامل مهمی در سنجش عملکرد ایفای نقش می‌کند (۳۰).

نتیجه‌گیری

پرونده‌های پزشکی به لحاظ این‌که وضعیت بیمار، طول بستری و بررسی‌های انجام شده، درمان، سیر بیماری و تعامل بین بیمار و پزشک در طول یک دوره را مستند می‌کند، به عنوان یک عنصر اساسی در کیفیت مراقبت به شمار می‌رود. حتی برخی مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت مدارک پزشکی، کیفیت مراقبت ارائه شده توسط پزشکان را مشخص می‌کند (۳۱).

در مطالعات انجام شده در ایران، عملکرد مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط ارائه دهندگان ناقص گزارش شده است که این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری شده، می‌تواند آثار سوء در فرایند درمان آن‌ها داشته باشد (۳۲).

Pizzull در تحقیق خود نشان داد که ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی در بیمارستان‌ها، نتایج زیر را به همراه خواهد داشت: بهبود مراقبت از بیمار، کاهش نواقص پرونده‌ای، به کارگیری خط مشی و دستورالعمل‌های مدون در خصوص ارزیابی کمی پرونده‌ها، بهبود ارتباط با سایر مراکز درمانی، فراهم کردن مستندات کامل از مراقبت بیمار، امکان تحقیق در جنبه‌های مختلف درمان (۳۳).

در پژوهش فوق مشخص گردید بیمارستان با به کار بردن ابزارهای مدیریتی سعی در کنترل مستندسازی پرونده‌ها و در نهایت ارزیابی مدارک پزشکی نموده است. در بخش‌های بستری برخی از بخش‌ها از جمله بخش‌های سرپایی و درمانگاه دارای بیشترین درصد نواقص پرونده‌ای بودند که دلیل آن عدم حضور منشی در بخش‌های یاد شده به منظور بررسی پرونده‌ها قبل از ترخیص بود.

از نکات تأثیرگذار در اهمیت نتیجه‌ی ارزیابی انجام شده، تشکیل دوره‌های آموزشی در خصوص مدارک پزشکی جهت منشی‌های بیمارستانی، وجود فرایندهای کاری در بخش مدارک پزشکی، تدوین دستورالعمل‌های مستندسازی پرونده، صدور گواهی فوت و ولادت و ابلاغ آن به پزشکان و پرستاران، تشکیل جلسات تخصصی پزشکان و ابلاغ نتایج حاصل از ارزیابی به آن‌ها و نیز وجود برنامه‌ی نرم‌افزاری در مدارک پزشکی با امکانات بررسی آمار تعداد بیماران، اعمال جراحی انجام شده، آمار بیماری‌ها و نواقص هر پزشک را به تفکیک پزشک و گروه تخصصی را می‌توان نام برد.

پیشنهادها

با این وجود به منظور کاهش نواقص موجود در پرونده، رعایت نکات زیر نیز حایز اهمیت است:

- سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی به منظور ارتباط تنگاتنگ بخش‌های درگیر در امر درمان بیماران به کار گرفته شود.
- جلسات منظم با کادر پزشکی در ارتباط با ثبت اطلاعات، اصلاح نواقص و تمرکز روی نقاط ضعف حاصل از مطالعات کیفی تشکیل گردد.
- بخش مدارک پزشکی باید کادر پزشکان، مدیریت بیمارستان و سایر کارکنان بیمارستان را از اهمیت اثرات ثبت اطلاعات در مدارک پزشکی برای مراقبت بیمار، پرداخت هزینه‌ی بیمار توسط بیمه و مراحل قانونی آن مطلع سازد.
- دستورالعمل‌ها و خط مشی‌های اساسی در زمینه‌ی ارزیابی کمی پرونده و ابلاغ به بیمارستان‌ها جهت اجرا تدوین گردد.

پیام مقاله

یافته‌ها و دستاوردهای اصلی این مطالعه چیست؟

ثبت مستندات پزشکی در پرونده‌ها به منزله‌ی انجام اقدام برای بیماران از مهم‌ترین ویژگی‌های مستند سازی می‌باشد. از این‌رو، در این مطالعه با شاخص گذاری و ارزیابی کمی کلیه‌ی پرونده‌های پزشکی در طول یک سال در بیمارستان دکتر غرضی (وابسته به مدیریت درمان تأمین اجتماعی) به بررسی مراحل و ویژگی‌های مستند سازی در ثبت داده، ثبت تاریخ، تصدیق هویت بیماران و کامل بودن مستندات پرداخته شد. بدین ترتیب مسؤولان بیمارستان توانستند با بررسی نواقص موجود در تخصص‌های پزشکی و بخش‌های بیمارستانی اقدام اصلاحی جهت کاهش نواقص و بهبود عملکرد مستند سازان در پرونده‌های پزشکی را انجام دهند.

مخاطبان اصلی این مطالعه چه کسانی هستند و این مطالعه چه توصیه‌ی عملی برای آنان دارد؟

مخاطبان اصلی این مطالعه مدیران ارشد مراکز بهداشتی و درمانی و به طور اختصاصی مدیران گروه پزشکی و سرپرستاران بخش‌ها می‌باشند. این مطالعه روشی برای پایش ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بوده و یک عامل اصلی در درستی و کامل بودن پرونده‌ها بوده است و به عنوان یک عامل کمکی در ارزیابی کیفی پرونده‌های پزشکی به پزشکان معتمد می‌باشد.

References

1. Sadaghiani A. Evaluate health care and hospital standards. Tehran: Jaafari Publication; 2005.
2. Vatankeh S. Attitude of managers to the treatment of social problems in some health care insurance. [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences; 1995. p. 25.
3. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. Int J Qual Health Care 2002; 14(Suppl 1): 7-16.
4. Sanders JR, Worthen BR. Educational evaluation: theory and practice. New York: Wadsworth Pub. Co; 1973.
5. Shirzad A. Comparative study of evaluation degree and function hospitals Mazandaran University of Medical Sciences and Health Services. [MSc Thesis]. Tehran: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences; 1997.

6. Cassidy BS. Total quality management: an implementation strategy for excellence in the medical record department. *Top Health Rec Manage* 1991; 11(3): 44-57.
7. Rabee R. Performance assessment section of medical record Hospitals -Specialized Medical University and Health Services Iran. [MSc Thesis]. Tehran: Faculty of Medical Information Management, Tehran University of Medical Sciences; 2001.
8. Raeisi P, Pour Mohammad A. Read performance section of medical record Hospitals. *Qom Medical University of Medical Sciences* 2008; 11(31): 39-46.
9. Horn Manger BJ. Documentation requirements in non-acute care facilities & organizations. New York: Parthenon Pub. Group; 2001.
10. Langarei Zadeh M, Shahveredian N, Jaafari H. Health Information Management. Tehran: Institute of Cultural Art Dibagaran; 2001.
11. Faracis CM. Hospital administration. In: Lippincott Williams & Wilkins, Editor. Complete guide to documentation. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
12. Hajavei A, Sarbaz M, Moradi N. Medical Records (3) and (4). Tehran: Electronic publishing and information world computer; 2002.
13. Tavakoli N. Causes remain incomplete case managers and medical and suggestions physician's university hospitals in Isfahan in 2004. *Journal of Information Management and Health* 2005; 2(1): 15-24.
14. Sadaghiani E. Organization and hospital management. Tehran: Electronic Publishing and Information Jahan Rayanei; 1998.
15. Hammond W. An In Depth Look At The Data Structure of A Computer-based Patient Record - TMR. Proceedings of the 20th Congress AMIA; 1993 May 9-12; Missouri, USA; 1993.
16. Ahmadi M. Deployment of quality management principles and concepts pervasive in the medical record Hospitals University of Medical Sciences -Year 2005. *Quarterly Health Management Research* 2007; 10(29): 25-30.
17. Huffman EK. Health Information Management. Berwyn: Physicians Record Co; 1994.
18. WHO. Medical Records Manual: A Guide for Developing Countries. Geneva: World Health Organization; 2006.
19. Mogli GD. Medical records: organization and management. New Delhi: Jaypee Bros; 2001.
20. Manna R, William J. Standards in M.R keeping. *Clin Med* 2003; 3(4): 329-32.
21. Danialie A, Keshtkaran A. Medical Records Management Section. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences Publications; 2001.
22. Sheheta A, Ajluni M, Amir N. Evaluation numbering, Filing and retrieval system used in medical records departments of Jordanian hospital (the pullet in of the H.I.P.H). Alexandria: Alex-University: The High Institute of Public Health; 1994. p. 1023.
23. Abbasi S. The health insurance perspective hospitals presidents and general managers, public and private Isfahan. [MSc Thesis]. Tehran: Tehran Science Research Branch, Islamic Azad University Tehran; 1997.
24. Shahi M, Khorami F. Performance assessment section of medical record Hospitals -Health, Hormozgan University of Medical Sciences. *Journal of Medical Statistics and Information* 2006; 1(3): 3-12.
25. Ghazi Saeedi M. Section of medical record review activities, training in hospitals of Tehran University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences; 1997.
26. Ghazi Saeedi M, Sharifian R. Status of medical record review section Hospitals in Tehran University of Medical Sciences 2003. *Medicine and Refinement* 2005; 14(1): 30-5.
27. Ahmadi M, Hosseini F, Bar Abadei M. A survey systems tell the hospital compliance with the section of medical record users needs, staff Magazine. *Journal of Health Management* 2008; 11(32): 25-33.
28. Tavakoli N. Causes remain incomplete case managers and medical and suggestions Physicians University hospitals in Isfahan in 2004. *Journal of Information Management and Health* 2005; 2(1): 25-4.
29. Taheri A. Review mechanism producing statistical data [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences; 2003.

30. Schneider EC, Riehl V, Courte-Wienecke S, Eddy DM, Sennett C. Enhancing performance measurement: NCQA's road map for a health information framework. National Committee for Quality Assurance. JAMA 1999; 282(12): 1184-90.
31. Dra G. Some related factors associated to the quality of cesarean section performance in Hara ponkita children &maternity hospital in Jakarta. Proceedings of the 13th International Health Records Congress, International Federation of Health Records Organizations and the Health Information Management Association of Australia; 2000 Jul 27-29; Melbourne, Australia; 2000.
32. Mashofei M, Amanei F, Roustami KH, Mardei A. Registered assessment information hospitals of Ardabil Medical Sciences University. Ardabil University of Medical Sciences Journal 2004; 4(11): 43-9.
33. Pizzull DR. Medical records & medical care evaluation: why, when, how. Qatar Med J 1983; 4(1): 21-4.

Quantitative Analysis of Medical Record of Admitted Patients in the Gharazi Hospital of Isfahan, Iran*

Shirin Abbassi¹, Nahid Tavakoli²

Abstract

Introduction: Quantitative analysis of medical records is effectiveness factors in hospital policies, assessment of treatment team performance, and improve executive activities in hospital and they are the principle tool for medical audit. Despite the importance of evaluation and high cost and time, it was not intentioned enough. This paper review the result of Quantitative analysis of medical records of patients admitted in the Gharazi hospital of Isfahan, Iran.

Methods: In this descriptive and cross-sectional study, the medical records of all patients admitted in the hospital from the first April 2008 until the end of March were evaluated. Sampling method was census and 26284 number of cases were studied Data collection tool was the checklist that was extracted from medical record text. Researcher referred to the medical record department and data from hospital records were extracted and compiled the checklist and analyzed by SPSS.

Results: The most frequency of failure of patients file were related to Ear, Nose and Throat (ENT) specialists (38%) and Maxillofacial Surgery department professionals had not any defect in their patients file record.

Conclusion: Quantitative analysis of medical records Based on the desired topics of documentation showed that the most failure of patient records were related to documentation of date entry by documentary makers (91%) and the lowest deficit was related to data entry (1.1%). Few percent of the cases (1.2%) were not assessed in medical record. Considering the results of this study, the Gharazi hospital of Isfahan, Iran is planning to control the case documentation and medical records evaluation by applying appropriate management tools.

Keywords: Information Evaluation; Inpatients; Medical Records; Hospitals.

Type of article: Original Article

Received: 2 Jun, 2009

Accepted: 3 Oct, 2010

Citation: Abbassi Sh, Tavakoli N. **Quantitative Analysis of Medical Record of Admitted Patients in the Gharazi Hospital of Isfahan, Iran.** Health Information Management 2011; 8(1): 64.

* This article is an independent research with support by Manager`s of Gharazi hospital.

1. MSc, Medical Record, Management, Treatment of Social Security, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: shirinabbassi2000@yahoo.com

2. Lecturer, Medical Record, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.