

Depiction of Health

2016; 7(3): 37-45

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

Audit of Medical Records of Shahid Madani Hospital

Mohammad Farough-khosravi¹, Shiva Salimlar¹, Akram Rostamzadeh¹,
Narges Shadkam¹, Laila Doshmangir^{*2}

Article Info:

Article History:

Received: 2016/04/08

Accepted: 2016/04/27

Published: 2016/12/20

Keywords:

Audit
Medical Records
Hospital
Quality

Abstract

Background and Objectives: Evaluation of the quality of services and provided cares through comparing them with existing standards in order to identify and prioritize problems and trying to fix them are important steps in the audit of clinical functions. This study aimed to improve the quality of performance of medical records registrations about patients admitted to hospital Shahid Madani and deals with the audit of records listed them.

Material and Methods: To perform this study, data were collected using researcher checklist. Target data of 30 medical records were gathered. We used software package of Mini Tab and SPSS to develop process statistical control charts and for statistical analysis of data, respectively.

Results: By plotting control charts, we determined three specific reasons in the ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET, four specific reasons in the SUMMARY SHEET, and three specific reasons in CONSULTATION REQUEST SHEET. The lack of the standard form (on-delivered copies of a summary form) "with 90%", lack of the main form in patient's clinical record "with 83.3%", lack of the patient's procedure "with 73.3%" are ranked as the most defects in SUMMARY SHEET. In the CONSULTATION REQUEST SHEET, failure to comply with doctor's stamp and signature standard with "20%" has highest percentage of defects. In the ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET nonconformity of standard records, patient's duration of stay "100%", coding of diseases based on ICD "100%", recording of patient number based on signs and symptoms "93.3%", using the abbreviations to record the recognitions "93.3%" have highest percentage of defects respectively.

Conclusion: Based on the results of this study and noting that studied standards of process statistical control charts are in the range of control, the quality of standards and the documentations of the records in the studied hospital and therefore clinical documentations of the records for Shahid Madani hospital are relatively acceptable.

Citation: Farough-khosravi M, Salimlar Sh, Rostamzadeh A, Shadkam N, Doshmangir L. Audit of Medical Records of Shahid Madani Hospital. *Depiction of Health* 2016; 7(3): 37-45.

1. M.Sc. Student of Health Services Management, Department of Health Services Management, School Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. PhD, Assistant Professor of Health Policy, Department of Health Services Management \ Iranian Center of Excellence in Health Management \ Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

(Email: Doshmangirl@tbzmed.ac.ir)



© 2016 The Author(s). This work as an open access article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work is permitted, as long as the original authors and source are properly cited.

ممیزی پرونده‌های پزشکی بیمارستان شهید مدنی تبریز

محمد فاروق خسروی^۱، شیوا سلیم‌لر^۱، اکرم رستم زاده^۱، نرگس شادکام^۱، لیلا دشمنگیر^{۲*}

چکیده

زمینه: سنجش کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه‌شده و مقایسه آن‌ها با استانداردهای موجود در جهت شناسایی اولویت‌بندی مشکلات و تلاش برای رفع آن‌ها از اقدامات مهم در ممیزی عملکردهای مختلف بالینی می‌باشد. این مطالعه با هدف بهبود و ارتقای کیفیت عملکردی در ثبت پرونده‌های پزشکی بیمارستان شهید مدنی، به ممیزی پرونده‌های ذکر شده می‌پردازد.

روش کار: برای انجام این مطالعه، داده‌ها با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته جمع‌آوری گردیده است. داده‌های موردنظر از ۳۰ پرونده پزشکی جمع‌آوری شد. برای تدوین نمودار کنترل آماری فرایند از نرم‌افزار Mini Tab و برای تحلیل داده‌های آماری از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها: با رسم نمودارهای کنترل، در فرم پذیرش؛ سه علت خاص، در فرم خلاصه ترخیص؛ چهار علت خاص و فرم مشاوره؛ سه علت خاص مشخص شده است. در فرم خلاصه پرونده نقایص مربوط به استاندارد عدم تحویل کپی فرم خلاصه پرونده با ۹۰٪، نبود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار با ۸۳٪، عدم ثبت سیر بیماری با ۷۳٪ به ترتیب بیشترین درصد نقایص رتبه خود اختصاص داده است. در فرم مشاوره‌ی پزشکی عدم رعایت استاندارد مربوط به وجود مهر و امضای پزشک معالج با ۲۰٪ بیشترین درصد فراوانی رتبه خود اختصاص داده است. در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص عدم رعایت ثبت استاندارد مدت اقامت بیمار ۱۰۰٪، کدگذاری بیماری‌ها بر اساس ICD ۱۰۰٪، تعداد روزهای بستری ۱۰۰٪، ثبت علائم و نشانه‌ها به‌عنوان تشخیص ۹۳٪، به‌کار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ۹۳٪، به ترتیب بیشترین درصد نقایص را به خود اختصاص داده‌اند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و با توجه به این‌که استانداردهای مطالعه شده طبق نمودار کنترل آماری فرایند در محدوده‌ی کنترل قرار دارند؛ وضعیت کیفیت رعایت استانداردهای مستندسازی پرونده‌ها در بیمارستان مورد مطالعه و بنابراین شرایط مستندسازی پرونده‌های بالینی بیمارستان شهید مدنی در حد نسبتاً قابل قبولی است.

کلیدواژه‌ها: ممیزی، پرونده‌های پزشکی، بیمارستان، کیفیت

فاروق خسروی م، سلیم‌لر م، رستم زاده ا، شادکام ن، دشمنگیر ل. ممیزی پرونده‌های پزشکی بیمارستان شهید مدنی تبریز. تصویر سلامت ۱۳۹۵؛ ۳(۳۷): ۳۷-۴۵.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت اطلاع‌رسانی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲. استادیار سیاست‌گذاری سلامت، گروه آموزشی مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی / قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران (ICEHM) / مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: Doshmangirl@tbzmed.ac.ir)

نویسنده (نویسندگان). این اثر به عنوان یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز Creative Commons Attribution License توسط تصویر سلامت منتشر گردیده است. استفاده‌های غیر تجاری از این اثر به شرط ارجاع صحیح به اثر اصلی مجاز است.



مقدمه

در اهمیت نظام اطلاع‌رسانی خوب همین بس که ارزش آن را در نجات جان انسان‌ها بسیار کلیدی می‌توان ذکر کرد (۱). وجود یک نظام دقیق و صحیح ثبت و گزارش دهی اطلاعات پزشکی، یکی از پایه‌های اصلی درمان، آموزش، تحقیق و نظارت می‌باشد. پرونده نویسی در درمان بیمار نقش مهمی دارد. زیرا اگر اطلاعات مربوط به بیمار به‌طور کامل و دقیق اخذ و ثبت شود در درمان فعلی و آینده او نقش بسیار ارزنده‌ای داشته و امور بعدی را تسریع می‌کند (۲).

پرونده‌ی درمانی بیمار مستنداتی می‌باشد که از لحاظ اندازه، کیفیت و کمیت، کلیه خدماتی که در یک مرکز بهداشتی و درمانی به بیمار ارائه می‌شود را مکتوب می‌کند و از دوباره‌کاری جلوگیری می‌کند. کیفیت این مستندات وابسته به محتویات و اطلاعات آن می‌باشد که توسط ارائه‌دهندگان خدمات در آن ثبت می‌گردد (۳). با توجه به اهمیت پرونده‌ی بیمار، کنترل اطلاعات ثبت‌شده در آن ضروری به نظر می‌رسد تا محتویات آن برای استفاده‌های تحقیقاتی، موارد قانونی، بررسی‌های ارزشیابی و اطلاعات بالینی مورد استفاده قرار گیرند (۴). کنترل و ارزیابی مستندات بیمار می‌تواند موجب رضایتمندی و کاهش کشمکش‌های بین پزشک و بیمارستان شده و همچنین تأثیر به‌سزایی در متوسط اقامت بیمار داشته باشد (۵).

باوجود اهمیت زیاد مستندسازی، درج اطلاعات در پرونده توسط پزشک و پرستار و مسئول پذیرش از کیفیت بالایی برخوردار نمی‌باشند (۶). پژوهشی نشان می‌دهد که اکثریت کادر پزشکی (۶۰ درصد) و دستیاران و دانشجویان پزشکی از اصول مستندسازی و جنبه‌های قانونی آن آگاهی ندارند و از آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده بهره‌مند نیستند (۷). همچنین پژوهشی نشان می‌دهد که پاسخگویی پرونده‌های پزشکی مورد بررسی در حد مطلوب نبوده است و علی‌رغم اهمیت ویژه مستندسازی صحیح از نظر قانونی، ثبت اطلاعات در پرونده‌ها به‌طور ناقص انجام می‌شود و از بعد کیفیت مستندسازی از جهت دقت، صحت، کامل بودن و دارای مهر و امضاء بودن نقاط ضعف متعددی دارند (۸).

مشکلات موجود در مدارک پزشکی شامل مشکلات ساختاری (فقدان پرونده کامل، ناخوانا بودن) و علاوه بر آن ثبت ناقص اطلاعات بیمار می‌باشد که موجب تهدید سلامتی شده و مشکلات متعددی را برای پیگیری درمان و موارد حقوقی ایجاد می‌کند و می‌تواند موجب افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش شکایت از بیمارستان شود (۹).

در دهه‌ی اخیر کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و عوامل مؤثر بر آن توجه بسیاری از مدیران سطوح عالی را به خود جلب کرده است و کیفیت و ارتقای مستمر آن را سرلوحه کار خود قرار داده‌اند (۱۰).

یکی از مؤثرترین ابزارها برای ارتقای عملکرد نظام سلامت، ممیزی بالینی (Clinical audit) می‌باشد. ممیزی بالینی رویکردی نظام‌مند و مبتنی بر شواهد معتبر و منطبق با استانداردها است و به ما اطمینان می‌بخشد که کیفیت خدمات سلامت به‌صورت پیوسته ارتقا می‌یابد (۱۱).

با در نظر گرفتن نتایج نه‌چندان رضایت‌بخش تحقیقات مشابه داخلی در این زمینه (۱۵/۸۰)، بر آن شدیم که این پژوهش را در بیمارستان شهید مدنی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام دهیم تا از این رهگذر نقایص احتمالی اوراق انتخابی (خلاصه پرونده، خلاصه پذیرش و ترخیص و درخواست مشاوره پزشکی) را شناسایی و با بازخورد لازم به مسئولین ذی‌ربط، چاره‌اندیشی جهت رفع مشکل صورت گیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر با استفاده از روش ممیزی انجام شد. جامعه‌ی مورد مطالعه کلیه‌ی پرونده‌های پزشکی بررسی نشده بیمارستان در مقطع زمانی آذر و دی ماه ۱۳۹۳ در بیمارستان تخصصی قلب شهید مدنی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود.

پرونده‌ها پس از ثبت داده‌ها در بخش مربوطه، به مدارک پزشکی منتقل شده و در آنجا مورد بررسی قرار می‌گیرند. برای این مطالعه ۳۰ پرونده پزشکی از میان پرونده‌های بررسی نشده موجود در واحد مدارک پزشکی، به‌صورت تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به کمبود وقت و همچنین مطالعات و منابع علمی بررسی شده، تعداد حداقل ۳۰ نمونه برای انجام فرایند ممیزی کافی می‌باشد (۱۲). داده‌ها با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته‌ای، بر اساس استانداردهای مستندسازی پرونده‌های پزشکی تدوین شده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، جمع‌آوری گردید. این چک‌لیست متشکل از سه قسمت: خلاصه پرونده‌ی بیمار، درخواست مشاوره پزشکی و خلاصه پذیرش و ترخیص تشکیل شده است که آیت‌های فرمهای ذکر شده را از نظر ثبت و یا عدم ثبت اطلاعات مورد بررسی قرار می‌داد. داده‌ها پس از کسب اجازه از مدیریت بیمارستان، با مراجعه‌ی حضوری محققان و مرور مستندات در واحد مدارک پزشکی بیمارستان جمع‌آوری گردید. برای تدوین نمودار کنترل آماری فرایند از نرم‌افزار Mini Tab و تحلیل داده‌های آماری از نرم‌افزار SPSS و در سطح آمار توصیفی استفاده گردید.

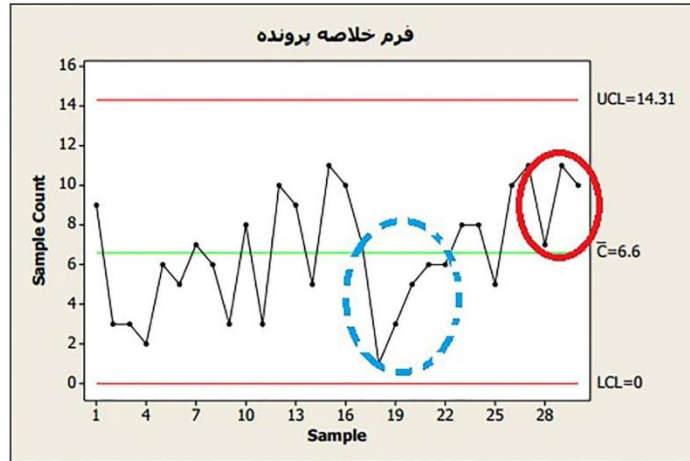
یافته‌ها

داده‌ها با بهره‌گیری از نمودار کنترل و آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت و یافته‌های مطالعه به شرح زیر می‌باشد.

قسمت اول: نمودار کنترل

همان‌گونه که نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد؛ میانگین تعداد نقص‌های فرم خلاصه پرونده ۶.۶ و حدود کنترل بالا و پایین آن به ترتیب ۱۴.۳۱ و صفر می‌باشد. در این نمودار تمامی موارد نقص با وجودی که در محدوده‌ی کنترل قرار گرفته‌اند؛ ولی دارای سه علت خاص در بروز نقایص می‌باشد.

علت خاص یک: دو نقطه از سه نقطه‌ی متوالی در حدود یک‌سوم انتهایی نمودار کنترل (یک‌طرف)
 علت خاص دو (نقطه چین): چهار نقطه از پنج نقطه متوالی در حدود دو سوم انتهایی نمودار کنترل (یک‌طرف)
 علت خاص سه: رفتارهای آشفته و غیر تصادفی نمودار

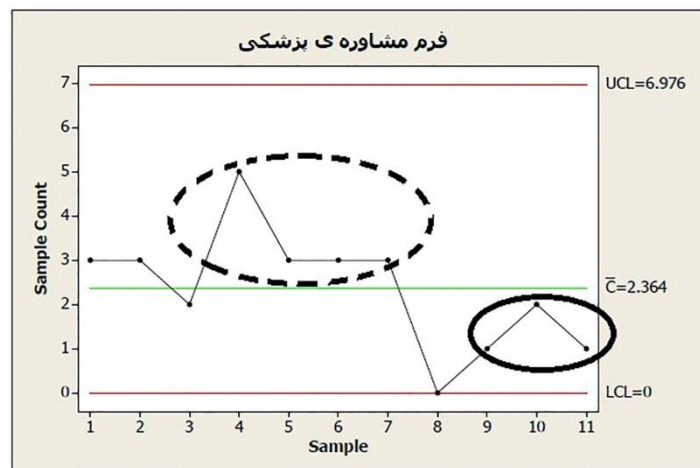


رفتار آشفته و غیر تصادفی

نمودار ۱. نمودار کنترل آماری C، فرم خلاصه پرونده

همان‌گونه که نمودار شماره ۲ نشان می‌دهد؛ میانگین تعداد نقص‌های فرم مشاوره پزشکی ۲.۳۶ و حدود کنترل بالا و پایین آن به ترتیب ۶.۹۷ و صفر می‌باشد. در این نمودار، تمامی موارد نقص‌ها در محدوده‌ی کنترل قرار گرفته‌اند و با این وجود دارای چهار علت خاص در بروز نقایص می‌باشد که در نمودار مشخص شده است.

علت خاص یک: یک نقطه خارج از حدود بالا و پایین کنترل
 علت خاص دو: دو نقطه از سه نقطه‌ی متوالی در حدود یک‌سوم انتهایی نمودار کنترل (یک‌طرف)
 علت خاص سه (نقطه چین): چهار نقطه از پنج نقطه متوالی در حدود دو سوم انتهایی نمودار کنترل (یک‌طرف)
 علت خاص چهار: رفتارهای آشفته و غیر تصادفی نمودار

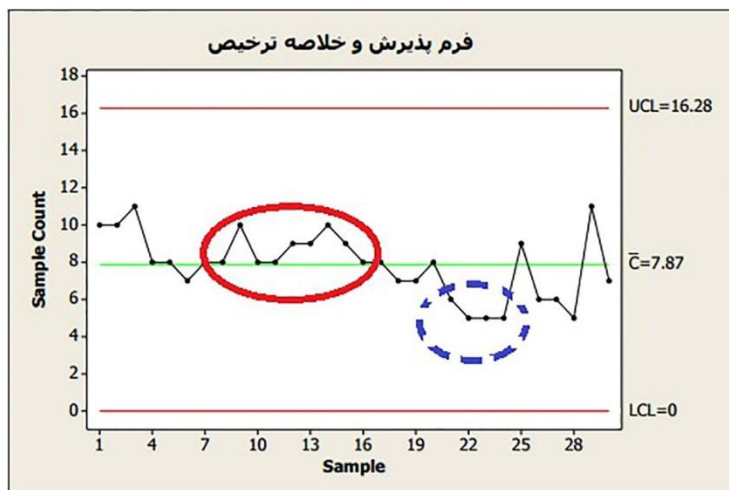


رفتارهای آشفته و غیر تصادفی

نمودار ۲. نمودار کنترل آماری C، فرم مشاوره پزشکی

علت خاص یک (نقطه چین): نه نقطه پشت سر هم در یک طرف خط مرکزی
 علت خاص دو: چهار نقطه از پنج نقطه متوالی در حدود دوسوم انتهایی نمودار کنترل (یکطرف)
 علت خاص سه: رفتارهای آشفته و غیر تصادفی نمودار

همان گونه که نمودار شماره ۳ نشان می دهد؛ میانگین تعداد نقص های فرم پذیرش و خلاصه ترخیص ۷/۸۷ و حدود کنترل بالا و پایین آن به ترتیب ۱۶/۲۸ و صفر می باشد. در این نمودار تمامی موارد نقص ها در محدوده ی کنترل قرار گرفته و با این وجود دارای سه علت خاص در بروز نقایص می باشد که در نمودار مشخص شده است.



رفتار آشفته و غیر تصادفی
 نمودار ۳. نمودار کنترل آماری C، فرم پذیرش و خلاصه ترخیص

یک از آیتم های استاندارد برگ خلاصه پرونده به شرح زیر می باشد:

قسمت دوم: آمار توصیفی
 همان طور که جدول شماره ۱ نشان می دهد درصد رعایت هر

جدول ۱. فرم خلاصه پرونده

موارد ثبت نشده		موارد ثبت شده		وضعیت ثبت اطلاعات بالینی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	۰	۱۰۰	۳۰	دلیل بستری شدن بیمار
۱۶.۷	۵	۸۳.۶	۲۵	خلاصه های مختصر از تشخیص ها و یا هرگونه بیماری همراه و یا عارضه
۱۳.۳	۴	۸۶.۷	۲۶	مهم ترین یافته های دوران بستری
۱۰	۳	۹۰	۲۷	اقدامات انجام شده و درمان ارائه شده
۴۶.۷	۱۴	۵۳.۳	۱۶	شرایط بیمار در زمان ترخیص (توصیف محدودیت ها)
۴۶.۷	۱۴	۵۳.۳	۱۶	ثبت دستورات بیماران و خانواده آنها برای ادامه مراقبت و یا پیگیری
۶.۷	۲	۹۳.۳	۲۸	تشخیص نهایی
۱۳.۳	۴	۸۶.۷	۲۶	اقدامات درمانی و اعمال جراحی
۱۶.۷	۵	۸۳.۳	۲۵	نتایج آزمایش ها کلینیکی و پاراکلینیکی
۷۳.۳	۲۲	۲۶.۷	۸	سیر بیماری
۳۳.۳	۱۰	۶۶.۷	۲۰	وضعیت بیمار در هنگام ترخیص
۵۳.۳	۱۶	۴۶.۷	۱۴	توصیه های پس از ترخیص
۴۶.۷	۱۴	۵۳.۳	۱۶	مهر و امضاء پزشک معالج
۵۶.۷	۱۷	۴۳.۳	۱۳	تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار
۴۰	۲۱	۶۰	۱۸	تاریخ ترخیص
۸۳.۳	۲۵	۱۶.۷	۵	وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار
۹۰	۲۷	۱۰	۳	کپی فرم خلاصه پرونده تحویل بیمار داده شده است

از میان پرونده‌های بررسی شده در ۱۱ پرونده فرم مشاوره وجود داشت که جدول شماره ۲ درصد رعایت هر یک از آیتم‌های استاندارد برگ مشاوره پزشکی را نشان می‌دهد. در فرم مشاوره ی پزشکی عدم رعایت استاندارد مربوط به «وجود مهر و امضای پزشک معالج» با ۲۰ درصد بیشترین درصد فراوانی و «ثبت درخواست مشاوره توضیحات آن توسط پزشک معالج» با ۶.۷ درصد کمترین نواقص را به خود اختصاص داده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود؛ بیشترین نواقص فرم خلاصه پرونده مربوط به استاندارد «عدم تحویل کپی فرم خلاصه پرونده» با ۹۰ درصد، «نبود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار» با ۸۳.۳ درصد، «عدم ثبت سیر بیماری» با ۷۳.۳ درصد و «عدم تکمیل سربرگ» با ۵۶.۷ درصد بوده است. کمترین نواقص این برگ مربوط به «دلیل بستری شدن بیمار» با صفر درصد و «تشخیص نهایی» با ۶.۷ درصد می باشد.

جدول ۲. فرم مشاوره پزشکی

وضعیت ثبت اطلاعات بالینی	موارد ثبت شده		موارد ثبت نشده		عدم کاربرد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار	۶	۲۰	۵	۱۶.۷	۱۹
ثبت تاریخ و ساعت مشاوره	۷	۲۳.۳	۴	۱۳.۳	۱۹
نام پزشک درخواست‌کننده و نوع مشاوره	۷	۲۳.۳	۴	۱۳.۳	۱۹
مهر و امضاء پزشک درخواست‌کننده	۵	۱۶.۷	۶	۲۰	۱۹
ثبت درخواست مشاوره توضیحات آن توسط پزشک معالج	۹	۳۰	۲	۶.۷	۱۹
دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده، مهر و امضاء و تاریخ و ساعت ارائه مشاوره	۸	۲۶.۷	۳	۱۰	۱۹
	۷	۲۳.۳	۴	۱۳.۳	۱۹

«به‌کار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص» ۹۳.۳ درصد و «تاریخ انتقال بیمار به بخش و نام بخش و مرکز درمانی» با ۸۰ درصد به ترتیب بیشترین و «پزشک معالج»، «بخش بستری»، «سرپرستار بخش»، «نوع پذیرش (عادی/اورژانس)»، «ثبت تمامی اطلاعات هویتی و دموگرافیک»، و «تاریخ و ساعت پذیرش بیمار» با صفر درصد کمترین نقایص را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول شماره ۳ درصد رعایت هر یک از آیتم‌های استاندارد برگ پذیرش و خلاصه ترخیص به رانشان می‌دهد. در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص عدم رعایت ثبت استاندارد «مدت اقامت بیمار» ۱۰۰ درصد، «کدگذاری بیماری‌ها بر اساس ICD» ۱۰۰ درصد، «تعداد روزهای بستری» ۱۰۰ درصد، «ثبت علائم و نشانه‌ها به‌عنوان تشخیص» ۹۳.۳ درصد،

جدول ۳. پذیرش و خلاصه ترخیص

وضعیت ثبت اطلاعات بالینی	موارد ثبت شده		موارد ثبت نشده		عدم کاربرد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ثبت تمامی اطلاعات هویتی و دموگرافیک	۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰
تاریخ و ساعت پذیرش بیمار	۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰
نوع پذیرش (عادی / اورژانس)	۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰
بخش بستری	۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰
پزشک معالج	۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰
نوع بیمه	۲۶	۸۶.۷	۴	۱۳.۳	۰
شماره بیمه بیمار	۲۳	۷۶.۷	۷	۲۳.۳	۰
اخذ رضایت‌نامه‌های اجازه درمان	۲۵	۸۳.۳	۵	۱۶.۷	۰
تشخیص‌های اولیه	۲۶	۸۶.۷	۴	۱۳.۳	۰
تشخیص حین درمان	۱۷	۵۶.۷	۱۳	۴۳.۳	۰
تشخیص نهایی	۱۷	۵۶.۷	۳	۱۰	۰
از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص‌ها تا حد امکان خودداری گردد.	۲	۶.۷	۲۸	۹۳.۳	۰
از ثبت علائم و نشانه‌ها به‌عنوان تشخیص اجتناب گردد.	۲	۶.۷	۲۸	۹۳.۳	۰
مدت اقامت بیمار به‌روز ثبت گردد.	۰	۰	۳۰	۱۰۰	۰
تاریخ انتقال و همچنین نام بخش یا مرکز درمانی ثانوی ثبت گردد	۰	۰	۲۴	۸۰	۶
در صورت انجام مشاوره پزشکی برای بیمار تعداد مشاوره‌های انجام‌شده ثبت گردد	۰	۰	۱۱	۳۶.۷	۱۹
تمام تشخیص‌های ثبت‌شده، جراحی‌ها و اقدامات انجام‌شده توسط کدگذار (بر اساس ICD) کدگذاری و در قسمت مربوطه درج گردد	۰	۰	۳۰	۱۰۰	۰
تعداد روزهای بستری محاسبه شود در قسمت مربوطه این فرم ثبت گردد	۰	۰	۳۰	۱۰۰	۰
امضاء مسئول پذیرش	۲۹	۹۶.۷	۱	۳.۳	۰

۲۳	۷۶.۷	۷	۲۳.۳	۰	۰	مهر امضاء پزشک معالج پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن
۲۹	۹۶.۷	۱	۳.۳	۰	۰	مهر و امضاء رزیدنت
۳۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	امضاء سرپرستار بخش

بحث و نتیجه گیری

همان طور که در نمودارهای کنترل فرایند شماره ۱ و ۲ و ۳ مشهود است، دلیل بروز تعدادی از نقص‌ها یک سری علت‌های خاص می‌باشند که برای بهبود فرایند ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی ابتدا ضروری است آن‌ها را شناسایی نمود و در جهت رفع آن‌ها اقدام کرد. سپس با مشخص کردن آن دسته از نقایصی که دارای درصد فراوانی بیش از ۵۰ درصد می‌باشد، یک مداخله طرح کرده و در جهت کاهش میانگین بروز نقایص اقدام شود. همانطور که در نمودارهای کنترل مشاهده شد وجود برخی از علل خاص، مثل وقوع یک حادثه خاص در یک روز کاری، غیبت کارکنان، بروز اشکال در سیستم HIS و ... منجر به غیر تصادفی بودن ثبت اطلاعات در برگه‌ها می‌شود.

در فرم خلاصه پرونده نقایص مربوط به استاندارد «عدم تحویل کپی فرم خلاصه پرونده» با ۹۰ درصد، «نبودن فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار» با ۸۳.۳ درصد، «عدم ثبت سیر بیماری» با ۷۳.۳ درصد، «عدم تکمیل سربرگ» با ۵۶.۷ درصد و «عدم ثبت توصیه‌های پس از ترخیص» با ۵۳.۳ درصد به ترتیب بیشترین درصد نقایص را به خود اختصاص داده است. مطالعه‌ی مشعوفی و همکاران در بیمارستان‌های اردبیل نشان داد که در ۶۸.۸ درصد از پرونده‌ها وضعیت هنگام ترخیص و در ۷۶.۳ درصد از آن‌ها توصیه‌های پس از ترخیص را ثبت نکرده بودند (۱۰). با توجه به این‌که پرونده‌های مورد بررسی در مطالعه‌ی ما از نواقص کمتری برخوردار بوده‌اند، می‌توان با آموزش بیشتر در این زمینه این موارد را کاهش یا برطرف کرد. پژوهشی دیگری نیز در بیمارستان‌های آموزشی اصفهان نشانگر آن است که ۴۳.۲ درصد پرونده‌های تحت مطالعه، یا برگ خلاصه پرونده نداشتند یا اطلاعات مربوط به این برگ توسط پزشک معالج تکمیل نشده است (۱۳). در این پژوهش در زمینه‌ی عدم تکمیل کامل پرونده با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد؛ ولی درصد نواقص آن کمتر می‌باشد. در پژوهشی آریایی میزان عدم تکمیل فرم خلاصه پرونده را ۴۷ درصد گزارش شده است (۱۴).

بالاغفاری در مطالعه‌ی خود نشان داد که ۷۲ درصد دانشجویان پزشکی بر این عقیده بودند که نوشتن مشخصات هویتی بیمار بر روی تک تک اوراق پرونده امری ضروری است و همچنین در مورد تکمیل فرم خلاصه پرونده ۴۸.۳ درصد کارورزان در سطح خوب و ۳۳.۳ درصد دانشجویان دوره تخصص، در سطح عالی قرار داشتند (۱۵).

در مطالعه‌ی مهدی کاهویی و همکاران دریافتند آنترن‌ها و دستیاران در برگ خلاصه پرونده تنها ۵۰ درصد اطلاعات هویتی

و ۸۴ درصد اطلاعات بالینی را درج کرده بودند (۷) که با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد و ثبت آیتم‌های نام‌برده شده در مطالعه‌ی ما از وضعیت بهتر برخوردار می‌باشد.

در فرم مشاوره‌ی پزشکی عدم رعایت استاندارد مربوط به «وجود مهر و امضای پزشک معالج» با ۲۰ درصد بیشترین درصد فراوانی را به خود اختصاص داده است. در این زمینه می‌توان به مطالعه‌ی مهرداد فرزندی پور اشاره کرد که فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن مهر در ۲۸ مورد و فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل نداشتن امضا در ۳۱ مورد از جمله دلایل عدم استفاده از برگه‌های پرونده‌های بالینی در سازمان پزشکی قانونی بوده است که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۱۶).

در فرم پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص عدم رعایت ثبت استاندارد «مدت اقامت بیمار» ۱۰۰ درصد، «کدگذاری بیماری‌ها بر اساس ICD» ۱۰۰ درصد، «تعداد روزهای بستری» ۱۰۰ درصد، «ثبت علائم و نشانه‌ها به‌عنوان تشخیص» ۹۳.۳ درصد، «یکبار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص» ۹۳.۳ درصد و «تاریخ انتقال بیمار به بخش و نام بخش و مرکز درمانی» با ۸۰ درصد به ترتیب بیشترین درصد نقایص را به خود اختصاص داده‌اند.

تشخیص نهایی غلط و یا عدم تطابق با طبقه‌بندی‌های بین‌المللی، از جمله مواردی است که می‌تواند پیگیری‌های قانونی را به دنبال داشته باشد. در مطالعه‌ی ای که به همین منظور در فرانسه انجام شده است ۴۰ درصد از تشخیص‌های نهایی و ۳۲ درصد از اعمال جراحی و اقدامات درمانی با طبقه‌بندی بین‌المللی مطابقت نداشته است. در مطالعه‌ی حاضر عدم رعایت این استاندارد بیشتر از این مطالعه بود (۱۷).

در مطالعه‌ی زهرا زارع فضل‌الهی کلیه‌ی پرونده‌های مورد مطالعه در این پژوهش دارای تشخیص نهایی بودند. ولی تشخیص‌های مذکور به‌طور کامل بر اساس تشخیص نویسی صحیح ثبت نگردیدند که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۱۸). همچنین در مطالعه‌ی محرابی و همکاران ۳۱.۳ درصد از پرونده‌ها فاقد تشخیص نهایی گزارش شده‌اند (۱۹) که با مطالعه‌ی ما همخوانی ندارد. اما در پژوهشی در کرمان مشخص شد که تشخیص نهایی در برگ پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص به میزان ۶۲ درصد ثبت شده است (۱۴) که نسبت به مطالعه‌ی ما از وضعیت بهتری برخوردار می‌باشد.

با توجه به نتایج به‌دست آمده و نظر به این‌که داده‌های این پژوهش در محدوده‌ی کنترل قرار دارند، بنابراین وضعیت و کیفیت رعایت استانداردهای مستندسازی پرونده‌ها و در نتیجه شرایط مستندسازی پرونده‌های بالینی بیمارستان شهید مدنی در

مدارک پزشکی انجام نمی‌شود و کادر پزشکی تاکنون در قبال عدم تکمیل پرونده‌ها مورد سؤال قرار نگرفته‌اند. برای افزایش کیفیت مستندسازی و حرکت در جهت بهبود و بهره‌گیری از راهکارها و پیشنهادها توصیه می‌شود که کارکنان مدارک پزشکی از دانش آموختگان این رشته باشد و یا حداقل دوره‌های آموزشی برای کادر پزشکی در جهت افزایش آگاهی آنان برگزار گردد. دستورالعمل و خط مشی معینی برای تکمیل اوراق توسط کمیته‌ی مدارک پزشکی وضع گردد و در ساختار، نوع برگه‌ها و محتویات آنان تجدید نظر شود و با وجود همه‌ی این‌ها سازو کارهای نظارتی در زمینه‌ی تکمیل کردن اطلاعات پرونده‌ها ایجاد شود و مندرجات پرونده توسط اتندها مورد تأیید قرار گیرد و نواقص موجود در پرونده نیز توسط مسئولان مدارک پزشکی به بیمارستان بازخورد داده شود.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد که قابلیت تعمیم‌پذیری آن کاهش می‌یابد.

تضاد منافع

در این مقاله تضاد منافع وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

از همکاری صمیمانه کارکنان بیمارستان شهید مدنی و از راهنمایی‌های سرکار خانم دکتر زکیه پیری ریاست محترم دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی بی‌نهایت سپاسگزاریم.

حد نسبتاً قابل قبولی است. نواقص به ترتیب در مستندسازی خلاصه پرونده مربوط به عدم تحویل کپی فرم خلاصه پرونده، نبود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار و عدم ثبت سیر بالینی بیمار می‌باشد. همچنین در فرم مشاوره پزشکی، نقایص مربوط به وجود مهر و امضای پزشک معالج و در فرم خلاصه پذیرش و ترخیص، کدگذاری بیماری‌ها بر اساس ICD، ثبت تعداد روزهای بستری، ثبت علائم و نشانه‌ها به‌عنوان تشخیص و به‌کار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص می‌باشد. می‌توان مشکلات و موانع در مسیر مستندسازی اصولی پرونده‌ها را در سه محور اصلی: آگاهی و نگرش، تعیین رویه‌ها و استانداردها و نظارت و پیگیری دسته‌بندی کرد. در حیطه‌ی آگاهی و نگرش مهم‌ترین علل عبارت‌اند از: نگرش متصدیان حیطه‌ی درمان مبنی بر اینکه ثبت مستندات پرونده در فرایند درمان چندان مهم نیست، عدم تکمیل پرونده‌ها تاکنون مشکل حادی در بیمارستان ایجاد نکرده است، کادر پزشکی نسبت به نحوه‌ی تکمیل اوراق پرونده آموزش کافی را ندیده‌اند و کادر پزشکی از واژه‌ها و اصطلاحات علمی و استاندارد آگاهی کافی ندارند.

در حیطه‌ی استانداردها و تعیین رویه‌ها مهم‌ترین علل عبارت‌اند از: ساختار و نوع برگه‌های مورد استفاده در پرونده مناسب نیست، مندرجات و اطلاعات درخواست شده در برگه‌های مدارک پزشکی مناسب نیست، بخشنامه و دستورالعملی از مقام مافوق در زمینه‌ی تکمیل اطلاعات وجود ندارد.

در حیطه‌ی نظارت و پیگیری مهم‌ترین علل عبارت‌اند از: اتندها نظارتی بر کار انترن‌ها و رزیدنت‌ها جهت ثبت اطلاعات پرونده نداشته‌اند، مسئول مدارک پزشکی نسبت به پرونده‌های ناقص پیگیری مؤثر ندارند، ارزیابی کمی پرونده‌ها توسط کارکنان

References

- Saliba V, Legido-Quigley H, Hallik R, Aaviksoo A, Car J, McKee M. Telemedicine across borders: a systematic review of factors that hinder or support implementation. *International journal of medical informatics*. 2012; 81(12):793-809. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2012.08.003
- Aligolbandi K, Ghafari AB, Siamian H, Vahedi M, Rashida SS. Documentation of diabetic patients records at the educational hospitals of Sari, Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2010; 20(76):70-6. [Persian]
- Moghaddasi H. Information quality in health care. *Tehran: Vajepardaz*. 2005;112-114. [Persian]
- Phillips A, Stiller K, Williams M. Medical record documentation: the quality of physiotherapy entries. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2006; 4(3): 1-17.
- Masouri F. A survey of the nursing practice to document medical records in three selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Tehran: Iran University of Medical Sciences*. 2002.
- Ahmadi B, Keshvari M, Homauni A, Gharaei H. A Study on the Challenges Faced By Health Systems in Establishing Risk Management in Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*. 2014;2(3):126-30. DOI: [10.22038/psj.2014.2991](https://doi.org/10.22038/psj.2014.2991)
- Kahoei M, Taherian A, Baba Mohammadi H, Kaghobadi S. Medical assistants and students knowledge and practice rate regarding documentation of care provided to patients from medical discipline aspect, Semnan Medical University, 2000-01. *Journal of Babol University Of Medical Sciences*. 2003;5(5):67-73. [Persian]
- Saravani aval S, ali abadi A, arji G, ahmadi P, yasinzadeh F. The Study of Accountability Rate of Medical Records in Referral Cases to Forensic Medicine in Zabol. *Journal of zabol university of medical sciences and health services*. 2014; 6(1): 52-59. [Persian]

9. Soltani Arabshahi Sk, Speeches, Journal of news Association of Medical Records, 1996;2(6):4-4. [Persian]
10. Mashoufi M, Amani F, Rostami K, Mardi A. Evaluating Information Record in the Ardabil Medical Sciences University, 2002. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2004;4(1):43-9. [Persian]
11. Khalighinejad N, Ataie M, Hadizadeh F. A guideline to clinical governance. Isfahan, Iran: Isfahan Medical University Publication. 2008. [Persian]
12. Shaw C. Toolkit for accreditation programs: some issues in the design and redesign of external health care assessment and improvement systems. Melbourne,: The International Society for Quality in Health Care. 2004
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. [Persian]
14. Ariaei M. Survey on medical record at general and educational hospitals of Kerman Medical university at spring 1998. Journal of Information Management. 2001;4(10-11):65-70. [Persian]
15. Balaghafari A, Siamian H, Aligolbandi K, Zakeezadeh M, Kahoei M, Yazdani Charati J et al . A study on the Rate of Knowledge, Attitude and Practice of Medical Students towards Method of Medical Records Documentation at Mazandaran University of Medical Sciences Affiliated Therapeutic and Teaching Centers 2003. J Mazandaran Univ Med Sci. 2005; 15 (49) :73-80. [Persian]
16. Farzandipour M, Sadoughi F, Ahmadi M, Karimi I. Security requirements and solutions in electronic health records: lessons learned from a comparative study. Journal of medical systems. 2010;34(4):629-42. DOI: 10.1007/s10916-009-9276-7
17. Vergnon P, Morgon E, Dargent S, Benyamine D, Favre M, Perrot L, et al. Quality assessment of the medical information on the standardized discharge summary. Revue d'epidemiologie et de sante publique. 1998;46(1):24-33. PMID: 9533231
18. Fazlollahi ZZ, Aghdam MK, Afshar HL, Jabraili M. The Rate of Adherence to Principles of Diagnosis Recording in Medical Records of Patients with Fractures Admitted to Urmia Motahari Hospital. Director General. 2011;8(3):411. [Persian]
19. Mehrabi Y, Amiri M, Deraye S, Minavand B, Mohammad Hosseini T, Ghotbabadi F, editors. Evaluation of information charting inpatients medical records in Iran hospitals 2001. Proceedings of the 1st congress on Epidemiology; 2001. [Persian]