

بررسی فرآیند مستندسازی مدارک پزشکی پرونده های بالینی توسط

پزشکان در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۰

مهرناز مشعوفی^۱، دکتر خلیل رستمی^۲، افروز مردی^۳

^۱ نویسنده مسئول: مربی مدارک پزشکی گروه علوم پایه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

E-mail: m.mashoufi@armus.ac.ir

^۲ استادیار جراحی عمومی ^۳ مربی بهداشت مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت رعایت اصول مستندسازی پرونده های بالینی و استفاده های آموزشی، درمانی، تحقیقاتی، قانونی و آماری از آنها، ثبت صحیح، کامل و به موقع می تواند نقش اساسی در تولید داده های مورد نیاز این گونه پژوهش ها ایفا نماید. مطالعه حاضر به منظور بررسی فرآیند مستند سازی پرونده های بالینی توسط پزشکان در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است.

روش کار: در این تحقیق ۳۷۰ پرونده بالینی از بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل شامل هشت بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. در هر بیمارستان از بین پرونده های بستری، متناسب با موارد بستری در طی یک سال نمونه هایی به طور تصادفی انتخاب گردید. سپس بر اساس برگ پذیرش و خلاصه ترخیص پرونده های انتخاب شده، چک لیست موردنظر تکمیل گردید. اطلاعات مورد بررسی شامل اطلاعات تشخیصی، درمانی، جراحی، عامل حادثه، وضعیت هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص و علل فوت بودند که به صورت ثبت شده یا نشده در چک لیست مشخص گردید. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که در ۷۱/۹٪ موارد تشخیص اولیه، ۵۸/۹٪ تشخیص حین درمان، ۶۰/۸٪ تشخیص نهایی و ۵۲٪ اقدامات درمانی و جراحی در پرونده های مورد مطالعه ثبت شده بود. با وجود اینکه حداقل ۱۲/۷٪ بیماران به علت حوادث، آسیب ها و مسمومیت ها بستری شده بودند، فقط در ۸/۵٪ از پرونده ها عامل حادثه ثبت شده بود. در ۶۸٪ از پرونده ها وضعیت هنگام ترخیص و در ۷۶/۳٪ از پرونده ها توصیه های پس از ترخیص ثبت نشده بود. با توجه به اینکه فقط ۳/۵٪ از پرونده های مورد مطالعه مربوط به بیماران فوتی بود، ولی فقط در ۳۱٪ موارد علت اصلی و ۸٪ علت زمینه ای فوت ثبت شده بود. در ۵۲/۴٪ پرونده ها اصول صحیح تشخیص نویسی توسط پزشکان رعایت نشده بود.

نتیجه گیری: نتایج این بررسی نشان داد که فرآیند مستند سازی پرونده های پزشکی توسط پزشکان، به عنوان اصلی ترین گروه های ارایه کننده مراقبت های بهداشتی درمانی، به طور ناقص انجام می شود. این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری می تواند اثرات سوء در فرآیند درمانی بیماران داشته باشد، بنابراین توجه بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان مدارک پزشکی به این امر ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: مدارک پزشکی، مستندسازی، پزشکان، بیماران بستری

دریافت: ۸۴/۶/۲۳ اصلاح نهایی: ۸۴/۹/۲۰ پذیرش: ۸۴/۱۲/۶

مقدمه

مدارک پزشکی، مدارکی دایمی و قانونی است که شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار بوده و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج حاصله را داشته باشد. اما چون مستند سازی در مدارک پزشکی توسط ارایه‌کنندگان مراقبت بهداشتی، پزشکان، پرستاران، متخصصین درمان و سایرین انجام شده به عنوان فعالیت ثانویه ارایه مراقبت بیماران محسوب می شود، بنابراین احتمال دارد مستند سازی همیشه صحیح، کامل و مورد پسند نباشد [۱].

باید تحلیل منظم مستند سازی در مدارک پزشکی برای کنترل محتوا انجام شود و اطلاعات مربوط به مراقبت بیمار را کامل کرده تا ارایه دهنده یک شاهد از طول ناخوشی و درمان بیمار برای موارد مختلف قانونی، پرداخت، بررسی های ارزشیابی و اطلاعات بالینی در فعالیت های آموزشی، تحقیقاتی و اداری را آماده سازند [۱]. مستندسازی فرآیندی است متشکل از سه مرحله ثبت پیام داده، ثبت تاریخ صدور پیام و تایید و تصدیق پیام توسط پیام دهنده می باشد [۲].

به طور کلی سند و مستندات باید دارای سه ویژگی کامل بودن (از لحاظ کمی)، دقیق بودن (فاقد اشتباه بودن) و با کفایت بودن (روشن، گویا و وجود پیوستگی منطقی میان داده ها) را داشته باشند. بر این اساس پرونده پزشکی بیمار مجموعه ای از حقایق مستند پیرامون وضعیت سلامتی بیمار شامل شرح حال، معاینات بدنی، آزمایشات و بررسی ها، تشخیص ها، طرح های درمانی، اقدامات درمانی انجام شده، ارزیابی ها، نتایج درمان، مراقبت و برنامه ترخیص (پیگیری) می باشد [۲]. به طوری که مسئولیت تنظیم، تصحیح و تکمیل مدارک پزشکی در درجه اول با پزشک معالج، مسئولیت نهایی تکمیل پرونده پزشکی در طی مدت بستری به عهده پرستار بخش و مسئولیت بررسی کمی و کیفی پرونده پزشکی بعد از ترخیص به عهده کارکنان بخش مدارک پزشکی و بالاخره بررسی پرونده های ناقص به عهده کمیته های پزشکی از جمله کمیته مدارک پزشکی می باشد [۳]. تحقیقات انجام شده نشان داده که ۶۸٪

محققین، اطلاعات مدارک پزشکی نظیر ثبت تشخیص ها و اقدامات را ناقص می دانند [۴].

تشخیص در پرونده های بالینی در تحقیقات و مطالعات پزشکی و اپیدمیولوژی گاهی در ارزشیابی گروه های بیمارستانی کاربرد دارند، بنابراین نقص در ثبت آنها موارد مذکور را دچار اختلال کرده و یا به تاخیر می اندازد [۵].

مشکل ما در مدارک پزشکی فقدان پرونده های کامل، دقیق و خوانایی است که از آنها سیر سلامتی بیمار به وضوح آشکار باشد [۶]. بنابراین مستندسازی صحیح و به موقع از طرف پزشکان ضروری به نظر می رسد.

با توجه به اینکه فرم پذیرش و خلاصه ترخیص اولین برگ یک پرونده پزشکی را تشکیل می دهد و فرایند ثبت نام با پر نمودن این برگ شروع می شود. این برگ چکیده مفید و دقیقی از اطلاعات یک دوره مراقبت از بیمار را منعکس می کند. این فرم به مثابه پرونده کوچکی است که دارای کلیه اطلاعات پذیرش، هویتی و بالینی می باشد که اطلاعات بالینی آن حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص باید توسط پزشک معالج تکمیل گردد [۳] و سایر اطلاعات آن می بایست به طور کامل توسط متصدیان پذیرش، پرستاران مسئول بخش و کدگذاران مدارک پزشکی تکمیل گردد، بنابراین به جهت اهمیت موضوع و از آنجا که تا کنون چنین تحقیقی در استان اردبیل صورت نگرفته بود، مطالعه حاضر به منظور بررسی فرآیند مستند سازی پرونده های بالینی توسط پزشکان در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی- مقطعی گذشته نگر بر روی پرونده بیماران بستری شده در سال ۱۳۸۰ بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است. تعداد کل پرونده موارد بستری در سال ۱۳۸۰ حدود ۷۱۳۵۸ مورد بود که حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵٪ حداقل ۳۶۸ مورد برآورد شد. ابتدا ۳۷۰ مورد پرونده به روش نمونه گیری

در ۶۰/۸٪ پرونده های تحت مطالعه، تشخیص نهایی در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت شده بود. اقدامات درمانی اول، علت اصلی فوت و عامل حادثه نیز به ترتیب در ۵۲٪، ۳۱٪ و ۸/۵٪ موارد در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت شده بود. بیشترین ثبت با ۷۱/۹٪ مربوط به تشخیص اولیه و کمترین با ۸٪ مربوط به علت زمینه ای فوت بود و در ۵۲/۴٪ از پرونده ها اصول تشخیص نویسی صحیح توسط پزشکان معالج رعایت نشده بود. در مطالعه حاضر ۶۵٪ از موارد مربوط به ثبت پزشک در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت نشده بود (جدول ۱).

بحث

یافته های حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که ۷۱/۹٪ تشخیص اولیه، ۵۸/۹٪ تشخیص حین درمان و ۶۰/۸٪ تشخیص نهایی در پرونده های مورد مطالعه ثبت شده بودند. این در حالی است که در مطالعه محرابی و همکاران در کل کشور ۶۸/۵٪ تشخیص اولیه و ۶۸/۷٪ تشخیص نهایی در پرونده ها ثبت شده بود [۷].

در مطالعه آریایی مشخص گردید که ۶۲٪ تشخیص نهایی در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ثبت شده بود [۸]. مطالعه احمدزاده نشان داد که ثبت تشخیص نهایی به ترتیب در دو بیمارستان ۹۸/۵٪ و ۹۵/۸٪ بوده است [۹].

طبقه ای تصادفی از هشت بیمارستان مورد پژوهش متناسب با تعداد پرونده های بستری سالانه هر بیمارستان و سپس در داخل هر بیمارستان به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب گردید. بیمارستان های مورد مطالعه شامل بیمارستان علوی، فاطمی، بوعلی، علی اصغر، امام خمینی خلخال، ۱۷ شهریور، طالقانی گرمی، امام خمینی پارس آباد و ولیعصر مشگین شهر بودند. داده های مطالعه بر اساس فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در قالب چک لیستی از روی پرونده های انتخابی جمع آوری گردید. قسمت اول چک لیست مربوط به بررسی کمی (کامل بودن) ثبت اطلاعات بالینی و قسمت دوم چک لیست مربوط به بررسی کیفی (دقیق بودن تشخیص نویسی توسط پزشک معالج بر اساس نیازهای ICD) بود. داده های حاصل به کمک نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در رابطه با ثبت اطلاعات بالینی توسط پزشک معالج در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص در پرونده های مورد مطالعه اطلاعات به دست آمده نشان داد که در ۹۵٪ از پرونده های مورد مطالعه در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص نتایج مهم آزمایشگاهی و عکس برداری ها نوشته نشده بود.

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت ثبت اطلاعات بالینی توسط پزشک معالج در پرونده های مورد مطالعه

وضعیت ثبت اطلاعات بالینی	ثبت شده		ثبت نشده		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تشخیص اولیه	۲۶۶	۷۱/۹	۱۰۴	۲۸/۱	۳۷۰
تشخیص حین درمان	۲۱۸	۵۸/۹	۱۵۲	۴۱/۱	۳۷۰
تشخیص نهایی اول	۲۲۵	۶۰/۸	۱۴۵	۳۹/۲	۳۷۰
اقدامات درمانی جراحی اول	۱۳۷	۵۲	۱۲۶	۴۸	۲۶۳
تشخیص نهایی دوم	۳۸	۲۸/۱	۹۷	۷۱/۹	۱۳۵
اقدامات درمانی جراحی دوم	۲۳	۳۴	۴۴	۶۶	۶۷
علل خارجی حوادث	۴	۸/۵	۴۳	۹۱/۵	۴۷
وضعیت بیمار هنگام ترخیص	۱۱۶	۳۲	۲۴۴	۶۸	۳۶۰
توصیه های پس از ترخیص	۷۷	۲۳/۷	۲۴۸	۷۶/۳	۳۲۵
علت اصلی فوت	۴	۳۱	۹	۶۹	۱۳
علت زمینه ای فوت	۱	۸	۱۲	۹۲	۱۳

توصیه های پس از ترخیص ثبت نشده بود که تقریباً مشابه مطالعه محرابی و همکاران بود [۷].

در ۳۶/۵٪ از پرونده ها تشخیص نهایی دوم محرز بود ولی فقط ۲۸/۱٪ از آنها ثبت شده بود. از ۱۸٪ موارد اقدام جراحی و تشخیصی دوم، تنها ۳۴٪ ثبت شده بود. از ۳/۵٪ موارد پرونده های فوتی تنها در ۳۱٪ علت اصلی و ۸٪ علت زمینه ای فوت ثبت شده بود و در نهایت اصول تشخیص نویسی صحیح مبتنی بر نیازهای ICD توسط پزشکان معالج در ۵۲/۴٪ از پرونده های مورد مطالعه رعایت نشده بود. این وضعیت در ثبت پایین تشخیص نهایی دوم و اعمال جراحی دوم و علل خارجی حوادث کاملاً مشهود بود، زیرا که یک تشخیص نهایی کامل شامل وضعیت اصلی و سایر وضعیت هایی که دلیل مراجعه بیمار بوده است می باشد و یافته ها خلاف آن را نشان می دهد. وجود تشخیص نهایی کامل از نظر فرآیند مراقبت و اتخاذ روش درمانی مناسب بسیار ضروری می باشد. نتایج مطالعه فرزندی پور به منظور بررسی میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده های بالینی بستری در بیمارستان های شهر کاشان نشان داد که اصول تشخیص نویسی در ۸۷٪ موارد در حد مطلوب رعایت شده است که یکی از مهمترین دلایل را تشکیل شورای عالی مدارک پزشکی در حوزه ریاست دانشگاه و تشکیل کمیته های مدارک پزشکی بیمارستان ها به عنوان زیر مجموعه آن شورا دانسته است [۱۰].

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که ضعف مستند سازی از طرف پزشکان و عدم حضور متخصصین مدارک پزشکی در شناسایی و برطرف نمودن به موقع نواقص موجود در پرونده از مواردی هستند که در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل مشهود است و علی رغم تلاش های صورت گرفته در سال های اخیر در زمینه تقویت ثبت اطلاعات بیماران بستری و آموزش پزشکان در زمینه تشخیص نویسی صحیح مبتنی بر نیازهای ICD هنوز مشکلات زیادی در ثبت این گونه

مقایسه بین این مطالعه و مطالعات قبلی نشان می دهد وضعیت ثبت تشخیص نهایی در مطالعه حاضر نامطلوب تر است و با این شرایط، نزدیک به یک سوم (۳۵٪) اطلاعات تشخیصی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قابل دسترسی نخواهد بود که این رقم در ایجاد بانک اطلاعاتی بیماران بستری در سطح کشور بی تاثیر نخواهد بود. در هر حال در کل کشور از نظر ثبت تشخیص ها وضعیت مطلوبی وجود ندارد اگرچه که در بعضی از دانشگاه ها وضعیت مطلوب باشد [۷].

در ۹۵٪ از پرونده های مورد مطالعه در برگه خلاصه پرونده به نتایج مهم آزمایشگاهی و عکس برداری ها اشاره نشده بود، این در حالی است که بر اساس توافق نامه انجمن های پزشکی، بیمارستانی، مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا و دو شرکت بیمه معتبر آمریکا Blue Cross و Blue Shield اعلام گردیده است که پرونده پزشکی بیمار علاوه بر تاریخ و دلیل مراجعه، شرح حال و معاینات فیزیکی مناسب بایستی بررسی های آزمایشگاهی و داده های مربوط به پرتونگاری و سایر خدمات پیراپزشکی را نیز داشته باشد تا در موقع لزوم ارزیابی و برنامه ریزی مراقبت بیمار در دسترس باشد و لازم است دلایل و نتایج پرتونگاری و آزمایشات و سایر خدمات پیراپزشکی مستند گردد و در پرونده پزشکی موجود باشد [۲].

با وجودی که ۷۱٪ از پرونده های تحت مطالعه اقدام جراحی یا تشخیصی داشته اند، تنها ۵۲٪ آن در برگ ها ثبت شده بود. ۱۲/۷٪ از بیماران به علت حوادث، آسیب ها و مسمومیت ها بستری شده بودند که فقط در ۸/۵٪ پرونده ها عامل حادثه ثبت شده بود. در مطالعه محرابی و همکاران ۱۲٪ پرونده ها به علت آسیب های ناشی از علل خارجی حوادث بود که تنها ۲/۷٪ علت خارجی حوادث در پرونده ها ثبت شده بود که در مقایسه، وضعیت استان اردبیل بهتر از سطح کشوری بود [۷]. در مطالعه حاضر در ۶۸٪ پرونده ها وضعیت بیمار هنگام ترخیص و در ۷۶/۳٪ از پرونده ها

تشکر و قدردانی

با تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که انجام این پژوهش را در قالب طرح تحقیقاتی امکان پذیر ساخت. همچنین از زحمات جناب آقای دکتر سید مرتضی شمشیرگران و کارکنان مدارک پزشکی بیمارستان های تحت مطالعه تقدیر و تشکر می نمایم.

داده ها وجود دارد، بنابراین پیشنهاد می شود شورای مرکزی مدارک پزشکی در حوزه ریاست محترم دانشگاه تشکیل شود. کمیته های مدارک پزشکی بیمارستان ها تقویت شوند و دستور العمل های اجرایی در رابطه با نحوه تکمیل پرونده های پزشکی تهیه گردد و اصول مستند سازی پرونده های پزشکی به صورت دوره ای برای پزشکان متخصص و همچنین انترن ها و حتی قبل از آن به دانشجویان پزشکی آموزش داده شود.

منابع

- ۱- لنگری زاده مصطفی. مدیریت اطلاعات بهداشتی، چاپ اول، تهران: موسسه فرهنگی هنری دیباگران تهران، سال ۱۳۸۱، صفحه ۱۹۵.
- ۲- مقدسی حمید. اصول مستند سازی پرونده های پزشکی و معرفی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، جزوه آموزشی کارگاه آموزشی تشخیص نویسی مبتنی بر ICD، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل آمار و خدمات ماشینی، دی ماه ۱۳۷۹.
- ۳- دماری بهزاد. اصول پرونده نویسی صحیح، جزوه آموزشی کارگاه آموزشی Medical recording، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۸۱.
- ۴- مرادی غلامرضا. بررسی میزان کاربرد مدارک پزشکی در تحقیقات بالینی در بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۷۳، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۷۳.
- ۵- قاضی سعیدی مرجان. بررسی فعالیت های بخش مدارک پزشکی بیمارستان های تهران در سال ۱۳۷۳، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۷۳.
- ۶- سلطانی عرب شاهی سید کامران. متن سخنرانی، نشریه آموزشی خبری انجمن علمی مدارک پزشکی ایران، سال دوم، شماره ششم، زمستان ۱۳۷۵، صفحه ۴.
- ۷- محرابی یداله، درایه سیمین، میناوند بهمن، محمد حسین طاهره، صادقی قطب آبادی فرزانه. ارزیابی ثبت اطلاعات بیماران بستری در بیمارستان های کشور در سال ۱۳۸۰، مجله طب جنوب، سال پنجم، ویژه نامه زمستان ۱۳۸۱، صفحه ۴۶.
- ۸- آریایی منیژه. بررسی محتوایی مدارک پزشکی در بیمارستان های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سه ماهه اول سال ۱۳۷۷، فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت اطلاع رسانی پزشکی، سال چهارم، شماره دهم و یازدهم، سال ۱۳۸۰، صفحات ۶۵ تا ۷۰.
- ۹- احمدزاده فروزنده. بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، پایان نامه کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۷۷.
- ۱۰- فرزندی پور مهرداد، آصف زاده سعید. بررسی میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده های بالینی بیماران بستری در بیمارستان های شهر کاشان در سال ۱۳۸۱، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، سال ششم، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۸۱، صفحات ۳۶ تا ۴۴.