

بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی

شیراز سال ۱۳۷۷

فروزنده احمدزاده^۱

چکیده

مقدمه. مدارک پزشکی در زمینه ثبت و گردش اطلاعات که به عنوان اساس برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مدیریتی در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و بهداشتی به کار می‌رود، یکی از ارزش‌ترین شاخصهای فعالیت کادر بیمارستانی می‌باشد. با توجه به اهمیت اطلاعات ثبت شده در اوراق مدارک پزشکی و کاربرد این اطلاعات در تسریع روند و اصلاح شیوه‌های درمان در این پژوهش به بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداخته شده است.

مواد و روشها. جامعه مورد پژوهش به صورت نمونه‌گیری تصادفی منظم از میان پرونده‌های بیماران ترخیص شده از بخشهای بستری دو بیمارستان عمومی در نیمه اول سال ۱۳۷۷ انتخاب گردیده و در مجموع ۳۷۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها ۷ چک لیست بوده، به منظور تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی استفاده شده است.

نتایج. در رابطه با میزان تکمیل فرم تاریخچه و سیر بیماری در بیمارستانهای نمازی و شهید فقیهی نتایج نشان داد که ثبت سابقه خانوادگی در رده ضعیف، میزان ثبت سابقه اجتماعی و معاینات عصبی در رده متوسط و ثبت سایر اطلاعات موجود در فرم تاریخچه در حد مطلوب بود. میزان تکمیل فرم دستورات پزشک به صورت صد در صد و ثبت تشخیص اولیه در رده مطلوب قرار دارد، (بالتر از ۸۹/۲٪). وضعیت تکمیل فرم گزارشهای آزمایشگاه از نظر ثبت تشخیص در حد ضعیف ارزیابی شد. در بیمارستان نمازی کمترین میزان تکمیل در فرم خلاصه پرونده مربوط به وضعیت ترخیص و بیشترین میزان تکمیل مربوط به ثبت تشخیص نهایی بود (۹۷/۹٪) در سایر موارد تکمیل فرم خلاصه پرونده در رده مطلوب قرار داشت.

بحث. بطور کلی می‌توان گفت وضعیت تکمیل اوراق اصلی مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی در حد مطلوب می‌باشد ولی به منظور ارتقای وضعیت تکمیل اوراق می‌توان بررسی فعال پرونده‌های ارسالی از سوی پرسنل درمانی به بخش مدارک پزشکی، نظارت مستقیم مدیریت بخش در مراحل تکمیل اوراق و یکنواخت نمودن فرمهای مدارک پزشکی در کلیه بیمارستانهای آموزشی را پیشنهاد نمود.

واژه‌های کلیدی: میزان تکمیل مدارک پزشکی، اطلاعات پزشکی، مدارک پزشکی کامپیوتری.

مقدمه

پرونده پزشکی از مجموع مدارکی تشکیل شده است که شاهد وضعیت سلامت بیمار در لحظه‌ای از زندگی اوست، شهادتی که ممکن است بعدها، برای مقایسه وضعیت بیمار، برای توجیه ظهور و بروز بیماری دیگر، به منظور صدور گواهی خاص، برای مشاوره در مراجعه‌های بعدی یا بستری مجدد، مفید و مورد نیاز باشد (صدقیانی، ۱۳۷۷). برنامه‌ریزی جهت مراقبتهای فردی از بیماران، حفظ منافع قانونی بیمار و کنترل سیر بیماری و جریان مراقبت و درمان بیمار نیز از اهداف به دست آمده از نگهداری مدارک پزشکی می‌باشد. بتیز (Bates) در رابطه با مدارک پزشکی کامل چنین می‌نویسد: «یک مدرک پزشکی دقیق، روشن و به خوبی سازمان یافته، تفکر کلینیکی و معتبر و منطقی را تسهیل نموده، انعکاس می‌دهد. چنین مدرکی منجر به برقراری ارتباط خوب میان بسیاری از متخصصین که در مراقبت از بیمار دخالت دارند، بر می‌گردد و به هماهنگ کردن فعالیتهای آنها کمک می‌نماید».

محتوای مدارک پزشکی باید کامل باشد تا تشخیص و درمان انجام یافته را به خوبی توجیه نماید. همچنین در تحقیقات پزشکی، فعالیتهای آموزشی، موارد قانونی، آمار و برنامه‌ریزی وجود مدارک پزشکی کامل، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. هافمن (Huffman) در مورد ثبت مدارک پزشکی می‌نویسد: «مدارک می‌بایست به طور کامل و دقیق برای تمام بیماران نوشته شود و شامل اطلاعات کافی در مورد شناسایی بیمار، تشخیص یا علت مراجعه، معالجات و نتایج ثبت شده باشد». پژوهشهای انجام شده در این زمینه نشان‌دهنده عدم تکمیل اطلاعات به صورت کامل در مراکز آموزشی، درمانی می‌باشد. در پژوهشی تحت عنوان بررسی کمی اوراق اصلی پرونده‌های پزشکی که در ۱۱ مرکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام گردید هیچکدام از مراکز تحت بررسی از نظر وجود فرم، ثبتیات، عناصر اطلاعاتی، امضا و تاریخ بطور صد در صد کامل نبوده‌اند (ابراهیم‌پور و همکاران، ۱۳۷۴). در ارتباط با ارزیابی کیفیت مدارک پزشکی در ۸ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم

۱- مربی گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز