

بررسی میزان پاسخگویی مدارک پزشکی در موارد ارجاعی به پزشکی قانونی در سال ۱۳۸۸

دکتر رضا صفدری* - دکتر فریده خدابنده** - دکتر زهرا ابوالمعمومی*** - دکتر مرجان قاضی سعیدی**** -
رویا شریفیان***** - دکتر نیلوفر ماسوری***** - رویا اکبرزاده*****

* دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
** متخصص پزشکی قانونی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
*** متخصص پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور
**** دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی، مربی دانشگاه علوم پزشکی تهران
***** کارشناسی ارشد آمار حیاتی، مربی دانشگاه علوم پزشکی تهران
***** دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
***** کارشناسی مدارک پزشکی، سازمان پزشکی قانونی کشور

چکیده

زمینه و هدف: مدارک پزشکی حامی حقوق بیمار و کادر درمانی بیمارستان است و زمینه لازم جهت مصونیت بیمارستان در مقابل دعوی بیماران را فراهم می‌کند. پزشکی قانونی نیز یکی از گروه‌های مهم استفاده‌کننده از مدارک پزشکی است. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی میزان پاسخگویی مدارک پزشکی در موارد ارجاعی به پزشکی قانونی در سال ۱۳۸۸ می‌باشد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی کاربردی است. جمعیت مورد مطالعه، پرونده بیماران ارجاع شده به پزشکی قانونی در سال ۱۳۸۸ است. با توجه به تعداد جمعیت، ۷۹۰ پرونده از پرونده بیماران مذکور به صورت تصادفی به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شد و در چهار حوزه کاری (قصور پزشکی، معاینات سرپایی، روانپزشکی و علت فوت) مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیستی بود که بر اساس نوع مدارک درخواستی از مراکز درمانی توسط پزشکی قانونی طراحی شده بود. تحلیل داده‌ها در قالب آمار توصیفی و از طریق نرم افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: از پرونده‌های مورد مطالعه، ۴۳/۵٪ مربوط به قصور پزشکی، ۱۵/۸٪ مربوط به حوزه روانپزشکی، ۱۱/۵٪ مربوط به علت فوت و ۲۹/۱٪ مربوط به معاینات سرپایی بود. میزان پاسخگویی مدارک پزشکی در موضوع قصور پزشکی ۸۵/۵٪، روانپزشکی ۶۳/۲٪، علت فوت ۸۲/۴٪ و معاینات سرپایی ۵۳/۵٪ بود. هم‌چنین از ۳۸۷ پرونده ارسالی تعیین خسارت، میزان خسارت در ۴۴٪ موارد، تعیین شده بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر میزان نسبتاً مطلوب پاسخگویی مدارک پزشکی به موارد ارجاعی پزشکی قانونی است و نیز مبین آن است که نواقص موجود در پرونده‌های ارجاعی هنگام خلاصه و آماده کردن این پرونده‌ها قبل از زمان کمیسیون توسط کارشناسان مربوطه برطرف شده و در صورت نبود هرگونه اوراق یا مدرک مورد نیاز با درخواست مجدد از بیمارستان رفع نقص می‌گردد. بر این اساس بخش قابل توجهی از پرونده‌های پزشکی ارسالی از مراکز درمانی در مرحله اول فاقد مستندات لازم می‌باشد. بنابراین آموزش کادر پزشکی بیمارستان‌ها در زمینه مستندسازی و اعلام قوانین مستندسازی در مراکز درمانی نیز یک امر ضروری تعیین شده است.

واژگان کلیدی: مدارک پزشکی، پزشکی قانونی، مستندسازی، پرونده پزشکی

تأیید مقاله: ۱۳۹۰/۳/۳۱

وصول مقاله: ۱۳۸۹/۷/۴

نویسنده پاسخگو: تهران - اتوبان شهید همت - جنب بیمارستان میلاد - دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده پیراپزشکی rsafdari@sina.tums.ac.ir

مقدمه

و غنی‌ترین منبع اطلاع‌رسانی بهداشتی و درمانی است زیرا مبتنی بر واقعیات علم پزشکی می‌باشد (۱). تطبیق مدارک پزشکی با ضوابط و استانداردهای ملی و بین‌المللی و با در نظر گرفتن اصول مستندسازی و سازه‌های صحیح ساختاری موجبات بهینه‌سازی این منابع را فراهم

در عصر فن‌آوری اطلاعات، مدارک پزشکی به عنوان مهم‌ترین

مراجعه قضایی می‌توانند براساس پرونده پزشکی با کیفیت، به شکایات و دعاوی مطرح شده از سوی بیمار و یا خویشاوندان بسیار نزدیک او به طور مؤثر رسیدگی کنند. قضات با مطالعه حقایق مستند موجود در پرونده پزشکی بیمار، به راحتی در تصمیم‌گیری‌های خود راجع به صحت و سقم ادعای مطروحه مبنی بر قصور در ارائه خدمات مراقبت از سوی پزشک معالج و همکاران وی، موفق خواهند شد (۴). در مسایل قانونی، یک پرونده ناقص، انعکاس‌دهنده مراقبت و درمان ناقص است. حذف جزئیات، یک اشتباه مهم و عمومی در مستند سازی است. مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری‌های درمانی بر این نظر هستند که آنچه در پرونده ثبت نشده است، «یعنی انجام نشده است». البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود. بلکه وضعیت‌های مهم، داده‌های کامل ارزیابی بیمار و دستورات ترخیص باید در پرونده بیمار ثبت شوند (۷). عملاً مدارک پزشکی در مراجع قانونی به عنوان قاضی، نقطه عطف دعاوی گروه‌های ذینفع می‌باشند و از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت نموده موجب کسب مصونیت برای بیمارستان در مقابل دعاوی بیماران می‌گردند (۸، ۹).

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی کاربردی است که به صورت گذشته‌نگر انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه شامل پرونده‌های ارجاع شده به پزشکی قانونی در سال ۱۳۸۸ بود که به صورت تصادفی ۷۹۰ پرونده به عنوان نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیستی است که بر اساس نوع مدارک درخواستی از مراکز درمانی توسط پزشکی قانونی جهت تصمیم‌گیری نهایی طراحی و براساس آن مشخص گردید که ویژگی‌های داده‌های موجود در مدارک تا چه حد قادر به پاسخگویی مسأله‌ای است که پرونده به واسطه آن درخواست شده است. پنج آیتم اصلی (شامل کامل بودن، خوانا بودن، عدم اعتماد، فقدان مهر و همچنین نتیجه کمیسیون) در چک‌لیست گنجانده شده بود که این پنج آیتم در هر کدام از پرونده‌های قصور پزشکی، معاینات سرپایی، روان پزشکی و علت فوت مورد بررسی قرار گرفت.

پس از هماهنگی با مسؤولین، پرونده‌های ارجاع شده در سال ۱۳۸۸ به پزشکی قانونی به صورت تصادفی انتخاب و در چهار حوزه کاری قصورات (۳۴۴ پرونده)، معاینات سرپایی (۲۳۰ پرونده)، روان‌پزشکی (۱۳۵ پرونده) و فوتی (۹۱ پرونده) مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات لازم بر مبنای چک‌لیست تهیه شده و با در نظر گرفتن نوع مدارکی که توسط پزشکی قانونی جهت تصمیم‌گیری نهایی درخواست می‌شود و این که اوراق و مدارک مذکور تا چه حد به پاسخگویی مسأله کمک می‌نمایند، استخراج گردید. چک‌لیست مورد استفاده در پژوهش براساس محورهای ارزیابی مستندات کمیسیون سازمان پزشکی قانونی طراحی و از نظر پایایی و روایی با آخرین موازین

می‌کند. همچنین به کارگیری روش‌های علمی ذخیره‌سازی، نگهداری و بازیابی سریع آن‌ها تحولی عظیم در نظام اطلاعات بهداشتی به وجود می‌آورد (۲).

مدارک پزشکی را می‌توان به عنوان اطلاعات نوشتاری و گرافیکی تعریف کرد که حقایق و رویدادهای ارائه مراقبت و درمان بیمار را مستند می‌کند. هر گزارش پزشکی، بخشی از مدارک پزشکی است و یک سند دایمی محسوب می‌شود که به طور رسمی فرایندهای تشخیص و درمان بیمار را بیان می‌کند (۳).

در مراکز درمانی داده‌های مراقبت بهداشتی مبنایی برای توصیف مراقبت ارائه شده، توجه خدمات و هزینه‌های فهرست شده هستند. همچنین می‌توانند به عنوان اساسی تحلیل، مطالعه و ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار مطرح شوند و بیانگر سنجش رعایت استانداردهای مراقبتی و اعتبارسنجی سازمان‌های مراقبت بهداشتی باشند. بنابراین گردآوری صحیح و دقیق این داده‌ها بر کارایی و اثربخشی فرآیند تصمیم‌گیری، تأثیر به‌سزایی دارد (۴).

بی‌تردید، توجه به امر مستندسازی در تمامی مراحل و مقاطع کاری از انجام امور طراحی برای شکل‌دهی یک ساختار نظام‌مند گرفته تا انجام امور اجرایی لازم برای اداره آن، یکی از اساسی‌ترین ملزومات برای نگهداشت حیات هر سازمانی است. علاوه بر این، حفظ شرایط شفافیت سازمانی و رعایت موازین پاسخگویی بدون داشتن نظامی ساخت یافته از مستندات تولید شده در یک مؤسسه، کاری محال است. بنابراین، نیاز به تهیه، تولید و انباشت اطلاعات از نحوه عملکرد یک سازمان از یک‌سو و لزوم حفظ شرایط و مقرراتی که مؤسسه مورد نظر مطابق آن عمل می‌نماید از سوی دیگر، دلایل اصلی انجام مستندسازی را تشکیل می‌دهند (۵، ۶).

مستندسازی دقیق و جزئی، وسعت و کیفیت مراقبت، درمان فراهم شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و درمان مورد نیاز بیمار را نشان می‌دهد. مستندسازی یک ابزار حیاتی برای ایجاد ارتباط بین اعضای تیم درمانی است. اغلب تصمیمات، اقدامات و تجدیدنظرهای مرتبط با مراقبت و درمان بیمار، مبتنی بر مستندات اعضای تیم درمانی است و تهیه مستندات پزشکی خوب، حاکی از درجه بالای همکاری بین اعضای تیم درمانی است. بسیاری از تجربیات پزشکی به دلیل عدم نگارش و ثبت، به طور مکرر تکرار می‌شود و باعث اتلاف وقت و سرمایه می‌گردد (۶).

از نظر قانونی، مدارک پزشکی ارزش زیادی به منظور دفاع از بیمار، پزشک و بیمارستان دارد. از جمله مشکلاتی که امروزه دامن‌گیر پزشکان می‌گردد، سوءدرمان ناشی از سهل‌انگاری و غفلت است که در دهه‌های اخیر به وفور دیده شده است. در این صورت چنانچه بیمار به دلایل مختلف از مراجع قانونی دادخواهی نماید، خواه شاکه خصوصی داشته باشد یا از بیمارستان شکایت کند، داده‌های ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار و گزارشات پزشک معالج برای تصمیم‌گیری در مراجع قانونی فوق‌العاده مهم هستند (۱).

محورهای مطرح شده مربوط به بیمارستان ها با ۸۲/۴٪ و کمترین آن مربوط به مراکز اورژانس با ۰/۵٪ مشخص شد. موارد ارجاعی در سایر مراکز از جمله مطب و کلینیک، درمانگاه، بیمارستان، مراکز پاراکلینیک و پاتولوژی، مراکز جراحی و گاهی ترکیبی از موارد فوق به ترتیب ۰/۶٪، ۱۱٪، ۲٪ و ۲/۴٪ تعیین شد.

چهار مورد از مهم ترین اصول مستندسازی که در تصمیم گیری های پزشکی قانونی در محورهای قصور، معاینات سرپایی، روانپزشکی و فوت نقش قابل توجهی دارند، شامل کامل بودن، خوانا بودن، عدم اعتماد و فقدان مهر، مورد بررسی قرار گرفت. در خصوص کامل بودن مدارک به ترتیب پرونده های قصور با ۸۵/۴۷٪ و فوتی با ۸۲/۴۲٪ بیشترین درصد را دارا بودند. کمترین میزان نیز مربوط به پرونده های سرپایی با ۵۳/۴۸٪ بود. بیشترین میزان خوانا بودن مدارک به ترتیب مربوط به پرونده های قصور با ۹۲/۷۳٪ و فوتی با ۹۱/۲۱٪ و کمترین میزان مربوط به پرونده های سرپایی با ۷۹/۱۳٪ بود. در مجموع پرونده های

علمی مستندسازی پزشکی مطابقت داده شده است. گردآوری داده ها از طریق مشاهده و ثبت صورت گرفت و به منظور تحلیل داده ها از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته ها

براساس بررسی انجام شده مشخص گردید که ۷۰/۷٪ از جامعه مورد پژوهش را مردان و ۲۹/۳٪ را زنان به خود اختصاص داده که میانگین و انحراف معیار سن در کل جمعیت ۴۱/۸۷±۲۰/۴۸ سال برآورد گردید.

همچنین ۴۳/۵٪ از پرونده ها مربوط به حوزه قصور، ۲۹/۱٪ مربوط به معاینات سرپایی، ۱۵/۸٪ مربوط به حوزه روانپزشکی و ۱۱/۵٪ مربوط علت فوت بود. بیشترین تعداد پرونده های ارجاع شده به پزشکی قانونی در

جدول ۱- توزیع فراوانی جامعه پژوهش بر حسب علت مراجعه و میزان پاسخگویی به موارد ارجاعی

میزان پاسخگویی		علت مراجعه						
		تعداد	درصد	قصور	سرپایی	روانپزشکی	فوت	جمع
کامل بودن	بله	تعداد	۲۹۴	۸۵/۴۷	۱۲۳	۷۹	۷۵	۵۷
	خیر	درصد	۵۰	۱۴/۵۳	۵۳/۴۸	۶۳/۲	۸۲/۴۲	۷۲/۲۸
	جمع	تعداد	۳۴۴	۳۴۴	۲۳۰	۱۲۵	۹۱	۷۹۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
خوانا بودن	بله	تعداد	۳۱۹	۹۲/۷۳	۱۸۲	۱۰۳	۸۳	۶/۱۷
	خیر	درصد	۲۵	۷/۲۷	۴۸	۲۲	۸	۱۰۳
	جمع	تعداد	۳۴۴	۳۴۴	۲۳۰	۱۲۵	۹۱	۷۹۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
عدم اعتماد	بله	تعداد	۰	-	۱	۱	۲	۴
	خیر	درصد	۳۴۴	۱۰۰	۲۲۹	۱۲۴	۸۹	۷۸۶
	جمع	تعداد	۳۴۴	۳۴۴	۲۳۰	۱۲۵	۹۱	۷۹۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
فقدان مهر	بله	تعداد	۳	۰/۸۷	۱	۲	۲	۸
	خیر	درصد	۳۴۱	۹۹/۱۳	۲۲۹	۱۲۳	۸۹	۷۸۲
	جمع	تعداد	۳۴۴	۳۴۴	۲۳۰	۱۲۵	۹۱	۷۹۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

گردید (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه گیری

یکی از ارزشمندترین و مهم‌ترین ابزارها جهت کسب تجربه در علم پزشکی، ثبت داده‌هاست. ثبت این یادداشت‌ها نقش به‌سزایی در پیشگیری و مراقبت از بیمار و بهبود روابط بین پزشک و سایر گروه‌های سهیم در امر مراقبت و درمان بیمار داراست (۱۰). هم‌چنین این مدارک اسنادی قانونی می‌باشند که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان بیماری ثبت می‌گردند. این مدارک، پرونده حقوقی اولیه‌ای است که خدمات مراقبتی ارائه شده به بیمار را به صورت داده و اطلاعات در خود مستند می‌کند (۱۲، ۱۱).

مشاهده نقایص مستندسازی در برگه‌های پرونده‌ها و درعین حال میزان قابل توجه پاسخ‌گویی مدارک پزشکی به موارد ارجاعی پزشکی قانونی به این علت است که پرونده‌های ارجاعی در مراحل مختلف مورد بررسی قرار گرفته و نواقص آن‌ها برطرف می‌شوند و پرونده‌هایی در کمیسیون مطرح می‌گردند که نواقص اصلی آن‌ها توسط مراجعین برطرف شده باشد (۱۳).

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بیشترین تعداد پرونده‌های ارجاع شده به پزشکی قانونی مربوط به بیمارستان‌ها با ۸۲/۴٪ و کمترین آن‌ها مربوط به مراکز اورژانس با ۵٪ بود. نتایج این پژوهش با نتایج حاصل از تحقیق فرزندی‌پور همسویی دارد (۱۴). وی در این پژوهش از کل ۱۰۲۱۲ مراجعات به پزشکی قانونی کاشان در سال ۱۳۸۹ که شامل معاینات انجام شده برای زنان و مردان و معاینات انجام شده اجساد مرگ‌های طبیعی و غیرطبیعی است؛ یعنی ۱۳٪

مورد بررسی، عدم اعتماد به مدارک ارجاعی در ۴ مورد (۵۱٪) برآورد شد که به تفکیک ۰/۴٪ مربوط به پرونده‌های سرپایی، ۰/۸٪ روانپزشکی و ۲/۲٪ مربوط به پرونده‌های فوتی بود. محور چهارم (فقدان مهر روی مدارک) در ۸ مورد (۱/۰۱٪) برآورد شد که بیشترین مقدار مربوط به پرونده‌های فوتی با ۲/۲٪ و کمترین میزان مربوط به پرونده‌های سرپایی با ۰/۴۳٪ می‌باشد (جدول شماره ۱). لازم به ذکر است به دلیل اهمیت پرونده‌های فوتی و ارسال مواردی از قبیل قتل، خودکشی، تصادفات، جراحات و صدمات، سوانح، مرگ‌های ناگهانی، شرایط نامطمئن و مشکوک، افراد در بند و مرگ هنگام عمل جراحی یا بیهوشی به پزشکی قانونی، ثبت دقیق اطلاعات در مدارک مربوطه از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. یعنی علاوه بر ذکر اطلاعات هویتی بیمار، علت اصلی و زمینه‌ای مرگ، تاریخ و ساعت دقیق فوت، سن، شغل و محل سکونت باید کاملاً مشخص باشد (۱۰، ۱).

از کل پرونده‌های مورد بررسی ۳۸۷ پرونده (۴۸/۹۹٪) در محورهای دیه و ارش، فوت، تأیید علت فوت، عدم توانایی اداره امور، قصور و سایر موارد، تعیین خسارت شده بود که به ترتیب مربوط به پرونده‌های معاینات سرپایی (۳۳/۱٪) روانپزشکی (۲۵/۶٪) فوت (۲۰/۹٪) و قصور (۲۰/۴٪) بود که از این تعداد برای ۴۴ پرونده میزان خسارت تعیین شده بود و در مجموع میانگین و انحراف معیار میزان خسارت به ترتیب ۱۵/۷۳٪ و ۱۶/۴۷٪ بود. بیشترین نوع خسارت مربوط به دیه و ارش با ۳۳/۱٪ بوده که بیشترین آن مربوط به موارد معاینات و سرپایی با فراوانی ۸۲/۸٪ و کمترین آن مربوط به دیه و ارش پرونده‌های فوتی با میزان ۳٪ بود. کمترین میزان نوع خسارت مربوط به فوت با ۷/۲٪ بود، که در موارد معاینات و روان‌پزشکی هیچ موردی مشاهده نشد ولی در محور قصور و فوت به ترتیب ۷/۶٪ و ۲۷/۲٪ برآورد

جدول ۲- توزیع فراوانی جامعه پژوهش برحسب نوع خسارت، میزان و علت مراجعه

نوع خسارت	دیه و ارش	سایر	فوت	تأیید علت فوت	عدم توانایی اداره امور	قصور	جمع
تعداد	۱۵	۳	۶	۱	-	۵۴	۷۹
درصد	۱۹/۰۰	۳/۸	۷/۶	۱/۲	-	۶۸/۴	۲۰/۴
تعداد	۱۰۶	۲۱	-	-	۱	-	۱۲۸
درصد	۸۲/۸	۱۶/۴	-	-	۰/۸	-	۳۳/۱
تعداد	۴	۴۴	-	-	۵۱	-	۹۹
درصد	۴/۰	۴۴/۴	-	-	۵۱/۶	-	۲۵/۶
تعداد	۳	۲	۲۲	۵۴	-	-	۸۱
درصد	۳/۷	۲/۵	۲۷/۲	۶۶/۶	-	-	۲۰/۹
تعداد	۱۲۸	۷۰	۲۸	۵۵	۵۲	۵۴	۳۸۷
درصد	۳۳/۱	۱۸/۱	۷/۲	۱۴/۲	۱۳/۴	۱۴	۱۰۰
میانگین	۷/۶۷	۵۰	۴۱/۲۵	۴/۰	-	۱۹/۰	۱۵/۷۳
انحراف معیار	۹/۹۶	-	۱۶/۵۲	۱۴/۱۴	-	۱۱/۷۴	۱۶/۴۷
تعداد	۲۷	۱	۴	۲	-	۱۰	۴۴

میزان در مورد پرونده‌های سرپایی با ۰/۴۳٪ می‌باشد که با تحقیق فیلیپز (۱۸) تحت عنوان مستندسازی مدارک پزشکی، ۲۲۴ مورد مستندسازی را بررسی نموده بود و از این بین ۵ مورد از جمله تأیید ثبوتات، امتیاز کامل یعنی ۱۰۰٪ را به دست آوردند. همچنین در پژوهش فرزندی‌پور نیز این فاکتور ۳۱ مورد (۲٪) بیان شده است که این آمار کمی بیشتر از آمار تحقیق ما است.

لذا با توجه به این که حدود ۸۳٪ از موارد ارجاعی از پزشکی قانونی مربوط به بیمارستان‌ها می‌باشد و برای اینکه پرونده‌های ارجاعی به پزشکی قانونی از کمترین نقص برخوردار باشند، اتخاذ راه کارهایی جهت ارتقاء مستندسازی پرونده‌ها نه تنها در سطح مراکز درمانی بلکه در سطح ملی ضروری به نظر می‌رسد. در سطح مراکز درمانی می‌توان از سیستم‌هایی از جمله سیستم پیگیری و رفع نقص به منظور به حداقل رساندن نقایص استفاده نمود که این روش همانند سایر موارد، راه کارهای خاصی از جمله تعریف اصول مستندسازی، تکمیل به موقع برگه نواقص جهت رفع مشکلات مستندسازی به سریع‌ترین و صحیح‌ترین شکل، تعریف فرایندی استاندارد برای شناسایی و پیگیری پرونده‌های ناقص در مراکز درمانی و ایجاد الزاماتی جهت اجرای به موقع آن، تعریف روش‌هایی به منظور جلوگیری از ثبت غیر دقیق داده‌ها توسط مستندسازان و اعلام سریع نواقص و اشکالات مستندسازی به آنان را دارد. ضمن آن که لازم است اصول مستندسازی تأیید شده در حوزه مدیریت اطلاعات سلامت در تمامی بیمارستان‌ها رعایت شده و کانال‌های ارزیابی در قسمت‌های مختلف تعیین گردند. همچنین پیشنهاد می‌گردد، به منظور سهولت بررسی پرونده‌های کمیسیون پزشکی قانونی، اولویت ثبت وقایع در پرونده‌های مختلف مد نظر قرار گیرد. ضمن آن که به نظر می‌رسد بررسی به هنگام در خصوص پرونده‌های ارسالی به پزشکی قانونی در شناسایی گلوگاه‌های موجود و دستیابی به نتایج کاربردی‌تر کمک‌کننده خواهد بود. علاوه بر آن آموزش اصول و استانداردها و چارچوب زمانی مستندسازی به افراد ذی‌صلاح در ثبت اطلاعات در رفع مشکلات مربوط به مستندسازی نقش قابل توجهی خواهد داشت. به منظور آموزش مستندسازان می‌توان از انجمن‌های علمی و تحقیقاتی و یا برگزاری کارگاه‌های آموزشی مستندسازی یاری گرفت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل انجام طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۸۷-۰۲-۳۱-۶۹۶۶ می‌باشد و با همکاری معاونت پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور به انجام رسید که بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از این مراکز اعلام می‌نماید.

از کل مراجعات مرکز پزشکی قانونی کاشان برای پاسخ‌گویی نیاز به پرونده بالینی موجود در مراکز درمانی داشته که بیشترین موارد (۸۰٪) مربوط به تصادفات بود.

در این تحقیق ۴ مورد از اصول مستندسازی که شامل کامل بودن، خوانا بودن، عدم اعتماد و فقدان مهر که در تصمیم‌گیری پرونده‌های پزشکی قانونی نقش به‌سزایی دارد مورد بررسی قرار گرفت که با پژوهشی که شعبانی با همکاری‌اش انجام داد همخوانی دارد (۱۵). وی در این پژوهش بر این باور بود که خوانا و واضح بودن ثبت اطلاعات و ثبت با جزئیات مسیر بیماری و برنامه مکتوب مراقبت درمانی از بیمار به عنوان اصول مستندسازی و همچنین توصیفی بودن، صریح بودن و به هنگام بودن ثبت داده‌ها به عنوان قوانین استاندارد و علمی مستندسازی و به دنبال آن آنالیز کیفی (به‌کارگیری روش‌های مستندسازی خوب و صحیح، ثبت کلیه موارد ضروری مربوط به رضایت نامه‌ها) و کمی (ثبت کامل اطلاعات هویتی و وجود گزارش‌های لازم در پرونده پزشکی) پرونده پزشکی به صورت منظم، تضمین‌کننده کامل بودن فرایند مستندسازی پرونده‌های پزشکی است و مستندات پزشکی بهترین راه بررسی بروز یا عدم بروز خطاهای پزشکی و در نتیجه دفاع از حقوق کادر پزشکی و درمانی بیمار می‌باشد و ارایه آموزش‌های لازم به کادر پزشکی و درمانی در خصوص به‌کارگیری درست اصول و قوانین مستندسازی در هنگام ثبت یافته‌ها در کاهش احتمال بروز خطاهای پزشکی تأثیرگذار می‌باشد (۱۵).

در این تحقیق کامل بودن مدارک به ترتیب پرونده‌های قصور با ۸۵/۴۷٪ و فوتی ۸۲/۴۲٪ بیشترین درصد را دارا بودند و کمترین میزان مربوط به پرونده‌های سرپایی با ۵۳/۴۸٪ بود که با تحقیق کرادوک و همکارانش (۱۶) همسویی دارد هم‌چنین خوانا بودن و دقیق بودن اطلاعات مربوط به پرونده‌های قصور ۹۲/۷۳٪ و فوتی ۹۱/۲۱٪ و کمترین میزان مربوط به پرونده‌های سرپایی با ۷۹/۱۳٪ بود که در تحقیق فرزندی‌پور (۱۵) کامل نبودن اطلاعات پرونده ۲۶۴ مورد (۱۲٪) و دقیق نبودن اطلاعات پرونده ۱۳۴ مورد (۱۰/۱۵٪) بیان شده است. تحقیق کامل و همکاران در کویت (۱۷) نیز که معرف ثبت کامل اطلاعات اصلی با درصد بالای ۸۰ می‌باشد و نیز با پژوهشی که شعبانی و همکارانش انجام دادند هم‌خوانی دارد (۱۵).

عدم رعایت مستندسازی (خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی، ۴ مورد (۵۱٪) برآورد شد که به تفکیک ۴٪ مربوط به پرونده‌های سرپایی ۸٪ مربوط به روانپزشکی و ۲۲٪ مربوط به فوتی بود که در تحقیق فرزندی‌پور فاقد اعتبار بودن مدرک به دلیل عدم رعایت اصول مستندسازی (خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی و ...) ۵۷ مورد (۴/۳۲٪) بیان شده بود که این آمار از آمار تحقیق کمتر می‌باشد.

محور چهارم یعنی فقدان مهر، ۸ مورد (۱/۰۱٪) برآورد شده است که بیشترین مقدار مربوط به پرونده‌های فوتی ۰/۲۲٪ و کمترین

References

- 1- Stephens BG, Jentzen JM. National Association of Medical Examiner Position Paper on the Certification of Cocaine Related Death; American journal of forensic medicine pathology, 2004 mar; 25(1): 11-3 available at: <http://intapp.medscape.com> accessed in: 07/2010.
- 2- Centers for Medicare & Medicaid Services–Documentation Guidelines for E & M Services: www.cms.hhs.gov/MLNEdWebGuide/25_EMDOC.asp. Accessed in: 08/2010.
- 3- Office of Inspector General (OIG) Compliance Program for Individual and Small Group Physician Practices: www.oig.hhs.gov/authorities/docs/physicians.pdf. Accessed in: 05/2010.
- 4- Martin CA. Improving the Quality of Medical Record Documentation. J Health Qual. 1992 May-Jun; 14(3): 16-23.
- 5- Murphy BJ. Principles of Good Medical Record Documentation 2001 Mar-Apr; 16(5): 258-60.
- 6- Glondys Barbara. Documentation Requirements for the Acute Care Patient Record. Chicago, IL: AHIMA, 1999.
- 7- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001.
- 8- Australian college of legal medicine available at: <http://legalmedicin.com.au>. Accessed in: 20/06/2010.
- 9- Ghzisaiedi M, Safdari R, Davarpanah A. Health Information Management. Tehran: Jafari, 2009. [book. in Persian].
- 10- Farzandipoor M, Asefzadeh S. Study of Rate of Documentation Principles in Patients Medical Record in Hospitals Affiliated to Kashan Medical Sciences University. Feyz: 2002; 31(3).
- 11- Ebadifar F, Tabibi J, Safdari R, Hajavi A, Meidani Z. Health Information Management Standard. Tehran:Ebadifar; 2004. [book in Persian].
- 12- Nancy Collins, Common Problems in Medical Record Documentation (internet) 2009; available in <http://www.o-wm.com/content/common-problems-medical-record-documentation>. accessed in 07/2010.
- 13- Suzanna Tiapula, Angelo P. Giardino. Legal Issues and Documentation in: A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect, 2009; 4: 445-475.
- 14- Farzandipoor M, Shokrizade L, Meidani Z, Rangrazjedi F, The Response Rate of Cases Referred to the Medical Records of Forensic Medicine Kashan. Proceedings of the Second International Congress of Forensic Medicine, Iran. Mar 2011, 135.
- 15- Shabani SH, Shahnavaizi H. Relationship between Documentation and Medical Errors. Proceedings of the Second International Congress on Legal Medicine in Iran. Mar 2011, 386.
- 16- Cradock j, Young As. The Accuracy of Medical Record Documentation in Schizophrenia. Abstr Acad Health serv Res health Policy Meet. 2001; 18(11).
- 17- Kamel SA, Amin AE, mokhtar S. Assessment of Physician-documentation in Medical Records of General Hospitals in Kuwait. The Bull ten of the High Institute public Health. 2000; 1: 20.
- 18- Philips A, stillerk, Williams M. Medical Record Documentation: The Quality of Physiotherapy Entries. The International Journal of Allied Health Sciences and Practice. July 2006; 4: 3.

The Study of Accountability Rate of Medical Records in Referral Cases to Forensic Medicine 2000

Reza Safdari** - Faride khodabande** - Zahra Abolmasoomi*** - Marjan Ghazisaeedi**** - Roya Sharifian***** - Niloofar Masoori***** - Roya Akbarzade*****

*PhD in Health Information and Management, Associate Professor, Tehran University of Medical Sciences

**MD. Forensic Medicine Specialist, Assistant Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

***MD. Forensic Medicine specialist, Legal Medicine Organization

****PhD in Health Information Management, Lecturer, Tehran University of Medical Sciences

*****MSc in Biostatistics, Lecture, Health Information Management Department, Tehran University of Medical Sciences.

*****PhD in Health Information Management, Assistant Professor, Tehran University of Medical Science

*****BSc in Medical Records, Legal Medicine Organization

Abstract

Background and objective: Medical record is a supporter for patients rights as well as medical staff. Forensics is also one of the majors which uses medical records. The aim of this study is a determination of accountability rates in referred items to Legal Medicine Organization during 1388.

Methodology: This study is a descriptive and applied one. Referred cases to Legal Medicine Organization during year 1388 formed the study population. According to the number of these cases, 790 records from mentioned patients' record have been selected randomly and determined in four fields (outpatient examinations, cause of death, medical malpractice, and psychiatry). The gathering data tool was a checklist which had been designed according to Forensic standard records. Data analyzing were done by descriptive statistics through SPSS software.

Findings: According to determinations, 43.5% of referred records were in medical malpractice, 15.8% in psychiatry, 11.5% in cause of death, and 29.1% in outpatient examinations. The efficacy of medical records in malpractice was 85.5%, in psychiatry 63.2%, in cause of death 82.4%, and in outpatient examinations was 53.5%. Also, 44% of 387 referred impairment cases has been determined.

Results: The research findings showed an acceptable efficacy rate in medical records. The imperfections in the records could be resolved by relevant experts, during summarizing and preparing these cases for medical error commissions; also, in the absence of papers or documents, elimination of defects is done through renewed request from hospital. Based on our Findings, a significant proportion of medical records, which had been sent from medical centers, in the first stage didn't have required documentation. Therefore, medical staffs training would be necessary in hospitals and medical centers as well as documenting and declaring legal documentations.

Key words: Medical records, forensics, documentation, medical case.

Received: 2010/Sept/26

Accepted: 2011/Jan/21

†Correspondence: Tehran University of Medical Sciences, Paramedical Faculty, Hemmat Ave., Tehran, Iran

rsafdari@sina.tums.ac.ir