

مطالعه تطبیقی ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران

دکتر حمید مقدسی^۱ دکتر اعظم سادات حسینی^۱ فاطمه روزبهانی^۲

^۱ استادیار گروه مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی^۲ مربی گروه مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مجله پزشکی هرمزگان سال سیزدهم شماره چهارم زمستان ۸۸ صفحات ۲۹۴-۲۸۴

چکیده

مقدمه: با توجه به نقش کمیته مدیکال رکورد در نظارت و ارزیابی کیفیت پروندههای پزشکی و حمایت از استانداردهای

لازم در ارتباط با آن، مطالعه‌ای در مورد وضعیت موجود کمیته مدیکال رکورد در ایران و ارائه الگو انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع کاربردی است. الگوی پیشنهادی بر اساس وجوه تشابه و اختلافات مؤلفه‌های

ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در کشورهای منتخب طراحی شد، سپس در اختیار صاحبان نظر قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های حاصل از تکنیک دلفی نشان داد که ۹۷/۲ درصد صاحبان نظر با هدف، ۶۳/۹ درصد با ترکیب اعضاء،

۹۴/۴ درصد با مراجع تحت نظارت، ۹۷/۲ درصد با قوانین و استانداردها، ۹۱/۷ درصد با شرح وظایف کمیته مدیکال

رکورد موافق بودند. در نهایت ۸۶/۴ درصد از صاحبان نظر با الگوی پیشنهادی موافق بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقائص مربوط به دستورالعمل کمیته مدیکال رکورد و موافقت اکثر صاحبان نظر در ارتباط با

الگوی پیشنهادی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران باید دستورالعمل جدید با ساختار جامع و فعالیتهای

مکتوب و مدون برای کمیته مدیکال رکورد تدوین و به تمام بیمارستانها ابلاغ کند.

کلیدواژه‌ها: مستندات پزشکی - کمیته ثبت مستندات پزشکی، بیمارستان - بیمارستانهای آموزشی - ایران

نویسنده مسئول:

فاطمه روزبهانی

مربی گروه مدارک پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کاشان

کاشان - ایران

تلفن: +۹۸ ۹۱۲۶۱۲۸۳۲۷

پست الکترونیکی:

frouzbahani@gmail.com

دریافت مقاله: ۸۸/۱/۲۲ اصلاح نهایی: ۸۸/۶/۲۲ پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۹

مقدمه:

نظارت بر کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار در بیمارستان از طریق افزایش حمایت از عوامل مختلفی صورت می‌گیرد که یکی از این عوامل افزایش پشتیبانی از پروندههای پزشکی است که وضعیت و پیشرفت سلامتی بیمار، درمان ارائه شده و نتایج درمان را در بر می‌گیرد (۱).

پرونده بیمار اولین منبع داده‌ها و اطلاعات بهداشتی برای وضعیت مراقبت‌های بهداشتی است و به عنوان یک محصول مستقیم از مراقبت ارائه شده در مرکز بهداشتی و درمانی، ایجاد می‌گردد. همچنین در نظر متخصصین پزشکی و صاحبان حرف بهداشتی و درمانی شاغل در مرکز بهداشتی و درمانی، به عنوان سند حقوقی در مورد مراقبت ارائه شده

به فرد تلقی می‌شود (۲). چون وجود پرونده پزشکی با کیفیت در ارائه مراقبت با کیفیت‌تر ضروری است. لذا کمیته مدیکال رکورد نقش خود را از طریق تأثیر بر پرونده پزشکی در رسیدن به سطح بالایی از استاندارد ایفا می‌کند و باعث بهبود کیفیت آن و به تبع آن کیفیت مراقبت بهداشتی می‌شود (۳).

کمیته مدیکال رکورد وظیفه نظارت و ارزیابی کیفیت پرونده‌های پزشکی و پشتیبانی از استانداردهای لازم در ارتباط با مدیکال رکورد را بر عهده دارد (۴).

کمیته مدیکال رکورد دارای وظایف بسیار مهم در حفظ و ارتقای کیفیت اطلاعات مراقبت از بیمار، آموزش حرفه‌ای، تحقیقات علمی و در دفاع قانونی از بیماران، کارکنان و بیمارستان می‌باشد. کمیته مدیکال رکورد باید بطور دوره‌ای

نواقصی در زمینه ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد است که این نواقص عبارتند از: فقدان شرح وظایف مکتوب برای کمیته مدیکال رکورد، مشخص نبودن رئیس و دبیر کمیته مدیکال رکورد و نقص در ترکیب اعضای کمیته. از این رو گروه پژوهش به مطالعه تطبیقی ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در بیمارستانهای آموزشی مستقر در شهر تهران و کشورهای منتخب جهت ارائه الگو برای ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در ایران، پرداخت.

روش کار:

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است که بصورت مطالعه توصیفی - تطبیقی انجام شده است.

جامعه پژوهش در مرحله تعیین وضعیت موجود کمیته مدیکال رکورد در ایران، کمیته‌های مدیکال رکورد بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران می‌باشد. قابل توجه است لیست بیمارستانهای تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی نامبرده با توجه به اطلاعات ارائه شده توسط معاونت پژوهشی و معاونت درمان و دارو (سلامت) دانشگاههای مربوطه، بدست آمده است. از آنجا که مطالعه حاضر از نوع تطبیقی بود، جهت مقایسه وضعیت موجود کمیته مدیکال رکورد در ایران با کشورهای پیشرفته، جامعه پژوهش در این مرحله شامل کمیته مدیکال رکورد کشورهای پیشرفته (آمریکا، کانادا و استرالیا) می‌باشد.

جامعه پژوهش برای اعتباریابی الگوی پیشنهادی شامل اعضای هیأت علمی رشته‌های مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و رشته مدیکال رکورد می‌باشد. همچنین از آنجا که بررسی‌های انجام شده نشان داد که کمیته مدیکال رکورد جزء کمیته‌های کادر پزشکی می‌باشد، پزشکان شاغل در بیمارستانهای مورد پژوهش و همچنین رؤسای بخشهای مدیکال رکورد در بیمارستانهای مورد مطالعه جزء جامعه تحت مطالعه می‌باشند.

نمونه پژوهش در مرحله تعیین وضع موجود، کمیته‌های مدیکال رکورد ۳۵ بیمارستان آموزشی وابسته به

تمام برنامه‌های مربوط به پرونده‌های پزشکی بیمارستان را ارزیابی کند. همچنین کمیته باید قدرت تأیید فرمهای جدید، حذف فرمهای غیرضروری و ارائه پیشنهاداتی به کمیته اجرایی برای بهبود خطمشی‌ها و اقدامات طراحی شده به منظور ارتقاء مراقبت بیماران، ارتقاء آموزش و فعالیت کادر پزشکی را داشته باشد (۱). از این رو با توجه به نقش کمیته مدیکال رکورد در حفظ و ارتقای کیفیت اطلاعات بهداشتی و درمانی، گروه پژوهش درصدد برآمد که دریابد آیا در ارتباط با ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد دستورالعمل‌هایی در ایران وجود دارد. لذا برای یافتن پاسخ خود به معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت و درمان مراجعه و دستورالعمل مربوطه را اخذ نمود. سپس این سؤال مطرح گردید که تا چه میزان بیمارستانهای آموزشی مستقر در شهر تهران از دستورالعمل مربوطه پیروی می‌کنند. لذا گروه پژوهش به بررسی وضعیت کمیته مدیکال رکورد در ۳۵ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهیدبهشتی، ایران و تهران در سالهای ۸۰ و ۸۱ و ۸۲ پرداخت که این نتایج بدست آمد: در سال ۸۰، ۵۴/۳ درصد (۱۹ بیمارستان)، در سال ۸۱، ۶۲/۹ درصد (۲۲ بیمارستان) و در سال ۸۲، ۶۸/۶ درصد (۲۴ بیمارستان) از بیمارستانهای تحت بررسی، جلسات کمیته مدیکال رکورد را برگزار می‌کردند. پس از مطالعه آمار مربوط به تشکیل کمیته مدیکال رکورد مشخص شد که برگزاری نامنظم جلسات کمیته به تعداد سه تا چهار بار در سال (۸۰/۷۲ درصد) و تشکیل یک تا دو بار در سالهای ۸۱ (۶۳/۶ درصد) و ۸۲ (۴۵/۸ درصد) از جمله نقصان‌ها می‌باشد. از طرفی تنها در یک بیمارستان (۲/۸ درصد) کمیته مدیکال رکورد بطور ماهانه تشکیل می‌گردید و این در حالی است که باید جلسات کمیته مدیکال رکورد در هر ماه تشکیل شود (۵).

مروری بر سوابق پژوهش حکایت از آن دارد که فاصله زمانی تشکیل کمیته مدیکال رکورد در بیمارستانهای مورد مطالعه به صورت سه ماه یک بار می‌باشد (۶/۷). همچنین با مطالعاتی که در زمینه ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در کشورهای پیشرفته انجام شد، ملاحظه گردید که دستورالعمل اعلام شده توسط وزارت بهداشت کشور دارای

اساس مقایسه ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در کشورهای پیشرفته و در نظر گرفتن تشابهات و تفاوت‌های موجود، طراحی شد.

اجزای الگوی طراحی شده شامل ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد است که ساختار کمیته شامل اهداف، نوع کمیته، اعضا، نحوه انتخاب اعضا، فاصله زمانی تشکیل جلسات، مرجع مافوق کمیته، مراجع تحت نظارت کمیته و قوانین و استانداردهای مدنظر کمیته مدیکال رکورد می‌باشد. فعالیتهای کمیته نیز شامل فعالیتهای است که در کشورهای تحت مطالعه یکسان و فعالیتهای که برحسب ضرورت توسط کمیته مدیکال رکورد این کشورها انجام می‌گردید.

برای اعتباریابی الگوی پیشنهادی، پرسشنامه‌ای به شرح زیر طراحی شد:

ساختار کمیته مدیکال رکورد، فعالیتهای، نمودار ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد و نمودار روابط کمیته مدیکال رکورد می‌باشد. سپس الگو در اختیار ۴۰ نفر از صاحبانظران و اعضای هیأت علمی، مدرسین و کارشناسان با تجربه رشته‌های پزشکی، مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی قرار گرفت که ۳۶ پرسشنامه جمع‌آوری شد. سپس به تحلیل یافته‌ها پرداخته و در نهایت الگوی نهایی ارائه گردید. در کل اعتبار الگوی طراحی شده توسط پژوهشگر، از طریق اجرای تکنیک دلفی تعیین گردید.

نتایج:

با توجه به بررسی مقدماتی که توسط پژوهشگر درباره وضعیت کمیته مدیکال رکورد در ۳۵ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران و تهران انجام شد، این نتایج بدست آمد:

- در رابطه با هدف از تشکیل کمیته مدیکال رکورد باید متذکر شد که در تمام بیمارستانهای تحت مطالعه هدف از تشکیل کمیته مدیکال رکورد بررسی نحوه مستندسازی پرونده‌های پزشکی و حل مشکلات مربوط به بخش مدیکال رکورد بود.

- در رابطه با نحوه انتخاب اعضای کمیته مدیکال رکورد، در ۲۸/۶ درصد موارد، اعضای انتخاب شده منطبق با

دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران می‌باشد که منطبق با جامعه پژوهش است.

نمونه پژوهش برای اعتباریابی الگو عبارت است از: اعضای هیأت علمی رشته‌های نامبرده که در زمینه پژوهش مربوطه باتجربه و دارای سابقه حداقل ۳ سال تدریس و پزشکی که رئیس کمیته مدیکال رکورد در بیمارستانهای ذکر شده بودند. همچنین رؤسای بخشهای مدیکال رکورد در بیمارستانهایی که جلسات کمیته مدیکال رکورد در آنها بطور ماهانه تشکیل می‌شد و یا دارای مدرک کارشناسی ارشد در رشته مدیکال رکورد بودند.

روش گردآوری داده‌ها برای بررسی وضع موجود، پرسش درباره ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد و مشاهده صورتجلسات کمیته مدیکال رکورد بیمارستانهای وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران و ابزار پژوهش، پرسشنامه‌ای شامل سؤالاتی در ارتباط با وجود یا فقدان کمیته مدیکال رکورد، اعضای کمیته، فاصله زمانی تشکیل جلسات و نحوه فعالیت کمیته در سالهای ۸۰ تا ۸۲ بود. قابل توجه است که اعتبار پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا و قابلیت اعتماد آن از طریق آزمون مجدد (با ضریب همبستگی $r=0/84$) تعیین شد.

روش گردآوری داده‌ها در ارتباط با کشورهای پیشرفته، مطالعه کتابخانه‌ای و ابزار پژوهش، استفاده از متون و مجلات خارجی، اینترنت و پست الکترونیکی می‌باشد. در ارتباط با تحلیل داده‌ها باید ذکر کرد که داده‌های مربوط به کمیته مدیکال رکورد بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران، با استفاده از آمار توصیفی و داده‌های مربوط به مطالعه تطبیقی کمیته‌های مدیکال رکورد کشورهای منتخب با استفاده از جدول تطبیقی تحلیل شده است.

برای طراحی الگوی پیشنهادی، داده‌های مربوط به ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد از طریق جستجو در اینترنت، مطالعه کتابخانه‌ای و مکاتبه با افراد صاحب‌نظر در کشورهای پیشرفته، با استفاده از پست الکترونیکی، گردآوری شد. سپس با توجه به اهداف پژوهش، ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد مشخص گردید و در نهایت الگو بر

و اصلاح نواقص پرونده پزشکی، بررسی مشکلات بایگانی و تجهیزات بخش مدیکال رکورد و پیگیری چگونگی پیشرفت و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات مربوط به بخش مدیکال رکورد بود.

در ارتباط با مطالعه تطبیقی ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در کشورهای مورد پژوهش، یافته‌های بدست آمده بصورت جدول تطبیقی ارائه می‌شود (جدول شماره ۱ و ۲).

دستورالعمل وزارت بهداشت (مربوط به کمیته مدیکال رکورد) و توسط رئیس بیمارستان انتخاب شده بودند.

در رابطه با مرجع مافوق کمیته مدیکال رکورد، در ۷۷/۱ درصد موارد، مدیر بیمارستان در جریان جلسات کمیته مدیکال رکورد قرار می‌گرفت.

در ارتباط با فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد، فعالیتهایی که توسط کمیته مدیکال رکورد، در اکثر بیمارستانهای تحت مطالعه انجام می‌گرفت، شامل بررسی ثبت کامل مستندات پرونده پزشکی، پیگیری

جدول شماره ۱- ساختار کمیته مدیکال رکورد در کشورهای آمریکا، استرالیا و کانادا

کشورهای منتخب	آمریکا	استرالیا	کانادا	ایران	ساختار کمیته مدیکال رکورد	
					هدف	نوع کمیته
نظارت بر بررسی پرونده‌های پزشکی به منظور اطمینان از کیفیت داده‌ها جهت حفظ و ارتقاء کیفیت داده‌های بهداشتی درمانی	✓	✓	✓		هدف	
کنترل و نظارت بر تمام جنبه‌های مربوط به پرونده پزشکی (محتوا، کیفیت، محرمانگی و در دسترس بودن آنها)	✓	✓	✓	✓		
اطمینان از هماهنگی شرایط و پیشنهادات مربوط به پرونده بیمار با قوانین و استانداردها	✓	✓	✓	✓		
پیشنهاد استانداردهایی برای مستندسازی پرونده بیمار	✓	✓	✓	✓		
ارائه پیشنهاداتی برای تدوین و اجرای استراتژیها، جهت پشتیبانی از پرونده پزشکی مطابق با الزامات قانونی و خط مشی‌های موجود	✓	✓	✓		نوع کمیته	
متعلق به کادر پزشکی و جزء کمیته‌های ثابت و چند تخصصی بیمارستان	✓	✓	✓	✓		
نماینده / گانی از کادر پزشکی	✓	✓	✓		اعضاء	
نماینده کادر پرستاری	✓	✓	✓	✓		
مدیر بخش مدیکال رکورد	✓	✓	✓	✓		
نماینده مدیریت کیفیت	✓	✓	✓	✓		
نمایندگانی از امور مالی	✓	✓	✓	✓	نوع کمیته	
سایر موارد (نمایندگانی از صاحبان حرف بهداشتی درمانی) بنا به نظر رئیس کمیته	✓	✓	✓	✓		
متعلق به کادر پزشکی	✓	✓	✓		نحوه انتخاب اعضا	
جزء کمیته‌های ثابت و چند تخصصی بیمارستان	✓	✓	✓	✓		
توسط رئیس کادر پزشکی	✓	✓	✓		مرجع مافوق	
کمیته اجرایی پزشکی	✓	✓	✓	✓		
کمیته مشورتی پزشکی	✓	✓	✓		مراجع تحت نظارت	
گروه بررسی‌کننده مستندات پرونده پزشکی	✓	✓	✓	✓		
گروه طراحی‌کننده فرمها	✓	✓	✓	✓	استانداردهای مورد توجه کمیته	
استاندارد کمیسیون مشترک اعتبارسنجی سازمانهای مراقبت بهداشتی (JCAHO) در ارتباط با مدیریت اطلاعات بهداشتی	✓	✓	✓	✓		
استانداردهای شورای مراقبت بهداشتی استرالیا (ACHS)	✓	✓	✓	✓		
استانداردهای شورای اعتبارسنجی مراقبت بهداشتی کانادا (CCHSA)	✓	✓	✓	✓		
استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارتباط با پرونده پزشکی	✓	✓	✓	✓	فاصله زمانی تشکیل جلسات	
حداقل ماهانه و حداکثر هر سه ماه یکبار	✓	✓	✓	✓		
ماهانه	✓	✓	✓	✓		

ادامه جدول شماره ۱- فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در کشورهای آمریکا، کانادا و استرالیا

کشورهای منتخب	آمریکا	استرالیا	کانادا	ایران	ساختار کمیته مدیکال رکورد
					فعالیتها
	✓	✓	✓		نظارت بر کیفیت اطلاعات پروندههای پزشکی و تهیه استانداردهایی برای قالب و محتوای آن
	✓	✓	✓	✓	بررسی و تأیید تمام فرمهای پرونده پزشکی و فرمهای جدید طراحی شده برای پرونده پزشکی
		✓			بررسی منظم تعدادی از پروندههای تمام بخشها به منظور ارزیابی کیفیت پروندهها و گزارش این بررسیها به رئیس بخشها برای پیگیری و اقدام لازم
	✓				بررسیهای هر سه ماه یکبار در ارتباط با نتایج حاصل از ارزیابی چندتخصصی نمونههای انتخاب شده از پروندهها به منظور اطمینان از کیفیت، کفایت بالینی و تکمیل به موقع مستندات
	✓	✓	✓		در نظر گرفتن نوآوریها و تجدیدنظرهایی برای روشهای ثبت اطلاعات در پرونده پزشکی و پیشنهاد آن به کادر پزشکی جهت اجرای آن
	✓				تحلیل نتایج گزارشات حاصل از بررسیها و پیشنهادات و در صورت لزوم پیشنهاد به مرجع مافوق جهت تغییر خط مشی بیمارستان و اقدامات و فعالیتهای پزشکی و مدیریتی که در ارتباط با پرونده بیمار می باشد
		✓			حمایت از مدیر مدیکال رکورد در مدیریت بخش مدارک پزشکی
	✓	✓			حمایت از مدیر مدیکال رکورد جهت پیگیری مسائل مهم مرتبط با فعالیتهای تضمین کیفیت که در ارتباط با بهبود مستندسازی پرونده پزشکی می باشند
	✓	✓	✓		گزارش منظم فعالیتهای کمیته به مرجع مافوق و اداره نتایج اقدامات جهت گرفتن نتایج بهتر
	✓	✓	✓	✓	سایر وظایف مرتبط با مستندسازی، استفاده، نگهداری، محرمانگی، امنیت و دسترسی به پروندههای پزشکی

جدول شماره ۲- یافتههای حاصل از اجرای تکنیک دلفی در ارتباط با الگوی پیشنهادی برای ساختار و فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد

مخالف		بدون نظر		موافق		اجزای الگوی پیشنهادی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	-	۲/۸	۱	۹۷/۲	۳۵	هدف کمیته مدیکال رکورد کنترل و نظارت بر ارزیابی کیفیت مستندات پروندههای پزشکی و سایر موارد مرتبط با پروندههای پزشکی که شامل قالب و فرمهای پرونده پزشکی، نحوه دسترسی، محرمانگی، امحا و... می باشد. ارائه استانداردها و پیشنهاداتی برای توسعه و اجرای خط مشیهای مربوط به پروندههای پزشکی و سایر موارد مربوط به بخش مدیکال رکورد
۲۲/۲	۸	۱۳/۹	۵	۶۳/۹	۲۳	اعضاء کمیته: نمایندگان از کادر پزشکی توضیح: نمایندهای از کادر پزشکی به عنوان رئیس کمیته و در بیمارستانهای آموزشی معاون آموزشی به عنوان نماینده کادر پزشکی در جلسات کمیته حضور داشته باشد. مدیر بخش مدیکال رکورد (مدیر کمیته)، نماینده کادر پرستاری، نمایندگان از سایر حرف بهداشتی درمانی، مدیر امور مالی یا نماینده وی و رؤسای بخشهای بالینی (در صورت لزوم و بنا به دستور رئیس کمیته)
۲۵	۹	۱۶/۷	۶	۵۸/۳	۲۱	نحوه انتخاب اعضاء: رئیس بیمارستان یا مسئول فنی (بیمارستانهای خصوصی)
۸/۳	۳	۲/۸	۱	۸۸/۹	۳۲	مرجع مافوق: کمیته اصلی مدیریت کیفیت بیمارستان
۰	-	۵/۶	۲	۹۴/۴	۳۴	مراجع تحت نظارت کمیته: بررسی کنندگان پروندههای پزشکی و گروه طراحی کننده فرمها
۲/۸	۱	۲/۸	۱	۹۴/۴	۳۴	فاصله زمانی تشکیل جلسات: ماهانه

ادامه جدول شماره ۲

مخالف		بدون نظر		موافق		اجزای الگوی پیشنهادی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	-	۲/۸	۱	۹۷/۲	۳۵	قوانین و استانداردهای مدنظر کمیته که عبار تنداز: برای هر فردی که جهت ارزیابی سلامت و درمان به مرکز مراقبت بهداشتی مراجعه می‌کند، پرونده پزشکی براس تسهیل و تداوم امر مراقبت ارائه شده تهیه و نگهداری شود. پرونده پزشکی باید دربرگیرنده اطلاعات کامل، جامع، صائب و به موقع باشد. ثبیتات داخل پرونده پزشکی تنها توسط اشخاصی که مرکز درمانی آنها را تأیید کرده، مستند، تاریخ‌گذاری و امضاء شود. در مستندسازی پرونده پزشکی از اصطلاحات پزشکی، اختصارات و علائم استاندارد استفاده شود. مرکز مراقبت بهداشتی، داده‌ها و اطلاعات مناسب را بطور کامل، صائب و به موقع جمع‌آوری و گزارش کند. محرمانگی، امنیت و یکپارچگی داده‌ها و اطلاعات حفظ شود. پرونده‌های بیماران در برابر کم شدن، از بین رفتن، تحریف و دسترسی و استفاده غیرمجاز حفظ شوند. پرونده‌های پزشکی باید بطور مداوم از نظر کامل، صائب و به موقع بودن اطلاعات مورد بررسی قرار گیرند.
۰	-	۸۳	۳	۹۱/۷	۳۳	فعالیت‌های کمیته : نظارت بر بررسی کیفیت پرونده‌های پزشکی و تدوین معیارهایی برای بهبود مستندسازی پرونده‌های پزشکی بررسی منظم تعدادی از پرونده‌های تمام بخشها به منظور ارزیابی کیفیت مستندسازی پرونده پزشکی تحلیل نتایج حاصل از بررسی پرونده‌های پزشکی و گزارش آن به افراد و گروه‌های مسئول جهت پیگیری و اقدام مناسب تدوین استانداردهایی برای قلب و محتوای پرونده پزشکی بررسی و تأیید فرم‌های مورد استفاده در پرونده‌های پزشکی و پیشنهاد فرم‌های جدید تدوین خط‌مشی‌هایی که در برگیرنده تمام جنبه‌های مربوط به بخش مدیکال رکورد باشد.

باید از کادر پزشکی باشد (۸،۱۱،۱۳). همچنین این کمیته جزء کمیته‌های ثابت و چند تخصصی است (۱۳،۱۴).

با توجه به یافته‌های بدست آمده در ارتباط با کمیته مدیکال رکورد، بررسی پرونده پزشکی باید توسط یک گروه چند تخصصی از صاحبان حرفه بهداشتی درمانی که شامل پزشکان، پرستاران، فیزیوتراپ‌ها، رادیولوژیست‌ها، داروسازان و سایر حرفه بهداشتی درمانی که در امر مراقبت از بیمار دخالت دارند، انجام گیرد (۱۴،۱۵). از طرفی کادر پزشکی، پرستاری و سایر بخشهای درمانی مانند: پاتولوژی، رادیولوژی و غیره، مسئول ثبت گزارشاتی که باید در پرونده پزشکی قرار گیرد، می‌باشند و از آنجا که از مهمترین وظایف کمیته مدیکال رکورد نظارت و ارزیابی کیفیت پرونده‌های پزشکی می‌باشد (۱،۴،۱۲،۱۶،۱۷). لذا باید نمایندگانی از حرفه بهداشتی درمانی در جلسات کمیته حضور داشته باشند.

در ایران مدیر بخش مدیکال رکورد و نماینده‌ای از کادر پزشکی و پرستاری در جلسات کمیته مدیکال رکورد اکثر بیمارستانهای تحت بررسی (مشابه کشورهای مورد

در ارتباط با اجرای تکنیک دلفی، یافته‌ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین الگوی پیشنهادی برای ساختار و فعالیت‌های کمیته مدیکال رکورد در بیمارستانهای ایران از نظر صاحبان نظران این پژوهش با میزان ۸۶/۴ درصد مورد قبول قرار گرفت. لذا الگوی پیشنهادی بدون تغییر به عنوان الگوی نهایی قابل ارائه است.

بحث و نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج حاصل از اجرای تکنیک دلفی، هدف از تشکیل کمیته مدیکال رکورد حفظ و ارتقای کیفیت اطلاعات مراقبت بهداشتی از طریق کنترل و نظارت بر کیفیت داده‌های پرونده‌های پزشکی و تمام جنبه‌های مربوط به آن و ارائه پیشنهادات و استانداردهایی جهت حفظ و بهبود کیفیت پرونده پزشکی و خدمات بخش مدیکال رکورد است.

بر اساس یافته‌های بدست آمده کمیته مدیکال رکورد کمیته‌ای متعلق به کادر پزشکی است (۸-۱۲) و رئیس آن نیز

امور مالی بنا به دستور رئیس کمیته مدیکال رکورد، دعوت شود.

در ارتباط با نحوه انتخاب اعضای کمیته مدیکال رکورد، طبق یافته‌های بدست آمده رئیس و اعضای کمیته مدیکال رکورد باید توسط رئیس کادر پزشکی انتخاب شوند (۸،۱۲). البته در کانادا رئیس و اعضای کمیته توسط هیأت مشورتی پزشکی که قدرت عزل و انتصاب کادر پزشکی را دارد، انتخاب می‌شوند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که انتخاب اعضای کمیته مدیکال رکورد باید توسط مرجع صاحب قدرت از کادر پزشکی صورت گیرد که با توجه به شرایط بیمارستانهای ایران و بر اساس نتایج حاصل از اجرای تکنیک دلفی، باید رئیس بیمارستان یا معاون فنی (در بیمارستانهای خصوصی) اعضای کمیته را انتخاب نمایند.

نتایج پژوهشی نشان داد که در ۸۳/۳ درصد از بیمارستانهای مورد مطالعه، رئیس بیمارستان حکم اعضاء را ابلاغ می‌کند (۱۸).

با توجه به یافته‌های بدست آمده در ارتباط با مرجع مافوق کمیته مدیکال رکورد باید گفت که کمیته اجرایی (پزشکی) مرجع مافوق کمیته مدیکال رکورد در کشورهای آمریکا و استرالیا می‌باشد و کمیته‌های مربوط به بخشهای مختلف پزشکی نیز نتایج فعالیت‌های خود را به کمیته اجرایی جهت اقدام مناسب و ارائه پیشنهادات ارسال می‌کنند (۱۵) و از آنجا که کادر پزشکی به عنوان اولین افراد مسئول برای کیفیت پرونده‌های پزشکی به حساب می‌آیند و کمیته اجرایی نیز واسط بین هیأت مدیره و کادر پزشکی می‌باشد، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که وجود این کمیته در مراکز مراقبت بهداشتی به عنوان ضامن اجرایی کمیته مدیکال رکورد لازم است. همچنین در رابطه با کشور کانادا باید خاطر نشان کرد که صورتجلسات کمیته مدیکال رکورد به کمیته مشورتی پزشکی ارسال می‌شود که این کمیته علاوه بر بررسی فعالیت‌های بخشهای مختلف کادر پزشکی و ارائه پیشنهاد جهت بهبود عملکرد کادر پزشکی، به صدور مجوز جهت انتخاب کادر پزشکی جدید، لغو امتیاز یا امتناع از پذیرش کادر پزشکی نیز می‌پردازد. اما طبق بررسی‌های انجام

پژوهش) حضور دارند. قابل توجه است که در بعضی بیمارستانها، معاون آموزشی بیمارستان به عنوان نماینده کادر پزشکی در جلسات کمیته حاضر می‌شود. همچنین نماینده امور مالی در جلسات کمیته شرکت می‌کند که از این لحاظ مانند کشور کانادا است. اما در دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ذکری از نمایندگان سایر حرفه بهداشتی درمانی جهت شرکت در کمیته مدیکال رکورد نشده است و فقط در بعضی از بیمارستانهای آموزشی برحسب شرایط از آنها دعوت به عمل می‌آید.

نتایج پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان داد که در تمامی بیمارستانهای مورد مطالعه، مدیر بیمارستان، مسئول بخش مدیکال رکورد و مترون در جلسات کمیته شرکت دارند (۱۸).

از طرفی در کشورهای تحت مطالعه نماینده کادر پزشکی به عنوان رئیس کمیته و مدیر بخش مدیکال رکورد به عنوان دبیر کمیته در نظر گرفته شده است، در حالی که در دستورالعمل مربوط به کمیته مدیکال رکورد در ایران رئیس و دبیر کمیته مدیکال رکورد مشخص نشده است. لذا می‌بایست رئیس و دبیر کمیته در دستورالعمل مربوط به کمیته مدیکال رکورد در ایران، مشخص شوند. البته در آمریکا و کانادا، نماینده‌ای از کادر پزشکی با موقعیت شغلی و علمی خوب در بیمارستان و در استرالیا رئیس کادر پزشکی یا نماینده او به عنوان رئیس کمیته مدیکال رکورد به حساب می‌آیند.

در نهایت بر اساس نتایج حاصل از اجرای تکنیک دلفی، نتیجه‌گیری می‌شود که حضور و نماینده‌ای از کادر پزشکی و پرستاری و مدیر بخش مدیکال رکورد در جلسات کمیته مدیکال رکورد به عنوان اعضای ثابت ضروری است. البته علاوه بر نماینده کادر پزشکی، باید پزشکی با موقعیت شغلی و علمی خوب در مرکز مراقبت بهداشتی، به عنوان رئیس کمیته در نظر گرفته شود. همچنین با توجه به شرایط بیمارستانهای ایران، بهتر است از معاون آموزشی در بیمارستانهای آموزشی جهت شرکت در کمیته مدیکال رکورد دعوت به عمل آید. همچنین از نمایندگان سایر حرفه بهداشتی درمانی، رؤسای بخشهای بالینی و در صورت لزوم نماینده

شده، در ایران کمیته اجرایی وجود ندارد و صورتجلسات کمیته مدیکال رکورد طبق دستورالعمل وزارت بهداشت به رئیس بیمارستان و از طریق او به معاونت درمان و داروی (سلامت) دانشگاه مربوطه گزارش می‌شود. از طرفی با توجه به دستورالعمل مربوطه، کمیته مدیکال رکورد زیرمجموعه کمیته اصلی مدیریت کیفی بیمارستان است. پس بر اساس نتایج حاصل از اجرای تکنیک دلفی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تشکیل کمیته اجرایی در بیمارستانهای ایران ضرورت دارد.

طبق یافته‌های بدست آمده در ارتباط با مراجع تحت نظارت کمیته مدیکال رکورد، می‌توان گفت که گروه بررسی‌کننده کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی و گروه طراحی‌کننده فرم جزء مراجع تحت نظر کمیته مدیکال رکورد می‌باشند.

لویس در پژوهشی بیان می‌کند پزشکان بررسی‌کننده کفایت بالینی پرونده‌های پزشکی در خدمت کمیته مدیکال رکورد می‌باشند که این اقدام باعث بهبود مستندسازی می‌گردد (۱۹).

با توجه به یافته‌های بدست آمده از اجرای تکنیک دلفی در ارتباط با فاصله زمانی تشکیل جلسات کمیته مدیکال رکورد، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کمیته باید بطور منظم و ماهانه برگزار شود و قابل ذکر است در ایران نیز طبق دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جلسات کمیته باید حداقل هر ماه یکبار تشکیل گردد.

در ارتباط با فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد در کشورهای موردنظر می‌توان ابراز کرد که تمام این کشورها بر انجام وظایفی که متعاقباً ارائه می‌شود، تأکید داشتند. این وظایف عبارتند از: نظارت بر کیفیت مستندسازی پرونده پزشکی، بررسی منظم پرونده‌های پزشکی، پیگیری نتایج حاصل از بررسی پرونده‌های پزشکی و اقدام مناسب در این زمینه، بررسی و تأیید ساختار و قالب پرونده پزشکی، بررسی و تأیید فرمها.

قابل توجه است که نظارت بر کیفیت مستندسازی و بررسی‌های منظم پرونده‌های پزشکی از اهم وظایف کمیته‌های مدیکال رکورد در کشورهای تحت مطالعه

می‌باشد. از طرفی، کمیته‌های مدیکال رکورد این کشورها در جهت بهبود مستندسازی پرونده‌های پزشکی و بهبود مداوم کیفیت داده‌های بهداشتی درمانی، خطمشی‌هایی را مطابق با استانداردهای ملی تدوین می‌کنند و یا مطابق با آن، وظایف خود را انجام می‌دهند. برای مثال: در آمریکا، بررسی پرونده‌های پزشکی مطابق با استانداردهای کمیسیون مشترک اعتبارسنجی سازمانهای مراقبت بهداشتی (JCAHO)، در استرالیا مطابق با شورای استانداردهای مراقبت بهداشتی استرالیا (ACHS) و در کانادا مطابق با استانداردهای شورای اعتبارسنجی خدمات بهداشتی کانادا (CCHSA) انجام می‌شود.

از این رو، بر اساس نتایج حاصل از اجرای تکنیک دلفی می‌توان نتیجه گرفت که در ایران نیز در جهت بهبود مستندسازی پرونده‌های پزشکی و به دنبال آن ارتقاء کیفیت داده‌های بهداشتی درمانی، باید شرح وظایف مکتوب و مدونی برای فعالیتهای کمیته مدیکال رکورد وجود داشته باشد. همچنین باید استانداردها و چکلیست‌هایی برای بررسی پرونده‌های پزشکی موجود باشد تا کمیته مدیکال رکورد بتواند مطابق با آن، وظایف مربوط به بررسی و ارزیابی کیفیت داده‌های پرونده‌های پزشکی را به نحو احسن انجام دهد. همچنین از آنجا که در ایران اساس کار کمیته مدیکال رکورد استانداردها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و درمان می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود استانداردهای کامل و جامعی برای نحوه تکمیل و بررسی پرونده پزشکی، قالب و فرمهای آن، محرمانگی و امنیت داده‌ها در نظر گرفته شود تا بدینوسیله کمیته مدیکال رکورد بهتر بتواند وظایف خود را در جهت حفظ و ارتقاء کیفیت اطلاعات بهداشتی و درمانی انجام دهد.

در پایان به عنوان پیشنهادات پژوهش می‌توان موارد زیر را تأکید کرد:

۱- ضرورت تشکیل کمیته مدیکال رکورد با ساختار و فعالیتهای جامع و مدون، بصورت بخشنامه‌ای از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بیمارستانها ابلاغ شود.

۲- این کمیته از مهمترین کمیته‌های بیمارستانی می‌باشد. لذا باید اجرای تصمیمات اتخاذ شده از حمایت مسئولین

رکورد بیمارستانهای تابعه خود توجه کرده و آنها را ملزم به ارسال صورتجلسات کمیته مدیکال رکورد بیمارستانهای مربوطه، جهت ارزیابی عملکرد بیمارستان کنند. لازم به ذکر است در این پژوهش محدودیتی وجود نداشت.

سیاسگزاری:

بدینوسیله از همکاری و حمایت‌های دفتر تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکر و قدردانی می‌شود.

بیمارستان برخوردار باشد. از این رو باید رئیس و مدیر بیمارستان را از نتایج جلسات کمیته مدیکال رکورد مطلع ساخت.

۳- ریاست کمیته مدیکال رکورد را باید نماینده‌ای از کادر پزشکی که دارای موقعیت شغلی در مرکز بهداشتی درمانی است، به عهده گیرد. همچنین مدیر بخش مدیکال رکورد نیز باید به عنوان دبیر کمیته در تمامی جلسات کمیته حضور داشته باشد.

۴- جلسات کمیته مدیکال رکورد باید حداکثر ماهی یک بار برگزار شود و صورتجلسات کمیته جهت پیگیری به رئیس بیمارستان و کمیته اصلی مدیریت کیفیت گزارش شود. ۵- معاونت درمان و دارو (سلامت) دانشگاههای علوم پزشکی باید به تشکیل منظم و ماهانه جلسات کمیته مدیکال

References

منابع

1. Mc Gibony JR. Principles of hospital administration. 2nd ed. New York: GP Putnam's Sons; 1969.
2. Abdelhak M, Grostick S, Hanken A, Jacobs E. Health information : management of a strategic resource. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
3. Grant C. Hospital management. Edinburgh: Churchill living stone; 1973.
4. MacEachern M. Hospital organization and management. Chicago: Physicians Record Company; 1957.
5. Ministry of health and medical education of Iran. Medical record committee and records sorting duties. Tehran: Ministry of health and medical education 1997. [Persian]
6. Rafiee A. Comparison of hospital committee activities in educational hospitals of 3 medical sciences Universities in Tehran (1991-1995). Tehran: Iran University of Medical Sciences: 1997;124 [Persian]
7. Banafsheh kalaki A. Study committees in educational and private hospitals of Iran niversity of Medical Sciences in 1999. Tehran: Iran University of Medical Sciences: 1999;130 [Persian]
8. Stony Brook State University of New York. Medical staff bylaws. (Cited 2007 Nov 4). Available from: xURL: [http://www.stonybrookhospital.com/MEDICALSTAFFOFFICE/Archive/Medical Staff Bylaws Sept 2003.pdf](http://www.stonybrookhospital.com/MEDICALSTAFFOFFICE/Archive/Medical%20Staff%20Bylaws%20Sept%202003.pdf).
9. Benjamin B. Medical records. 2nd ed. Great Britain: William Heinemann medical books Ltd; 1980.
10. Read D. Health record committee. Health records department in Ottawa Hospitals. (Cited 2003 Dec 17). Available from: URL: www.ottawahospital.on.ca
11. Randall A. Medical record committee. Health information management association of Australia (HIMAA). (Cited 2004 Feb 22). Available from: URL: www.himaa.org.au
12. Clark J. Medical record committee. International Federation of Health Records Organizations (IFHRO). (Cited 2004 Dec 27). Available from: URL: www.ifhro.org
13. Presbyterian Hospital Committees. Medical record committee. Columbia University Medical Center, New York, USA. (2006 Dec 17). Available from: URL: <http://cpmnet.columbia.edu/dept/assurance/committees/comm017.html>.

14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook. (Cited 2007 Oct 21). Available from: URL: <http://www.jcrinc.com/fpdf/pubs/pdfs/CAH-06S2-Table%20of%20Changes.pdf>
15. Davis N, LaCour M. Introduction to Health Information Technology. USA: W.B. Saunders Company; 2002.
16. Kunders GD. Hospitals planning, design and management. New Delhi: Tata Mc-Graw Hill Publishing; 1998.
17. Huffman E. Health information management. 10th ed. Chicago: Physicians Record Company; 1994.
18. Pourbafrani A. Evaluation functions and performance of medical record committee in educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences: 2003;56. [Persian]
19. Lewis KS. Medical record review for clinical pertinence. *Top Health Rec Manage*. 1991;12:52-9.

Structure and activities of the medical records committees in educational hospitals affiliated to medical sciences universities of Tehran, Iran

H. Moghaddasi, PhD¹ A. Hosseini, PhD¹ F. Rouzbahani, Msc²

Assistant Professor Department of Medical Record¹, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Instructor Department of Medical Record², Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

(Received 11 Apr, 2009 Accepted 31 Oct, 2009)

ABSTRACT

Introduction: Given the role of the medical record committee, that is, supervision and quality evaluation of medical records and support of required standards in relation to medical records, a study about current situation of hospital medical record committees was conducted.

Methods: This study was an applied research. An evaluation pattern for medical record committees was designed to study the similarities and differences of structure and activities of medical record committees in selected countries and Iran. Then the designed pattern was distributed among experts.

Results: Delphi Technique showed, that most of the experts (86.4% frequency) agreed with the components of the model as following: 97.2% with purpose, 63.9% with members' combination of committee, 94.4% with inferior reference, 97.2% with standards, and 91.7% with job description for activities of medical record committee.

Conclusion: With respect to deficiencies in medical records instructions and agreement of experts with the proposed pattern, ministry of health and medical education could establish new instructions including comprehensive structure and activities and distribution to all hospitals.

Key words: Medical Records – Medical Records Department, Hospital – Hospitals, Teaching - Iran

Correspondence:

F. Rouzbahani, MSc.

Department of Medical
Record, Kashan University
of Medical Sciences.

Kashan, Iran

Tel: +98 912 6128327

Email:

frouzbahani@gmail.com