

ارزیابی کارآمدی اطلاعات مدارک پزشکی بیماران مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) شهر اصفهان توسط کاربران*

احمد رضا رئیسی^۱، اصغر احتشامی^۲، محسن نوروزی^۳

چکیده

مقدمه: افراد و گروه‌های کاربر اطلاعات مدارک پزشکی، ضمن تکیه بر داده‌ها و اطلاعات بهداشتی درمانی، کیفیت آن‌ها را خواستارند. بیمارستان‌ها مجبورند پرونده‌های پزشکی را برای پاسخ‌گویی به نیازهای کاربران نگهداری کنند. اما برای نگهداری آن‌ها با کمبود فضا مواجه‌اند. پژوهش حاضر با هدف تعیین کارآمدی اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های پزشکی بیماران مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) توسط کاربران در نیمه اول سال ۱۳۸۷ انجام شده است.

روش بررسی: این بررسی به روش توصیفی - مقطعی صورت گرفته است. نمونه‌گیری به روش سرشماری و شامل کلیه مدارک پزشکی (حدود ۶۰۰۰ پرونده پزشکی) بیمارانی بود که در نیمه اول سال ۱۳۸۷ مورد تقاضای کاربران قرار گرفته است. یافته‌های مطالعه با مراجعه مستقیم پژوهشگر به بخش مدارک پزشکی آن مرکز و استخراج داده‌ها از مستندات درخواست‌های اطلاعاتی کاربران و پرونده‌های بیماران مربوط، در قالب چک لیست صورت گرفت و رویی این ابزار با نظر استادان صاحب‌نظر مسجل گردید. برای تحلیل داده‌ها از آنالیز توصیفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: بیشترین درصد موارد درخواست اطلاعات مدارک پزشکی بیماران مربوط به خود بیماران (۳۶/۴ درصد) و پس از آن به ترتیب مربوط به مراجع قانونی (۲۷/۸ درصد)، پرداخت کنندگان ثالث (۲۳/۱ درصد) و کمیته‌های کیفیت (۰/۱ درصد) بوده است. بیشترین درخواست‌ها از مدارک پزشکی با سن یک سال (۷۳/۳ درصد) بوده است و پرونده‌هایی با کمتر از ۳ سال سن، ۹۴ درصد از کل درخواست‌ها را شامل شده‌اند. مسن‌ترین پرونده‌های درخواستی به ترتیب ۱۴، ۱۱، ۱۱، ۱، ۱۵، ۱۳ ساله بوده‌اند. در ۱۰۰ درصد درخواست‌های کاربران، برگه‌های خلاصه‌ی پرونده، شرح عمل جراحی و گزارش اکوکاردیوگرافی جزء بسته‌ی درخواستی قرار گرفته است. صدمه، آسیب و مسمومیت‌ها بیشترین (۳۰ درصد) و بیماری‌های چشم و ضمایم آن کمترین (۰/۱ درصد) درخواست‌ها را شامل می‌شدند.

نتیجه‌گیری: کارآمدی اطلاعات بیماران با گذشت زمان کم می‌شود و نگهداری حدود ۹۵ درصد از اصل پرونده‌ها بیش از ۳ سال، مقرون به صرفه نیست. به علاوه، اطلاعات ۹۵ درصد از بیماری‌های بیماران بستری در طی ۷ سال پس از ایجاد پرونده، درخواست شده‌اند و تنها اطلاعات اختلالات روانی و رفتاری، نقص خلقتی و ناهنجاری‌های مادرزادی و اختلالات کروموزومی پس از مدت فوق درخواست شده‌اند که می‌توان آن‌ها را جداگانه پس از این مدت نگهداری نمود.

واژه‌های کلیدی: مدارک پزشکی؛ بیمارستان‌ها؛ کارآمدی؛ استفاده کنندگان؛ اطلاعات.

نوع مقاله: تحقیقی

وصول مقاله: ۱۹/۸/۱۶ اصلاح نهایی: ۱۹/۱۰/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۹/۱۱/۹

ارجاع: رئیسی احمد رضا، احتشامی اصغر، نوروزی محسن. ارزیابی کارآمدی اطلاعات مدارک پزشکی بیماران مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) شهر اصفهان توسط کاربران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷ (ویژه‌نامه): ۶۹۵-۷۰۶.

*این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۸۷۲۱۹ می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.
۱. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: ehteshami@mng.mui.ac.ir

۳. کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

پرونده‌ی پزشکی مجموعه‌ی حقایقی درباره‌ی وضعیت بهداشتی درمانی بیمار است که به عنوان یک رسانه، موجب

خدمت صورت گیرد و اطلاعات هر بیمار به صورت واحد نگهداری شود (۵). آنچه به عنوان محتویات اطلاعاتی پرونده‌های پزشکی برای هر بیمار جمع‌آوری می‌شود، در برهه‌های مختلف مدارک پزشکی وی ثبت، ضبط و نگهداری می‌شود.

بنا بر اظهارات Huffman، به لحاظ استفاده از مدارک پزشکی برای اهداف گوناگون، این مدرک منبع اطلاعاتی مناسبی برای مقاصد متعددی است از قبیل مدیریت، آموزش دانشجویان پزشکی، پژوهش‌های کلینیکی و اپیدمیولوژیکی، برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و آموزشی مربوط به رشته‌های علوم پزشکی، ایجاد وسیله‌ی ارتباط بین کادر پزشکی، راهنمایی برای مداوای آینده‌ی بیمار، تعیین شاخص‌های استفاده‌ی بجا و مناسب از وسایل، امکانات و خدمات موجود در بیمارستان، پیگیری مراقبت بیمار پس از ترخیص، ارزیابی مراقبت‌های انجام شده در مورد بیمار، کنترل هزینه‌ی خدمات درمانی برای بیمه شدگان و مقاصد دیگر (۴).

مدارک پزشکی بیمار برای پاسخ‌گویی به چندین هدف مرتبط با درمان وی به کار می‌رود. اهداف اولیه‌ی مدارک پزشکی شامل اهدافی است که به صورت مستقیم با فرایند ارایه‌ی خدمات مراقبتی به بیمار مرتبط هستند. اهداف ثانویه‌ی مدارک سلامت، مربوط به محیطی است که در آن خدمات بهداشتی درمانی ارایه می‌شود و این اهداف به صورت مستقیم با ارایه‌ی مراقبت به بیمار مربوط نیستند (۶).

نتایج مطالعه‌ی Schoenman و همکاران نشان می‌دهد که داده‌های ترخیص در حوزه‌ی وسیعی توسط کاربران گوناگون استفاده می‌شوند. کاربردها شامل بهداشت عمومی و کاربردهای جمعیت‌شناختی، همچنین ارزیابی کیفیت، استفاده در خریدهای آگاهانه، برنامه‌ریزی استراتژیک و سیاست‌گذاری است. همان‌طور که کشور به سمت مدارک پزشکی الکترونیک حرکت می‌کند، مهم است که کاربردهای داده‌های ترخیص از لحاظ حفظ توان داده‌ای در برآوردن این نیازها در نظر گرفته شود (۷).

Shiriley و Kathleen بیان می‌دارند مدارک بهداشتی

برقراری ارتباط مؤثر میان تیم درمانی می‌گردد. بی‌تردید ایجاد و حفظ آن به معنی اهمیت دادن به سلامتی هر یک از افراد جامعه از طریق استمرار بخشیدن به مراقبت‌های درمانی است (۱). اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی بیماران، لازمه‌ی حیات مؤسسات ارایه‌کننده‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی است و شامل داده‌های پزشکی، اداری، مالی، مدیریتی و اجرایی می‌باشد. این داده‌ها به طور مکرر جمع‌آوری می‌شوند و جریان می‌یابند یا از طریق فرم‌ها در اختیار استفاده‌کنندگان قرار می‌گیرند (۲).

از لحظه‌ای که بیمار به پزشک متخصص و معالج در درمانگاه تخصصی مراجعه می‌کند و توسط وی معاینه و ویزیت می‌شود، اطلاعات پزشکی تولید می‌شود و تا زمانی که به هر دلیلی بیمار در یکی از بخش‌های بیمارستان بستری و تحت معالجه و درمان است، این اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرد و اطلاعات شرح حال، سیر بیماری و دستورات پزشک، توسط پزشک معالج بیمار در تک تک اوراق پرونده‌ی وی ثبت می‌گردد (۳). بخش بعدی تولید اطلاعات برای بیمار، ایستگاه پرستاری است که بیمار به آن ارجاع می‌شود و در آن محل فرم‌های اساسی پرونده‌ی پزشکی برای بیمار گردآوری می‌شود. سرویس پرستاری مسؤولیت نظارت بر درج فرم‌های آزمایش‌ها و ثبت اطلاعات حاصل از مراقبت‌های پرستاری در فرم‌های معین پرونده‌ی پزشکی بیمار را به عهده دارد (۴). همچنین بخش‌های مختلف بیمارستان خدمات جنبی و سرویس‌های اضافی را در مراقبت از بیمار ارایه می‌دهند که شامل خدمات واحدهای تغذیه، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، کار درمانی، تنفس درمانی و مددکاری اجتماعی هستند. این بخش‌ها نیازهای تشخیصی، خدماتی، ارزیابی و یا درمان بیمار را برآورده می‌کنند، بنابراین اطلاعات تولید شده توسط آن‌ها نیز بخشی از پرونده‌ی پزشکی است (۳).

در قانون پنسیلوانیا آمده است: ارایه دهنده‌ی خدمات بهداشتی درمانی، برای هر بیمار پرونده‌ی پزشکی مجزایی نگهداری می‌کند. هر گونه ثبت اطلاعات در این پرونده‌ها باید درست و صحیح، خوانا و روشن باشد و بلافاصله پس از ارایه‌ی

می‌کنند، آنالیز می‌کنند، یا اطلاعات را از آن‌ها استخراج می‌کنند، چه به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم و از طریق یک واسطه این امور را انجام دهند» (۶).

در گزارشی از شورای امور علمی سازمان مدارک پزشکی آمریکا Council on Scientific Affairs, American Medical Association، آمده است: دسته‌های کاربران مدارک پزشکی شامل ارائه دهندگان خدمات، بیماران، آموزش دهندگان، محققان، پرداخت کنندگان، مدیران و بازننگران و سازمان ملی اعتبارسنجی و سازمان‌های حرفه‌ای هستند و کاربردهای مدارک بیماران شامل بهبود و ادامه‌ی درمان، پشتیبانی تشخیصی‌ها و انتخاب درمان، ارزیابی و مدیریت، خطرات سلامتی، مدرک خدمات ارائه شده، نگهداری تاریخچه‌ی پزشکی صحیح و درست، صورتحساب و تأیید پرداخت، مدرک تجربیات متخصصان، آموزش دانشجویان علوم پزشکی، آماده کردن و ارائه‌ی کنفرانس‌ها و گزارش‌ها، هدایت تحقیق، تدوین رهنمودهای آزمایش، ارائه‌ی داده برای پشتیبانی و بازبینی کارآمدی، ارزیابی کیفیت، ارزیابی و مدرک‌دهی عنوان شده است (۷).

مدت نگهداری یک پرونده‌ی پزشکی باید طبق قوانین موجود تعیین شود. ولی در بعضی کشورها قانونی که مشخص کند هر پرونده چه مدت باید نگهداری شود، وجود ندارد. در قوانین هر ایالت و قوانین فدرال ایالات متحده‌ی آمریکا، چند ده صفحه قوانین و پیشنهادها درباره‌ی این موضوع وجود دارد. می‌توان گفت به لحاظ نظری باید پرونده‌های پزشکی بیمارستان را تا وقتی مدیریت بیمارستان یا کارکنان پزشکی بیمارستان به پرونده نیاز دارند، نگهداری کرد؛ این بدان معنا است که پرونده‌های پزشکی تا زمان نیاز مراقبت بعدی از بیمار، نیاز به پژوهش پزشکی، بررسی و ارزشیابی کارهای تخصصی و خدمات بیمارستانی، یا نیاز به دفاع از کار تخصصی یا سایر اقدام‌ها درخواست خسارت باید محفوظ بمانند. جدا از عوامل مذکور، بیمارستان باید توانایی‌های انبار را هم در نظر بگیرد (۸).

در کشور ایران نیز به صورت موردی بعضی قوانین و

باید برای برآورده کردن این اهداف حفظ و نگهداری شود. این اهداف به شرح زیر می‌باشند:

۱. مدارک بهداشتی ابزاری است که در ادامه‌ی درمان پزشکی بیمار استفاده می‌شود (کاربرد بسیار مهم).

۲. به عنوان وسیله‌ی ارتباطی بین ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، پزشکان، پرستاران، تراپیست‌ها، داروسازها و تکنولوژیست‌ها استفاده می‌شود.

۳. به وسیله‌ی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی به عنوان اساسی برای برنامه‌ریزی دوره‌ی درمان، همچنین برای ارزشیابی کیفیت خدمات، بعد از ارائه‌ی خدمت درمانی، استفاده می‌شود.

۴. منبعی از اطلاعات برای تحقیقات آماری و اهداف آموزشی هستند.

۵. به عنوان منبع گزارش‌های پرداختی و مالی هستند و همچنین اطلاعات به علت مدارک مالی و پرداختی باید حمایت‌کننده‌ی موارد ثبت شده‌ی بهداشتی باشند.

۶. در اقدامات قانونی به خاطر این که منعکس‌کننده‌ی مراقبت دریافت شده، درمان، روش‌های اقدامات و داروهای ارائه شده به بیمار می‌باشند، استفاده می‌شوند. این اهداف گوناگون نشان می‌دهند که چه مدت مدارک پزشکی باید نگهداری شوند (۸).

کاربران اولیه‌ی مدارک پزشکی ارائه دهندگان مراقبت به بیمار هستند. به هر حال بسیاری از دیگر افراد و سازمان‌ها نیز از اطلاعات موجود در مدارک پزشکی استفاده می‌کنند. سازمان‌های مراقبت مدیریت شده، سیستم‌های ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی مختلط، سازمان‌های اعتبارسنجی و قانون‌گذاری، صادر کنندگان پروانه و جواز، سازمان‌های آموزشی، پرداخت کنندگان ثالث و مؤسسات تحقیقاتی همگی از اطلاعاتی که به صورت منبعی در مدارک پزشکی بیمار گرد آمده‌اند، استفاده می‌کنند (۶).

نظام پزشکی آمریکا (American Medical Association) کاربران مدارک پزشکی را به طور گسترده با عناوین مختلف بدین‌گونه تعریف می‌کند: «تمامی افرادی که اطلاعات را به مدارک پزشکی وارد می‌کنند، رسیدگی می‌کنند، تصحیح

درخواست کاربران قرار گرفته است. در انجام این پژوهش از ابزار چک لیست طراحی شده توسط پژوهشگر استفاده شده است. چک لیست مطالعه مشتمل بر ۲۱ موجودیت اطلاعاتی جهت پاسخ‌گویی به سؤالات پژوهش و در راستای هدف پژوهش طراحی شد. روایی این ابزار با نظر استادان صاحب‌نظر مسجل گردیده است. هر یک از موجودیت‌های اطلاعاتی چک لیست مطالعه با هر یک از اهداف پژوهش به شکل زیر مرتبط هستند: سازمان درخواست کننده‌ی اطلاعات، سال آخرین ترخیص بیمار، برگه‌های مختلف پرونده‌ی پزشکی مورد درخواست کاربران (شامل دستور بستری، برگ پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص، کارت اورژانس، برگه‌ی اعزام، خلاصه‌ی پرونده، شرح حال، گزارش بیهوشی، مشاوره‌ی پزشکی، شرح عمل جراحی، دستورات پزشک، گزارش رادیولوژی، گزارش سونوگرافی، گزارش اکو، گزارش آندوسکوپی، آزمایش‌های بالینی، نوار گوش و نوار قلب) و کد تشخیص اصلی بیماری پرونده بر اساس ICD-10. تحلیل داده‌ها با استفاده از آنالیز توصیفی و از طریق نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، بیشترین (۳۶/۴ درصد) موارد درخواست اطلاعات مدارک پزشکی بیماران مربوط به دسته‌ی کاربری بیماران بوده است و پس از آن به ترتیب مراجع قانونی و پرداخت کنندگان ثالث قرار داشته‌اند. کمترین (۰/۱ درصد) موارد درخواست‌ها مربوط به دسته‌ی کمیته‌های کیفیت بوده است.

یافته‌های نمودار ۲ نشان می‌دهد که از کل موارد درخواست اطلاعات مدارک پزشکی بیماران که در نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۷ به واحد مدارک پزشکی این بیمارستان ارایه شده است، بیشترین درخواست مربوط به مدارک پزشکی با کمتر از یک سال سن (۷۳/۳ درصد) بوده است. پرونده‌های پزشکی ۱۴ و ۱۵ ساله بسیار کم درخواست شده‌اند (کمتر از ۰/۱ درصد).

پیشنهادها درباره‌ی مدت زمان نگهداری پرونده‌های بیماران آمده است که از مصوبات سازمان اسناد ملی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان منطقه‌ای بهداشتی استان تهران، سازمان نظام پزشکی ایران و وزارت بهداشتی می‌باشد.

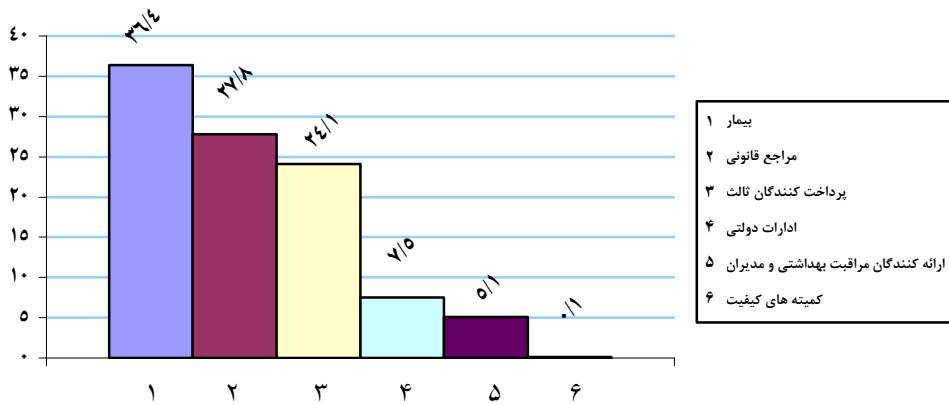
Ortmann-Vincenzo در مقاله‌ای بیان می‌دارد اگر چه ایده‌آل است که مدارک پزشکی هر چه بیشتر نگهداری شوند، اما این کار برای بسیاری از پزشکان ضروری و معقولانه نیست. مدارک بیماران باید برای حداقل ۱۰ سال پس از تاریخ ویزیت آخر بیمار حفظ شوند. با این حال، پزشکان پیش از آن که تعیین کنند که چه سیاستی در مورد نگهداری مدارک بیماران ممکن است مناسب‌تر باشد، باید با دقت قانون منطقه‌ای‌شان را چک کنند و همچنین دیگر ملاحظات عملی را مورد بازبینی قرار دهند (۹).

انجمن پزشکی مینه سوتا (Minnesota Medical Association) در گزارشی آورده است که پزشکان نسبت به نگهداری مدارک پزشکی ارزشمند برای بیماران، متعهد هستند. هیأت پزشکی آمریکا پیشنهاد می‌کند که در همه‌ی موارد، مدارک پزشکی بیماران باید حداقل تا مدت طی شدن دوره‌ی زمانی محدودیت‌های قانونی و ادعاهای قصور پزشکی نگهداری گردند (۱۰).

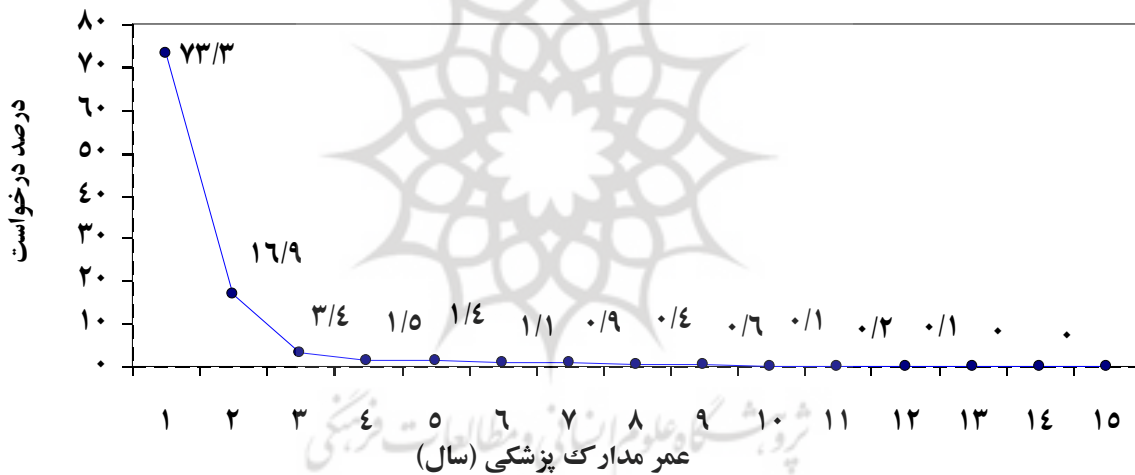
پژوهش حاضر با هدف ارزیابی کارآمدی اطلاعات مدارک پزشکی بیماران مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) توسط کاربران در نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۷ و به صورت توصیفی-مقطعی انجام شده است.

روش بررسی

در تحقیق حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش از روش تحقیق توصیفی-مقطعی استفاده شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل مدارک پزشکی کلیه‌ی بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) (حدود ۶۰۰۰ پرونده‌ی پزشکی) است که در نیمه‌ی اول سال ۸۷ مورد



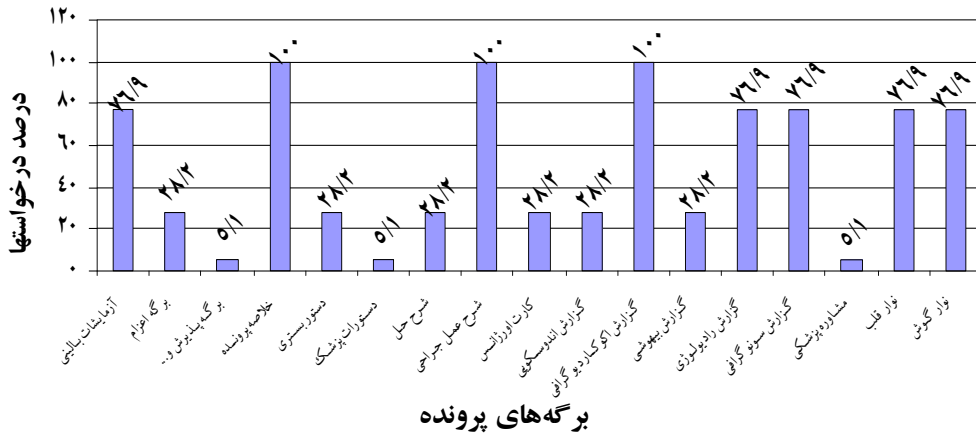
نمودار ۱: فراوانی نسبی درخواست‌های هر یک از گروه‌های کاربران از محتوای اطلاعاتی مدارک پزشکی بیماران در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)



نمودار ۲: فراوانی نسبی درخواست‌های کاربران از محتوای اطلاعاتی مدارک پزشکی بیماران به تفکیک سن این مدارک در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)

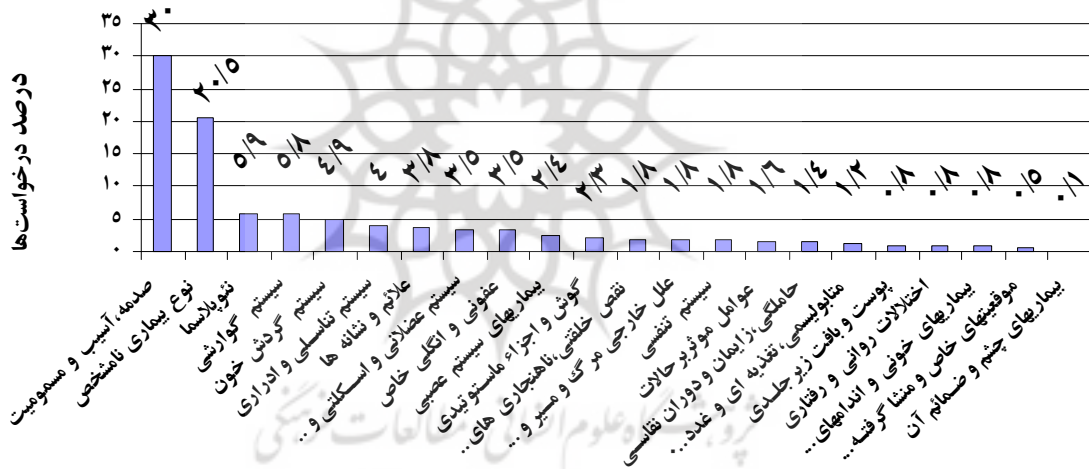
درخواستی کاربران). برگه‌های دستور بستری، کارت اورژانس، برگه‌ی اعزام، شرح حال، گزارش بیهوشی و گزارش آندوسکوپی در رتبه‌ی سوم بیشترین درخواست‌ها قرار داشته‌اند (۲۸/۲ درصد موارد درخواستی کاربران). برگه‌های پذیرش و خلاصه‌ی تریخیص، مشاوره‌ی پزشکی و دستورات پزشک کمترین تقاضا را از سوی کاربران داشته‌اند (۵/۱ درصد موارد درخواستی کاربران).

همان‌طور که در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، در همه‌ی موارد درخواست اطلاعات مدارک پزشکی بیماران (در ۱۰۰ درصد موارد درخواستی کاربران) برگه‌های پذیرش، خلاصه‌ی پرونده، شرح عمل جراحی و گزارش اکوکاردیوگرافی جزء بسته‌ی درخواستی کاربران بوده است. پس از آن برگه‌های گزارش رادیولوژی، گزارش سونوگرافی، آزمایش‌های بالینی، نوار گوش و نوار قلب بیشتر مورد تقاضا بوده‌اند (۷۶/۹ درصد موارد



برگه‌های پرونده

نمودار ۳: فراوانی نسبی درخواست‌های کاربران از محتوای اطلاعاتی مدارک پزشکی بیماران به تفکیک نوع برگه‌های درخواست شده در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)



فصول بیماری‌ها

نمودار ۴: فراوانی نسبی درخواست‌های کاربران از مدارک پزشکی بیماران با بیماری‌های مختلف (به تفکیک فصول ۲۱ گانه‌ی طبقه‌بندی بیماری‌ها) در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)

بحث

کلیه‌ی اوراق و مدارکی که به ضرورت خدمات پزشکی و پیراپزشکی ارایه شده به بیمار، در یک مرکز پزشکی تکمیل شده است و سپس به ترتیب تاریخ و به نحو قابل دسترسی نگهداری می‌گردد تا در مواقع لزوم به منظور معالجات بعدی

نمودار ۴ نشان می‌دهد پرونده‌های فصل صدمه، آسیب و مسمومیت بیشتر از پرونده‌های سایر فصول بیماری‌ها توسط کاربران مورد درخواست اطلاعاتی قرار گرفته‌اند. پرونده‌های بیماری‌های چشم و ضمایم آن کمترین درخواست اطلاعاتی را از سوی کاربران داشته‌اند.

احمدزاده و همکار از دیدگاه مدیران و پرسنل مدارک پزشکی بیمارستان‌های منتخب آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، تأثیر مدارک پزشکی در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی از جنبه‌های آموزشی، پژوهشی، مالی، قانونی، آمار، ارزیابی خدمات بیمارستانی، بررسی کمی و کیفی پرونده و ارزیابی اطلاعات به مدیران بیمارستان‌ها و دانشگاه در حد بسیار زیاد، زیاد و متوسط است. همچنین بیشترین موارد ارجاع به پرونده‌های پزشکی درخواست‌های قضایی، موارد پزشکی قانونی و ارزیابی عملکرد پزشکان در موارد سوء درمان و پیگیری قانونی است و کمترین جنبه‌ی کاربرد اطلاعات در ارتباط با ارتقای سطح بهداشتی جامعه و کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها است (۱۳). حسینی در بررسی نگرش مسؤولان مدارک پزشکی و مدیریت بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و شیراز درباره‌ی نقش مدارک پزشکی در ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی درمانی نشان داده است که بیشترین درصد افراد مورد پژوهش در شهر تهران (۸۱ درصد) و شهر شیراز (۶۶/۷ درصد) نقش مدارک پزشکی را در اجرای سیستمی جهت کنترل استفاده‌ی بهینه از منابع و امکانات مؤسسات درمانی ضروری می‌دانند (۱۴). عجمی مشاهده نمود که در بین رؤسا و مدیران بیمارستان‌های استان اصفهان در بهره‌گیری از مدارک پزشکی به منظور ارزیابی عملکرد پزشکان، بالاترین نگرش مثبت از آن مدیران بیمارستان‌ها و کمترین آن متعلق به رؤسای بیمارستان‌ها بوده است. همچنین گروه دکتری نسبت به گروه‌های فوق لیسانس، لیسانس، فوق دیپلم و دیپلم دارای نگرش منفی‌تری بوده‌اند و با افزایش سابقه‌ی خدمت مدیران و رؤسای بیمارستان‌ها نگرش مثبت نیز افزایش یافته است (۱۵).

با وجود این که بر اساس نتایج مطالعات عجمی (۱۵)، حسینی (۱۴)، خوانساری (۱۲) و احمدزاده و همکار (۱۳)، آگاهی‌های لازم در متخصصان بهداشتی درمانی درباره‌ی کاربردهای مفید پرونده‌های بیماران برای بیمارستان به منظور ارزیابی کیفیت خدمات، ارزیابی عملکرد پزشکان و پیراپزشکان

بیمار، توسط پزشک معالج از سوابق مکتوب بیماری، آمار و تحقیقات، آموزش و بررسی خدمات ارائه شده از لحاظ کمی و کیفی و بعضی موارد حقوقی و مالی مورد استفاده قرار گیرد، پرونده‌ی پزشکی یک بیمار را تشکیل می‌دهند (۱۱). باید توجه داشت که نمی‌توان این همه پرونده را با توجه به افزایش روز افزون آن‌ها برای همیشه حفظ کرد، به خصوص پرونده‌های قدیمی و کهنه که به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرند و مراجعه به این‌گونه مدارک و اندکس‌های بیماری ضعیف است (۸). در جهان هیچ واحد بایگانی وجود ندارد که دارای ظرفیت نامحدود برای نگهداری پرونده باشد (۸). به لحاظ نظری باید پرونده‌های پزشکی بیمارستان را تا وقتی که مدیریت بیمارستان یا کارکنان پزشکی بیمارستان به پرونده نیاز دارند، نگهداری کرد؛ و این یعنی تا زمان نیاز به مراقبت بعدی از بیمار، نیاز به پژوهش پزشکی، نیاز به بررسی و ارزشیابی کارهای تخصصی و خدمات بیمارستانی، یا نیاز به دفاع از کار تخصصی یا سایر اقدام‌های درخواست خسارت (۸). بنابر آنچه بیان شد پژوهشگر این مطالعه با ارزیابی میزان کارآمدی اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های پزشکی بیماران در رابطه با پاسخ‌گو بودن به نیازهای کاربران این اطلاعات در نظر داشته است، شرایطی را پیشنهاد نماید که بتوان تحت آن شرایط انتظار داشت نگهداری مستندات اطلاعاتی مدارک پزشکی بیماران برای دوره‌های زمانی مشخص، به منظور پاسخ‌گویی به نیازهای کاربران مختلف، با توجه به محدودیت‌های مالی، فضایی و نیروی انسانی، کارآمد باشد. این پژوهش میزان کارآمدی اطلاعات مدارک پزشکی بیماران مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) توسط کاربران را در نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۷ مورد ارزیابی قرار داده است.

نتایج پژوهش خوانساری نشان داده است ۸۱ درصد از رؤسای بیمارستانی، ۹۵/۲ درصد از مدیران بیمارستان، ۷۶/۵ درصد از سرپرستان بخش بالینی و ۸۰ درصد از مدیران خدمات پرستاری نقش مدارک پزشکی را در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی ضروری دانسته‌اند (۱۲). بر اساس نتایج مطالعه‌ی

بلکه نوع استفاده از آن‌ها به جای استفاده‌های پژوهشی به استفاده‌های درمانی و آموزشی تبدیل می‌شود و پیشنهاد شده است که پرونده‌های پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی بیش از ۱۵ سال و در بیمارستان‌های غیر آموزشی نیز تا ۱۵ سال نگهداری گردند (۱۷). مطالعه‌ی مرادی نشان می‌دهد که اکثریت قاطع محققین (بیش از ۷۵ درصد) اعم از محققین تحقیقات بالینی و غیره معتقدند که مدارک پزشکی باید بیش از ۱۵ سال در مراکز بیمارستانی نگهداری شود (۱۸).

بر اساس نتایج مطالعه به تدریج درخواست‌های هر کدام از دسته‌های کاربران از پرونده‌های پزشکی ۱ تا ۱۵ ساله کاسته می‌شود، تا این‌که پرونده‌های مسن‌تر از سنی خاص دیگر توسط آن‌ها درخواست نشده‌اند. به عبارت دیگر از نظر کاربران ارزش اطلاعات مدارک پزشکی بیماران با گذر زمان و مسن‌تر شدن پرونده‌ها کم می‌شود و از نظر دسته‌های مختلف کاربران، پرونده‌های پزشکی مدت زمان انقضایی خاص دارند که پس از گذشت آن دیگر مورد درخواست آن‌ها نخواهند بود. بنابر نتایج این مطالعه، بیمارستان برای پاسخ‌گویی کامل به همه‌ی درخواست‌های اطلاعاتی بیماران و ادارات دولتی، باید پرونده‌های پزشکی را حداقل تا ۱۵ سال، برای ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی و مدیران و همچنین پرداخت کنندگان ثالث حداقل تا ۱۱ سال، برای مراجع قانونی حداقل تا ۱۳ سال و در نهایت برای کمیته‌های کیفیت حداقل تا ۱ سال نگهداری کند. برگه‌های مختلف مدارک پزشکی بیماران از نظر کاربران اهمیت و اولویت درخواستی خاصی دارند. بر اساس نتایج مطالعه از نظر کاربران اولویت درخواست برگه‌های مختلف مدارک پزشکی بیماران بدین ترتیب بوده است: برگه‌های خلاصه‌ی پرونده، شرح عمل جراحی، پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص، دستورات پزشک، مشاوره‌ی پزشکی، اعزام، شرح حال، بیهوشی، دستور بستری، کارت اورژانس و گزارش اکوکاردیوگرافی، آزمایش‌های بالینی، نوار گوش، نوار قلب، سونوگرافی، رادیولوژی و آندوسکوپی.

عجمی در مطالعه‌ی نشان داده است که از نظر پژوهشگران به ترتیب برگ شرح حال (۲۱ درصد)، برگ

و بهبود مستمر خدمات وجود دارد، بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر این‌گونه کاربردها کمتر مورد توجه بوده است و بیشتر کاربردهایی مانند استمرار درمان و مسایل قانونی و باز پرداختی خدمات مورد توجه جامعه‌ی کاربران مدارک پزشکی قرار داشته است. نتایج مطالعه‌ی دیگر که عجمی انجام داده است، مشابه نتایج این مطالعه است. وی نشان داده است که از نظر پژوهشگران، مدارک پزشکی کامل به ترتیب در تحقیقات ۱۸ درصد، مراجعات بعدی ۱۶/۳ درصد، درمان بیمار ۱۶ درصد، جنبه‌های قانونی ۱۴/۴ درصد، بررسی کیفیت خدمات ۱۴ درصد، بررسی عملکرد تیم درمانی ۱۱/۶ درصد و آموزش دانشجویان ۹/۸ درصد اهمیت دارد (۱۶).

بر اساس یافته‌های مطالعه به تدریج با مسن‌تر شدن مدارک پزشکی بیماران از میانگین درخواست‌هایی که کاربران از اطلاعات این مدارک داشته‌اند، کاسته شده است. مشاهده می‌شود که بخش عمده‌ای از درخواست‌های کاربران (بیش از ۹۰ درصد درخواست‌ها) متوجه مدارک پزشکی با سن کمتر از ۳ سال بوده است. پرونده‌هایی با عمر ۶ سال به بالا به ترتیب تا ۱۵ سال، هر کدام کمتر از ۱ درصد درخواست داشته‌اند. آخرین موارد درخواست کاربران مربوط به پرونده‌های ۱۵ ساله بوده است. این نتایج با آنچه رنگرز جدی و همکاران در مطالعه‌ی خود مشاهده کرده‌اند، مشابه است. نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان می‌دهد که میزان استفاده از پرونده‌های پس از ۱۵ سال از بین نرفته است و ۱/۲۳ درصد از استفاده‌های به عمل آمده، مربوط به ۱۵-۱۰ سال پس از تشکیل پرونده بوده است. بر اساس نتایج مطالعه‌ی آنان پرونده‌های کمتر از یک سال ۱۴/۲ درصد، بین ۱ تا ۳ سال پیش ۷۴/۲ درصد، بین ۳ تا ۵ سال پیش ۴/۱ درصد، بین ۵ تا ۸ سال پیش ۴/۵ درصد، بین ۸ تا ۱۰ سال پیش ۱/۸ درصد و بین ۱۰ تا ۱۵ سال پیش ۱/۲ درصد از استفاده‌های به عمل آمده را شامل شده‌اند (۱۷). این درصدها سیر کاهشی درخواست‌های کاربران از پرونده‌های بیماران را با مسن‌تر شدن آن‌ها نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه‌ی رنگرز جدی و همکاران نشان می‌دهد که میزان استفاده از پرونده‌ها پس از ۱۵ سال از بین نرفته است،

کروموزومی، علل خارجی مرگ و میر و بیماری، سیستم تنفسی، عوامل مؤثر بر حالات بهداشتی و تماس با سرویس‌های بهداشتی، حاملگی، زایمان و دوران نفاس، متابولیسمی، تغذیه‌ای و غدد درون ریز، پوست و بافت زیرجلدی، اختلالات روانی و رفتاری، بیماری‌های خونی و اندام‌های خون‌ساز و اختلالات ایمنی، موقعیت‌های خاص منشأ گرفته از دوران قبل از تولد، بیماری‌های چشم و ضمائم آن.

می‌توان استدلال کرد ضروری است که پرونده‌های بیماری‌های مختلف را تا آن زمان که هنوز درخواست می‌شوند، نگهداری کرد که این همان سن مستترین پرونده‌های درخواستی کاربران در رابطه با آن نوع بیماری‌ها می‌باشد. بر اساس نتایج این مطالعه مسن‌ترین پرونده‌های بیماری‌های عفونی و انگلی خاص که توسط کاربران درخواست شده‌اند، یازده ساله بوده‌اند و در مورد سایر بیماری‌ها به شکل زیر بوده است:

-نئوپلاسم‌ها، هشت ساله؛

-بیماری‌های خونی و اندام‌های خون‌ساز، پنج ساله؛

-بیماری‌های متابولیسمی و تغذیه‌ای و غدد درون ریز، دوازده ساله؛

-اختلالات روانی و رفتاری، یازده ساله؛

-بیماری‌های سیستم عصبی، ده ساله؛

-بیماری‌های چشم و ضمائم آن، دو ساله؛

-گوش و اجزای ماستوئیدی، چهار ساله؛

-سیستم گردش خون، ده ساله؛

-سیستم تنفسی، هشت ساله؛

-سیستم گوارشی، دوازده ساله؛

-پوست و بافت زیر جلدی، هفت ساله؛

-سیستم عضلانی و اسکلتی و بافت همبند، دوازده ساله؛

-سیستم تناسلی و ادراری، نه ساله؛

-حاملگی، زایمان و دوران نفاس، نه ساله؛

-موقعیت‌های خاص منشأ گرفته از دوران قبل از تولد، شش ساله؛

-نقص خلقتی، ناهنجاری‌های مادرزادی و اختلالات

خلاصه‌ی پرونده (۱۸ درصد)، برگ خلاصه‌ی پاتولوژی (۱۶/۸ درصد)، گزارش عمل جراحی (۱۵/۲ درصد)، گزارش آزمایشگاه (۱۱/۷ درصد)، برگ سیر بیماری (۹ درصد)، برگ مشاوره (۴/۶ درصد) و سایر اوراق پرونده‌های پزشکی (۳/۲ درصد)، در تحقیقات مورد استفاده هستند و حداقل ثبت اطلاعات پرونده‌ها از نظر آنان بسیار مهم و به ترتیب شامل اطلاعات هویتی، نتایج آزمایش‌ها، اقدامات انجام شده، شرح حال کامل، سیر بیماری، تشخیص نهایی، نتایج درمان‌های ارایه شده، سابقه‌ی بیماری‌های قبلی، مشاوره، سابقه‌ی بیماری‌های خانوادگی و بیماری فعلی عنوان شده است (۱۶).

امیرحاجلو در مطالعه‌ای نشان داده است که از نظر اعضای هیأت بدوی نظام پزشکی استان اصفهان، اهمیت بعد قضایی برگ سیر بیماری، شرح حال، جذب و دفع مایعات، گزارش عمل جراحی، مراقبت بعد از عمل و برگ بیهوشی در حد بسیار زیاد و اهمیت آیت‌هایی نظیر ثبت حساسیت‌های دارویی، شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، ثبت اعضای مصنوعی، توصیه‌های بعد از ترخیص و عدم ثبت دستورات شفاهی پزشک، معاینات بدنی در حد بسیار کم بوده است (۱۹).

نتایج مطالعه حاکی از آن است که در حالی که یک سوم درخواست‌های کاربران از پرونده‌های بیماری‌های فصل صدمه، آسیب و مسمومیت‌ها بوده است، ۲۰ فصل دیگر بیماری‌ها در مجموع نزدیک به ۵۰ درصد درخواست‌ها را شامل شده‌اند. این موضوع به اهمیت اطلاعات مندرج در پرونده‌های بیمارانی با این نوع بیماری‌ها اشاره دارد. بیماری‌های فصل چشم و ضمائم آن که کمترین درخواست اطلاعاتی را شامل می‌شوند، کم اهمیت‌ترین نوع بیماری‌ها از نظر درخواست‌های کاربری می‌باشند. اولویت کارآمدی مدارک پزشکی بیماری‌های مختلف از نظر کاربران به ترتیب زیر بوده است:

صدمه، آسیب و مسمومیت، نئوپلاسم‌ها، سیستم گوارشی، سیستم گردش خون، سیستم تناسلی و ادراری، علایم و نشانه‌ها، سیستم عضلانی و اسکلتی و بافت همبند، عفونی و انگلی خاص، بیماری‌های سیستم عصبی، گوش و اجزای ماستوئیدی، نقص خلقتی، ناهنجاری‌های مادرزادی و اختلالات

پس از مراجعه‌ی بیمار صورت می‌گیرد. بنابراین، زمان مفید برای نگهداری اطلاعات کارآمد، حداکثر ۷ سال است.

- پر کاربردترین مجموعه‌ی داده‌های بیماران بستری، به ترتیب عبارت از خلاصه‌ی پرونده، شرح عمل جراحی، گزارش اکوکاردیوگرافی، آزمایش‌های بالینی، رادیولوژی، سونوگرافی، نوار قلب و نوار گوش هستند. می‌توان این مجموعه‌ی داده‌ها را تفکیک و به طور جداگانه نگهداری نمود.

- بیشترین کاربرد اطلاعات، مربوط به صدمات، آسیب‌ها و مسمومیت‌ها، نئوپلاسم‌ها، بیماری‌های گوارشی، گردش خون، تناسلی و ادراری، علائم و نشانه‌های بالینی، بیماری‌های عضلانی و اسکلتی، عفونی و انگلی، عصبی و گوش است که می‌توان اطلاعات این بیماری‌ها را بر اساس کد ICD تفکیک و اقدام به راکدسازی مابقی اطلاعات نمود.

پیشنهادهای

در نهایت پژوهشگر با توجه به یافته‌های مطالعه پیشنهاد می‌کند که در این مرکز آموزشی درمانی اصل پرونده‌های پزشکی که ارزش قانونی دارند، تا ۱۳ سال نگهداری و پس از آن به روش مجازی نظیر اسکن، برای کاربردهای قانونی نگهداری و اصل پرونده‌ها به فضایی خارج از بیمارستان با هزینه‌ی کمتر منتقل گردد. همچنین با توجه به این که به طور تقریبی پس از ۳ سال فرم‌های ۱۷ گانه‌ی مدارک پزشکی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، کارآمدی خود را از دست می‌دهند، می‌توان پس از این مدت از روش‌های جایگزین (مانند اسکن) برای نگهداری آن‌ها بهره گرفت و با رعایت سایر عوامل دخیل، آن‌ها را از پرونده‌ها خارج و پرونده‌ها را لاغرسازی کرد. به علاوه از آنجایی که حدود ۹۵ درصد

درخواست‌های کاربران مربوط به پرونده‌های بیماری‌های نئوپلاسم‌ها، بیماری‌های خونی و اندام‌های خون‌ساز و اختلالات ایمنی، بیماری‌های چشم و ضمایم آن، گوش و اجزای ماستوئیدی، سیستم گوارشی، حاملگی، زایمان و دوران

کروموزومی، دوازده ساله؛

- علائم و نشانه‌ها، ده ساله؛

- صدمه، آسیب و مسمومیت‌ها، یازده ساله؛

- علل خارجی مرگ و میر و بیماری، پنج ساله؛

- عوامل مؤثر بر حالات بهداشتی و تماس با سرویس‌های بهداشتی، چهار ساله.

پرونده‌های بیماران با بیماری‌های مختلف را می‌توان پس از این سن، با دقت در سایر عوامل دخیل و با رعایت شرایط قانونی امحا نمود یا برگه‌های کم اهمیت‌تر را از آن پرونده‌ها خارج نمود و لاغر سازی انجام داد.

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهند که برگه‌های دستور بستری، پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص، کارت اورژانس، برگه‌ی اعزام، شرح حال، گزارش بیهوشی، مشاوره‌ی پزشکی، دستورات پزشکی و گزارش آندوسکوپی، آخرین بار در پرونده‌هایی با ۱۱ سال سن درخواست شده‌اند. بنابراین نگهداری این برگه‌ها تا ۱۱ سال کافی است و می‌تواند جوابگوی نیازهای تمامی کاربران مذکور باشد. برگه‌های خلاصه‌ی پرونده، شرح عمل جراحی، گزارش رادیولوژی، گزارش سونوگرافی، گزارش اکوکاردیوگرافی، آزمایش‌های بالینی، نوار گوش و نوار قلب برای آخرین بار در پرونده‌هایی با ۱۵ سال سن درخواست شده‌اند. بنابراین این برگه‌ها را نیز ضرورت دارد تا ۱۵ سال نگهداری کرد تا بتوان به نیازهای این کاربران پاسخ داد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه و بحث فوق، نتیجه‌ی این مطالعه را می‌توان به شرح زیر بیان نمود:

- کاربران اصلی اطلاعات بیماران بستری شامل خود بیمار، مراجع قانونی، پرداخت کنندگان ثالث، ادارات دولتی، ارایه دهندگان مراقبت، مدیران سلامت و کمیته‌های کیفیت هستند. سازماندهی اطلاعات باید حول نیازهای کاربران فوق صورت گیرد.

- ۹۷/۷ درصد کل درخواست‌های اطلاعاتی طی ۷ سال اول

سال بوده است، پیشنهاد می‌گردد پس از این مدت از روش‌های جایگزین (مانند اسکن) برای نگهداری آن‌ها استفاده کرد.

نفس، صدمه، آسیب و مسمومیت، عوامل مؤثر بر حالات بهداشتی و تماس با سرویس‌های بهداشتی، با سنی کمتر از ۳

References

1. Aryaie M. A survey about medical records contents in general teaching hospitals affiliated with Kerman University of medical sciences during the first three months of 1998. *Quart J Management and Medical Information Sciences* 2000; 4(10-11): 65-70.
2. Ghazi Saeedi M, Davarpanah A, Safdari R. *Health Information management*. Tehran: Mahan; 2005.
3. Bateni MR. *Introduction to Medical Records*. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 1993.
4. Huffman EK. *Health Information Management*. Trans. Groups of Translators. Tehran: Diabagaran Cultural Institution; 2002.
5. Common wealth of Pennsylvania. Form and content of record [Online]. 2000 Jan; Available from: URL: http://www.pacode.com/secure/data/028/chapter563/028_0563.pdf
6. Merida LJ. *Health information management technology: an applied approach*. Chicago: AHIMA; 2002.
7. American Medical Association. Report of the council on scientific Affairs [Online]. 1993; Available from: URL: www.ama-assn.org/ama/no-index/about-ama/13680.shtml
8. Danealy A, Keshtkaran A. *A Practical Guide to Medical Records Administration*. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences; 2001.
9. Ortmann-Vincenzo E. Proper retention of patient records. *Optometry -Journal of the American Optometric Association* 2007; 78(6): 314-8.
10. Minnesota Medical Association Issue Brief. Management of Physician Office Medical Records. Minnesota Medical Association [Online]. 2002; Available from: URL: <http://www.glrn-online.com/pdfs/Managing%20Physician%20Office%20Medical%20Records.pdf>
11. Tavakoli N. Role of Medical Records in Isfahan University of Medical Sciences Researches, [PhD Thesis] Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1997.
12. Khansari M. Study of Isfahan University of Medical Sciences Educational Hospitals manager's Awareness about Role of Medical Records Department in Quality improvement of Health Care. *Proceedings of the 4th Annual Congress of Health Services Administration Students*; 2006 Apr 5-7; Shiraz, Iran; 2006.
13. Ahmadzede F, Ahmadzede GH. The Managers and the Personnel's Viewpoints in Five Training Hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences about the Applications of Medical Records. *Journal of Health Information Management* 2005; 2(2): 27-32.
14. Hossieni A. Role of Medical Records in Health Care Evaluation; [Thesis] Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1997.
15. Ajami S. Study of Hospital manger's Viewpoints in Isfahan about Use of Medical Records in Physicians performance Evaluation, [Thesis] Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1997.
16. Ajami S. Study of Researcher's viewpoints about Medical Records Importance and Utilization in Researches in Isfahan Educational Hospitals, [Research Report] Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2006.
17. Rangrz Jeedi F, Farzandei Pour M, Mousavei GA. Study of Amount of Medical Records usage in Kashan District Hospitals. *Journal of Health Management* 2005; 8(20): 88-94.
18. Moradi G. Study of Amount of Medical Records usage in Clinical Researches in Khorasan University of Medical Sciences; [Thesis] Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1995. 1995.
19. Amirhajloo L. Study of Isfahan Medical centers core Members Viewpoints about Impact of Insufficient Medical Records on their judgment. *Proceedings of the 4th Annual Congress of Health Services Administration Students*; 2006 Apr 5-7; Shiraz, Iran; 2006.

Utilization Review of Inpatients Medical Record Information by Different Users at Al-Zahra Academic Medical Center in Isfahan*

Ahmadreza Raeisi, PhD¹; Asghar Ehteshami²; Mohsen Norouzi³

Abstract

Introduction: Users of medical record information in accordance to relying on data and health information, they demand quality. Proper storage, maintenance, and archiving of old medical records forms for different purposes has led to lack of enough storage space and retention problems for health services organizations. The objective of this study is to assess the effectiveness of medical record information by different users and the length of storage and retention time at Alzahra academic medical center.

Methods: This research is an applied, descriptive cross sectional study. The research population included all medical records (about 6000 medical records) of patients which have been demand by users in the first half of 2008 and selected by Census sampling method. Research findings was collected in the form of checklist by referring directly to the Medical Records Department Center and extract data from documents and user requests information about the patients file. Validity of this instrument was confirmed by experts. Data analyzed by SPSS software and descriptive analysis tests.

Results: The most requests for medical records information was made by the patient themselves in 36.4% of cases; followed by law enforcement agencies at 27.8%, insurance companies at 23.1%, and quality assurance committees at 1%. The requests time frame for of medical records information after discharge was one year with 73.3%, and 94% after 3 years of patient discharge. From the point of view of request time frames, the oldest request was made 14, 11, 11, 1, 15 and 13 years after the patient discharge respectively. The most requests for medical record forms from the patient chat were discharge summary, operating room report forms, and echocardiography report forms. From the point of view of disease code, the most requests for medical records was related to injuries and related disabilities and poisoning and overdose cases at 30% and 1% for eye diseases.

Conclusion: These study results showed that utilization of medical records information decreases over the time and it is not cost effective to keep about 95% of primary files for more than three years. In addition, 95% of disease information regarding to psychological and behavioral disorders, congenital anomalies and malformation and chromosome aberrations have been requested over seven years after creating the file which can be kept separately, Therefore, the results of the study suggests that health services managers and policy makers should adjust the time frame for storage and retention of medical records in their temporary and permanent archiving methods according to the utilization patterns of their users and customers as far as possible.

Key words: Medical Records; Hospitals; Utilization; Users; Information.

Type of article: Original article

Received: 7 Nov, 2010 Accepted: 29 Jan, 2011

Citation: Raeisi A, Ehteshami A, Norouzi M. **Utilization Review of Inpatients Medical Record Information by Different Users at Al-Zahra Academic Medical Center in Isfahan.** Health Information Management 2011; 7 (Special Issue):706.

* This article resulted from research project No 287219 funded by deputy for research, Isfahan University of Medical Sciences.

1. Assistant Professor, Health Information Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. PhD Student, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: ehteshami@mng.mui.ac.ir

3. BSc, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.