

بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده های بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۸۸

دکتر محمدعلی سیف ربیعی*، دکتر ایرج صدیقی**، دکتر مهرداد مزده***، دکتر فرحناز دادرسی****
دکتر مریم شکوهی سلگی**، عباس مرادی*****

دریافت: ۸۸/۴/۱۸ ، پذیرش: ۸۸/۷/۲۹

چکیده:

مقدمه و هدف: ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده های بیمارستانی (Hospital Records) در حقیقت مستند سازی فعالیت های تیم پزشکی در بیمارستان است. با توجه به اهمیت مسئله ، مطالعه حاضر با هدف تعیین نواقص پرونده نویسی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۸۸ انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی ، اطلاعات پرونده های آموزشی بیمارستانهای دانشگاهی شهر همدان استخراج و در چک لیست وارد گردید. نمونه گیری به شیوه نمونه گیری در دسترس از تمامی گروههای آموزشی انجام گردید. چک لیست تحقیق شامل ۱۶ سوال در خصوص وجود دستور بستری و ترخیص، وجود خلاصه پرونده ، ثبت تشخیص نهائی، ثبت اقدامات درمانی و..... بود که در هر مورد با پاسخ بلی یا خیر ثبت می شد. اطلاعات حاصل با نرم افزار spss16 آنالیز گردید.

نتایج: پس از بررسی ۴۵۷ پرونده بیمارستانی از ۴ بیمارستان آموزشی این نتایج بدست آمد: ۹۴٪ پرونده ها دارای دستور بستری بودند. ثبت تاریخ، مهر و امضاء پزشک در ۹۳ درصد پرونده ها وجود داشت. که این رقم با فراوانی ثبت تاریخ ، مهر و امضا توسط کارورزان و دستیاران برابر بود. و به همین نسبت نیز فرم شرح حال در پرونده های آموزشی وجود داشت. ۸۸ درصد از فرم های شرح حال پرونده ها توسط کارورز و یا دستیارمهر و امضا شده بودند. تشخیص های افتراقی در ۷۵ درصد، ثبت تشخیص نهائی در ۹۰ درصد و دستور ترخیص توسط پزشک در ۸۴ درصد پرونده ها وجود داشت. ۸۶ درصد پزشکان اقدامات درمانی و یا اعمال جراحی را در پرونده ثبت کرده بودند. ثبت اقدامات پاراکلینیکی در ۸۳ درصد پرونده ها انجام شده بود. تنها ۶۱ درصد از پرونده ها در برگه سیر بیماری امضا و مهر دستیار و یا کارورز را داشتند. برگه های مراقبت پرستاری در اکثریت قریب به اتفاق پرونده ها مهر و امضا شده بود (۹۹ درصد). در پرونده های آموزشی نیازمند مشاوره ، در ۸۳ درصد اطلاعات دقیق مشاوره از قبیل ساعت درخواست، تاریخ و... ثبت شده بود. همینطور در ۸۲ درصد موارد مشاوره، مهر و امضا پزشک مشاور درج شده بود.

نتیجه نهائی: یافته های پژوهش نشان داد که پرونده های بیمارستانی در ثبت اطلاعات دارای نواقص جدی می باشند. به نظر میرسد علل عدم رعایت اصول صحیح پرونده نویسی در بیمارستان های آموزشی چند گانه باشد که از جمله آنها می توان به شلوغی و ازدحام زیاد بیماران ، عدم احساس مسئولیت توسط دانشجویان و کارورزان و مهمتر از همه عدم آموزش کافی در این خصوص اشاره کرد.

کلید واژه ها: پرونده های بیمارستانی / ثبت اطلاعات / دانشگاه علوم پزشکی همدان

* استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

** استادیار گروه کودکان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (sedighi@umsha.ac.ir)

*** استادیار گروه نورولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

**** استادیار گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

***** عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

مقدمه :

ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده های بیمارستانی (Hospital Records) در حقیقت مستندسازی فعالیت های انجام شده توسط تیم پزشکی در بیمارستان است و منعکس کننده فعالیت های پزشکان ، پرستاران و سایر دست اندرکاران تیم پزشکی است.

پرونده های بیمارستانی علاوه بر اینکه در موارد قانونی و تشخیص قصور و خطاهای کادر پزشکی (Medical Errors) می توانند مورد استناد قرار گیرند، بعنوان مهمترین منابع جمع آوری اطلاعات بیماران در تحقیقات کمی و کیفی می توانند حاوی اطلاعات مفیدی برای محققین علوم پزشکی باشند. بطوریکه در بسیاری از بیماریها اطلاعات دقیق تشخیص بیماری صرفاً بر اساس پرونده های بیمارستانی قابل اکتساب است و پرسش از بیماران در خصوص نوع بیماریشان خیلی کمک کننده نخواهد بود (۱،۲).

با توجه به مطالب فوق ثبت دقیق پرونده های بیمارستانی اهمیت زیادی داشته و اگر از آن غفلت شود میتواند علاوه بر اینکه تبعات قانونی برای تیم پزشکی داشته باشد، منجر به کندی روند تحقیقاتی و پژوهشی در مقوله های بیمارستانی گردد. باید توجه کرد که ثبت ناقص مستندات علاوه بر دومشکل مطرح شده می تواند منجر به کسورات بیمه ای و تبعات مالی نیز گردد. که در مطالعات مختلفی به آن استناد شده است (۳). باید توجه داشت که کلیه ارائه دهندگان مراقبت بیماران به گونه ای در صدور مدارک پزشکی بیماران دخالت دارند، بطوریکه مسئولیت تنظیم، تصحیح و تکمیل مدارک پزشکی در طول مدت بستری بر عهده پرستار بخش، مسئولیت بررسی کمی و کیفی پرونده های پزشکی بعهده کارکنان بخش مدارک پزشکی و بالاخره بررسی پرونده های ناقص بعهده کمیته های تخصصی منجمله کمیته مدارک پزشکی می باشد (۴). و در این میان نقش پزشکان بسیار مهم است زیرا معمولاً پزشکان داده های قابل استنادتری را در پرونده های بیمارستانی ثبت می کنند (۵).

در بیمارستان های آموزشی و دانشگاهی تیم پزشکی ارائه دهنده خدمات به بیماران را افراد مختلفی تشکیل می دهند که در این میان دانشجویان رده های پرستاری و پزشکی به عنوان خط اول پذیرش و تکمیل پرونده

اطلاعات پزشکی نقش مهمی را ایفا می کنند و در این بین نقش و جایگاه هر یک از اعضای این تیم شامل دانشجویان مقاطع کارآموزی و کارورزی، دستیاران پزشکی و اساتید هیئت علمی کاملاً مشخص است و نظارت و ارزیابی روند کار از بالا به پائین صورت می گیرد. یعنی اعضای هیئت علمی بر کار دستیاران و دستیاران بر کار دانشجویان نظارت دارند.

متأسفانه به دلیل حجم زیاد کار در بیمارستان های آموزشی و عدم مسئولیت مستقیم دانشجویان در مشکلات قانونی پرونده های بیمارستانی و همینطور عدم آموزش کافی به دانشجویان در تکمیل پرونده های پزشکی در موارد متعددی تکمیل پرونده ها از ابتدا با اشکال مواجه می شود و بدنبال آن و در سطوح بالاتر نیز این مشکلات ادامه پیدا می کند و منجر به نواقص پرونده های بیمارستانی می شود. شاهد این مدعا مطالعات متعددی است که در این خصوص انجام گرفته است (۶).

با توجه به اهمیت مسئله بر آن شدیم تا مطالعه حاضر را با هدف تعیین نواقص پرونده نویسی در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۸۸ انجام دهیم تا پس از روشن شدن ابعاد مشکل ، راهکارهای رفع نواقص را به مسئولین ذیربط انعکاس دهیم.

روش کار:

در این مطالعه که به شیوه توصیفی مقطعی انجام شد، اطلاعات حاصل از پرونده های آموزشی ۴ بیمارستان دانشگاهی شهر همدان (بیمارستان های بعثت، فاطمیه، فرشچیان و اکباتان) از گروه های آموزشی مختلف ، در یک دوره ۲ ماهه (اردیبهشت و خرداد) با همکاری معاونین آموزشی بیمارستان ها استخراج و در چک لیست جداگانه ای که به همین منظور طراحی گردیده بود وارد گردید.

نمونه گیری به شیوه نمونه گیری در دسترس و از تمامی گروه های آموزشی انجام گردید به این معنی که پرونده های بیمارانی که طی روزهای تحقیق به تازگی ترخیص شده بودند از بایگانی بیمارستان استخراج میشد. ابزار جمع آوری اطلاعات ، چک لیستی پژوهشگر ساخته بود که اعتبار صوری آن از طریق نگارشی گویا، تایپی خوانا و آرایش منطقی سوالات برآورده شده و اعتبار محتوایی آن نیز از طریق اخذ نظرات اصلاحی اساتید ، صاحب نظران و کارشناسان خبره در این زمینه از جمله معاونین آموزشی

۴۳۱ پرونده آموزشی (۹۴٪) دارای دستور بستری مکتوب در پرونده بودند و ۲۶ مورد (۶٪) فاقد دستور بستری بودند. ثبت تاریخ، مهر و امضاء پزشک در ۴۲۶ پرونده آموزشی (۹۳ درصد) وجود داشت. که این رقم با فراوانی ثبت تاریخ، مهر و امضا توسط کارورزان و دستیاران برابر بود و به همین نسبت نیز فرم شرح حال در پرونده های آموزشی وجود داشت. ۴۰۴ مورد از فرم های شرح حال موجود در پرونده ها (۸۸ درصد) توسط کارورز و یا دستیارمهر و امضا شده بودند.

تشخیص افتراقی بیماری ها تنها در ۳۴۴ پرونده (۷۵ درصد) ثبت شده بود و فراوانی ثبت تشخیص نهائی در ۴۱۳ پرونده (۹۰ درصد) دیده شد. دستور ترخیص توسط پزشک در ۳۸۴ پرونده (۸۴ درصد) وجود داشت. اکثریت قریب به اتفاق پرونده های مورد بررسی دارای خلاصه پرونده مکتوب بودند (۴۵۲ پرونده معادل ۹۹ درصد).

۳۹۲ نفر از پزشکان (۸۶ درصد) اقدامات درمانی و یا اعمال جراحی انجام شده را در پرونده های بیماران ثبت کرده بودند. ثبت اقدامات پاراکلینیکی در ۳۸۰ پرونده (۸۳ درصد) انجام شده بود. تنها ۶۱ درصد از پرونده ها (۳۳۳ مورد) در برگه سیر بیماری امضا و مهر دستیار و یا کارورز را داشتند.

برگه های مراقبت پرستاری در اکثریت قریب به اتفاق پرونده ها مهر و امضا شده بود (۴۵۲ مورد معادل ۹۹ درصد). در پرونده های آموزشی که نیاز به مشاوره داشتند در ۲۵۱ پرونده (۸۳ درصد) اطلاعات دقیق مشاوره از قبیل ساعت درخواست، تاریخ و... ثبت شده بود. همینطور در ۲۴۹ مورد مشاوره (۸۲ درصد) مهر و امضا پزشک مشاور درج شده بود.

به منظور مقایسه وضعیت کلی ۴ بیمارستان آموزشی شرکت داده شده در مطالعه در خصوص وضعیت پرونده نویسی، میانگین رتبه ای سوالات ۱۶ گانه تحقیق در مورد هر بیمارستان محاسبه گردید، بدین ترتیب که در مورد هر سوال بهترین بیمارستان با رتبه ۱ و نامطلوبترین بیمارستان با رتبه ۴ مشخص میشد. و در نهایت بیمارستانهای بعثت (میانگین رتبه ای ۱/۸۸)، فاطمیه (میانگین رتبه ای ۲/۰۵)، اکباتان (میانگین رتبه ای ۲/۷۶) و فرشچیان (میانگین رتبه ای ۲/۸۲) بر این اساس رتبه بندی شدند (نمودار ۱).

بیمارستان های شرکت کننده در طرح تعیین گردید. این چک لیست حاوی ۱۶ سوال بوده که فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات مورد نیاز پرونده نویسی (وجود دستور بستری، وجود تاریخ، مهر و امضاء فرد پذیرش کننده، وجود دستور ترخیص، وجود خلاصه پرونده مکتوب، ثبت تشخیص نهائی، ثبت اقدامات درمانی و تشخیص های آزمایشگاهی و...) را مورد پایش قرار می داد و در هر مورد با پاسخ بلی یا خیر در چک لیست ثبت می شد.

جهت افزایش پایانی مطالعه و جلوگیری از هر گونه سوگرائی احتمالی، برخی از پرونده های مورد بررسی بطور تصادفی و از طریق شماره پرونده های بیماران توسط مسئولین تیم تحقیق مجدداً تحت پایش قرار گرفتند.

جهت افزایش روائی مطالعه، با توجه به اینکه ۱۶ سوال مطروحه در چک لیست، فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات مورد نیاز پرونده نویسی را مورد پایش قرار می داد و جواب ها به صورت بلی - خیر تنظیم شده بود با حضور معاونین آموزشی بیمارستانهای شرکت کننده در طرح، چک لیست طراحی شده مورد بازبینی قرار گرفت و روائی صوری و محتوایی (face & content validity) آن تأیید شد.

در مجموع تعداد ۴۵۷ پرونده از ۲۱ گروه آموزشی و از ۴ بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند. بیشترین تعداد پرونده مورد بررسی متعلق به بیمارستانهای بعثت (۲۶۰ پرونده معادل ۵۷٪) و در درجات بعد به ترتیب بیمارستان فرشچیان (۷۵ پرونده معادل ۱۶/۵٪)، بیمارستان اکباتان (۶۲ پرونده معادل ۱۳/۵٪) و بیمارستان فاطمیه (۶۰ پرونده معادل ۱۳٪) قرار داشتند.

اطلاعات حاصل از چک لیست ها وارد کامپیوتر شده و با نرم افزار spss16 و استفاده از آماره های توصیفی جهت بررسی فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی مورد آنالیز قرار گرفتند.

نتایج:

پس از بررسی ۴۵۷ پرونده بیمارستانی از ۴ بیمارستان آموزشی نتایج همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود بدین شرح بدست آمد:

جدول ۱: فراوانی ثبت اطلاعات مورد نیاز پرونده های آموزشی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی همدان

تعداد	ثبت شده		ثبت نشده		جمع
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
وجود دستور بستری	۹۴	۲۶	۶	۴۵۷	۱۰۰
وجود تاریخ، مهر و امضاء پزشک	۹۳	۳۱	۷	۴۵۷	۱۰۰
وجود تاریخ، مهر و امضاء دستیار/کارورز	۹۳	۳۱	۷	۴۵۷	۱۰۰
ثبت تشخیص اولیه	۶۸	۱۴۶	۳۲	۴۵۷	۱۰۰
تکمیل دستور ترخیص توسط پزشک	۸۴	۷۳	۱۶	۴۵۷	۱۰۰
وجود خلاصه پرونده مکتوب	۹۹	۵	۱	۴۵۷	۱۰۰
ثبت تشخیص نهائی	۹۰	۴۴	۱۰	۴۵۷	۱۰۰
ثبت اقدامات درمانی	۸۶	۶۵	۱۴	۴۵۷	۱۰۰
ثبت آزمایشات پاراکلینیک	۸۳	۷۷	۱۷	۴۵۷	۱۰۰
ثبت اطلاعات فرم شرح حال	۹۳	۳۰	۷	۴۵۷	۱۰۰
ثبت تشخیص های افتراقی	۷۵	۱۱۳	۲۵	۴۵۷	۱۰۰
مهر و امضاء کارورز در فرم شرح حال	۸۸	۵۳	۱۲	۴۵۷	۱۰۰
مهر و امضاء کارورز در فرم سیر بیماری	۶۱	۱۲۴	۳۹	۴۵۷	۱۰۰
تاریخ، مهر و امضاء پرستار در پرونده	۹۹	۵	۱	۴۵۷	۱۰۰
اطلاعات دقیق مشاوره (تاریخ، ساعت و...)	۸۳	۵۲	۱۷	۳۰۳	۱۰۰
اطلاعات دقیق پزشک مشاور (مهر و امضا و...)	۸۲	۵۴	۱۸	۳۰۳	۱۰۰

جدول ۲: میانگین رتبه ای بخش های آموزشی از نظر وضعیت کلی ثبت اطلاعات بیمارستانی در پرونده های بیماران

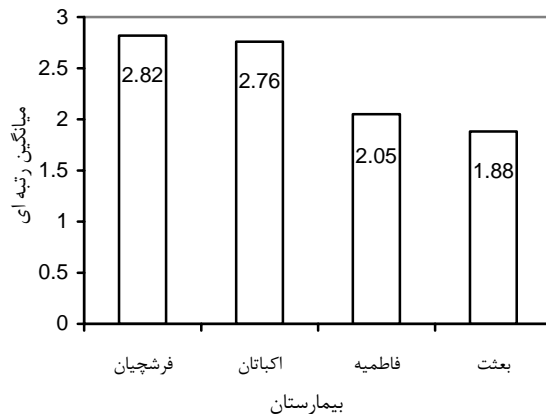
رتبه کلی	میانگین رتبه	بیمارستان	گوش و حلق و بینی
۱	۱/۷۵	بعثت	۱
۲	۲	بعثت	۲
۳	۲/۲۵	بعثت	۳
۳	۲/۲۵	فرشچیان	۴
۴	۲/۳۱	بعثت	۵
۵	۲/۸۱	بعثت	۶
۶	۳/۰۶	فاطمیه	۷
۷	۳/۶۲	فاطمیه	۸
۸	۴/۳۱	فرشچیان	۹
۹	۴/۵۶	اکباتان	۱۰
۱۰	۴/۶۸	اکباتان	۱۱
۱۰	۴/۶۸	فرشچیان	۱۲
۱۱	۴/۷۵	بعثت	۱۳
۱۱	۴/۷۵	اکباتان	۱۴
۱۲	۴/۸۷	بعثت	۱۵
۱۳	۵/۱۲	اکباتان	۱۶
۱۴	۵/۸۱	اکباتان	۱۷
۱۵	۵/۸۷	فرشچیان	۱۸
۱۶	۶	اکباتان	۱۹
۱۷	۶/۱۲	فرشچیان	۲۰
۱۸	۶/۲۵	اکباتان	۲۱

بحث:

یافته های پژوهش نشان داد که پرونده های بیمارستانی در ثبت اطلاعات مرتبط با اعضای هیئت علمی و دانشجویی دارای نواقص جدی می باشند. بطوریکه در هیچیک از مقوله های مورد بررسی اطلاعات خواسته شده ۱۰۰ درصد و کامل نمی باشد. همینطور اختلاف ثبت پرونده های بیماران در بین بیمارستان های مختلف و حتی در بین بخش های مختلف یک بیمارستان دارای دامنه وسیعی می باشد.

نظیر همین نواقص در مطالعات مشابه دیگر نیز وجود دارد بطوریکه در مطالعه سال ۱۳۸۰ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل نیز اطلاعات بالینی در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص در ۲/۳۹٪ پرونده ها درج نشده بود (۲) و یا در مطالعه آریایی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۸۰ مشخص گردید تنها در ۶۲٪ موارد تشخیص نهایی در فرم پذیرش و خلاصه پرونده درج گردیده است (۷).

در مطالعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۸۳ نیز ثبت اقدامات پزشکی و ثبت اصول تشخیص بیماری بترتیب در ۷۷ درصد و ۸۷ درصد موارد صورت گرفته است (۸).



نمودار ۱: میانگین رتبه ای بیمارستان های آموزشی از نظر وضعیت کلی ثبت اطلاعات بیمارستانی در پرونده های بیماران

میانگین رتبه ای به تفکیک بخش های آموزشی مشخص نمود که بخش های آموزشی گوش و حلق و بینی، اطفال، نوزادان بیمارستان بعثت و پوست دارای بهترین رتبه ها در خصوص وضعیت ثبت پرونده های آموزشی بودند (جدول ۲).

منابع:

1. Janghorbani M. [Epidemiology: An introduction text book]. 2nd ed. Kerman: Kerman university, 1997 (Persian).
2. Bergmann MM, Byers T, Freedman DS, Mokdad A. Validity of self-reported diagnoses leading to hospitalization: a comparison of self-reports with hospital records in a prospective study of American adults. *AM J Epidemiol.* 1998 May;147(10):969-77.
3. Tavakoli N, Saghaeean Nejad S, Rezayatmand M, Moshaveree M, Ghaderee I. [Hospital records documentation and medical insurance cuts]. *Health Information Management* 2006; 3(2):53-61 (Persian).
4. Mashoufee M, Amanee F, Rostamee KH. [Hospital records assessment in Ardabil educational hospitals]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services* 2004; 4(1):43-49 (Persian).
5. O, Conner P, Franklin RR, Behrhorst CH. Hospital record studies as a tool for staff education: a participatory research project in Guatemala. *Community Health* 1987 ; 12(2-3): 92-107
6. Tavakoli N. [Hospital record defect causes , managers and physicians proposals in Esfahan university of medical sciences]. *Management and Information in Health* 2005;3(2):15-24 (Persian).
7. Ariaee M. [Hospital records content evaluation in kerman general hospitals during 3first month in year1998]. *Management and Information in Medicine, Iran University of Medical Sciences* 2001;4(10-11):65-70 (Persian).
8. Farzandee Pour M, Asef Zadeh S. [Assessment of diagnostic principles writing in inpatient hospital records in Kashaan hospitals in 2002]. *Fayz* 2004; 8:31 (Persian).
9. Tinsley JA. An educational intervention to improve residents inpatient charting. *Acad Psychiatry* 2004 ;28(2):136-9
10. Purdom DT, Griffith RS, Weaver DL. A positive systematic approach to improve inpatient medical record completion in a family practice residency program. *Fam Med* 1996 Jun;28 (6): 411-4
11. O' Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Evans DB, Kulkarni N, et al. Creating a better discharge summary : improvement in quality and timeliness using an electronic discharge summary. *J Hosp Med* 2009 Apr;4(4):219-25
12. Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007 Feb;297(8):831-41

به نظر میرسد علل عدم رعایت اصول صحیح پرونده نویسی توسط پزشکان ودانشجویان پزشکی در بیمارستانهای آموزشی چند گانه باشد که ازجمله آنها می توان به شلوغی و ازدحام زیاد بیماران ، عدم احساس مسئولیت توسط دانشجویان و کارورزان، ومهمتر از همه عدم آموزش کافی در این خصوص اشاره کرد. تحقیق سال ۸۴ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز بر عدم آموزش کافی کادر پزشکی در این مورد تاکید کرده است(۶) و یا در تحقیق دانشگاه کانکتیکوت امریکا در سال ۲۰۰۴ بهبود عملکرد دستیاران در تکمیل چارت های آموزشی با استفاده از مداخلات آموزشی گزارش شده است(۹).

در نهایت اینکه در برخی از مطالعات راهکارهای تکمیل به موقع پرونده های بیمارستانی بررسی شده است، منجمله در مطالعه دانشگاه میسوری در امریکا در سال ۱۹۹۶ نقش تشویقات مثبت در نظر گرفته شده در تکمیل پرونده ها بسیار موثر بوده است(۱۰).

همینطور، استفاده از خلاصه پرونده های الکترونیک در بهبود کیفیت وتکمیل به موقع این برگه ها تاثیر قابل توجهی داشته است، بطوریکه نتایج مطالعات مختلفی در ایالات متحده نشان داده اند که استفاده از برگه های ترخیص الکترونیک، در مقایسه با تکمیل دستی این برگه ها، حاوی جزئیات بیشتری از قبیل ثبت تست های تشخیصی، سیر درمان، داروهای تجویزی حین ترخیص، طرح پیگیری بیماری، نتایج مشاوره با بیمار و خانواده وی و ... می باشد، همینطور خلاصه پرونده های الکترونیک در مقایسه با خلاصه پرونده های غیر الکترونیک در مدت زمان کوتاهتری تکمیل شده ودسترسی به اطلاعات در مدت زمان کوتاه تری امکانپذیر است(۱۱،۱۲).

نتیجه نهایی:

با توجه به مجموع مطالب فوق می توان نتیجه گرفت جهت برطرف شدن مشکل پرونده نویسی در بیمارستانهای آموزشی می بایست رویکردی چند جانبه شامل: بهبود مدیریت بیمارستانی جهت جلوگیری از ازدحام وشلوغی بخش ها، استفاده از تکنولوژی پیشرفته در مدیریت پرونده های بیمارستانی نظیر ثبت الکترونیک خلاصه پرونده بیماران، آموزش پرونده نویسی علمی در سطوح مختلف دانشجویان پزشکی واعضای هیئت علمی، منظور نمودن اصول پرونده نویسی درست در نمره پایانی بخش ها و... در نظر گرفته شود.