

فصل سوم: داده پردازی بهداشتی

رویکرد پزشکی لارنس وید در تعداد اندکی از بیمارستان‌های ایالات متحده آمریکا به اجرا در می‌آید و لذا سازمان دهی مبتنی بر مسایل بیمار در همان موسسات بکار گرفته می‌شود. جذابیت این نوع سازمان‌دهی اطلاعات یا به تعبیر دیگر جذابیت رویکرد "پزشکی مبتنی بر مسایل بیمار" بخاطر شناسایی و اولویت‌بندی شدن کلیه مسایل یک بیمار است. این شیوه سازمان‌دهی داده‌های پرونده پزشکی بیانگر تفکر کلینیکی ساخت یافته و عینی می‌باشد.

۳- سازمان‌دهی اطلاعات بطور پیوسته / IMR

در این حالت از سازمان‌دهی داده‌ها، کلیه مستندات مربوط به اقدامات مراقبت بهداشتی انجام شده برای بیمار از هنگام پذیرش تا موقع ترخیص، به ترتیب پشت سرهم قرار می‌گیرند. این نوع سازمان‌دهی داده‌ها بطور نسبی انعکاس‌دهنده جریان مراقبت از بیمار است. چون در یک پرونده کاغذی امکان آراستن یا چینش گزارشات مربوط به کارهای انجام شده بطور همزمان وجود ندارد؛ و از طرفی برخی اقدامات مراقبت بهداشتی در طول اقامت بیمار بیش از یک نوبت انجام می‌شود لذا این دو مشکل، مانع انعکاس جریان مراقبت بطور کامل و روشن می‌گردد. لازم به ذکر است این روش بصورت فراگیر به اجرا در می‌آید و چینش اطلاعات مبتنی بر این قاعده، نیازمند تحلیل فعالیت مراقبت از بیمار می‌باشد.

ب- طبقه بندی اطلاعات مراقبت بهداشتی با هدف آماری

از دیگر وظایف کارکنان بخش مدیکال رکورد که جنبه پردازشی دارد طبقه بندی اطلاعات مراقبت بهداشتی (اطلاعات پرونده‌های پزشکی) براساس کتب طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها، اقدامات تشخیصی و بهداشتی از قبیل: (۱) ICD-9-CM،

DSM-IV^(۷)، RFEC^(۶)، ICF^(۵)، ICD-DA^(۴)، ICD-O^(۳)، ICD10-PCS^(۲)، ICD-10^(۱)

SNOMED^(۸)، SNOP^(۹) و... می‌باشد.

حاصل این اقدام تولید کارت‌های ایندکس^(۱۰) مختلف از آن جمله: بیماری‌ها و اقدامات درمانی است که به همین دلیل به عملیات طبقه‌بندی اطلاعات پرونده‌ها، رده‌بندی یا ایندکسینگ^(۱۱) گفته می‌شود. رده‌بندی یعنی برقراری ارتباط منطقی میان پرونده‌هایی که از لحاظ موضوع مشترکند ولی از حیث فیزیکی در فضای ذخیره‌سازی در کنار یکدیگر قرار ندارند.

همانطور که در بحث ذخیره‌سازی یا فایلینگ پرونده‌ها مطرح گردید، جای‌گذاری پرونده‌ها بصورت الفبایی و یا شماره‌ای است و لذا امکان و فرصت کنار هم قراردادن پرونده‌هایی با موضوع مشترک برای کارکنان مدیکال رکورد وجود ندارد. به این ترتیب تکنیک ایندکسینگ با هدف اطلاع‌رسانی در ابعاد آموزشی و پژوهشی به کاربران مجاز اطلاعات پرونده‌های پزشکی که از عمده‌ترین ایشان پزشکان هستند به اجرا در می‌آید. البته از آنجا که سیستم‌های طبقه‌بندی بهداشتی عمدتاً با هدف آماری ایجاد می‌شوند بنابراین داده‌ها با چنین طبقه‌بندی هدفمندی پردازش شده، به سطحی معنی‌دارتر انتقال می‌یابند و به اطلاعات تبدیل می‌شوند.

1- International Statistical Classification of Diseases & Related Health Problems

2- International Classification of diseases - Procedures Coding System

3- International Classification of diseases - Oncology

4- International Classification of diseases to Dentistry and Stomatology

5- International Classification of Functioning, Disability and Health

- ۳- وقفه‌های زمانی غیر قابل توجیه: مشاوره جراحی در مورد بیمار اورژانسی ساعت ده شب درخواست شده است ولی گزارش جراح حاکی از آن است که بیمار ساعت شش صبح ویزیت شده و گزارش جراحی سه ماه بعد دیکته شده است.
- ۴- تغییرات یا ظاهر تغییرات: پاک‌شدگی‌ها، محوشدگی‌ها، یادداشت‌ها در حاشیه، مرکب‌های ناجور یا مغایر؛ و دستخط‌های گوناگون.
- ۵- کمبود نظارت برانترن‌ها و رزیدنت‌ها: هیچ‌گونه تایید امضا در گزارشات یا دستورات ثبت شده از سوی انترن یا رزیدنت دیده نمی‌شود.
- ۶- فقدان رضایت آگاهانه: هیچ یادداشتی از طرف پزشک دال بر خطرآفرینی و احتمال خطر اقدامات و درمان‌ها برای بیمار وجود ندارد. مثلاً ذکر اینکه "بیمار با توصیه‌های من موافقت دارد" یا "ماهیت عمل جراحی و احتمال خطر آن برای بیمار کاملاً توضیح داده شد و بیمار آن را درک کرده و به عمل جراحی رضایت داده است."
- فقدان اطلاعات آموزشی به بیمار: هیچ نوع مستنداتی در گزارش بعد از عمل بیمار در مورد محدودیتهای فعالیتی وی وجود ندارد. همچنین وقتی که به بیمار ترخیص شده دارو تجویز می‌شود و هر نوع گزارش که حاکی از تبیین عوارض جانبی داروهای تجویز شده و نیز درک بیمار از این موضوع باشد وجود ندارد.
- ناخوانایی ثبتیات.
- وجود توضیحات اضافی که حاکی از بی‌معنایی یا پوچی کلام، غیر حرفه‌ای بودن گفتار، گنگی مطالب و یا بی‌توجهی باشد.
- وجود تناقض و تضاد در ثبتیات اعضای تیم مراقبت که نشانگر نزاع و کشمکش میان ایشان باشد.

از سرشماری کاملاً تفاوت دارند. در حالیکه شاخص های سرشماری به ما از آنچه در حال حاضر اتفاق می افتد خبر می دهند، داده های ترخیص ما را از آنچه اتفاق افتاده مطلع می کنند. موضوع مهم این است که هنگام محاسبه شاخص های مرگ و میر نباید عدد اعشاردار بدست آمده را به عدد کامل گرد کنیم زیرا برای بیمارستان اهمیت دارد که میزان مرگ و میر^(۱) کم باشد.

میزان ناخالص مرگ و میر^(۲):

فرمول محاسباتی:

$$\frac{100 \times \text{تعداد کل مرگها (از جمله مرگ و میر نوزادان) در خلال یک دوره معین}}{\text{تعداد کل ترخیصها (شامل مرگها از جمله مرگ نوزادان) در خلال همان دوره}}$$

توجه کنید که در این فرمول نسبت تعداد دفعاتی که چیزی اتفاق افتاده، به تعداد دفعاتی که چیزی می تواند اتفاق افتد استنباط می شود. هرکس از بیمارستان ترخیص شده امکان دارد که مرده باشد. البته این حالت کاملاً اتفاق نمی افتد ولی به عنوان احتمال آماری وجود دارد. ضمن آنکه در معنای ترخیص، مرگ بیمار مستتر است.

میزان خالص مرگ و میر^(۳) (میزان مرگ سازمانی):

فرمول محاسباتی:

$$\frac{100 \times \text{تعداد کل مرگها (شامل مرگ و میر نوزادان) منهای مرگهای حین ۴۸ ساعت اولیه پذیرش، در یک دوره معین}}{\text{تعداد کل ترخیصها (شامل مرگها و نیز مرگ نوزادان) منهای مرگهای حین ۴۸ ساعت اولیه پذیرش، در همان دوره}}$$

بطور کلی مرگ و میر حین^(۴) ۴۸ ساعت اولیه پذیرش بیمار، به عنوان مرگ سازمانی (بیمارستانی) در نظر گرفته نمی شود زیرا در این باره فکر متداول این است که زمان

1- Mortality (death) Rate

2- Gross Death Rate

3- Net Death Rate

بیمارستان های ایران به میزان فوت کلی مصطلح است.

بیمارستان های ایران به میزان فوت بیمارستانی مصطلح است.

در دستورالعمل های آماری وزارت بهداشت ایران ۲۴ ساعت ذکر گردیده است.