

طراحی الگوی مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان ایران، ۱۳۸۵

اباذر حاجوی^۱ / لیلقلی پور^۲ / حمید حقانی^۳

چکیده

مقدمه: یکی از انواع مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت بهداشتی در مراکز سالمندان است. در مراکز سالمندان طیف وسیعی از خدمات مراقبتی، بهداشتی، اجتماعی، حمایتی، درمانی و توانبخشی ارائه می‌شود و سالمندان مقیم در این مراکز حق انتخاب نوع خدمت خود را دارند. بنابراین، مراکز سالمندان به وجود سازمان‌ها و استانداردهایی برای مدیریت اطلاعات بهداشتی، براساس استانداردهای حرفه‌ای نیاز دارند.

روش بررسی: این تحقیق به صورت یک مطالعه تطبیقی کیفی انجام شد. اطلاعات از طریق مرور کتاب‌ها، مقالات، اینترنت و اطلاعات مراکز سالمندان به دست آمد. در این پژوهش مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان در کشورهای آمریکا، کانادا، ژاپن و ایران بررسی و مقایسه شده‌اند. با توجه به ویژگی‌های مشابه و متفاوت آنها، الگوی پیشنهادی برای ایران مطرح شد. سپس این الگو در دو مرحله به شیوه دلفی آزمون شد. در پایان پس از تحلیل نتایج، الگوی نهایی برای ایران ارائه گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش در پنج بخش: ۱- عناصر مستندسازی (اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مراجعه و ترخیص، انتقال فوت و داده‌های مالی، ارزیابی‌ها و گزارشات بالینی)، ۲- استانداردهای مستندسازی (استانداردهای عمومی مستندسازی، تأیید مستندات، دوام، طریقه مستندسازی، دستورالعمل‌های حذف، اضافه‌اصلاح و درخواست پرونده)، ۳- روش‌های ذخیره و بازیابی (سیاست‌های ذخیره و بازیابی، نحوه شماره‌دهی، نحوه بایگانی، طریقه بایگانی و تجهیزات بایگانی)، ۴- نظام‌های طبقه‌بندی خدمات و بیماری‌ها (سیاست‌ها و رویه‌های کدگذاری و کتب طبقه‌بندی)، ۵- استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی (استانداردهای درخواست پرونده، محرمانه بودن، افشای اطلاعات، مدت زمان نگهداری، امحای پرونده و آموزش کارکنان) به دست آمده‌اند.

نتیجه‌گیری: ساختار الگوی نهایی مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان ایران بیشترین شباهت را با الگوی کشور آمریکا، سپس کانادا؛ و کمترین شباهت را با الگوی کشور ژاپن دارد. پیشنهاد می‌شود در زمینه عناصر مستندسازی، استانداردهای مستندسازی، روش‌های ذخیره و بازیابی، کدگذاری و استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان دستورالعمل‌های مشخصی تدوین شود و سالانه مورد ارزیابی و روزآمدسازی قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: مدیریت اطلاعات بهداشتی، مراکز سالمندان، استاندارد

◇ وصول مقاله: ۸۷/۲/۱۴، اصلاح نهایی: ۸۷/۴/۳، پذیرش نهایی: ۸۷/۸/۱۲

مقدمه

مراکز مراقبت طولانی که مراکز سالمندان از جمله آنهاست بخش جدا نشدنی سیستم مراقبت بهداشتی می باشند. [۱] مراقبت طولانی مدت عموماً برای افراد پیر در نظر گرفته می شود. [۲] ایجاد مراکز سالمندان، علاوه بر صرفه جویی در هزینه، مسئله رشد قابل توجه جمعیت کهنسال را که موضوع نگران کننده ای است، تحت الشعاع قرار می دهد. [۳]

اداره سرشماری آمریکا دو برابر شدن گروه سنی ۶۵ سال یا بیشتر بین سال های ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۰ به همراه یک افزایش حتی سریعتر در گروه سنی ۸۵ سال یا بیشتر را پیش بینی نموده است. در ایران نیز طی ۳۰ سال گذشته در سایه فعالیت های مؤثر وزارت بهداشت و اقداماتی که در زمینه کنترل جمعیت، صورت گرفته شده جمعیت سالمندان ایران به دو برابر، افزایش یافته است و در حال حاضر حدود ۳۷ درصد کل جمعیت را سالمندان تشکیل می دهند. چنانچه از هم اکنون به فکر برنامه ریزی برای سالمندان برای ۲۰ سال آینده نباشیم، با یک بحران سالمندی مواجه می شویم. بر اساس تعریف سازمان ملل متحد، کشوری که بیش از ۷ درصد کل جمعیتش سالمند باشد، کشور سالمند به حساب می آید. بنابر این زنگ خطر برای کشور ما به صدا در آمده است. [۴] بر اساس نمودار جمعیتی سالمندی دپارتمان امور اجتماعی و اقتصادی سازمان ملل متحد که در سال ۲۰۰۷ منتشر شده است تا سال ۲۰۵۰، جمعیت سالمندان ایران به ۲۶ درصد افزایش خواهد یافت. [۵]

مراکز سالمندان، با هدف مراقبت از سالمندان و بهبود وضعیت بهداشتی ایشان، به مدت ۳۰ روز یا بیشتر به نگهداری آنها می پردازند، حتی ممکن است طول مدت اقامت سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن و ناتوانانی های خاص از ماه ها تا سال ها به طول انجامد. [۶،۷] در این مراکز طیف وسیعی از خدمات اجتماعی، مراقبتی، بالینی، حمایتی و توانبخشی ارائه می گردد. [۸] با توجه به انواع گوناگون خدمات مراکز سالمندان و مراکز حرفه ای پرستاری (مراکز مراقبت طولانی مدت) نیازمند وجود سازمان ها یا دپارتمان هایی برای نگهداری و مدیریت مدارک بالینی بر اساس استانداردهای حرفه ای می باشند. [۹] قوانین مدیریت اطلاعات بهداشتی و مستندسازی در مراقبت های طولانی مدت با سایر مراکز متفاوت است زیرا

سالمندان یا افراد مقیم در این مراکز حق انتخاب نوع خدمات خود را دارند. [۱۱، ۱۰] ابراهیمی میزان مطابقت استانداردهای مدارک پزشکی بیماران بستری را با استانداردهای انجمن مدارک پزشکی آمریکا از چندین جهت بررسی کرده است: از نظر قوانین و مقررات عملکرد مدیریت، فضای فیزیکی و تجهیزات، فرم های مدارک پزشکی و محتوای آن، کدگذاری، اصول محرمانگی اطلاعات نگهداری و بازایی و سیستم های تضمین کیفیت. نتایج حاکی از آن است که میزان رعایت استانداردها بر اساس ملاک های ارزیابی انجمن مدارک پزشکی آمریکا ۷۳۴ درصد و بر طبق ملاک های ملی ۷۵۹ درصد است میزان رعایت استانداردهای مربوط به فرم های مدارک پزشکی بر اساس استاندارد انجمن مدارک پزشکی آمریکا ۶۰ درصد در محتوا ۷۴۸ درصد بوده است. [۱۲] محمدپور نیز نشان می دهد که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت از مجموع ۲۱۶ گزاره استانداردهای بیمار محور و مدیریت اطلاعات کمیسیون مشترک، ۷۹ مورد (۳۶/۵۸ درصد) را به صورت کامل و ۳۹ مورد (۱۷/۰۵ درصد) را به صورت نسبی پوشش داده اند و ۹۸ مورد باقیمانده (۴۵/۳ درصد) را اصلاً تحت پوشش قرار ندارد. [۱۳] لذا با توجه به تجارب طولانی و ارزشمند کشورهای پیشگام در زمینه مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان، انجام بررسی تطبیقی جهت جمع آوری اطلاعاتی در این باره و ارائه الگویی برای کشورمان ضروری به نظر می رسد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه تطبیقی و از نظر اهداف پژوهش در زمره مطالعات کاربردی قرار می گیرد. بدین صورت که پژوهشگر با استفاده از چک لیست، ویژگی های مشابه و متفاوت در باره مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان در کشورهای آمریکا، کانادا، ژاپن و ایران را با یکدیگر مقایسه کرد. دلایل انتخاب این کشورها، داشتن انجمن علمی و معتبر مدیریت اطلاعات بهداشتی، داشتن دستورالعمل های مدون در زمینه مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان و اختصاص بخش قابل توجهی از بودجه سالانه این کشورها در بخش بهداشت و درمان به مراکز سالمندان بود. سپس با توجه به ویژگی های مشابه و متفاوت آنها، الگوی نهایی مدیریت

اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان طراحی و به روش دلفی (در دو مرحله) آزمون گردید.

باتوجه به نوع پژوهش (مطالعه تطبیقی) جامعه پژوهش وجود ندارد. اما در بخش آزمون الگو، در مرحله اول آزمون شامل اساتید مدیریت اطلاعات بهداشتی در سطح سه دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران و شهیدبهشتی، دانشجویان دوره دکتری مدیریت اطلاعات بهداشتی و مسئولین مرتبط با مدارک پزشکی در مراکز سالمندان سطح شهر تهران بود (n=21). در مرحله دوم آزمون، اساتید مدیریت اطلاعات بهداشتی و دانشجویان دوره دکتری مدیریت اطلاعات بهداشتی جامعه پژوهش بودند (n=10).

به منظور گردآوری داده‌ها از روش مطالعه و بررسی متون کتابخانه‌ای و سایت‌های معتبر و شناخته شده اینترنتی، از جمله سایت انجمن علمی مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا و کانادا، سایت انجمن مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی آمریکا، مجمع اعتبار بخشی خدمات بهداشتی کانادا، انجمن کیفیت در مراقبت بهداشتی ژاپن استفاده شد. همچنین داده‌ها از طریق مشاهده و مصاحبه با پرسنل مسئول در زمینه مدارک پزشکی مراکز سالمندان سطح شهر تهران، نشریات معتبر خارجی و پایان‌نامه‌ها جمع‌آوری شد. سپس پرسشنامه‌ای طراحی شد و در اختیار اساتید محترم اطلاعات بهداشتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهیدبهشتی، دانشجویان دوره دکتری مدیریت اطلاعات بهداشتی و مسئولین مرتبط با مدارک پزشکی در مراکز سالمندان قرار گرفت. جهت تعیین روایی ابزار، روایی چک لیست از طریق پرسشنامه‌ای که در اختیار اساتید محترم مدیریت اطلاعات بهداشتی و مدارک پزشکی دانشگاه‌های علوم

پزشکی تهران، ایران و شهیدبهشتی و مسئولین مرتبط با مدارک پزشکی در مراکز سالمندان قرار داده شد، تعیین شد. پایایی سوالات پرسشنامه با استفاده از روش براون پیرسون با ضریب اطمینان ۹۵ درصد تعیین گردید. در تکنیک دلفی مواردی از الگوی پیشنهادی که کمتر از ۵۰ درصد صاحب نظران آن را تأیید کرده بودند از الگو حذف و مواردی که ۷۰ درصد و بیش از آن به دست آمد؛ مورد قبول قرار گرفت. مواردی از الگو که بین ۵۰ تا ۷۰ درصد قرار گرفته بود، در جلسات دوباره به نظرخواهی گذاشته شد تا اجماع نظر دال بر حذف یا تأیید الگو مورد موافقت صاحب نظران به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که تمام عناصر مورد بررسی در مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان مورد موافقت متخصصین قرار گرفته است، که عبارتند از:

۱) عناصر مستندسازی (پرونده سالمند) شامل دو بخش کلی است:
- داده‌های اجتماعی و داده‌های بالینی: جدول ۱ نشان می‌دهد میزان موافقت متخصصان در زمینه بخش داده‌های اجتماعی (داده‌ای دموگرافیک، عناصر اطلاعاتی مربوط به پذیرش، ترخیص، انتقال و فوت و داده‌های مالی) ۸۶ درصد و بخش دوم، بخش بالینی (ارزیابی‌ها و گزارشات بالینی) ۷۶ درصد است.

۲) استانداردهای مستندسازی شامل استانداردهای زیر است:
- استانداردهای عمومی مستندسازی، استانداردهای تأیید مستندات، استانداردهای دوام مستندات، استانداردهای طبقه بندی مستندسازی و دستورالعمل‌های حذف، اضافه اصلاح و درخواست اصلاح پرونده: جدول ۲ نشان می‌دهد استانداردهای عمومی مستندسازی، تأیید مستندات، طبقه

جدول ۱: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران (n=21) در مورد عناصر مستندسازی در مراکز سالمندان

عناصر مستندسازی	موافق	مخالف	بدون پاسخ	جمع کل
پرونده‌های سالمندان شامل بخش اجتماعی و بالینی است.	۱۸	۲	۱	۲۱
	۸۶ درصد	۱۰ درصد	۴ درصد	۱۰۰
پرونده‌های بالینی سالمندان دربرگیرنده ارزیابی و گزارشات بالینی است.	۱۶	۴	۱	۲۱
	۷۶ درصد	۲۰ درصد	۴ درصد	۱۰۰



مستندسازی و دستورالعمل‌های حذف، اضافه، اصلاح و درخواست اصلاح با ۹۵ درصد و استانداردهای دوام با ۸۵ درصد آرای موافق کارشناسان و متخصصان همراه بوده است.

(۳) روش‌های ذخیره و بازیابی پرونده‌ها در مراکز سالمندان در شامل موارد زیر است:

- سیاست‌های ذخیره و بازیابی، نحوه شماره دهی، روش بایگانی، مدت زمان، طریقه بایگانی و تجهیزات بایگانی: جدول ۳ نشان می‌دهد، متخصصان با سیاست‌ها و رویه‌های ذخیره و بازیابی در مراکز سالمندان ۹۰ درصد موافق بوده‌اند. موارد روش بایگانی، طریقه بایگانی و روش شماره دهی ۷۵ درصد آرای موافق کارشناسان را به خود اختصاص داده است.

(۴) یافته‌های پژوهش در زمینه سیستم‌های طبقه‌بندی و کدگذاری در مراکز سالمندان شامل دو بخش است:

- رویه‌ها و سیاست‌های کدگذاری و کتاب‌های مورد استفاده در مراکز سالمندان: جدول ۴ نشان می‌دهد، سیاست‌ها و رویه‌های با موافقت ۹۰ درصد متخصصان همراه بود. درباره کتاب‌های کدگذاری نیز، کتاب‌های ICD-10 و LTC-DRG با ۷۶ درصد بیشترین آرای موافق را به خود اختصاص داده است.

(۵) استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان در حیطه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

- استانداردهای درخواست پرونده، محرمانگی، افشای اطلاعات، مدت زمان نگهداری، امحای پرونده و آموزش کارکنان: جدول ۵ نشان می‌دهد تمامی استانداردهای به دست آمده در مدیریت اطلاعات بهداشتی با توافق ۹۰ درصدی کارشناسان همراه بوده و استانداردهای مربوط به مدت زمان نگهداری و تحلیل پرونده با ۸۰ درصد آرای موافق را کسب کرد.

(۱) یافته‌های پژوهش در قسمت عناصر مستندسازی توافق ۸۰ درصد کارشناسان و متخصصین را با بخش‌های اجتماعی (داده‌های دموگرافیک، داده‌های مربوط به پذیرش، ترخیص، انتقال، فوت و داده‌های مالی) و بالینی (ارزیابی‌ها و گزارشات بالینی) نشان می‌دهد. لنگری زاده در کتاب مدیریت اطلاعات خود می‌نویسد، اطلاعات هویتی هر پرونده مراقبتی باید شامل داده‌های کافی برای احراز هویت هر دریافت‌کننده خدمات باشد. عناصر داده‌ای دموگرافیک که ممکن است تغییر یابد، باید به طور مرتب در مستندات پرونده، تغییر یافته و در یک مکان قابل

رویت از جمله برگ شناسایی بیمار، نگهداری شود. [۱۱] حسین پور (۱۳۸۵) درباره عناصر اطلاعاتی ارائه‌کننده خدمات در پرونده‌های سرپایی می‌نویسد: نام و نام خانوادگی پزشک معالج در درمانگاه ۲۵ درصد، اورژانس ۷/۹۱ درصد و در پرونده‌های جراحی سرپایی ۷/۹۱ درصد درج می‌شود. در حالی که هم‌هویت و هم‌تخصص و هم‌وضعیت استخدامی به دلیل عدم توجه هنگام طراحی در پرونده‌های سرپایی لحاظ نگردیده است. حسین پور همچنین درباره عناصر داده‌ای بالینی در پرونده‌های سرپایی به این نتیجه رسیده است که، دستورات پزشک، شرح حال در درمانگاه ۷/۴۱ درصد، یافته‌های تشخیصی، گزارشات پرستاری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص در اورژانس ۷/۹۱ درصد و در جراحی سرپایی، وضعیت بیمار در هنگام ترخیص ۱۰۰ درصد نوشته می‌شود. [۱۴]

(۲) یافته پژوهش در مورد استانداردهای مستندسازی در پرونده‌های سالمندان نشان می‌دهد این استانداردها، در زمینه‌های استانداردهای عمومی، استانداردهای تأیید مستندات، استانداردهای دوام مستندات، استانداردهای طریقه مستندسازی و دستورالعمل‌های حذف، اضافه، اصلاح و درخواست اطلاعات پرونده سالمند قابل بررسی است که با توافق ۹۰ درصد متخصصان همراه بوده است. علی پور (۱۳۸۶) در مقایسه میزان رعایت عناصر کیفی کدگذاری تشخیص‌ها و اقدامات، ضعیف مستند شدن اطلاعات پرونده پزشکی، ناکامل بودن اطلاعات پرونده پزشکی، استفاده از اختصارات تصویب نشده در پرونده، مفقود شدن اطلاعات پرونده پزشکی را به عنوان فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت کدگذاری در پرونده پزشکی بیان کرده است. [۱۵] الوندی (۱۳۸۳) معتقد است مستندسازی باید صریح باشد. در مستندسازی از نقل قول مستقیم استفاده شود، مستندسازی بهنگام، واضح و مداوم باشد. اشتباهات مستندسازی ثبت شود، همه اطلاعات مربوط ثبت و محرمانگی اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. [۱۶]

(۳) یافته‌های پژوهش در زمینه روش‌های ذخیره و بازیابی نشان می‌دهد، سیاست‌ها و رویه‌های ذخیره و بازیابی ۹۰ درصد آرای موافق متخصصان را به خود اختصاص داده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد با توافق ۷۵ درصد متخصصان مناسبترین روش بایگانی، روش الفبایی، مناسبترین مدت زمان

جدول ۲: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران (n=21) در مورد استانداردهای مستندسازی در مراکز سالمندان

استانداردهای مستندسازی در پرونده سالمندان	موافق	مخالف	بدون پاسخ	جمع کل
۱- استانداردهای عمومی مستندسازی	۲۰	-	۱	۲۱
	۹۵ درصد	-	۵ درصد	۱۰۰ درصد
	برای هر سالمند یک پرونده منحصر به فرد با یک شماره پرونده واحد تشکیل شود.			
	نام و شماره پرونده سالمند بر روی تمام صفحات ثبت شده باشد.			
۲- استانداردهای تأیید مستندسازی	۲۰	-	۱	۲۱
	۹۵ درصد	-	۵ درصد	۱۰۰ درصد
	تمام مستندات دارای تاریخ و ساعت واقعی باشد (پیش یا بعد از وقوع حادثه تکمیل نشود)			
	افراد مجاز برای مستندسازی مشخص شده باشد			
۳- استانداردهای دوام مستندات	۲۰	-	۱	۲۱
	۹۵ درصد	-	۵ درصد	۱۰۰ درصد
	داده‌ها بلافاصله پس از وقوع تکمیل شود. (به هنگام)			
	نویسنده هر کدام از مستندات باید مشخص باشد.			
۴- استانداردهای طریقه مستندسازی	۲۰	-	۱	۲۱
	۹۵ درصد	-	۵ درصد	۱۰۰ درصد
	مستندات باید به وسیله نویسنده آن تأیید و امضا شود.			
	مستندات نقل قول شده باید به وسیله انجام دهنده واقعی تأیید شود.			
۱- استانداردهای عمومی مستندسازی	۱۸	۱	۲	۲۱
	۸۵ درصد	۵ درصد	۱۰ درصد	۱۰۰ درصد
	جوهر مورد استفاده در مستندسازی باید به رنگ آبی یا مشکی باشد.			
	همیشه اصل فرمها و مستندات در پرونده قرار گیرد.			
۲- استانداردهای طریقه مستندسازی	۲۰	-	۱	۲۱
	۹۵ درصد	-	۵ درصد	۱۰۰ درصد
	دستورالعمل‌های استفاده از برچسب در پرونده مراقبتی سالمند مشخص شده باشد.			
	در نوشتن داده‌ها از کلمات مبهم استفاده نشود.			
۳- استانداردهای طریقه مستندسازی	۲۰	-	۱	۲۱
	۹۵ درصد	-	۵ درصد	۱۰۰ درصد
	در مستندسازی از ابزار نظرهای شخصی خودداری شود.			
	پاسخ سالمند به مراقبت‌ها، انحراف از استانداردهای مراقبتی توصیف شود.			
۴- استانداردهای طریقه مستندسازی	۱۹	-	۲	۲۱
	۹۰ درصد	-	۱۰ درصد	۱۰۰ درصد
	از اختصارات استاندارد به وسیله مرکز استفاده شود.			
	از اختصارات استاندارد به وسیله مرکز استفاده شود.			



ادامه جدول ۲:

جمع کل	بدون پاسخ	مخالف	موافق	استانداردهای مستندسازی در پرونده سالمندان
۲۱	۱	-	۲۰	مستندات باید خوانا باشد.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	بین خطوط مستندات پیوستگی وجود داشته باشد.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	بین ورودی‌ها توالی منطقی وجود داشته باشد.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	هرگونه تغییر شرایط در سالمند ثبت شود.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	رضایت نامه‌های اخذ شده از سالمند یا نماینده قانونی وی آگاهانه باشد.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۲	-	۲۰	دستورالعمل‌های استفاده از برچسب در پرونده مراقبتی سالمند مشخص شده باشد.
۱۰۰ درصد	۱۰ درصد	-	۹۰ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	دستورالعمل‌های اصلاح خطاها، از قلم افتادگی و اضافه کردن اطلاعات در هر مرکز وجود داشته باشد.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	در هنگام تصحیح خطاها خط منفردی روی داده خطا کشیده شود.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	دستورالعمل‌هایی برای درخواست اصلاح از طرف خود سالمند وجود داشته باشد و این درخواست در چارچوب زمانی مشخص پاسخگویی شود.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	۵- دستورالعمل‌های حذف، اضافه، اصلاح و درخواست اطلاعات
۲۱	۱	-	۲۰	مستندات مورد سؤال سالمند نباید از پرونده خارج شود.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۲	-	۱۹	مستندسازی‌ها به طور منظم ارزیابی شود.
۱۰۰ درصد	۱۰ درصد	-	۹۰ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	طرح درمان براساس ارزیابی زمان پذیرش، حین اقامت، ترخیص یا هر وقت تغییری در وضعیت سالمند به وجود آمد، نوشته و روزآمدسازی شود.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	داده‌های با تأخیر و از قلم افتاده، با ذکر ساعت و تاریخ به مستندات اضافه شوند.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	
۲۱	۱	-	۲۰	در اسرع وقت داده‌های با تأخیر را وارد شوند.
۱۰۰ درصد	۵ درصد	-	۹۵ درصد	

جدول ۳: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران (n=21) در مورد روش‌های ذخیره و بازیابی در مراکز سالمندان

رویه‌ها و سیاست‌های ذخیره و بازیابی در پرونده سالمندان	موافق	مخالف	بدون پاسخ	جمع کل
سیستم‌های ذخیره و بازیابی باید از امنیت و محرمانگی لازم برخوردار باشند.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
سیستم‌های ذخیره و بازیابی برای کاربران مجاز، در دسترس باشند.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
افراد مجاز آموزش‌های لازم را دیده باشند.	۱۹ درصد	-	۲ درصد	۲۱ درصد
برای بازگرداندن پرونده‌های خارج شده از بایگانی چارچوب زمانی مشخص وجود داشته باشد.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
امکان دسترسی به بایگانی در ساعات و روزهای تعطیل برای افراد مجاز وجود داشته باشد.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
فضای بایگانی مناسب باشد.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
سیستم‌های ذخیره و بازیابی، به صورت دوره‌ای ارزیابی شود.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
مدت زمان نگهداری مدارک پزشکی و مدارک مالی مشخص شده باشد.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
سیاست‌ها و رویه‌های نگهداری، ذخیره و بازیابی و امحای پرونده، در راستای قوانین دولتی و استانداردها باشد	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
هر مرکز باید سالانه، توسط مسئول مدارک پزشکی، به مرور و تعیین پرونده‌هایی که مشمول قانون امحا هستند، بپردازد.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
شیوه و مدت زمان نگهداری کارت‌های ایندکس (در صورت وجود) مشخص باشد.	۱۸ درصد	-	۳ درصد	۲۱ درصد
الفبایی	۱۶	۴	۱	۲۱ درصد
شماره‌ای مستقیم	۱۴	۴	۱	۲۱ درصد
روش‌های بایگانی	۱۲	۸	۱	۲۱ درصد
ترمینال دیجیتال	۱۲	۸	۱	۲۱ درصد
میدل دیجیتال	۱۲	۸	۱	۲۱ درصد
مدت نگهداری	۲	۱۴	۵	۲۱ درصد
۵ سال	۱۰ درصد	۶۷ درصد	۲۳ درصد	۲۱ درصد
۱۰ سال	۱۱ درصد	۲۳ درصد	۵ درصد	۲۱ درصد
۱۵ سال	۱۵ درصد	۵ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
	۷۱ درصد	۵ درصد	۲۴ درصد	۲۱ درصد



جدول ۴: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران (n=21) در مورد سیستم‌های طبقه‌بندی و کدگذاری

رویه‌ها و سیاست‌های کدگذاری پرونده سالمندان	موافق	مخالف	بدون پاسخ	جمع کل
مسؤل مدارک پزشکی، کدها را از نظر صحت و کامل بودن ارزیابی کند.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
کدگذاران باید دوره‌های آموزشی کافی و لازم - داخل مرکز یا بیرون از آن- را بگذرانند	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
کدگذاران باید درباره سیستم‌های طبقه‌بندی مرتبط با امور مالی، آموزش ببینند.	۱۹ درصد	۱ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
پرونده‌ها باید در زمان پذیرش مجدد سالمند، هر سه ماه یکبار، هنگام ترخیص، وقتی تشخیصی به پرونده اضافه شد و یا تغییری در تشخیص رخ داد، مجدداً کدگذاری شوند.	۱۸ درصد	۲ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
کدگذاران باید از رابطه کدگذاری بهداشتی و چرخه مربوط به صورتحساب آگاهی داشته باشند.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
کدهای درج شده در صورتحساب باید نشان دهنده خدمات انجام شده و منابع مصرفی برای سالمند باشد.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
کدهای ثبت شده در صورتحساب باید به وسیله مستندات مدارک پزشکی مورد تأیید قرار گیرد.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
کارکنان امور مالی باید توانایی تشخیص درست و کامل بودن کدها در صورتحساب، راداشته باشند.	۲۰ درصد	-	۱ درصد	۲۱ درصد
ICD-9-CM	۱۶ درصد	۸ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
ICD-10	۱۲ درصد	۴ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
CPT	۱۹ درصد	۱۶ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
HCPCS	۱۹ درصد	۱۶ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
LTC-DRG	۱۶ درصد	۴ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
ICPM	۱۹ درصد	۱۶ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد
RUG	۱۹ درصد	۱۶ درصد	۱ درصد	۲۱ درصد

کتب کدگذاری
در مراکز
سالمندان

دارد، شیوه نگهداری و ارائه آنها به نیازمندان مدارک پزشکی است که نباید نادیده گرفته شود. [۱۷] حسین پور (۱۳۸۵) درباره فضای بایگانی می‌نویسد: تقریباً ۷/۴۱ درصد واحدهای سرپایی فضای کافی جهت ذخیره سازی و بازیابی پرونده‌ها را داشتند و این فضا به طور متوسط ۵۰ درصد مناسب می‌باشد. [۱۴] همچنین صلاحی (۱۳۷۷) در بررسی وضعیت ذخیره و بازیابی

نگهداری پرونده‌های سالمندان ۱۵ سال و مناسبترین روش شماره دهی به پرونده‌ها، روش الفبایی است. حاجوی معتقد است درباره نگهداری مدارک پزشکی پاسخ به چند سؤال اهمیت زیادی دارد، مدارک پزشکی برای چه کسی، برای کجا، با چه روشی، به چه منظوری نگهداری می‌شود. لذا نگهداری مدارک پزشکی از چند دیدگاه قابل تأمل است. اما آنچه اهمیت

جدول ۵: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران (n=10) در مورد استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان

رویه‌ها و سیاست‌های کدگذاری پرونده سالمندان	موافق	مخالف	بدون پاسخ	جمع کل
استانداردهای درخواست پرونده	۹ ۹۰ درصد	-	۱ ۱۰ درصد	۱۰ ۱۰۰ درصد
استانداردهای محرمانگی اطلاعات	۹ ۹۰ درصد	-	۱ ۱۰ درصد	۱۰ ۱۰۰ درصد
۵- استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان	۹ ۹۰ درصد	-	۱ ۱۰ درصد	۱۰ ۱۰۰ درصد
استانداردهای افشای اطلاعات	۹ ۹۰ درصد	-	۱ ۱۰ درصد	۱۰ ۱۰۰ درصد
استانداردهای مدت زمان نگهداری	۸ ۸۰ درصد	۱ ۱۰ درصد	۱ ۱۰ درصد	۱۰ ۱۰۰ درصد
استانداردهای امحا	۹ ۹۰ درصد	-	۱ ۱۰ درصد	۱۰ ۱۰۰ درصد
استانداردهای آموزش	۹ ۹۰ درصد	-	۱ ۵ درصد	۱۰ ۱۰۰ درصد

و استانداردهای آموزش کارکنان ضعف مدیریت اطلاعات باعث می‌شود اداره امور در قسمت‌های مختلف مراکز مراقبت بهداشتی شدیداً با مانع مواجه شود. بنابراین ضرورت دارد که متخصصان اطلاعات بهداشتی برای شماره دهی، بایگانی، توزیع و نگهداری اطلاعات مرکز بهداشتی، سیستم‌هایی را به وجود آورند. شاید مهمترین عامل در ایجاد رابطه مطلوب با سایر بخش‌های مراقبت بهداشتی، کارایی در این امور باشد. [۱۰] پاک (۱۳۷۸) در بررسی لزوم نظارت و ارزیابی واحدهای مدارک پزشکی از دیدگاه مدیریت بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران به این نتیجه دست یافته است که نظارت و ارزیابی واحدهای مدارک پزشکی خصوصاً جهت بررسی عملکرد کادر پزشکی و پیراپزشکی ضروری است. اهمیت مدارک پزشکی در کیفیت درمان و درگیری مسائل مالی و بودجه بیمارستان با مندرجات پرونده پزشکی از دیگر فاکتورهای مؤثر بر ایجاد الزام برای نظارت بر این واحداست. [۲۰]

بحث و نتیجه‌گیری

- یافته‌ها حاکی از آن است الگوی نهایی عناصر مستندسازی (کلیت پرونده سالمند) بیشترین سازگاری را با کشور آمریکا، سپس کانادا و ژاپن دارد؛ - در زمینه استانداردهای مستندسازی در پرونده سالمندان، الگوی نهایی با الگوی کشور آمریکا، کاملاً مطابق است، سپس با الگوی کشور کانادا سازگاری بیشتری را

پرونده‌های پزشکی بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران بدین نتیجه دست یافت که وضعیت سیستم ذخیره و بازیابی مدارک پزشکی با استانداردهای ملی و AHIMA در ۶/۴۹ درصد موارد همخوانی دارد. [۱۸]

(۴) در زمینه سیستم‌های طبقه‌بندی و کدگذاری در مراکز سالمندان، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، رویه‌ها و سیاست‌های کدگذاری مورد توافق ۹۰ درصد متخصصان است و کتاب‌های LTC-DRG و ICD-9-CM با ۷۶ درصد آرای موافق کارشناسان و متخصصان به عنوان کتاب‌های منتخب در مراکز سالمندان انتخاب شد. احمدی و صدوقی معتقدند، داده‌های بالینی کدگذاری شده برای بازیابی اطلاعات مراقبت از سالمند، توسعه عملکرد، پژوهش، برنامه‌ریزی و مدیریت مراکز مورد نیاز می‌باشد. برای دست‌یابی به بازپرداخت‌های عادلانه به ازای خدمات مراقبت بهداشتی ارائه شده نیز از داده‌های کدگذاری شده استفاده می‌شود. [۳] سازمان جهانی بهداشت در مقاله‌ای با عنوان بهبود کیفیت داده- راهنمای کشورهای در حال توسعه بیان کرده است که رویه کدگذاری تضمین‌کننده کیفیت است. [۱۹]

(۵) در زمینه استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان در موارد زیر استانداردهایی به دست آمد: استانداردهای درخواست پرونده، استانداردهای محرمانگی، استانداردهای افشای اطلاعات، استانداردهای مدت زمان نگهداری و تحلیل پرونده، استانداردهای امحای پرونده

10. American Health Information Management Association. Documentation in the Long Term Care Record. available at: www.ahima.org;2006.

۱۱. لنگری زاده، مصطفی. گروه مترجمین. مدیریت اطلاعات بهداشتی. تهران: مؤسسه فرهنگی هنری دیباگران؛ ۱۳۸۱.

۱۲. ابراهیمی، پ. بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های تابعه سازمان تأمین اجتماعی مستقر در تهران ۱۳۷۶. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۷.

۱۳. محمدپور، ع. مطالعه تطبیقی استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بین‌المللی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۵.

۱۴. حسین پور، ح. نقش مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراقبت سرپایی در ایران و کشورهای منتخب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۵.

۱۵. علی پور، جهانپور. مقایسه میزان رعایت عناصر کیفی کدگذاری تشخیص‌ها و اقدامات در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهیدبهشتی در نیمه اول سال ۱۳۸۵. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۶.

۱۶. الوندی، ب. بررسی نقش آموزش مستندسازی به پزشکان در بهبود ثبت اطلاعات پرونده کلینیکی بیماران بستری در بیمارستان شهید فیاض بخش. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۳.

۱۷. حاجوی، اباذر؛ سرباز، م؛ مرادی، ن. مدارک پزشکی ۳ و ۴. تهران: انتشارات جهان رایانه؛ ۱۳۸۱.

۱۸. صلاحی، م. بررسی وضعیت ذخیره و بازیابی پرونده‌های پزشکی بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مقایسه آنها با استانداردهای ملی و آهیما. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۷.

19. World Health Organization. Improving Data Quality-a Guide for Developing Countries. Available at: <http://wholibdoc.who.int/wpro/2003/9290610506.pdf>; 2003.

۲۰. پاک، ن. گروم نظارت و ارزیابی واحدهای مدارک پزشکی از دیدگاه مدیریت بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی در مانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸.

نشان می‌دهد؛ - در زمینه الگوی نهایی روش‌های ذخیره و بازیابی در مراکز سالمندان، الگوی نهایی با الگوی کشور آمریکا بیشترین مطابقت را نشان می‌دهد؛ - الگوی نهایی سیستم‌های طبقه‌بندی و کدگذاری در مراکز سالمندان، با الگوی کشورهای آمریکا و کانادا کاملاً مطابقت دارد؛ - الگوی نهایی استانداردهای مدیریت اطلاعات بهداشتی در مراکز سالمندان ایران به الگوی کشور آمریکا و کانادا گرایش کامل را نشان می‌دهد؛ و - بر اساس نتایج فوق می‌توان گفت که به طور کلی ساختار الگوی نهایی مدیریت اطلاعات بهداشتی ایران به الگوی کشور آمریکا گرایش داشته است.

فهرست منابع

1. AHIMA/FORE Long Term Care Taskforce. Michelle Dougherty ,RHIA, HIM Practice Manager. Long Term Care and Health Information Practice and Documentation Guidelines ;2001.
2. AHIMA. Long Term Health Information Technology Summit; ACHCA Strategic Partner White Paper Response. available at: www.ahima.org;2006.
۳. صدوقی، فرحناز؛ احمدی، مریم؛ اسدی، فرخنده؛ جلالی فرد، ب. مدیریت اطلاعات بهداشتی، مدیریت یک منبع استراتژیک. تهران: انتشارات ویژه پرداز؛ ۱۳۸۲.
۴. حاتمی، ح. مبانی طب سالمندان در قانون این سینا؛ ۱۳۸۱.
۵. مجله الکترونیکی همشهری، همشهری آنلاین. روز جهانی سالمند؛ مهر ماه ۱۳۸۵.
6. Abdullah , M. Grostic , S. Hanken , A. Jacobs , E. Health Information: Management of Strategic Resource. USA, W.B.Saunders Company ; 2001.
7. Ministry of Health and Long Term care, Canada. Long-Term Care Planning and Renewal Branch;2007.
8. Hancock, John. Long term care information and LTC insurance overview. AHIMA Journal. available at: www.ahima.org/LTC;2000.
9. Joint commission of accreditation. About Long Term Care Accreditation. available at: www.JCAHO.org ;2006.

Designing a Health Information Management model for elderly care centers in Iran

Hajavi A.¹ / Gholipour L.² / Haghani H.³

Abstract

Introduction: Nursing care facilities are among a variety of health care services. Nursing care facilities refers to a broad spectrum of health, social, supportive, medical and rehabilitation cares. People that lives in these facilities can choose their services. Then, nursing care facilities need some professional organizing and standards about health information management.

Methods: This is a comparison-qualitative study. The data was collected from professional texts, articles, internet, and elderly care centers. In this research health information management in elderly care centers in America, Canada, Japan and Iran were compared. Considering similarity and differences characteristics of health information management, a model were suggested. Using Delphi methods, the recommended model was put into practice in two phases. The data collection tool were questionnaires. Findings were analyzed, and a final model for Iran was presented.

Results: Findings divide in to five section: 1. documentation elements (social data, clinical data), 2. documentation standard (general standards, authentication, permanency, manner of documentation, guidelines for handing correction, errors, omission) 3. storage and retrieval standards (policy and procedure of storage and retrieval, filing method, maintenance of record, time, manner of filing, filing equipment), 4. coding system (policy and procedure of coding, coding books) 5. health information management standards (request for medical record, confidentiality, release of information, maintenance standard, destruction, staff training).

Conclusion: In conclusion, the final model of health information management tend to American and Canada model of health information management. It has the lowest similarity to Japanning model. It is suggested that guidelines about documentation elements, documentation standard, filing and retrieval, coding and health information management standards were published and updated annually.

Keywords: *health information management, elderly care centre, standard*

1- Faculty member, School of Management and Medical information Sciences, Iran University of Medical Sciences

2- MS Student, School of Management and Medical information Sciences, Iran University of Medical Sciences

3- Faculty member, School of Management and Medical information Sciences, Iran University of Medical Sciences