

سازمان های مراقبت بهداشتی و کیفیت اطلاعات

نویسندگان: دکتر سیدجمال الدین طبیبی^۱
دکتر حمید مقدسی^۲

چکیده:

اگر چه صنعت مراقبت بهداشتی نسبتاً دیرتر از سایر سازمان ها در خط بی پایان مسابقه کیفیت شروع به حرکت کرده است ولی خوشبختانه این قاعده کلی وجود دارد که آغاز کنندگان با تأخیر، از آموخته های پیشگامان [که با قیمت گزاف فراهم شده] درس می آموزند و می توانند از چاله هایی که پیشروان در آن افتاده اند اجتناب ورزند. تمایل صنعت مراقبت بهداشتی به مقوله های کیفیت و مدیریت کیفیت فراگیر بطور خود جوش در دهه ۱۹۸۰ آشکار شده است و نیز با در هم ادغام شدن و پیچیده تر شدن سازمان های مراقبت بهداشتی در کشورهای پیشرفته، لزوم برنامه ریزی استراتژیک مبتنی بر کیفیت وجود دارد. از دید اقتصادی، مراقبت بهداشتی یک کالا است و ارزش آن در خلال فعالیت خریداران و فروشندگان آن در محل بازار مشخص شده است. کارایی بازارهای مراقبت بهداشتی مانند سایر بازارها بستگی به سه پارامتر دارد: تعادل مقداری طرفین دادوستد، عوامل خارجی، قابلیت استفاده اطلاعات برای تمام شرکت کنندگان در جریان دادوستد.

صرف نظر از اینکه مرکزیت هر فعالیت حرفه ای، تلاش مداوم برای بهبود عملکرد است و بر این اساس مؤسسات مراقبت بهداشتی نیز همچون سایر سازمان ها از چنین تلاشی فروگذاری نکرده اند؛ فلسفه توجه به امر کیفیت مراقبت، وجود مسایل و مشکلات در قلمرو مراقبت بهداشتی است که سریعتر از آنکه بتوان آن ها را مشخص نمود بوجود می آیند. مراقبت بیمار بر حرف کلینیکی متعددی تمرکز دارد (از آن جمله: پزشکی، پرستاری، داروسازی، تغذیه، تنفس درمانی، فیزیوتراپی، شغل درمانی) و در تمام این رده های شغلی، کیفیت تصمیمات کلینیکی وابسته به کیفیت اطلاعات قابل استفاده برای تصمیم گیرندگان است و لذا آن سیستمی که اطلاعات را جهت مراقبت بیمار اداره می کند بسیار ضروری و حیاتی می باشد. وجود ارتباط کامل میان تصمیم گیری پزشکی، تجمع داده های کلینیکی، هزینه های مراقبت بهداشتی، دست آوردهای بیمار از مراقبت، و کیفیت مراقبت بوضوح مشخص است و عرضه مراقبت با کیفیت و هزینه اثربخش، مستلزم بکارگیری ابزارهای مؤثر در پشتیبانی تصمیم گیری مبتنی بر سیستم اطلاعات مراقبتی با کیفیت است. نتیجه آنکه: کیفیت مراقبت در گرو عوامل عدیده از آن جمله کیفیت اطلاعات است؛ و در هر حال افزایش کیفیت منجر به کاهش هزینه ها خواهد شد.

کلید واژه: سازمان های مراقبت بهداشتی، کیفیت اطلاعات، کیفیت مراقبت بیمار

سازمان های مراقبت بهداشتی و کیفیت

آنچه کرافورد میسون و دوینس در گزارشی تحت عنوان "تفکر درباره کیفیت" مطرح کرده اند بیان کنند: "اگر یک سیستم کیفیت

با توجه به مسایلی که مؤسسات مراقبت بهداشتی پیش رو دارند جای تعجبی ندارد که طرفداران کیفیت اظهاراتی از قبیل

دکتر سید جمال الدین طبیبی و همکاران...

علاقه و استراتژیک است و برنامه ریزی استراتژیک مبتنی بر کیفیت موجب می شود تا سازمان از جلب توجه مشتریان و سهام داران عمده خود (شامل بیماران، کارکنان، پزشکان، شرکتهای بیمه، و در سطح وسیعتر: جامعه) اطمینان حاصل کند (۲۴). سازمان های مراقبت بهداشتی بطور فزاینده ای به یکدیگر الحاق می یابند و سیستم بهداشتی یکپارچه و پیوسته ای را پدید می آورند که «تداوم مراقبت» را تسهیل نمایند، ظرفیت مازاد را کاهش دهند، و طیف وسیعی از خدمات را فراهم کنند تا مصرف کنندگان استفاده برند و تقاضای شرکتهای بیمه افزایش یابد (۲۴). نکته قابل ذکر اینکه اگر چه به نظر می رسد بهم پیوستن سازمان های مراقبت بهداشتی در جوامع پیشرفته جهت تشکیل سیستم یکپارچه ارائه مراقبت، به عنوان راهکاری برای حصول کیفیت مراقبت به اجرا در آمده است لیکن بطور قطع وسعت یافتن و پیچیده تر شدن هر نظام به نوبه خود در پی آورنده مسایل نوین و نیازهای تازه ای است که در سطحی وسیعتر مطرح می شوند و لذا لزوم تحقق دقیق کیفیت در سایه برنامه ریزی استراتژیک بخوبی مشخص است.

مراقبت

موضوع کلیدی و محوری سازمان های مراقبت بهداشتی، مراقبت است که مؤسسه پزشکی آمریکا (IOM) آن را چنین تعریف کرده: درجه ای از خدمات بهداشتی که متناسب با دانش حرفه ای متخصصین، پیامدهای مطلوب بهداشتی را برای افراد یا جامعه افزایش می دهد (۱۴). همچنین انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا مراقبت را به عنوان مجموعه خدمات و فعالیتهایی که توسط صاحبان حرف پزشکی، پرستاری، و حرف وابسته، و در یک مؤسسه مراقبت بهداشتی به منظور تأمین سلامتی بیماران یا مراجعه کنندگان ارائه می شود، تلقی می کند (۲). شورتلیف نیز مراقبت بیمار را یک فرایند چند شغلی که مشتمل بر خدمات پزشکان، پرستاران و سایر اعضای حرف بهداشتی است و متناسب با نیازهای بیماران به اجرا در می آید می داند (۳۸).

اما از دید اقتصادی، مراقبت بهداشتی یک کالا است و ارزش آن در خلال فعالیت خریداران و فروشندگان آن در محل بازار

استفاده می شد آنگاه بیشتر مسایل موجود رفع می گردید و برای مثال مسلماً هزینه کاهش می یافت. بر آورد فعلی این است که یک صنعت خدماتی (از جمله صنعت مراقبت بهداشتی در آمریکا) بدون مدیریت کیفیت ۲۵ تا ۴۰ درصد بودجه خود را به هدر می دهد. طبق برآوردهای انجام شده این مبلغ در حدود ۲۲۵ تا ۳۶۰ بیلیون دلار در سال ۱۹۹۳ بوده است (۱۴).

اگر چه برخی افراد همچون هوفمن و اسکورکا اعلام می نمایند که «ارزیابی کیفیت مراقبت پزشکی عمری به قدمت علم پزشکی دارد» (۲۶) و یا «مؤسسات مراقبت بهداشتی از مدتهای مدید با انجام بررسی مرگ ها و بیماریها، و ممیزی های گذشته نگر، درگیر ارزیابی کیفیت مراقبت شده اند» (۴۰) با اینحال صاحب نظران دیگری چون کاروسلی اظهار می کنند: صنعت مراقبت بهداشتی نسبتاً دیرتر از سایر سازمان ها در خط بی پایان مسابقه کیفیت شروع به دویدن نموده است (۱۴). وی سودمندی این آغاز با تأخیر را استفاده از تجربه آنان که در پیمودن این راه پیشگام بوده اند می داند و معتقد است: شروع کنندگان با تأخیر، از آموخته های پیشگامان [که با قیمت گزاف فراهم شده] درس می آموزند و می توانند از چاله هایی که پیشروان در آن افتاده اند اجتناب ورزند (۱۴).

بهر حال آنچه مسلم است اینکه امروزه مؤسسات مراقبت بهداشتی به قصد پایش و ارزیابی کیفیت مراقبت جهت گیری نموده اند و به این منظور فعالیتهای عدیده ای از قبیل: تضمین کیفیت، بهبود کیفیت، مدیریت کیفیت فراگیر، مدیریت بهره برداری، اعتبارسنجی، و مدیریت خطرات انجام می دهند؛ و اگر چه همه این فعالیتهای حول محور کیفیت صورت می گیرد ولی از حیث مفهومی و عملیاتی و جوه افتراق مشخصی میان فعالیتهای ذکر شده وجود دارد.

البته بنا به نظر کاروسلی تمایل صنعت مراقبت بهداشتی به مقوله های کیفیت و مدیریت کیفیت فراگیر بطور خود جوش در دهه ۱۹۸۰ آشکار شده است (۱۴) و نیز با در هم ادغام شدن و پیچیده تر شدن سازمان های مراقبت بهداشتی در کشورهای پیشرفته از جمله آمریکا، لزوم برنامه ریزی استراتژیک مبتنی بر کیفیت وجود دارد. هوراک در این باره می گوید: اکنون برای سازمان های مراقبت بهداشتی، بهبود کیفیت یک موضوع مورد

بطور همزمان مادر حال چالش با آنها هستیم. این چالش ممکن است بر سر تشخیص، آزمایشات، مدت اقامت و مواردی از این قبیل باشد، ولی آیا این چالش بخاطر از دست رفتن اعتماد ما نسبت به سیستم بهداشتی است؟ مطمئناً اینطور نیست بلکه ما دوست داریم باور کنیم که به عنوان یک مشتری باید حق مشارکت فعال در بهداشت خود را داشته باشیم. به همین ترتیب نیز فراهم کنندگان مراقبت در مورد بهره‌وری، هزینه‌ها و سودها نگرانند (۴۲).

چاکوبز به نقل از پال لمبک، کیفیت مراقبت را با تکیه بر پیامدهای مراقبت چنین توصیف می‌کند: "بهترین اندازه کیفیت مراقبت این نیست که یک خدمت پزشکی چندبار یا چقدر خوب ارائه شود بلکه مربوط است به اینکه تا چه اندازه نتایج رویه‌های مراقبتی به اهداف بنیادی از قبیل: استمرار زندگی، رفع ناراحتی، احیای توان کاری، و پیشگیری ناتوانی نزدیک باشد." چاکوبز ادامه می‌دهد: برخی از افراد هدف مداخله بیمارستانی را کاهش مرگ، بیماری، ناتوانی، و نارضایتی توصیف کرده‌اند و پیشنهاد نموده‌اند که هدف بستری‌سازی بیمار حداکثر امکان بازگرداندن او به حالت جسمانی و روانی قبل از بروز بیماری است. بنابراین کیفیت مراقبت به عنوان آن سطح از مراقبت که منجر به حصول بهینه چنین نتایجی گردد ملاحظه می‌شود (۲۸). دیویس به کیفیت در صنعت مراقبت بهداشتی نگاهی کلی تر و مشتری محورانه دارد و چنین بیان می‌کند: بهر حال در قلمرو مراقبت بهداشتی، کیفیت توسط شخص یا مؤسسه‌ای که محصول یا خدمت را ارزیابی می‌کند تعیین می‌شود. بعضی افراد کیفیت را به عنوان "آنچه در حد اعلاست" تعریف می‌کنند؛ در حالیکه برخی دیگر ممکن است در مورد کیفیت بر پایه پیامدهای خدمت قضاوت کنند. مشتریان افرادی هستند که درباره کیفیت قضاوت می‌نمایند و در قلمرو مراقبت بهداشتی مشتریان عدیده‌ای وجود دارد که از آن جمله بیماران، پزشکان شرکتهای بیمه، دادستان و وکلای دعاوی، مؤسسات اعتبارسنجی، و کارکنان هستند. هر یک از این مشتریان کیفیت را از دیدگاه متفاوتی تحلیل می‌کند و لذا بحث درباره مدیریت کیفیت مراقبت می‌تواند در راههای گوناگون فراوانی هدایت شود. واکنش بیماران بر مبنای ادراکی است که از کیفیت خدمات و

مشخص شده است. طبق تعریف، کارآیی بازار یک ارزش حقیقی است زیرا رضایت نسبی مصرف کنندگان و تولید کنندگان را به حداکثر می‌رساند. کارآیی بازارهای مراقبت بهداشتی مانند سایر بازارها بستگی به سه پارامتر دارد: تعادل مقداری طرفین داد و ستد (تعداد خریداران در برابر تعداد فروشندگان)، عوامل خارجی (عوامل خارجی که برای اعمال بازار به عنوان مانع هستند یا موجب تحریف آن می‌شوند)، و قابلیت استفاده اطلاعات برای تمام شرکت کنندگان در جریان داد و ستد (۷).

کیفیت مراقبت

صرفنظر از اینکه مرکزیت هر فعالیت حرفه‌ای، تلاش مداوم برای بهبود عملکرد است (۲۸) و بر این اساس مؤسسات مراقبت بهداشتی نیز همچون سایر سازمان‌ها از چنین تلاشی فروگذاری نکرده‌اند؛ بر حسب نظر دیویس یکی از دلایل جهت گیری این مؤسسات و از آن جمله بیمارستانها به سمت بهبود عملکرد و مقوله کیفیت، بالا بودن میزان مرگ و میر بیماران در قرن هجدهم بوده است و از اینرو مفهوم کیفیت در مراقبت بهداشتی آمریکا از قرن نوزدهم رديابی می‌شود. در اواخر این قرن سرانجام بیمارستانها به عنوان محلی که افراد می‌توانند سلامتی خود را باز یابند شناخته شدند. در خلال این زمان دو انجمن مهم یکی انجمن پزشکی آمریکا و دیگری انجمن بیمارستانهای آمریکا تأسیس شدند و بطور جدی برای ارتقاء کیفیت مراقبت بهداشتی از طریق آموزش پزشکی استاندارد و اقدامات بیمارستانی کار کردند (۱۸).

استاماتیس نیز فلسفه توجه به امر کیفیت مراقبت را وجود مسایل و مشکلات در قلمرو مراقبت بهداشتی می‌داند که سریعتر از آنکه بتوان آن‌ها را مشخص نمود بوجود می‌آیند. او اظهار می‌دارد: "توقع آن می‌رود که بروز این مسایل در قرن بیست و یکم نیز ادامه یابد." (۴۲) وی پیرامون مقوله کیفیت در قلمرو مراقبت بهداشتی می‌گوید: ما از گذشته‌های دور یاد گرفته ایم که "پزشکان بهتر از هر کسی می‌دانند" و "مؤسسات بهداشتی همیشه بهترین مراقبت را برای بیماران فراهم می‌کنند" ولی از دهه ۱۹۹۰ به بعد ما دیگر به این عقاید مطمئن نیستیم. بطور یقین ما پزشکان را قبول داشته؛ به مؤسسات مراقبت بهداشتی اعتقاد داریم اما

اطلاعات مراقبت بهداشتی

اطلاعات مراقبت بهداشتی شامل کلیه اطلاعات مربوط به فرایند مراقبت بیمار اعم از اطلاعات هویتی، مالی و درمانی است که در قالب پرونده پزشکی (بهداشتی) قرار می‌گیرد. هاموند اظهار می‌دارد: مدت‌های طولانی است که اهمیت پرونده پزشکی در سیستم ارائه مراقبت بهداشتی تشخیص داده شده است. فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۷۳ در کتابی تحت عنوان "یادداشتهایی پیرامون بیمارستان" ارتباط پرونده پزشکی را با مراقبت بیمار و مدیریت بهداشتی مستند نمود. مراقبت بهداشتی یک فرایند مستمر است که در خلال آن، داده‌ها بطور فزاینده گردآوری می‌شود و لذا پرونده پزشکی باید به منزله یک سیستم مادام‌العمر (قبل از تولد تا پس از مرگ) عمل نماید تا نیازهای هر نوع مراقبت اعم از اولیه یا ویژه را بر طرف کند (۲۲). بطور ایده‌آل پرونده پزشکی باید مخزن اولیه و اصلی کلیه اطلاعات مربوط به مراقبت بیمار باشد تا امکان پشتیبانی از تصمیم‌رأفراهم‌نماید و به مثابه ابزاری مهم برای حمایت از فعالیتهای وابسته به مراقبت بهداشتی از قبیل: مدیریت، تضمین کیفیت، پژوهش، و اپیدمیولوژی عمل کند (۲۳).

شورتلیف می‌نویسد که مراقبت بیمار بر حرف کلینیکی متعددی تمرکز دارد از آن جمله: پزشکی، پرستاری، داروسازی، تغذیه، تنفس درمانی، فیزیوتراپی، شغل درمانی. در تمام این رده‌های شغلی، کیفیت تصمیمات کلینیکی وابسته به کیفیت اطلاعات قابل استفاده برای تصمیم‌گیرندگان است و لذا آن سیستمی که اطلاعات را جهت مراقبت بیمار اداره می‌کند بسیار ضروری و حیاتی می‌باشد (۳۸). هانن با تأکید بر گفته شورتلیف ادامه می‌دهد: وجود ارتباط کامل میان تصمیم‌گیری پزشکی، تجمع داده‌های کلینیکی، هزینه‌های مراقبت بهداشتی، دست‌آوردهای بیمار از مراقبت، و کیفیت مراقبت بوضوح مشخص است و عرضه مراقبت با کیفیت و هزینه‌اثر بخش، مستلزم بکارگیری ابزارهای موثر در پشتیبانی تصمیم‌گیری مبتنی بر سیستم اطلاعات مراقبتی است (۲۳).

اسمیت مقصود اصلی از شکل‌گیری پرونده بیمار را مستندسازی مراقبت او می‌داند و ادامه می‌دهد: پرونده پزشکی چه بصورت کاغذی یا به شکل کامپیوتری فرقی نمی‌کند، نکته

مراقبت دریافت شده دارند؛ پزشکان نیز مؤسسه را از چشم بیماران و کادری می‌نگرند؛ شرکتهای بیمه هم کیفیت یک مؤسسه را بر اساس میزان هزینه و پیامدهای خدمات ارائه شده به بیمه‌شدگان خود مشاهده می‌کنند؛ و کارکنان ممکن است کیفیت را از حیث کفایت کارکنان و مدیریت ببینند (۱۸). پارسلی بهبود مراقبت بهداشتی را در گرو مدنظر قرار دادن ارتباط منحصر بفردی که میان متخصصین مراقبت و بیمار وجود دارد می‌داند و ابراز می‌کند: "آثر بخشی یک مداخله هدفمند در راستای بهبود سلامتی بیمار، هم تحت تأثیر مهارت‌ها و دانش افرادی است که فرایند مراقبت را اجرا و اداره می‌کنند و هم تحت تأثیر پاسخ فیزیکی و روانی بیمار (کسی که مراقبت را دریافت می‌نماید) می‌باشد. "او همچنین از قول هارپر، بر ارتباطی که بین افزایش کیفیت مراقبت و افزایش کفایت فراهم‌کنندگان مراقبت وجود دارد تأکید می‌کند (۳۶).

اگر گفته پارسلی و هارپر را مبنا قرار دهیم آنگاه می‌توان چنین استدلال نمود: فراهم‌کننده اصلی مراقبت، سازمان مراقبت بهداشتی است که با هدف تأمین سلامتی بیمار فعالیت می‌کند و با سه ویژگی الف) برخوردار از امکانات و تسهیلات دائمی؛ ب) ارائه خدمات مراقبتی؛ ج) حفظ اطلاعات مراقبتی مشخص می‌گردد و برآیند حاصل از این سه ویژگی همان کفایت است که بهبود و ارتقاء آن در گرو فعالیت سازمان حول سه محور یاد شده و در راستای بهبود عملکرد و کیفیت می‌باشد. به تعبیر دیگر کفایت سازمان مراقبت بهداشتی برآیند سه مؤلفه یا برادر: کفایت نیروی انسانی متخصص و تجهیزات بکار گرفته شده، کیفیت مراقبت، و کیفیت اطلاعات مراقبتی است.

قابل تأکید است اندیشه و تصور آنکه هر یک از سه مؤلفه مذکور به تنهایی بتواند موجب تحقق کیفیت مراقبت و یا بهبود آن گردد کاملاً نادرست می‌باشد.

بر اساس آنچه بیان شد سازمان مراقبت بهداشتی بدون هر یک از سه ویژگی یاد شده، دیگر به عنوان سازمان مراقبت بهداشتی شناخته نمی‌شود و از آنجا که موضوع این مطالعه اطلاعات مراقبتی است لذا بهبود عملکرد این نوع سازمان و کیفیت مراقبت مربوطه از بُعد اطلاعاتی بحث می‌گردد.

حائز اهمیت این است که متخصصین مدیریت اطلاعات بهداشتی در تلاشند تا الزامات مستندسازی را بر طرف نمایند؛ و پرونده ها بطور روزمره برای مقاصد عدیده ای به شرح زیر استفاده می شود:

- فراهم نمودن ابزار برقراری ارتباط میان پزشک و سایر اعضای تیم مراقبت بیمار.
- فراهم کردن پایه ای برای ارزیابی کفایت و مناسب بودن مراقبت.

- فراهم نمودن ادله منطقی در برابر ادعای شرکتهای بیمه.
- حفاظت قانونی از بیمار، مؤسسه، و پزشک.
- فراهم کردن داده های بالینی به منظور آموزش و پژوهش (۴۱).

مانگر نیز ضمن تأکید بر ضرورت مستندسازی پرونده پزشکی؛ درباره ثبت حقایق بایسته، یافته ها، مشاهدات و بررسیهای مربوط به شرح حال بهداشتی بیمار اظهار می دارد: پرونده پزشکی در حقیقت مستندات مربوط به مراقبت از بیمار است و به عنوان یک عنصر مهم در امر مراقبت با کیفیت دخالت دارد. او علاوه بر کاربردهایی که اسمیت درباره اطلاعات مراقبتی مطرح کرده، "تداوم مراقبت" و "بررسی میزان بهره برداری از منابع" را در گرو وجود پرونده پزشکی می داند (۳۲).

پرونده پزشکی (بهداشتی) ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری، و ارتقاء سلامتی و بهداشت است. همچنین در آماده سازی آمارهای خدمات بهداشتی در راستای ارزیابی کارایی و اثربخشی کمک می کند و گواه محکمی است در مورد در مانها و خدمات مراقبتی ارائه شده به بیمار. پرونده پزشکی (اطلاعات مراقبتی) فرایند آموزش پزشکی، خدمات بهداشتی، و پژوهش بالینی را پشتیبانی می کند و برای جبران هزینه های مربوط به خدمات مراقبت بهداشتی مستنداتی فراهم می نماید؛ و علاوه از آن برای سیاست گذاری مراقبت بهداشتی، قانونگذاری، اعتبارسنجی، و اصلاح مراقبت بهداشتی استفاده می شود (۳۹).

آجلونی درباره کاربرد اطلاعات مراقبتی در ارزیابی ها چنین می گوید: در قرن بیستم پرونده های بالینی بطور معمول به

عنوان ابزاری برای ارزیابی کیفیت مراقبت پزشکی، آموزش پزشکان، و ارزیابی نتایج درمان و نیز مدیریت استفاده می شود (۳). وی در همان منبع، دلیل این کاربرد را افزایش اهمیت مسایل قانون پزشکی و تبعات آن ابزار می کند که موجب گردیده تا سازمان های مراقبت بهداشتی به بهبود عملکرد خویش و کیفیت مراقبت توجه بیشتری نمایند.

سازمان بهداشت ملی انگلستان اهمیت اطلاعات مراقبتی را برای خود چنین توصیف می کند: اطلاعات برای NHS همچون خون برای بدن حیاتبخش است و به منظور ارائه مراقبت بهداشتی با کیفیت، آن اطلاعات وقتی سودمند است که در همان بار اول به دقت و درست ثبت شده باشد؛ بطور منظم روز آمد شود؛ و در صورت نیاز به راحتی قابل دسترس باشد. مدیریت مؤثر اطلاعات مراقبتی موجب می گردد تا از سودمندی اطلاعات در جنبه های زیر اطمینان حاصل شود:

- پشتیبانی مراقبت بیمار و تداوم مراقبت.
- حمایت از فعالیتهای مشارکتی روزانه که پشتوانه ای برای ارائه مراقبت است.
- پشتیبانی از پزشکی مبتنی بر دلیل.
- پشتیبانی تصمیم گیری بی عیب اداری و مدیریتی.
- بر طرف نمودن الزامات قانونی از قبیل آنچه که مربوط به ذخیره سازی، اداره کردن، و امحاء پرونده هاست.
- کمک به ممیزی های پزشکی و سایر ممیزی ها.
- پشتیبانی پیشرفته از لحاظ اثربخشی کلینیکی از طریق پژوهش (۱۲).

از نگاه سازمان بهداشت جهانی و در سطحی کلان تر؛ داده های مراقبت بهداشتی درست، بموقع و قابل دسترسی نقش اساسی در برنامه ریزی، توسعه، و پشتیبانی خدمات مراقبت بهداشتی ایفا می کند (۴۵).

اهمیت داده ها / اطلاعات با کیفیت

در سالهای اخیر کیفیت داده ها به عنوان یک موضوع مهم نه تنها از لحاظ اهمیتی که در ارتقاء استانداردهای بالای مراقبت بیمار دارد بلکه از حیث اثر بر بودجه ای که دولت به منظور پشتیبانی خدمات بهداشتی تعیین می کند محسوب شده است.

- مطلع نگهداشتن بیمار.
- فرایندهای کلینیکی و اداری کارآز قبیله: برقراری ارتباط با بیماران، خانواده‌هایشان و سایر متخصصین دخیل در مراقبت بیمار.
- برنامه‌ریزی استراتژیک و مدیریت: به داده‌های دقیق در مورد حجم و نوع فعالیت بیماران قبلی نیاز دارد تا بطور مناسب منابع و خدمات آتی را تخصیص دهد و توزیع نماید.
- دایر نمودن پیمانکاری خدمات قابل قبول جهت تدارک مراقبت بهداشتی.
- نظارت بر امور درمانی جامعه: نیاز به داده‌های دقیق و مفصل بیماران دارد تا حدودی را که مراقبت کلینیکی می‌تواند توسعه یابد مشخص کند.
- سایر سازمان‌های NHS مثلاً مراجع عالی مراقبت بهداشتی به داده‌های مراقبتی شدیداً وابسته هستند و نیاز دارند تا از کیفیت داده‌ها مطمئن شوند (۱۱).
- فرایندی نیز اظهار می‌دارد: تراستها لازم است داده‌ها را بصورت معنی‌دار (اطلاعات) و با کیفیت آماده کنند تا برای موارد زیر کاربرد داشته باشد:
- ارائه مراقبت موثر بر اساس اطمینان از فرایندهای اداری و کلینیکی (که هرگز با کمبود داده‌ها محقق نمی‌شود).
- کاهش خطرات درمانی (اشتباه شدن بیمار، درمان نادرست).
- فراهم کردن اطلاعات کافی برای بیماران تا آنها را در بهبود خویش کمک نماید.
- نظارت بر امور کلینیکی جامعه: آنچه که بر درستی اجرای امور کلینیکی مبتنی بر قوانین تعیین شده (و پذیرفته شده از سوی تراستها) دلالت دارد.
- فراهم کردن اطلاعات موثق و قابل اعتماد درباره عملکرد سازمان و نیز بیماران.
- ایجاد پیمانکاری جهت تدارک خدمات مستمر آتی.
- اگر نتوانیم آنچه را که انجام می‌دهیم توجیه نماییم آنگاه این مسئله بر سرمایه‌گذاری ما اثر می‌گذارد.
- فراهم کردن امکان مقایسه وضعیت خود (تراست) با روندهای ملی.

مؤسسات در تمام سطوح مراقبت بهداشتی شامل بیمارستانها، مراکز بهداشتی جامعه، کلینیکها و مراکز کمکی، و حتی وزارتخانه یا بخش‌های بهداشتی باید به مسئله پایین بودن کیفیت داده‌ها و اثری که بر کیفیت مراقبت دارد توجه داشته باشند. در بسیاری از کشورها مدیران بخاطر مستندسازی ضعیف پرونده بهداشتی (پزشکی) و سایر اطلاعات نادرست و غیر دقیق مربوطه مستاصل و نگران شده‌اند. این نگرانی‌ها تنها مربوط به کیفیت مستندات پرونده پزشکی است بلکه در ارتباط با گردآوری آمارهای بهداشتی در کلیه سطوح: از بیمارستانهای بزرگ گرفته تا درمانگاههای کوچک می‌باشد (۴۵).

مایر به نقل از کمیسیون ملی آمارهای حیاتی و بهداشتی اظهار نموده است که مراقبت بهداشتی با کیفیت، بستگی به اطلاعات کامل و جامع پرونده پزشکی بیمار دارد. چنین اطلاعاتی به منظور پشتیبانی از تشخیص و درمان، اندازه‌گیری کیفیت مراقبت و بهبود آن، پیشرفت بهداشت عمومی، ارتقاء بهره‌وری مراقبت بهداشتی، و تسهیل امر بازپرداخت (جبران هزینه) اساسی و مهم است (۳۴).

کلیرلی نیز به نقل از سازمان بهداشت ملی انگلستان ابراز می‌دارد که داده‌های با کیفیت برای عملکرد و مدیریت فعالیتهای تراست (Trust) حائز اهمیت است و یک نیاز بنیادی برای درمان سریع و اثربخش بیماران بحساب می‌آید. مدیریت اطلاعاتی که از داده‌های بیمار تولید می‌شود در جهت اداره کردن مؤثر سازمان و به حداکثر رساندن بهره‌برداری از منابع (به سود بیمار و کارکنان) بسیار ضروری است (۱۵).

مؤسسات درمانی وابسته به NHS (سازمان بهداشت ملی) اهمیت اطلاعات با کیفیت را به منظور ارائه مراقبت با کیفیت تشخیص داده‌اند و استفاده از داده‌های بموقع، صائب (accurate) و کامل را از لحاظ پشتیبانی از مراقبت بیمار، نظارت درمانی، مدیریت و برنامه‌ریزی مراقبت بهداشتی، و قابلیت پاسخگویی آن حائز اهمیت می‌دانند (۲۰).

بسیکیت اهمیت داده‌های با کیفیت را جهت موارد زیر مطرح می‌کند:

- مراقبت بیمار: ارائه خدمت مؤثر، مراقبت مناسب و بموقع، و کاهش احتمال خطر درمانی.

سازمان بهداشت جهانی اظهار می دارد: داده های مراقبت بهداشتی درست، بموقع و قابل دسترسی نقش اساسی در برنامه ریزی، توسعه، و پشتیبانی خدمات بهداشتی ایفا می کند. بهبود کیفیت داده ها و توزیع بموقع آن، در صورتیکه مؤسسات مراقبت بهداشتی بخواهند مراقبت را در سطحی بهینه حفظ کنند ضرورت دارد؛ داده های مراقبت بهداشتی برای مراقبت کنونی و آتی بیمار (صرفنظر از سطحی که خدمات در آن ارائه می شود) فراهم می گردد. کیفیت داده ها نه تنها برای استفاده در فرایند مراقبت بیمار بلکه جهت پایش عملکرد مؤسسات و کارکنان بهداشتی نیز بسیار اهمیت دارد. داده هایی که گردآوری و عرضه می شوند باید درست و کامل، موثق (قابل اعتماد)، خوانا و قابل دسترسی برای کاربران مجاز (شامل: پزشک، کارکنان تیم مراقبت، مؤسسه مراقبت بهداشتی، مراجع قضایی، ایالت، استان، و مراجع بهداشتی دولت) باشد (۴۵). این سازمان درباره اهمیت کیفیت داده ها می افزاید که داده های مراقبت بهداشتی درست و دقیق و موثق برای موارد زیر لازم است:

- تداوم مراقبت و مراقبت آتی از بیمار و در کلیه سطوح مراقبت بهداشتی.
- تحقق مقاصد قانون پزشکی برای بیمار، پزشک و مؤسسه مراقبت بهداشتی.
- فراهم آوری اطلاعات درست و دقیق و موثق در مورد بیماریهای درمان شده و اقدامات جراحی انجام شده در یک بیمارستان و در داخل جامعه، علاوه بر برنامه های ایمن سازی و غربالگری شامل تعداد و نوع شرکت کنندگان.
- پژوهش کلینیکی و خدمات بهداشتی، و نتایج مداخلات مراقبت بهداشتی.
- اطلاعات آماری کامل، درست، دقیق و موثق در مورد بکارگیری خدمات مراقبت بهداشتی در جامعه.
- آموزش متخصصین مراقبت بهداشتی.
- طراحی الزامات استخدای و برنامه ریزی خدمات مراقبت بهداشتی (۴۵).

● بهداشت عمومی و پیشگیری بیماری.
 ● بکارگیری در سرمایه گذاریهای آتی از قبیل پرونده الکترونیکی [EPR] (۲۰).
 ریگی با استدلالی ظریف تأثیر اطلاعات با کیفیت را بر کیفیت مراقبت چنین بیان می دارد: پرونده های پزشکی با کیفیت به مثابه قلب حرفه پزشکی هستند. بعلاوه، عرضه مراقبت بهداشتی با کیفیت؛ استفاده بهینه از منابع مراقبت بهداشتی؛ و ارائه خدمات مطلوب که جامعه را بطور فزاینده راضی نماید، فقط با برقراری ارتباط مؤثر و احساس مسئولیت همگانی برای رفع مسایل بیمار حاصل می شود؛ و اما مراقبت با کیفیت بدون وجود اطلاعات درست بسیار دشوار است (۳۷).

کمیسیون ممیزی انگلستان در مقاله ای تحت عنوان "بیمارستان ها باید درستی و دقت اطلاعات مربوط به بیماران را بهبود دهند" اعلام می کند که تقریباً هر مؤسسه وابسته به NHS نیاز به برداشتن گامهایی برای کسب اطمینان از تحصیل اطلاعات درست و دقیق مربوط به بیماران دارد. در حالیکه برخی از تراستها اولویت بسیار بالایی برای بهبود کیفیت داده ها قایل شده اند، تعداد کمی هم به اقدام اساسی و خوب در امر گردآوری اطلاعات دست زده اند؛ مثلاً در مورد زمان های انتظار بیماران. وزارت بهداشت انگلستان اهمیت بهبود کیفیت داده ها را تشخیص داده است و در سال های اخیر ابتکارات عدیده ای را در این زمینه شروع کرده است که بسیاری از آن ها آثار خود را نشان داده اند. اطلاعات صائب، برای مراقبت مؤثر از بیمار؛ برنامه ریزی و مدیریت خدمات مؤثر؛ و نیز جهت بر خورداری از قابلیت پاسخگویی جنبه حیاتی دارد. طبابت مدرن به این معنی است که بیماران غالباً توسط یک گروه بزرگ مراقبت می شوند لذا حائز اهمیت است که کلیه تصمیمات، مبتنی بر پایگاه داده های موثق و رایج باشد. به دلیل آنکه دولت بودجه زیادی را در NHS صرف می کند و اهداف و استانداردهای چالشگرانه ای را تعیین می نماید لذا اطلاعات با کیفیت برای پاسخگویی مدیران و پزشکان بسیار ضروری است (۴، ۵، ۱).

References:

- 1- Abdelhak, mervat. "Health Information: Management of strategic resource". USA, W. B. Saunders Company, 2001.
- 2- AHIMA. "Glassary of Healthcare Terms". USA, 1994.
- 3- Ajlouni, Kamel M. . "Medical Records, patient outcome, and peer Review in Eleventh – Century Arab Medicine". 1996.
- 4- Ananova. " NHS Must Improve Handling A Patient Information, Immediately". 2003.
- 5- Audit Commission. "Hospitals Must Improve Accuracy of Information about patients". 2003.
- 6- Audit Commission. "Improvin The Quality of Patient-Based Information In The NHS". 2001.
- 7- Ball, J. Marion & et al. "performance Improvement Through Information Management". USA, Springer-Verlag, 1999.
- 8- Baggott, Rob. "Health And Health care In Britain". Great Britain, Macmillan Press LTd, 1998.
- 9- Benjamin, Bernard. "Medical Records". UK, London: 1989.
- 10- Biscuit, Duncan. "Medical Records/Policies & Procedures". 2002.
- 11- Biscuit, Duncan. "Data Quality Policy". 2002.
- 12- British Standards Institution. "records Management". 2002.
- 13- Brophy, peter & coulling, kate. "Quality management for Information and Library managers". England, Aslib Gower company, 1996.
- 14- Caroselli, Marlene. "Quality care, prescriptions for Injecting Quality Into Health care systems". USA, st. Luce press, 1999.
- 15- Clearly, seymour. "The NISHA Hospitals NHS Trust/Data quality policy". 2002.
- 16- Clearly, seymour. "Data Quality Policy". 2001.
- 17- Dale, Barrie G. . "Managing Quality". K, Blackwell Publishers Ltd, 1999.
- 18- Davis, Nadinia & Lacour Melissa. "Introduction to Health Information Technology". USA, W.B. Saunders Company, 2002.
- 19- Fine, C.H. . "Managing Quality: A Comprative Assessment". Booz Allen and Hamilton Inc., 1985.
- 20- Friday, Gladys. "Nisha Hospitals NHS Trust/ Data Quality Policy". 2002.
- 21- Geyman, P. John. "Health care In America". USA, Butterworth-Heinemann, 2002.
- 22- Hammond, W Ed. . "An in Depth Look at The Data structure of a computer Based Patient Record-TMR". AMIA Spring congress, st. Luis Missouri, May 9-12, P:43, 1993.
- 23- Hannon, J. Terry. "Electronic Medical Records/ Health Informatics: An overview". Australia, 1996.
- 24- Horak, Bernard J. . "Strategic planning in Health care/Building a Quality-Based plan step by step". USA, 1997.
- 25- Hovenga, E. & Kidd, M. & Cesnik, B. . "Health Informatics: an overview". Australia, Churchill Livingstone, 1996.
- 26- Hoffman, k. Edna. "Health information management". 1994.
- 27- Iso, "Quality Management Systems Requirements". 2000.
- 28- Jacobs Charles M. & et al. "Measuring The Quality of patient care: The Rationale for outcome Audit". USA, Ballinger publishing company, 1976.
- 29- Johns, L. Merida. "Information Management for Health Professions". USA, Delmar Publishers, 1997.
- 30- Liston, colleen. "Managing Quality & Standards". Great Britain, st Edmundsbury press Limited, 1999.
- 31- Lucey, Terry. "Management Introduction Systems". Uk, London: Ashford Colour Press, 1997.
- 32- Manger, J. Barbara. "Documentation Requirements in non-acute care facilities & organizations". London, The parthenon publishing Group Limited, 2001.
- 33- McBryde, V. E. . "In Today's market: Quality is Best Focal Point for upper management". Journal of Industrial Engineering, 18(7), P: 51-55, 1986.
- 34- Meyer, chuck. "uniform Data Standards for patient medical Records Information". 2000.
- 35- Mitchell, sandra & Brown, Ann. "Performance measurement Data: Is it Fit for use/Data Quality Initiatives at CIHI". 2002.
- 36- Parsley, Karen & Corrigan, philomena. "Quality Improvement in Health care/putting Evidence Into Practice". Uk, London: Stanely Thornes LTd, Second Edition, 1999.
- 37- Righby, Michael. "Information in Practice". 1998.
- 38- Shortliffe, H. Edward & et al. "Medical Informatics". USA, Springer-Verlag, 2001.
- 39- Skurka, Margaret A. . "Health Information Management". USA, Jossey-Bass Inc., 1998.

40- Skurka, Margaret A. . "Organization of Medical Record Department In Hospitals". USA, 1988.

41- Smith, cheryl M. . "Documentation Requirements for the Acute care Inpatient Record". Journal of AHIMA 72, No.3, P: 56 A-G, 2001.

42- Stamatis, D. H. . "Total Quality Management in Health care". USA, McGraw-Hill Co. & Healthcare Financial Management Association, 1996.

43- Swift, J. A. . "Introduction to Modern statistical Quality Control and Management". USA, st Luice Press, 1995.

44- Tozer, V. Guy. "Information Quality Management". Uk, NCC Blackwell Ltd, 1994.

45- WHO. "Improving Data Quality/A Guide for Developing Countries". 2003.

Abstract

The Health Care Organizations And Health Care Data Quality

Authors: Dr. Seyed Jamaledin Tabibi¹, Dr. Hamid Moghaddasi²

The health care industry is a relatively late starter in This no finish-line quality race, but fortunately There are advantages to not being in The vangaurd: So many precedents have been established that information is readily available from the quality pioneers. In that information, the late starter will find lesson others have learned (some times at considerable expense). The late starter can avoid the pits into which early starter have fallen.

It has been observed that the health care industry's interest in quality and principles of total quality management (TQM) parallels the interest evinced by industry itself in the 1980s, and as health care organizations are merging with each other increasingly to form integrated health systems, so the quality – based strategic planning is required.

In economic terms, health care is a good, its value realized through the market-place activity of buyers and sellers. The efficiency of health care markets, like that of other markets, depends on three parameters: The numeric balance of participants (the number of buyers versus the number of sellers), externalities (external factors that impede or skew market functioning), and the availability of information to all participants.

Because, at the center of any professional activity is a continuing effort to improve performance, so health care organizations as like as any other organizations have done this; in addition philosophy of paying attention to health care quality is: within health care, problems are being generated faster than we can address them.

Patient care is the focus of many clinical disciplines: Medicine, nursing, pharmacy, nutrition, therapies such as respiratory, physical, and occupational, and others. In all disciplines, the quality of clinical decisions depends in part on the quality of information available to the decision-maker. The systems that manage information for patient care are therefore a critical tool.

It is recognized that there is an integral relationship between medical decision making, the accumulation of clinical data, health care costs, patient outcomes, and the quality of care.

The delivery of quality, cost-effective health care requires efficient decision- support tools based on the medical record system if these end points are to be achieved.

Finally, the patient care quality depends on many factors that one of them is health care data quality. However, Higher quality means lower costs.

Keywords: Health care organizations, Health care Data Quality, Patient care Quality

1- Professor of management, Iran University of Medical Sciences.

2-Assistant Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.