

طراحی الگویی جدید برای ارزیابی بخش مدارک پزشکی

رضاصفدری^۱ / ازهرامیدانی^۲ / اباذر حاجوی^۳ / مرجان قاضی سعیدی^۴ / رویا شریفیان^۵

چکیده

مقدمه: با توجه به نتایج بررسی‌های بعمل آمده مبنی بر عملکرد نامطلوب بخش‌های مدارک پزشکی کشور ناشی از عدم وجود استانداردهای ویژه و متناسب با نیازهای کشور و مطابق با نظرات کارشناسان امر، انجام پژوهشی در خصوص تعیین، تأیید و تصویب استانداردهای مدارک پزشکی و مکانیسم ارزیابی و ابزار مناسب با توافق نظر کارشناسان مدارک پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ضروری می‌باشد تا انجام حرکت استاندارد سازی در بخش‌های مدارک پزشکی کشور تسهیل گردد.

روش بررسی: در طی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از طریق پرسشنامه نظرات کلیه اساتید مدارک پزشکی و کارشناسان ارزیابی معاونت درمان وابسته به ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور در خصوص الگوی ارزیابی بخش مدارک پزشکی که از طریق اینترنت، پست الکترونیکی و فاکس بر اساس مدل کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، نیوزیلند، انگلیس، زامبیا، آفریقای جنوبی و لبنان تدوین شده بود، جمع‌آوری گردید. جهت آنالیز اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار فراوانی)، جداول دو بعدی و به منظور ورود و تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: بطور کلی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش با استانداردهای نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی ۹۸/۷ درصد و کمترین میزان توافق با استانداردهای مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی ۹۳/۴۱ درصد اختصاص دارد. ۹۹ درصد جامعه مورد بررسی با تشکیل کمیته‌های ارزیابی و ۹۶/۹ درصد ایشان با انجام خودارزیابی قبل از ارزیابی رسمی کاملاً موافق بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: توافق نظر جمعی اساتید و کارشناسان این رشته را در خصوص الگوی پیشنهادی استانداردهای ارزیابی مدارک پزشکی، علیرغم وجود استانداردهای تعیین شده از سوی وزارت بهداشت و درمان متبوع کشورمان را می‌توان به نقصان در استانداردهای لحاظ شده و وجود انحراف و تفاوت فاحش بخش‌های مدارک پزشکی از استانداردهای موجود منسوب دانست.

کلید واژه‌ها: الگوی، مدارک پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی

◊ وصول مقاله: ۸۶/۳/۱، اصلاح نهایی: ۸۶/۳/۱۰، پذیرش مقاله: ۸۶/۳/۲۲

مقدمه

در دهه های اخیر، تمایل زیادی برای ایجاد برنامه های ارزیابی عملکرد در موسسات مراقبت بهداشتی درمانی شکل گرفته است. [۱] چالش های مربوط به هزینه و کیفیت، منجر به ایجاد فضائی شده است که تصمیم گیرندگان در تمام سطوح، در جستجوی داده های عینی جهت ارزیابی سازمان های مراقبت بهداشتی باشند. در اغلب کشورها مکانیسم های ارزیابی های خارجی به عنوان پاسخ سیستماتیک به این نیاز محسوب می شود. [۲]

یکی از روش های ارتقاء کیفیت و کاهش هزینه، حذف هزینه مربوط به عدم هماهنگی با استانداردها و دیگر هزینه های مربوط به کیفیت نامطلوب می باشد که از طریق مکانیسم های ارزیابی میسر خواهد شد. [۳] کوشش های موسسات ارزیابی کننده و تضمین کیفیت در کشورهای در حال توسعه به دلیل ناهماهنگی با استانداردها بر روی فعالیت های بهبود عملکرد مطابق با استانداردها تمرکز دارد. به دلیل این نیاز اغلب کشورهای در حال توسعه ایجاد یک مکانیسم ارزیابی جهت مراکز مراقبتی و تقویت حرکت های بهبود مستمر در این مراکز را به عنوان یک اولویت اساسی می دادند. [۴] در این راستا تهیه پیش نویسی از استانداردها در حیطه های عملیاتی مختلف، توزیع این استانداردها در بین متخصصان بیمارستان ها و انجمن های حرفه ای و جمع آوری نظرات و انجام اصلاحات بر روی استانداردهای پیشنهادی از جمله مراحل اساسی طرح استانداردسازی و تدوین برنامه مصوب ارزیابی در کشورهای مختلف محسوب می شود. یکی از حیطه های عملیاتی مهمی که در طراحی مکانیسم ارزیابی اغلب کشورها مد نظر قرار می گیرد، مدیریت اطلاعات (مدارک پزشکی) می باشد. [۵،۶] در نظام مراقبتی پرونده های پزشکی از سه بعد حائز اهمیت می باشند؛ مدارک پزشکی مراقبت بیمار را در خود مستند می کند و یکی از عناصر مهمی است که در کیفیت مراقبت نقش دارد. از سوی دیگر به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط موسسات مراقبتی محسوب می شود. [۷،۸] آخر اینکه شواهد نشان می دهد جز با اغناء و توسعه پرونده های

پزشکی و بحث مدیریت اطلاعات، ایجاد پرونده الکترونیک سلامت (EHR) میسر نخواهد بود. [۹] علیرغم تمام مزایای بکارگیری استانداردها، تحقیقات انجام شده در کشورمان گویای این مطلب است که به علت عدم وجود استانداردهای ویژه و کاربردی در خصوص مدارک پزشکی ناشی از فقدان سازمان متولی این امر، عدم تطابق وضعیت مدارک پزشکی با استانداردها، باعث انحراف مسیر فعالیت های این بخش از اهداف اصلی خود شده است. [۱۰] ابراهیمی در پژوهش خود با عنوان "میزان رعایت استانداردها در بخش مدارک پزشکی بیمارستان های تامین اجتماعی مستقر در شهر تهران" میزان هماهنگی و رعایت استانداردها در بخش های مدارک پزشکی در مقایسه با ملاک های انجمن مدارک پزشکی آمریکا (AMRA) را ۳۴/۱ درصد برآورد کرد. [۱۱] صلاحی در پژوهش دیگری با عنوان "بررسی وضعیت ذخیره و بازایی پرونده های پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران" بدین نتیجه دست یافت که بخش های مدارک پزشکی مورد بررسی وی تنها در ۴۹/۶ درصد با معیارهای AMRA همخوانی دارد. [۱۲] بنابراین با توجه به نتایج بررسی های بعمل آمده مبنی بر عملکرد نامطلوب بخش های مدارک پزشکی کشور ناشی از عدم وجود استانداردهای ویژه و کاربردی متناسب با نیازهای کشور و مطابق با نظرات کارشناسان امر، انجام پژوهشی در خصوص تعیین، تأیید و تصویب استانداردهای مدارک پزشکی و مکانیسم ارزیابی و ابزار مناسب ارزیابی عملکرد با توافق نظر کارشناسان و اساتید مدارک پزشکی دانشگاه های علوم پزشکی کشور ضروری می باشد.

روش پژوهش

طی یک مطالعه توصیفی- تحلیلی نظرات جامعه مورد مطالعه شامل کلیه اساتید مدارک پزشکی و کارشناسان ارزیابی معاونت درمان وابسته به ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، شیراز، ساری، اصفهان، کرمان، کاشان، تبریز، بندر عباس، اهواز، سمنان، اردبیل، ارومیه، مشهد، ارتش و زاهدان که حداقل دارای یکی از مقاطع این رشته می باشند از طریق پرسشنامه جمع آوری گردید. به

از آنجا که هماهنگی لازم جهت توزیع پرسشنامه با رابط‌هائی در هر دانشگاه علوم پزشکی بعمل آمده بود، شرط ورود به مطالعه صرفاً خدمت در گروه مدارک پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان مدرس یا کارشناسان ارزیابی مدارک پزشکی معاونت درمان بود. جهت اجرای این مطالعه از روش سرشماری استفاده شد و کلیه اساتید و کارشناسان ارزیابی مدارک پزشکی معاونت درمان ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور که جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند در این مطالعه شرکت داده کردند که بالغ بر ۱۰۰ نفر می‌باشند. جهت آنالیز اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار فراوانی)، جداول دوبعدی و به منظور ورود و تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش با استانداردهای نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی ۹۷۷ درصد و کمترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش با استانداردهای مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی ۹۳/۴۱ درصد می‌باشد (جدول ۱). در حیطه استانداردهای آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان بخش مدارک پزشکی بیشترین میزان توافق ۹۹ درصد با استانداردهای ارائه خدمات آموزشی به کارکنان به منظور ارتقاء سطح دانش و مهارت آنان، تدارک برنامه‌های آموزشی و دسترسی کارکنان به منابع دانش اختصاص دارد. کمترین میزان توافق نمونه‌های پژوهش ۸۴ درصد با استاندارد تأیید سیاست‌ها و رویه‌ها توسط کادر پزشکی، اجرائی و مشاور قانونی بیمارستان بوده است. تقریباً در همه گروه‌ها با افزایش سن و مدرک تحصیلی، سابقه تدریس و سابقه کار میزان توافق با استانداردها افزایش می‌یابد.

۵۰/۵ درصد، ۴/۸۴ درصد به ترتیب وضعیت کنونی ارزیابی بخش‌های مدارک پزشکی را نامطلوب و نسبتاً مطلوب دانسته‌اند. ۹۹ درصد تشکیل کمیته ارزیابی و ۹۶/۹ درصد انجام خودارزیابی قبل از ارزیابی رسمی را ضروری تشخیص داده‌اند.

منظور پایائی پرسشنامه از روش آزمون موازی یا روش آزمون - بازآزمون (Test- retest method) استفاده شده است که در این روش بار اول پرسشنامه توسط تعداد قابل قبولی از آزمودنی‌ها تکمیل شد. با توجه به ماهیت پرسشنامه ۲ هفته بعد مجدداً پرسشنامه در بین همان گروه توزیع و همبستگی میان این دو مرحله محاسبه شد (آلفای کرونباخ ۸۵ درصد). جهت سنجش ثبات داخلی پرسشنامه به دفعات مورد نظر سنجی قرار گرفت. در واقع پرسشنامه مذکور حاصل بررسی تطبیقی استانداردهای مدارک پزشکی در کشورهای ایران، آمریکا، کانادا، استرالیا و نیوزیلند می‌باشد که در نهایت منجر به ارائه الگویی از استانداردها شد که نقطه نظرات صاحبان فن در آن اعمال گردید. بعد از انجام بررسی‌های بیشتر بر روی استانداردها، الگو و مکانیسم ارزیابی سایر کشورها (انگلیس، زامبیا، آفریقای جنوبی و لبنان) پرسشنامه مجدداً توسط صاحب‌نظران بررسی و اصلاحات لازم بعمل آمد تا در نهایت پرسشنامه مذکور در ۳ بخش A, B, C طراحی گردید. قسمت A اطلاعات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش و نظر سنجی در خصوص لزوم ایجاد استانداردها، چک لیست ارزیابی و کمیته‌های درگیر در مکانیسم ارزیابی بخش مدارک پزشکی را تشکیل می‌داد. قسمت B وزن دهی به گروه‌های پیشنهادی استانداردها؛ مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی، سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها، نیروی انسانی، آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان، فضا و تجهیزات، سیستم اطلاعات بیمارستانی و محتوی مدارک پزشکی بر حسب اهمیت و طراحی شده بر اساس الگوی ارزیابی کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، نیوزیلند، انگلیس، زامبیا، آفریقای جنوبی و لبنان را در بر می‌گرفت. در قسمت C که بصورت لیکرت طراحی شده بود، نمونه‌های پژوهش میزان توافق خود را با هر یک از گروه‌های مذکور و زیرگروه‌های وابسته بیان می‌کردند.

کلیه اساتید و کارشناسان ارزیابی مدارک پزشکی معاونت درمان ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور، افراد جامعه پژوهش این مطالعه را تشکیل می‌دهند که پرسشنامه مربوطه توسط ایشان تکمیل گردیده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ نمونه‌های پژوهش دانشگاه‌های علوم پزشکی در خصوص موافقت با استانداردها

کاملاً مخالف		مخالف		بدون نظر		موافق		کاملاً موافق		متغیر
										فراوانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	استاندارد
۰/۲۲	۲	۱/۵۶	۱۴	۴/۸۹	۴۳	۳۹/۸۹	۳۵۷	۵۳/۵۲	۴۷۹	مدیریت و اداره بخش مدارک پزشکی
-	-	-	-	۱/۳۳	۸	۳۲	۱۹۲	۶۶/۷	۴۰۰	نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی
۰/۶۴	۷	۰/۰۹	۱	۳/۲۷	۳۶	۳۹/۸۲	۴۳۸	۵۶/۱۸	۶۱۸	فضا و تجهیزات بخش مدارک پزشکی
۰/۱۳	۱	-	-	۲/۵	۲۰	۳۶/۴۲	۲۹۱	۶۰/۹۵	۴۸۷	سیستم اطلاعات بیمارستانی
۰/۰۵	۱	۰/۷۲	۱۵	۲/۷۲	۵۷	۳۶/۱۳	۷۵۷	۶۰/۳۸	۱۲۶۵	محتوی پرونده پزشکی
۰/۲	۶	۰/۷۳	۲۲	۳/۷۱	۱۱۱	۳۸/۳	۱۱۴۸	۵۷/۰۶	۱۷۱۰	سیاست‌ها و رویه‌های بخش مدارک پزشکی
-	-	۰/۶۷	۶	۳/۸۹	۳۵	۴۲/۶۷	۳۸۴	۵۲/۶۷	۴۷۴	آموزش و توسعه حرفه ای کارکنان

بحث و نتیجه گیری

توافق نظر جمعی اساتید و کارشناسان این رشته را در خصوص الگوی پیشنهادی استانداردهای ارزیابی مدارک پزشکی، علیرغم وجود استانداردهای تعیین شده از سوی وزارت بهداشت و درمان متبوع کشورمان، را می توان به نقصان در استانداردهای لحاظ شده و وجود انحراف و تفاوت فاحش بخش های مدارک پزشکی از استانداردهای موجود منسوب دانست. از جمله مشکلاتی که به استانداردهای لحاظ شده از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مترتب است می توان به عدم وجود ساختار و فرمت مناسب، مشخص نبودن حیطه و طبقات استانداردها، عینی و قابل اندازه گیری نبودن استانداردها و عدم هماهنگی بین استانداردهای لحاظ شده و مشکلات فعلی بخش های مدارک پزشکی اشاره داشت. بررسی ها نشان می دهد که علاوه بر این که ایران در مقایسه با سایر کشورها حداقل استانداردها را در خصوص مدارک پزشکی لحاظ کرده است، حتی این استانداردها بهبود عملکرد و کیفیت خدمات این بخش را مد نظر قرار نمی دهد. در حالی که وجه و جایگاه مدارک پزشکی هنوز در نظام مراقبت بهداشتی کشورمان شناخته نشده است و برای

حمایت و ضمانت اجرایی عملکرد خود نیاز به سیاست ها و دستورالعمل های مدون سازمانی دارد، بررسی ها نشان می دهد اغلب کشورهای مورد مطالعه از سیاست ها و رویه های مکتوب و مدونی در ارتباط با مدارک پزشکی برخوردارند ولی ایران تنها در ۳ مورد دارای سیاست ها و دستورالعمل های مشابه با سایر کشورها می باشد. [۱۳] ابراهیمی نیز در پژوهش خود، وجود قوانین و مقررات مدون در بخش مدارک پزشکی را مطابق با استانداردهای AMRA، ۱۷/۱ درصد برآورد کرده است. [۱۱] Ajjouni (۲۰۰۶) در بررسی خود با عنوان "ارزیابی خدمات مدارک پزشکی در بیمارستان های وزارت بهداشت اردن" برآورد کرد تنها ۳ بیمارستان از ۹ بیمارستان مورد بررسی وی دارای سیاست ها و رویه های مدون بوده اند. [۱۴] در این مدل نیز ۹۵/۳۶ درصد با استانداردهای پیشنهادی در این زمینه موافق بوده اند. لذا به نظر می رسد تدوین سیاست ها و رویه های مدون به عنوان یکی از اصول اساسی در بخش های مدارک پزشکی بشمار می رود که یکی از مشکلات عدیده در بخش های مدارک پزشکی در کشورهای در حال توسعه را نیز تشکیل می دهد. اما تعیین این استانداردها توسط بخش مدارک پزشکی به تنهایی راهگشا نخواهد بود؛ پرونده های

بیشترین میزان توافق نمونه های پژوهش با استانداردهای نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی در مجموع ۹۷۷ درصد (۵۹۲) مؤید این مطلب می باشد که نیروی انسانی یکی از مشکلات و ملاحظات عمده بخش های مدارک پزشکی می باشد. بررسی ها نشان می دهد که سایر کشورهای مورد مطالعه در استانداردهای مربوط به کارگزینی، وجود پرسنل کافی و باصلاحیت و مدیریت خدمات این بخش بوسیله مدیر مدارک پزشکی با صلاحیت را مدنظر قرار داده اند. در این بررسی نیز ۱۰۰ درصد نمونه های پژوهش با مدیریت این بخش توسط پرسنل متخصص موافق بوده اند. بدلیل اینکه، شرط مدیریت مدارک پزشکی با صلاحیت بصورت تبصره در استانداردهای ایران لحاظ گردیده است، طبق بررسی درایه در سال ۱۳۷۶ با عنوان "بررسی تطبیقی سازمان و روش های کار در بخش مدارک پزشکی بیمارستان های عمومی دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در شهر تهران" فقط در ۴۳ درصد مراکز مورد بررسی، رئیس بخش مدارک پزشکی، تحصیل کرده این رشته بوده است. [۱۸] از سوی دیگر مدیریت بخش مدارک پزشکی جهت تضمین کیفیت خدمات این بخش مستلزم ارزیابی عملکرد بر اساس شرح شغل می باشد. [۱۹] درایه در پژوهش خود، نشان داد که فقط در حدود ۲۹ درصد مراکز مورد بررسی، دارای شرح شغل و وظائف مدون برای کارکنان بخش مدارک پزشکی بوده اند. Ajlouni نیز در بررسی خود در اردن بدین نتیجه دست یافت که ۵ بیمارستان از ۹ بیمارستان مورد بررسی وی فاقد پرسنل دارای صلاحیت می باشند و تنها ۳ بیمارستان از ۹ بیمارستان دارای شرح شغل مدون و چارت سازمانی بوده اند. [۱۴]

بخش مدیریت اطلاعات بهداشتی جهت اداره فعالیت های خود، همگامی با پیشرفت های فن آوری که در فضای مراقبت بهداشتی اتفاق می افتد و توسعه مداوم ابزار و نرم افزارهای کامپیوتری نیازمند آموزش است. آموزش یکی از اجزای حیاتی هر بخش است چرا که کارکنانی که آموزش دیده هستند، خدمات با کیفیتی را نیز ارائه خواهند کرد. در واقع سازمانی که موجبات توسعه و ارتقاء کارکنان خود را فراهم می آورد، بر روی کیفیت خدمات آتی خود سرمایه گذاری خواهد کرد. متخصصان حرف مراقبت

پزشکی به عنوان ابزار چند رشته ای به شمار می رود که اطلاعات درون آن توسط پزشکان و سایر درمانگران ایجاد شده و سپس در بخش مدارک پزشکی نگهداری می شود. از این رو طراحی و اجرای این سیاست و رویه ها منوط به پذیرش از سوی آنها خواهد بود. از سوی دیگر تأیید و تصویب این سیاست ها با همکاری کادر اجرایی، پزشکان و مشاور قانونی منجر به تقویت و افزایش قدرت اجرایی بخش مدارک پزشکی و تضمین اجرایی این قوانین از طرف زیر مجموعه های وابسته به این گروه ها خواهد شد. اما نتایج بررسی نشان می دهد که کمترین میزان توافق نمونه های پژوهش (۸۴ درصد) در حیطه استانداردهای سیاست ها و رویه های بخش مدارک پزشکی به تأیید سیاست ها و رویه ها توسط کادر پزشکی، اجرایی و مشاور قانونی بیمارستان اختصاص دارد.

پرونده های پزشکی به لحاظ اینکه وضعیت بیمار، طول بستری، بررسی های انجام شده، درمان اتخاذ شده، سیر بیماری و تعامل بین بیمار و پزشک در طول یک دوره درمانی را مستند می کند، به عنوان یک عنصر اساسی در کیفیت مراقبت بیمار به شمار می رود. حتی برخی مطالعات نشان می دهد که کیفیت مدارک پزشکی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط پزشکان را منعکس می کند. [۱۵] اما بررسی ها در زمینه میزان مستندسازی و تکمیل آن در ایران حاکی از آن است که میزان تکمیل و رعایت استانداردهای مربوط به محتویات پرونده هنوز از حد مطلوب و استاندارد خود فاصله دارد. ابراهیمی در پژوهش خود، میزان رعایت استانداردهای مربوط به محتویات پرونده را در مقایسه با استانداردهای AMRA ۷۸۴ درصد برآورد کرده است. [۱۱] در مطالعات انجام شده در ایران عملکرد مستندسازی پرونده های پزشکی توسط ارائه دهندگان ناقص گزارش شده است. [۱۶] بالا غفاری در مطالعه ای میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازنداران را در حدود ۲۷۸ درصد ضعیف گزارش کرد. [۱۷] از این رو در این بررسی ۹۶/۵۱ درصد نمونه های پژوهش با استانداردهای محتوی مدارک پزشکی موافق بوده اند.



در مکانیسم ارزیابی، اغلب کشورها که به شیوه اعتباربخشی صورت می‌گیرد، خود ارزیابی به عنوان یکی از مراحل ارزیابی می‌باشد که در این مرحله مراکز مراقبتی با تهیه استانداردهای سازمان‌های مذکور و انجام مداوم خودارزیابی قبل از ارزیابی رسمی، پیوسته در حال بهبود مداوم عملکرد خود می‌باشند که این مهم طبق یافته‌های پژوهش ۹۶/۹ درصد مورد تأیید نمونه‌های پژوهش نیز بوده است. اما تصمیم‌گیری در خصوص وضعیت مؤسسات مورد ارزیابی به اعتبار اطلاعات جمع‌آوری و تحلیل شده، بستگی دارد. از این رو مستند سازی و جمع‌آوری اطلاعات از طریق شیوه‌های مختلف اعم از مصاحبه با گروه‌های مختلف اعم از بیمار، کارکنان، رؤسا و بررسی و جمع‌آوری مستندات مؤسسات می‌تواند به افزایش اعتبار داده‌های حاصل از ارزیابی کمک کند. از آنجا که این اطلاعات توسط افراد مختلف و گروه‌های متفاوت جمع‌آوری شده و در نهایت توسط کمیته تخصصی تحلیل یافته‌ها انجام می‌شود در نتیجه تصمیمات در مورد نتیجه ارزیابی، از تاثیرات سیاسی و حرفه‌ای مصون خواهد ماند. از سوی دیگر فرایند ارزیابی خارجی مانند ماهیت اصلی ارزیابی، باید به شیوه آموزشی و مشاوره‌ای هدایت شود. [۲۵]

متأسفانه در کشور ما علاوه بر اینکه سنجش، ابزار مناسبی نمی‌باشد، بلکه هیچ‌یک از مراتب فوق در فرایند ارزیابی مؤسسات مراقبتی لحاظ نمی‌شود. ارزیابی از سوگیری‌ها در امان نخواهد ماند و نتیجه ارزیابی تقریباً متاثر از فرد ارزیابی‌کننده خواهد بود. آنچه کمتر مدنظر قرار می‌گیرد بهبود و ارتقا عملکرد مؤسسات است. مؤسسات زمانی که در معرض ارزیابی قرار می‌گیرند، سعی در بهبود عملکرد خود خواهند داشت. چرا که استانداردها به صورت متناوب ارتقاء نمی‌یابند و جهت خود ارزیابی در اختیار مؤسسات قرار نمی‌گیرند. در خیلی از موارد مؤسسات نمی‌دانند در برابر چه معیارهایی مورد سنجش قرار می‌گیرند. بعد از اعلام نتایج نیز هیچ بازخور مناسبی از عملکرد خود نخواهند داشت و نقاط ضعف آنها به طور بالقوه مرتفع نخواهد شد. فرایند ارزیابی، آموزش و معرفی بهترین عملکرد را دنبال نمی‌کند تا امکان بهره‌گیری از شیوه‌های الگو برداری از بهترین عملکرد را جهت مؤسسات دارای عملکرد ضعیف تر فراهم کند.

بهداشتی نیز به دلیل تغییر قوانین، پیشرفت تکنولوژی و بهبود فرایندها، می‌باید به فراگیری مداوم مرتبط با حرفه و رشته خود پردازند.

متخصصان مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی نیز جهت رویارویی با چالش‌های نظام مراقبتی نیاز به آموزش دارند، چرا که آموزش یک فرد به سادگی با تکمیل یک مقطع یا استخدام وی متوقف نمی‌شود، به لحاظ همین اهمیت، JAHIMA از سال ۱۹۷۵ بحث آموزش مداوم را به عنوان قسمتی از فرایند اعطاء گواهی‌های خود قرار داده است. [۲۲-۲۰] در حالی که اغلب کشورها استانداردهایی را جهت آموزش و توسعه حرفه‌ای کارکنان این بخش لحاظ کرده‌اند در استانداردهای ایران، هیچ‌گونه مطلبی در این زمینه به چشم نمی‌خورد. [۱۳] با مد نظر قرار دادن موارد پیشگفت و فاصله و شکاف عمیق موجود در حوزه آموزشی و حیطه عملی و کاربردی این رشته در کشورمان، نقش آموزش مداوم در ارتقا سطح دانش و تخصص کارمندان و در نتیجه، ارتقاء سطح خدمات مدارک پزشکی محسوس تر خواهد شد. اما متأسفانه تحقیقات انجام شده در کشورمان نشان می‌دهد که این مهم هنوز محقق نشده است. براساس پژوهش درایه، در ۴۳ درصد از مراکز مورد بررسی، کارکنان بخش مدارک پزشکی، آموزش‌های دوره‌ای دریافت کرده‌اند و ۵۷ درصد آنها نیز به طور موردی در برخی کلاس‌های آموزشی دانشگاه‌ها شرکت کرده‌اند. توافق ۹۹ درصد نمونه‌های پژوهش با استانداردهای ارائه خدمات آموزشی به کارکنان به منظور ارتقاء سطح دانش و مهارت آنان، تدارک برنامه‌های آموزشی و دسترسی کارکنان به منابع دانش در حیطه استانداردهای آموزش و توسعه حرفه‌ای کارکنان بخش مدارک پزشکی مؤند اهمیت این مطلب است. اما علاوه بر تدوین استانداردها، مکانیسم ارزیابی مناسب از دیگر فاکتورهایی است که می‌تواند در بهبود عملکرد مؤسسات موثر باشد. خودارزیابی به عنوان یکی از این مکانیسم‌ها از طریق پایش و ارزیابی مداوم عملکرد؛ می‌تواند موجبات شناسایی نقاط قوت و ضعف، تعیین نیازهای آموزشی افراد یا مؤسسات و بهبود عملکرد را فراهم آورد. [۲۴، ۲۳]

فهرست منابع

1. Bokonda N. Implementing a national hospital accreditation program: The Zambian experience. Available at: www.intghc.oupjournals.org/cgi/reprint/14/suppl-1/7.pdf. Accessed 2003.
2. Salmon, W. The impact of accreditation on the quality of hospital care: kwazulu-Natal province, Republic of South Africa. Available at: www.qaproject.org/pubs/pdf/SAfricaAccred.pdf. Accessed 2004.
3. Aghazadeh SM. Implementation of total quality management in the managed care industry. TQM Mag 2002; 14(2): 79-91.
4. Marquez L. Helping health care providers perform according to standards. Available at: www.qaproject.org/pdds/help_phcpro.pdf. Accessed 2004.
5. Maboshe M, Tembo J. Development of a hospital accreditation program: The Zambian Experience. Available at: www.qaproject.org/pdf/engv&n2x.pdf. Accessed 2004.
6. Whittaker S, Rooney A. Quality improvement in South Africa: The COHSASA accreditation initiative. Available at: www.qaproject.org/pdf/engv&n2x.pdf.
7. Manager B. Documentation requirement in non-acute care facilities & organization. New York: the Parthenon publishing group, 2001.
8. Francis CM. Hospital administration. New Delhi: Medical Publisher's, 2000.
۹. میدانی زهرا، صفدری رضا، فرشید فر غلامرضا، لک بالا پروین. بررسی تطبیقی استانداردهای مدیریت اطلاعات با رویکرد بر ایجاد پرونده الکترونیک سلامت. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، ۱۳۸۵؛ ۱۰(۲): ۱۶۷-۱۷۲.
۱۰. خواجهی رضا. بررسی عملکرد بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸.

از این رو ۹۹ درصد متخصصان تشکیل کمیته‌های ارزیابی شامل زیر کمیته مسئول تحلیل یافته‌های حاصل از ارزیابی، زیر کمیته مسئول ارائه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی به بیمارستان‌ها را ضروری دانسته‌اند.

رویه‌م رفته می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تدوین این استانداردها و مکانیسم ارزیابی تنها به عنوان مقدمه‌ای در راستای استانداردسازی و ارتقای عملکرد مدیریت اطلاعات و مدارک پزشکی در کشورمان می‌باشد که بعد از ایجاد کمیته‌ای متشکل از صاحب‌نظران این رشته و بر اساس نتایج حاصل از توافق با استانداردها، در مورد استانداردهای نهائی موجود در چک لیست ارزیابی بخش مدارک پزشکی توافق صورت خواهد گرفت. اما مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نیز موید این مطلب است که علیرغم تمام تلاش موسسات ذی ربط در این خصوص و وضعیت نسبتاً مطلوب پرونده‌های پزشکی در این کشورها، ارتقاء پرونده‌های پزشکی و محتوی آن به عنوان یک اولویت اساسی اغلب این کشورها بشمار می‌رود. [۲۶-۳۰] اما این مشکل در کشورهای در حال توسعه با چالش بیشتری روبروست. در این زمینه حرکت‌هایی از طریق ایجاد مکانیسم‌های تضمین کیفیت (بخصوص اعتبار بخشی) در کشورهای در حال توسعه در حال شکل‌گیری است که بر اساس مدل این کشورها مراحل ذیل به صورت پیشنهاد ارائه می‌گردد:

۱. انجام تغییرات اساسی در مکانیسم ارزیابی کشور و ایجاد زیر کمیته‌های مسئول ارائه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی به بیمارستان‌ها، تحلیل یافته‌های حاصل از ارزیابی و ارتقاء و بازنگری استانداردها؛
۲. پایلوت نمودن این استانداردها و چک لیست طراحی شده در مراکز مراقبتی؛
۳. آموزش ارزیابی کنندگان؛
۴. ارائه مدل نهائی چک لیست ارزیابی مدارک پزشکی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۱۳۲/۱۱۱۹۲ مورخ ۸۴/۱۲/۲۱ می‌باشد، لذا از مساعدت این دانشگاه و هماهنگ کنندگان جمع‌آوری اطلاعات در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. ♦

21. Mazzone MJ. Lifelong learning and the nontraditional health information management career. JAHIMA 1996; 67(7):57-59.
22. Wager A, Johnston J, Wickham Lee F. Addressing the need for change: the development of a graduate program in health information administration. JAHIMA 1996; 67 (4): 66-68.
23. Bose S, Oliveras EW. How can self- assessment improve the quality of health care? Available at: www.qaproject.org/selfassess402.pdf. Accessed 2005.
24. Kloss L. Education for life: K-80. JAHIMA 1998; 69(7):28-32.
25. Rooney A. Licensure, accreditation and certification: Approaches to health services quality. Available at: www.qaproject.org/pub/pdf/accreditation/pdf. Accessed 2004.
26. Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Joliot Y, Sambuc R. Can medical files be used to audit hospital health care? Presse Med 1997; 26(40):1962-1965.
27. Boulay F, Chevallier T, Gendreike Y, Joliot Y, Sambuc R. A method for auditing medical records quality: audit of 467 medical records within the framework of the medical information system project quality control. Sante Publique 1998; 10 (1): 5-15.
28. Ashkenazi A, Cooper M, Chemke J, Simon D, Cohen C, Mass N, et al. The quality assurance committee in a general hospital: Its use in improvement of the medical record. Isr J Med Sci 1992; 28(10):714-717.
29. Cardo S, Agabiti N, Picconi O, Scarinci M, Papini P, Guasticchi G, et al. The quality of medical records: a retrospective study in Lazio region, Italy. Ann Ig 2003; 15 (5): 433-442.
30. Patel AG, Mould T, Webb PJ. Inadequacies of hospital medical records. Ann R Coll Surg Engl 1993; 75(1 Suppl): 7-9.
۱۱. ابراهیمی پروین. بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های تابعه سازمان تامین اجتماعی مستقر در تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۶.
۱۲. صلاحی مریم. بررسی وضعیت ذخیره و بازیابی پرونده‌های پزشکی بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مقایسه آنها با استانداردهای ملی و آمریکا. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.
13. Hajavi A, Ebadi Far F, Meidani Z. Medical records standards in selected countries & Iran: comparative study. New J Inst Health Rec Inf Manag 2005; 46 (1): 3-8.
14. Ajlouni M. Assessment of medical records services at ministry of health hospitals Jordan. Available at: www.pdf.usaid.gov/pdf/docs/pnadh033.pdf. Accessed 2007.
15. Dra G. Some related factors associated to the quality of cesarean section performance in Haraponkita children & maternity hospital in Jakarta. Melbourne, Australia, The 13th international health records congress in conjunction with the 21th conference of HIMAA, 2000.
۱۶. مشعوفی مهناز. ارزیابی ثبت اطلاعات در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۸۴؛ ۳(۱۱): ۴۴-۵۱.
۱۷. بالا غفاری آرزیا. بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازنداران. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی مازنداران ۱۳۸۳؛ ۱۵(۴۹): ۷۳-۸۱.
۱۸. درایه سیمین. بررسی تطبیقی سازمان و روش‌های کار در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های عمومی آموزشی، دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۶.
19. Skurka M. Health information management. San Francisco: Health Forum, 1998.
20. Davis N. Introduction to health information technology. Philadelphia: W.B Saunders Company, 2001.