



دورة إدارة المعلومات الصحية: الفهرس الرئيسي للمرضى واكتمال السجلات الطبية والإفصاح عن المعلومات



دورة إدارة المعلومات الصحية: الفهرس الرئيسي للمرضى واكتمال السجلات الطبية والإفصاح عن المعلومات

مقدمة:

دورة إدارة المعلومات الصحية HIM في الفهرس الرئيسي للمرضى واكتمال السجلات الطبية والإفصاح عن المعلومات دورة تمتد 5 أيام لمديري ومشرفي وحدات المعلومات الصحية في المستشفيات، وتنتهي بإعداد خطة تحسين عمليات قسم المعلومات الصحية لمستشفى دراسة حالة. فالمستشفيات تعاني من تشتت تاريخ المريض بين ملفات مكررة، وتراكم الملفات غير المكتملة، وبطء الإفصاح عن السجلات أو خروجه إلى غير صاحبه، وضعف الأدلة أمام زيارات الاعتماد حين يعمل القسم دون ضوابط مقاسة. ويشرف المشاركون فعلا على موظفي السجلات، ويتعلمون عبر دراسات حالة مبنية على قوائم الملفات المكررة وتقارير النواقص وسجلات الإفصاح. وتقدم كور كونسبت هذه الدورة في تشغيل أقسام المعلومات الصحية.

أهداف الدورة:

- رسم وظائف قسم المعلومات الصحية وأحجام العمل ومدد الإنجاز ومقارنتها بخط أساس موثق
- صون سلامة الفهرس الرئيسي للمرضى بتطبيق قواعد المطابقة ومعالجة الملفات المكررة والمتداخلة والمختلطة
- تشغيل إجراءات اكتمال السجلات التي تتابع النواقص وتصعد الملفات المتأخرة وتغلقها ضمن المهل المحددة في السياسة
- معالجة طلبات الإفصاح عن المعلومات وإطلاع المرضى وتصحيح السجلات بتفويضات موثقة وسجل للإفصاح
- ضبط الحفظ والمسح الضوئي والفهرسة واسترجاع الملفات لتبقى السجلات متاحة ومقروءة ومكتملة
- بناء بطاقة مؤشرات أداء لقسم المعلومات الصحية وملف أدلة يدعم زيارات الاعتماد والتدقيق الداخلي

الفئة المستهدفة:

- المديرون المسؤولون عن قسم المعلومات الصحية أو السجلات الطبية في المستشفى
- المشرفون المسؤولون عن فرق اكتمال السجلات وتحليل الملفات ومتابعة النواقص
- المسؤولون عن صيانة الفهرس الرئيسي للمرضى وجودة بيانات هوية المريض
- قادة الوحدات المسؤولون عن الإفصاح عن المعلومات وطلبات إطلاع المرضى وتوثيق الإفصاح
- رؤساء الأقسام المسؤولون عن المسح الضوئي والأرشيف ومدد الحفظ وخدمات استرجاع الملفات

محاوَر الدورة:

اليوم 1: وظائف قسم المعلومات الصحية وسير العمل وتقييم الوضع الراهن

- خريطة وظائف قسم المعلومات الصحية من الدخول حتى الأرشيف
- حصر استخدامات السجل الصحي الأولية والثانوية
- مراجعة خصائص نموذج AHIMA لإدارة جودة البيانات
- صحيفة خط الأساس لأحجام العمل ومدد الإنجاز
- هيكل أقسام المعلومات الصحية ومعايير الإنتاجية لكل دور

اليوم 2: سلامة الفهرس الرئيسي للمرضى وضوابط هوية المريض

- عناصر البيانات الأساسية والمعرفات في الفهرس الرئيسي للمرضى
- مقارنة قواعد المطابقة الحتمية والاحتمالية لسجلات المرضى
- معايير تصنيف الملفات المكررة والمختلطة والمتداخلة
- قائمة عمل أمين البيانات للدمج وفك الدمج
- قياس نسبة التكرار في الفهرس وإجراء التنقية الشهري

اليوم 3: احتمال السجلات ومتابعة النواقص والإفصاح عن المعلومات

- قائمة تجميع سجل الخروج والتحليل الكمي للملف
- سجل متابعة النواقص للتواقيع والتقارير الناقصة
- سلم تصعيد الملفات المتأخرة وخطابات إشعار الأطباء
- التحقق من طلبات الإفصاح عن المعلومات ومراجعة التفويض
- إجراء معالجة طلبات اطلاع المريض وتصحيح السجل

اليوم 4: الحفظ والمسح الضوئي ومخاطر الإفصاح والجاهزية لزيارات الاعتماد

- مدد حفظ السجلات الصحية للبالغين والقصر
- سير عمل المسح الضوئي والفهرسة وضبط جودة الصور
- تتبع استرجاع الملفات وضوابط حفظ الأوراق المنفصلة
- الاستجابة لحوادث الإفصاح عن ملف مريض آخر وسجل حصر الإفصاحات
- ملف أدلة زيارة الاعتماد لمعايير المعلومات الصحية

اليوم 5: دراسة حالة لخطة تحسين عمليات قسم المعلومات الصحية

- مراجعة بيانات الملفات المكررة والنواقص في مستشفى الحالة
- تحليل الأسباب الجذرية لتراكم طلبات الإفصاح في مستشفى الحالة
- بطاقة مؤشرات أداء القسم مع المستهدفات ودورية المراجعة
- إعادة تصميم التوظيف وسير العمل في قسم الحالة
- عرض خطة تحسين عمليات قسم المعلومات الصحية أمام لجنة المراجعة

المهارات التي ستكتسبها:

- مطابقة هوية المريض
- معالجة الملفات المكررة
- إدارة نواقص الملفات
- التحقق من طلبات الإفصاح
- ضبط مدد الحفظ
- ضمان جودة المسح الضوئي
- قياس أداء المعلومات الصحية
- إعداد أدلة زيارات الاعتماد

لماذا تحضر هذه الدورة:

- إعداد خطة تحسين عمليات قسم المعلومات الصحية لمستشفى دراسة حالة تسلم إلى المدير الطبي ومسؤول الجودة
- البت في دمج ملف مريض مشتبّه بتكراره أو فك دمج أو تعليقه استناداً إلى أدلة مطابقة موثقة
- تجنب الإفصاح عن ملف مريض آخر وتراكم الملفات غير المكتملة ونقص أدلة الزيارات التي تعرض المستشفى للمساءلة
- تدريب موظفي السجلات والمسح الضوئي والإفصاح على القوائم والسجلات وخطوات التصعيد المستخدمة في دراسة الحالة

الخاتمة:

بعد العودة إلى العمل يعرض المشاركون خطة تحسين عمليات قسم المعلومات الصحية على المدير الطبي ومسؤول الجودة. ويعتمدان عليها في إقرار إجراء تنقية الملفات المكررة، وسلم تصعيد النواقص، وخطوات التحقق من طلبات الإفصاح، وضوابط الحفظ والمسح الضوئي، وفي تحديد مؤشرات الأداء التي يرفعها القسم كل شهر. وبعد الربع الأول من التطبيق، يقارن القسم نسب التكرار وأعداد الملفات المتأخرة ومدة إنجاز طلبات الإفصاح وملاحظات الزيارات بخط الأساس، ويعدل المستهدفات والتوظيف حيث تقصر النتائج.

الأسئلة الشائعة:

ما الذي يحتاجه المشارك قبل دورة إدارة المعلومات الصحية في الفهرس الرئيسي للمرضى والإفصاح عن المعلومات؟

يحتاج المشارك إلى خبرة في الإشراف على وحدة معلومات صحية أو سجلات طبية في مستشفى أو العمل فيها، ويفيده إحضار تقارير نواقص أو قوائم ملفات مكررة أو سجلات إفصاح مجهولة الهوية من قسمه لتطبيق تمارين دراسة الحالة على واقعه.

بم تختلف دورة تشغيل قسم إدارة المعلومات الصحية عن دورات الترميز الطبي أو تحسين التوثيق السريري؟

تتناول هذه الدورة تشغيل القسم نفسه: سلامة الفهرس الرئيسي للمرضى واكتمال السجلات والإفصاح والحفظ والمسح الضوئي والمؤشرات. أما دورات الترميز فتعنى بتخصيص رموز التشخيص والإجراءات، ودورات تحسين التوثيق تراجع الملاحظات السريرية وتستوضح من الأطباء محتواها.

لماذا تعد سلامة الفهرس الرئيسي للمرضى أساسا في إدارة المعلومات الصحية؟

لأن كل سجل يعتمد عليها. فالملف المكرر يقسم تاريخ المريض، والملف المختلط يجمع مريضين في ملف واحد، وكلاهما يقود إلى قرارات علاجية غير آمنة وإفصاحات خاطئة وبيانات غير موثوقة للتقارير وزيارات الاعتماد.

ماذا يعود به المشارك من دورة إدارة المعلومات الصحية في اكتمال السجلات الطبية والإفصاح عن المعلومات؟

يعود المشارك بخطة تحسين عمليات قسم المعلومات الصحية تضم إجراء تنقية الملفات المكررة، وسلم تصعيد النواقص، وخطوات التحقق من طلبات الإفصاح، وضوابط الحفظ والمسح الضوئي، ومراجعة للتوظيف، وبطاقة مؤشرات أداء بمستهدفات محددة.