



دورة سجلات الأمراض والسجلات السريرية: التصميم وجودة البيانات وتقارير النتائج



دورة سجلات الأمراض والسجلات السريرية: التصميم وجودة البيانات وتقارير النتائج

مقدمة:

دورة سجلات الأمراض والسجلات السريرية في التصميم وجودة البيانات وتقارير النتائج دورة تمتد 5 أيام لموظفي السجلات والمعلومات الصحية والترصد والتدقيق السريري في جهات الصحة العامة والمستشفيات ومراكز البحث، وتنتهي بإعداد خطة إنشاء سجل وضبط جودة بياناته لجهة دراسة حالة. فكثير من السجلات تنطلق دون غرض متفق عليه أو حد أدنى من البيانات أو تعريف واضح للحالة، فتصل السجلات ناقصة أو مكررة أو متأخرة وتفقد تقارير النتائج ثقة الأطباء. ويجمع المشاركون بيانات المرضى أو يرمزونها أو يعدون تقاريرها في عملهم، ويتدربون عبر دراسات حالة على مستخرجات سجلات وعينات تدقيق. وتقدم كور كونسبت هذه الدورة في سجلات الأمراض والسجلات السريرية.

أهداف الدورة:

- تحديد غرض السجل ونطاقه وحوكمته والجهات الأمانة على بياناته، والمفاضلة بين السجلات السكانية والسجلات المستشفى وسجلات المنتجات والإجراءات
- تحديد الحد الأدنى من البيانات مع قاموس بيانات وقيم مسموحة ومعايير ترميز مثل ICD-O و ICD و SNOMED CT و LOINC
- تصميم حصر الحالات من بلاغات علم الأمراض والتنويم وشهادات الوفاة والصيدلية بقواعد إدراج واستبعاد جرى التحقق منها
- ربط سجلات المرضى بمجموعات بيانات أخرى بالطرق الحتمية والاحتمالية مع إخفاء الهوية وضوابط الوصول إلى البيانات
- تدقيق بيانات السجل من حيث قابلية المقارنة والاكتمال والصحة والتوقيت ومعالجة الحالات المكررة وغير المؤكدة
- إعداد تقارير البقاء والمعدلات والمقارنة المرجعية وتجميع خطة إنشاء سجل وضبط جودة بياناته لجهة دراسة حالة

الفئة المستهدفة:

- مديرو السجلات ومنسقوها المسؤولون عن تشغيل سجل لمرض أو إجراء أو منتج طبي
- قادة المعلومات الصحية والترميز الطبي الذين يزودون السجلات ببيانات التشخيص والإجراءات وعلم الأمراض
- مديرو الترصد في الصحة العامة المسؤولون عن أنظمة تسجيل الأورام والأمراض واجبة التبليغ
- رؤساء وحدات الجودة والتدقيق السريري في المستشفيات ممن يستخدمون بيانات السجلات لمقارنة النتائج السريرية
- مديرو البيانات في مراكز البحث المشرفون على سجلات الأفواج وسجلات الدراسات السريرية

محاوَر الدورة:

اليوم 1: غرض السجل وأنواعه وتقييم الوضع الراهن

- صياغة بيان غرض السجل وأسئلة البحث أو الجودة الرئيسة
- قرارات نطاق السجل السكاني مقابل السجل المستشفى
- أنماط تصميم سجلات المنتجات والإجراءات والأمراض النادرة
- مجلس حوكمة السجل وأدوار التوجيه وأمانة البيانات
- تقييم جاهزية السجل للمصادر القائمة والفجوات

اليوم 2: الحد الأدنى من البيانات ومعايير الترميز وبنية بيانات السجل

- اختيار الحد الأدنى من البيانات بعناصر أساسية واختيارية
- قاموس البيانات بالتعريفات والقيم المسموحة والصيغ
- قواعد ترميز الموضع والشكل النسيجي وفق ICD-O و ICD
- مصطلحات SNOMED CT و LOINC للموجودات السريرية والفحوص
- مخطط قاعدة بيانات السجل ونماذج تقارير الحالة الإلكترونية وقواعد التحقق

اليوم 3: حصر الحالات واستخلاص البيانات وربط السجلات

- قواعد إدراج الحالات واستبعادها في تعريف الحالة مع التحقق
- بلاغات متعددة المصادر من علم الأمراض والتنويم والصيدلية
- دليل المستخلص وفحوص الاتساق بين المقيمين
- طرق الربط الحتمي والربط الاحتمالي وفق نموذج Fellegi-Sunter
- متابعة الحالة الحيوية وتتبع حالات الانقطاع عن المتابعة

اليوم 4: تدقيق جودة البيانات وضوابط الخصوصية وتقارير النتائج

- مؤشرات تدقيق قابلية المقارنة والاكتمال والصحة والتوقيت
- عينات إعادة الاستخلاص ونسبة الحالات المسجلة من شهادة الوفاة فقط
- إخفاء الهوية والربط بمرشحات Bloom واتفاقيات الوصول إلى البيانات
- منحنيات البقاء ومعدلات الحدوث ومقاييس النتائج المعدلة حسب الخطورة
- تقارير المقارنة المرجعية بمخططات القمع وقواعد تنبيه القيم المتطرفة

اليوم 5: دراسة حالة: خطة إنشاء سجل وضبط جودة بياناته

- مراجعة بيان غرض السجل ونطاقه لجهة الحالة
- صياغة الحد الأدنى من البيانات وخريطة الترميز للحالة
- خريطة مصادر حصر الحالات وتصميم الربط للحالة
- جدول تدقيق جودة البيانات ونموذج تقرير النتائج للحالة
- استكمال خطة إنشاء السجل وضبط جودة بياناته

المهارات التي ستكتسبها:

- تحديد نطاق السجل
- تصميم الحد الأدنى من البيانات
- موازنة المصطلحات السريرية
- تصميم حصر الحالات
- تدقيق استخلاص بيانات السجل
- الربط الاحتمالي للسجلات
- حماية خصوصية بيانات السجل
- إعداد تقارير نتائج السجل

لماذا تحضر هذه الدورة:

- إعداد خطة إنشاء سجل وضبط جودة بياناته تقدم إلى مجلس توجيه السجل أو المدير الطبي أو لجنة البحث
- تحديد مصادر البلاغ وعناصر البيانات وتعريفات الحالة التي يعتمد عليها السجل قبل بدء الجمع
- تفادي الحالات المكررة والتميز غير الموثوق وانتهاكات الخصوصية التي تضعف نتائج السجل المنشورة
- نقل نماذج قاموس البيانات وقوائم التدقيق وإجراءات الربط إلى المستخلصين والمرمزين والمحليين

الخاتمة:

بعد العودة إلى العمل يسلم المشاركون خطة إنشاء السجل وضبط جودة بياناته إلى مجلس توجيه السجل أو المدير الطبي أو لجنة البحث. وتعتمد عليها الجهة في إقرار الحد الأدنى من البيانات ومصادر البلاغ وطريقة الربط وقواعد الوصول قبل بدء الجمع أو قبل إعادة هيكلة سجل قائم. وبعد أول دورة تدقيق، يقارن فريق السجل نتائج الاكتمال والصحة والتوقيت بالمستهدفات الواردة في الخطة، ويراجع السجلات المكررة وغير المربوطة، ويحدث قاموس البيانات ودليل المستخلص.

الأسئلة الشائعة:

ما الذي يحتاجه المشارك قبل دورة سجلات الأمراض والسجلات السريرية؟

يحتاج المشارك إلى خبرة في جمع بيانات المرضى أو ترميزها أو استخلاصها أو إعداد تقاريرها، وتفيد معرفة ترميز التشخيصات وجدول البيانات، ويساعد إحضار قاموس بيانات أو مستخرج مجهول الهوية من سجل الجهة على تطبيق تمارين التدقيق والربط مباشرة.

بم تختلف دورة سجلات الأمراض والسجلات السريرية عن دورات إدارة صحة السكان وتحليلات المستشفيات؟

تتناول هذه الدورة بناء السجل نفسه وتشغيله: الغرض والبيانات وحصر الحالات والترميز والتدقيق والربط وتقارير النتائج. أما دورات صحة السكان فتستخدم السجلات لتقسيم المخاطر وتوجيه الرعاية، ودورات تحليلات المستشفيات تبني لوحات المؤشرات، ويرد كلاهما هنا بإيجاز.

لماذا تحتاج سجلات الأمراض والسجلات السريرية إلى حصر الحالات من مصادر متعددة؟

لأن أي مصدر منفرد لا يرصد كل الحالات؛ فعلم الأمراض يغفل الحالات المشخصة سريريا، والتنويم يغفل الرعاية الخارجية، وشهادات الوفاة تصل متأخرة، لذا تجمع السجلات البلاغات وتربطها لإزالة التكرار، فيرتفع الاكتمال وتصبح أرقام الحوادث والنتائج موثوقة.

ماذا يعود به المشارك من دورة سجلات الأمراض والسجلات السريرية؟

يعود المشارك بخطة إنشاء سجل وضبط جودة بياناته لجهة دراسة حالة، تضم بيان الغرض والحد الأدنى من البيانات وخريطة الترميز وتصميم حصر الحالات والربط وجدول التدقيق ونموذج تقرير النتائج، ويمكن تكييفها لسجل جهته.