

العنوان:	السجلات الصحية الالكترونية
المصدر:	مكتبات نت
الناشر:	ابيس كوم
المؤلف الرئيسي:	السيد، محمد أحمد
المجلد/العدد:	مج16, ع4
محكمة:	لا
التاريخ الميلادي:	2015
الشهر:	ديسمبر
الصفحات:	30 - 39
رقم MD:	759064
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	السجلات الطبية، مصادر المعلومات، الوثائق الصحية، استرجاع المعلومات
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/759064">http://search.mandumah.com/Record/759064</a>

## السجلات الصحية الإلكترونية

أ. محمد أحمد السيد

تستخدم السجلات الطبية كمدخل لاستيراد البيانات الطبية لسجلات الصحة الإلكترونية لكل من المريض، والعميل، أو المواطن في نظم المعلومات الصحية ولكن - نظرًا لعيوب السجل الطبي - من الأفضل استخدام سجلات الصحة الإلكترونية؛ لأنها كيان كامل متكامل عن المعلومات الصحية والطبية للمريض، أو المواطن، أو العميل.

وتعد إدارة السجلات الطبية بالمستشفيات جزءًا أساسيًا في تخطيط برامج الرعاية الطبية للمرضى، لذلك اهتمت معظم دول العالم بتجهيز أقسام خاصة مزودة بأحدث برامج التسجيل الطبي بالمستشفيات، بالإضافة إلى الاهتمام بتزويد أقسام السجلات الطبية بالمستشفيات بمجموعة من الإمكانيات المادية، والبشرية، المدربة والمؤهلة للمساعدة في تنظيم العمل في أقسام التسجيل الطبي بالمستشفيات، ومن هنا تبرز أهمية السجل الطبي باعتباره وثيقة رسمية هامة لكافة المعلومات الطبية والاجتماعية للمرضى وتاريخهم المرضي، بالإضافة إلى أهميته في رفع كفاءة الخدمات الطبية المقدمة بالمستشفى لما يشمله من بيانات كاملة عن المرضى، والتاريخ المرضي.

### تعريف السجل الطبي:

عبارة عن وثيقة أو ملف يشتمل على معلومات طبية وتمريضية وإدارية تغطي كافة الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض، وتشمل هذه المعلومات على الأعراض، والتاريخ المرضي، ونتائج الفحوص، والتشخيص النهائي، والحالة المرضية، والمدخلات الطبية، والجراحية، والعلاجات التي أعطيت للمريض، ومدى تقدم حالة المريض، واستجابته للعلاج. (Edna, 1981).

### السجل الصحي الإلكتروني (Electronic Health Record (EHR):

كذلك يطلق عليه السجل الطبي الإلكتروني أو سجل المريض الإلكتروني، ويعد السجل الصحي الإلكتروني حجر الزاوية في أي نظام صحي محوسب، فهو يمثل نقطة مركزية تصب فيها وتنشق عنها قنوات عدة من المعلومات المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية للمريض (WHO, 2008).

لا تختلف السجلات الطبية الإلكترونية كثيرًا عن السجلات الورقية التقليدية في وظيفتها والهدف منها، لكنها تختلف كليًا في طبيعتها، وخواصها، وإمكانيات استخدامها، وفوائدها، فهي تمثل نقطة مركزية تصب فيها، وتنشق عنها قنوات عدة من المعلومات المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية للمريض، كما

أنها تمتاز بدقة محتواها، وسهولة الوصول إليها من خلال تكاملها مع مصادر المعلومات المختلفة من خلال نظم شبكات المعلومات، والتي أدى استخدامها بالتبعية إلى تطور فكرة اللامركزية، وتواصل المعلومات بين أكثر من مستشفى ومؤسسة طبية بل إلى أبعد من ذلك من خلال شبكة الإنترنت الدولية التي وفرت الاتصال بين المستخدمين من الأطباء، والمرضى من أقطار العالم المختلفة الذين تفصلهم آلاف الأميال، وتجمعهم شبكة معلومات واحدة (Mark, 2001).

لقد عرفته الجمعية الأمريكية لمعلومات ونظم إدارة الرعاية الصحية بأنه "سجل طبي بالصيغة الرقمية، ويحتوي السجل الإلكتروني على جميع المعلومات الشخصية والإدارية للمريض ومعلومات التشخيص، والسوابق المرضية، والمؤشرات الحيوية، والإجراءات العلاجية المتخذة، والموافقات على هذه الإجراءات، وبيانات المختبر والأشعة". (المتاحة على موقع [www.himss.org](http://www.himss.org)) وعرفه الاتحاد الأمريكي لإدارة المعلومات الصحية بأنه: عبارة عن مستودع معلومات يشتمل على جميع المعلومات الخاصة بالمرضى ويعتمد على الكمبيوتر بكل إمكاناته المتطورة؛ من تخزين معلومات، ومعالجة، ونقل البيانات عن طريق شبكات المعلومات ووسائل الاتصال الحديثة.

### أهمية السجل الطبي:

- \* يعد أداة لتخطيط وتنفيذ ومتابعة برنامج الرعاية الطبية للمريض.
- \* مصدرًا هامًا للمعلومات والبيانات الموثقة.
- \* يوفر السجل الطبي الموثق الحماية القانونية سواء للمريض أو المستشفى أو الأطباء.
- \* يتضح أهميته في التخطيط والرقابة الإدارية. (Stephen, 1998)
- \* يوفر وسيلة للاتصال بين الطبيب المشرف على حالة المريض، وبقية أعضاء الفريق الطبي، والفنيين المشاركين في العلاج.
- \* يعد الوثيقة الرسمية التي تعتمد عليها المستشفى عند مراجعة كافة الإجراءات، والخدمات الطبية والتمريضية.
- \* دور السجل الطبي في اعتماد المستشفى أي الاعتراف من قبل هيئة متخصصة بأن المستشفى قد استوفت كافة المقاييس، والمواصفات التي تضعها هذه الهيئات واللجان المتخصصة. ( Beberah, 1955).

## النماذج الطبية الأساسية:

ويقصد بها الأدوات الرسمية التي تحوي معلومات معينة وأسئلة يراد استيفائها... وهذه النماذج هي:

\* نموذج الدخول والخروج.

\* نموذج التفويضات / المرافقات.

\* نموذج السيرة المرضية.

\* نموذج الفحص السريري.

\* أوامر الطبيب.

\* نموذج نتائج الفحوص المخبرية.

\* نموذج نتائج الفحوص الشعاعية.

\* ملاحظات تقدم حالة المريض.

\* ملاحظات التمريض.

\* نموذج العلامات الحيوية.

\* ملخص الخروج.

تنقسم محتويات هذه النماذج إلى قسمين رئيسين:

\* القسم الخاص بالبيانات الاجتماعية والإدارية... وهو القسم العلوي (البيانات الشخصية للمريض)

\* القسم الخاص بالبيانات الطبية. وهو القسم السفلي (يشمل التشخيص النهائي بعد إجراء الفحوص، والتحليل اللازمة).

## العمليات الفنية للسجلات الصحية والطبية وهي كما يلي:

ترقيم السجلات الطبية:

1. الترقيم المتسلسل.

2. الترقيم المتسلسل الموحد.

3. التقييم الموحد.

حفظ السجلات الطبية:

هناك طريقتان لحفظ السجلات:

\* طريقة الرقم العددي المسلسل (Marrgarel, 1997).

\* الحفظ وفق المجموعة العدد الأخيرة (الطرفية) وفيها يقسم المريض: إلى ثلاثة مجموعات أساسية:

1. المجموعة الأولية (الأساسية)

2. المجموعة الثانوية

3. المجموعة الثالثة

### ترتيب وتنظيم محتويات السجل الطبي:

يقسم السجل الطبي إلى أربعة أقسام رئيسية:

1. قاعدة البيانات الطبية الأساسية:

2. قائمة المشكلات المرضية:

3. الخطة المبدئية لتقويم المشكلات التي يعاني منها المريض.

4. ملاحظات الطبيب لتطور الحالة الصحية عند المريض.

### مراجعة السجل الطبي:

هناك نوعان من المراجعة:

1. المراجعة الكمية للسجل الطبي:

وتتم من خلال معايير تضمن التأكد من وجود عدة أشياء

2. المراجعة النوعية للسجل الطبي

وتتم هذه المراجعة من خلال:

\* التأكد من استيفاء بيانات جميع النماذج بالسجل.

\* تقويم هذه البيانات على ضوء أمور.

وتحتوي هذه المراجعة على أربعة أبواب رئيسة هي:

\* الباب الأول: يتناول القائمة المفصلة لفئات الأمراض ذات الأرقام الثلاثة بدءاً من الرقم (001) إلى الأرقام (999) وينقسم هذا الباب إلى سبعة عشر قسمًا...

\* الباب الثاني: ويحتوي على التصنيف التكميلي للأسباب الخارجية للإصابة والتسمم.

\* الباب الثالث: ويتضمن التصنيف التكميلي العوامل ذات الأثر على الحالة الصحية، والاتصال بالخدمات الصحية.

\* الباب الرابع: ويشمل القوائم الخاصة للجداول والتي تتكون من القائمة الأساسية للجداول.

### **أهم البيانات التي يشتمل عليها فهرس المريض:**

اسم المريض، والرقم الطبي، وتاريخ الميلاد، والجنس، والجنسية، والعنوان، وتاريخ الدخول والخروج، اسم الطبيب المعالج ونوع الخدمة الطبية المقدمة.

### **البيانات الطبية والسجلات الطبية:**

وهي البيانات التي تشمل عمليات الفهرسة؛ التي تملأ بها بيانات نماذج السجلات الصحية الإلكترونية وهي كما يلي:

### **البيانات الطبية:**

### **السجلات الطبية:**

هو مستودع للبيانات الطبية للفرد. فهو حساب مستخرج تم تصفيته في المحادثات التي جرت للمريض مع نظام الرعاية الصحية. فهو يصف الوضع الصحي للمرضى والتدابير المتخذة لتحسين حالته (Gordon et al, 1995).

### **أنواع السجلات الطبية**

\* السجل الطبي اليدوي:

\* السجلات الطبية نصف اليدوية:

\* السجلات الطبية "المحوسبة" الآلية:

\* السجلات الطبية الآلية:

هي البيانات التي تم إدخالها على شكل نماذج نصية. السجلات الطبية الآلية هي تقنية أساسية لمقدمي الرعاية الصحية ومديري النظام الصحي، والمعلومات الصحية هي أكثر دقة وتكاملاً وأكثر كفاءة مما هو ممكن مع الأساليب الحالية، التي اختتمت من قبل دراسة أمريكية حديثة ( Gouvie, 1994) وذكرت في مصر من حوالي خمسة وعشرين عامًا.

### مزايا السجل الطبي الآلي:

1. يمكن للطبيب الوصول إلى بيانات المريض في ثوان.
2. يوفر تقرير أكثر وضوحًا وأكثر تنظيمًا.
3. تحسين قدرة الطبيب على التنبؤ بالنتائج.
4. القدرة على الاستخلاص، وتلخيص وتبسيط الضوء على العناصر المهمة في السجلات الطبية.
5. فرصة لعرض قاعدة بيانات متكاملة.
6. يسمح بالتحديث والتحقق مع استخدام محطات نائية.
7. المعلومات المجموعة من مرضى عدة سوف تكون مفيدة في البحوث السريرية.

### عيوب السجل الطبي الآلي:

1. يتطلب استثمارات كبيرة أولية عن نظيرتها الورقية بسبب تكاليف الأجهزة والبرمجيات والتدريب.
2. يجب إمضاء وقت لتعلم النظام وتدريب الموظفين.
3. النظام المستند على "القائم على" الكمبيوتر معرض لأعطال خطيرة، لذا يجب الحفاظ على الإجراءات اليدوية البديلة.

ونظرًا لعيوب السجل الطبي يفضل استخدام السجلات الصحية الإلكترونية وذلك لقيمة السجلات الصحية الإلكترونية التي يمكن استيفائها كما يلي:

## قيمة السجلات الصحية الإلكترونية:

في البداية كانت تستخدم السجلات الطبية، وبعد ذلك تم استخدام سجلات الصحة الإلكترونية:

لقد أصبحت سجلات الصحة الإلكترونية (EHR) معاصرة لهذا الزمن، تتطلب الممارسة الطبية الحديثة تعامل الطبيب مع أفضل الممارسات، والحذر من التكلفة والاستخدام الزائد، ولقد أوضحت بعض البيانات وجود فجوات بين الممارسة والأدلة الأفضل واختلافات واسعة لا تزال موجودة في الممارسة الطبية، وتساعد تكاليف الرعاية الصحية إلى حد كبير ومستمر، ولكن يوجد آثار مماثلة في أماكن أخرى من الصعب التحكم فيها.

## تعريف سجلات الصحة الإلكترونية:

وبناء على استيعاب قيمة سجلات الصحة الإلكترونية فقد تم تقديم المعنى الوظيفي لها، وفحص الطرق الشائعة لاستخدامها. عقدت مؤخرًا منظمة الطب لجان خبراء لتحليل معايير بيانات سلامة المريض. ووفقًا لنتائج عملهم فقد أنتجت هذه المجموعة تقارير خاصة بتأمين قسم خدمات الصحة والإنسانية محددة المعايير الفنية لسجلات الصحة الإلكترونية (EHR) (Tang, 2003) ويتم سرد الوظائف الأساسية التي أوصت بها مجموعة سجلات الصحة الإلكترونية، إلى كل من المجالات المحددة وإعطاء لمحة وصفية موجزة. ولهذا يمكن تعريف السجل الصحي الإلكتروني على أنه شكل من أشكال التخزين الإلكترونية، التي توفر لحظة التوافر للمعلومات لإعطاء أذن للممارسين، والذي يتضمن تعزيز فرص الحصول على المعلومات الطبية وزيادة الكفاءة. على الرغم من أن المنظمة الدولية للتوحيد القياسي لم تتمكن من تحديد السجلات الصحية الإلكترونية في عام 2000، وكانت قادرة على تحديد ما هي وظائف سجلات الصحة الإلكترونية، وماذا ينبغي أن يؤدي (المنظمة الدولية للتوحيد القياسي، 2000). والغرض الرئيس من هذه السجلات الصحية الإلكترونية هو توفير سجل مستوى الرعاية لدعم الرعاية الحالية والمستقبلية من قبل أي طبيب سريري. وهذا سوف يساعد من خلال السماح لأي الطبيب لمعرفة ظروف المرضى وحتى لو كانوا مرضى جديدًا. عرف سجل الصحة الإلكتروني بأنه "أي معلومات تتعلق بالماضي، والحاضر، أو المستقبل للصحة البدنية/العقلية أو حالة الفرد، والتي تكمن في النظام الإلكتروني (أنظمة) تستخدم لالتقاط ونقل واستلام وتخزين واسترجاع وربط البيانات ومعالجتها،



وسائط متعددة لتحقيق الغرض الرئيس من توفير الرعاية الصحية، والخدمات الصحية ذات الصلة". (Murphy et al, 1999). وسجل الصحة الإلكتروني أيضًا لديه عدد من الاستخدامات الثانوية: الطب الشرعي، وإدارة الجودة، والتعليم، والبحوث العامة وصحة السكان، ووضع السياسات الصحية، إدارة الخدمات والفواتير/ المالية/ السداد

(International Organization for Standardization, 2000). وتم وضع تعريف آخر ممكن من سجل الصحة الإلكتروني من قبل فريق عمل سجل الصحة الإلكتروني في عام 2001. ووفقًا لذلك واستنادًا إلى أن الناس كانوا يبحثون عنه، هو: "لجمع البيانات الإلكترونية الطولية من المعلومات الصحية الشخصية، وعادة ما تستند على الفرد، أو مدخل مقبول من قبل مقدمي الرعاية الصحية، والتي يمكن توزيعها على عدد من المواقع، أو تجميعها في مصدر معين. ويتم تنظيم المعلومات في المقام الأول لدعم الرعاية الصحية المستمرة وزيادة الكفاءة والجودة. ولا يكون السجل تحت سيطرة المستهلك ليتم تخزينها، ونقلها بشكل آمن" (متاح على الرابط

<http://www.himss.org/content/files/proceedings/2001/sessions/ses132.pdf>

### **السجل الإلكتروني الطبي / سجل المريض الإلكتروني:**

والسجلات الطبية الإلكترونية/ سجل المريض الإلكتروني هو مماثل لسجل المريض القائم على الحاسوب، ولكن لا يتضمن بالضرورة سجلًا مدى الحياة، ويركز بدلاً من ذلك على المعلومات ذات الصلة. كما أن لديه التوافق التام داخل المؤسسة (المستشفى، والعيادة، والممارسة). يوصف أحيانًا السجل الإلكتروني الطبي باعتباره "حساء الأبيجدية" بسبب الأسماء المختلفة التي كانت تطلق عليها، بعض هذه المسميات (مستودعات البيانات السريرية والإلكترونية لسجل المريض). المشكلة لا تنتهي عند ما تسميتها، ولكن تتعدى أيضًا إلى وضع تعريف لها. وفقًا لجمعية اليابان للمعلوماتية الطبية، مستوى السجلات الطبية الإلكترونية لا يغطي جميع مجالات التطبيق، ولكن يجب أن يعتمد نظام انتقال النظام ومرجعًا نتيجة نظام ترتيب لجميع أنواع مجالات التطبيق. لغرض تمييز السجل الإلكتروني الطبي من سجل المريض التي تعتمد على الكمبيوتر والإلكترونية السجل الصحي، عرفوه بأنه سجل على الخط الكامل الذي هو في متناول الجميع التي تحتاج إليها عند الحاجة إليه.

وكما يرى الكاتب أنه بعد أن تم تعريف سجل الصحة الإلكتروني، كما هو متوقع من هذه الأنظمة أصدرت المنظمة الدولية للهجرة تقريرًا يحدد السمات الأساسية، والوظائف اللازمة لسجل الصحة الإلكتروني (Hunter, 2002) ولقد تغيرت هذه القائمة تغيرًا ضئيلاً على مر السنين، على الرغم من أن بعض الكتاب قد وضع مزيدًا من التفاصيل في هذه القائمة أو عبر قائمة بطريقة مختلفة. أصدر M.J. Barret قائمة في عام 2000 في ورقته "تطور السجلات الطبية المحوسبة". القائمة التي كتبت تتضمن العناصر التالية وكان من شأنه أن يشعر أنها تشكل "المثالية" في الصحة الإلكترونية:

- \* مراجعة جميع سجلات العميل.
- \* - قياس التحسن المتوقع في قدرة العميل الوظيفية.
- \* - قياس فعالية التكاليف.
- \* - توثيق الأدلة على الرعاية الجيدة لأطراف ثالثة.
- \* تتبع أداء حالة آخر عميل.
- \* - تحديد "أفضل الممارسات" من البيانات في السجلات.
- \* - التعرف على الرعاية المناسبة لعميل معين.
- \* التعرف على التأثير الفوري والطويل الأجل من العلاج.
- \* - تقييم مختلف لمؤشرات الجودة والسلامة والفعالية.
- \* أنواع العملاء القياسي.
- \* مؤشرات تقدم العميل الفردية والنتائج الصحية.

**قائمة المراجع:**

1. Edna HK. Medical record Management. U.S.A: Physician Record Company, 1981.
2. World Health Organization (WHO). Health Metrics Network Framework and standards for country health information systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2008. Pp. 15-45
3. Mark B. Health information management. Routledge, London, UK: 2001.
4. Stephen PR. Organizational Behavior: Concepts, Controversies, and Applications. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
5. Beberah K. Communication on accreditation of hospitals. U.S.A: 1955. Pp.102-104.
6. Marrgarel SF. Organization of medical record departments in hospitals. U.S.A.: American Hospital Publishing, 1997.p. 24.
7. Gordon DB, Marafiotis S, Carter M, Kumov H, Dolan A. The Electronic Patient Record: A strategic Planning Frame work Medinfo 1995.p. 8,p.296.
8. Tang PC. Committee on Data Standards for Patient Safety. Letter report: key capabilities of an electronic health record system. Institute of Medicine. Washington, DC, 2003.
9. Murphy GF, Waters KA, Amatayakul M. EHR vision, definition and characteristics. In: Murphy GF, Hanken MA, Waters KA (eds). Electronic health records: Changing the vision. Philadelphia: W.B. Saunders. 1999.pp. 3-26.
10. Hunter KM. Electronic Health Records. In Health Care Informatics: An Interdisciplinary Approach. Missouri: Mosby, 2002. Pp.209-30.