



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
الجامعة التقنية الجنوبية
المعهد التقني العمارة
قسم تقنيات الإدارة الصحية



الحقيبة التدريسية : التوثيق الصحي



الصف : الأول

تدريس المادة :
م.م. شاكر عبود عليوي

الفصل الدراسي : الثاني

وصف الحقيبة التعليمية

الجامعة التقنية الجنوبية	اسم الجامعة
المعهد التقني العمارة	القسم
2025 - 2024	العام الدراسي
طلاب المرحلة الاولى	الفئة المستهدفة
شاكر عبود عليوي	اسم التدريسي
مدرس مساعد	اللقب العلمي
15 اسبوع	مدة البرنامج الدراسي
2025/04/15	تاريخ اعداد الحقيبة

دليل الحقيبة

اسم الحقيبة : التوثيق الصحي

الهدف العام من الحقيبة : اكساب الطلبة المعارف و المهارات الاساسية المتعلقة بتوثيق المعلومات الصحية بدقة ووفق المعايير المعتمدة لتمكينهم من اعداد وتنظيم وحفظ واسترجاع السجلات الطبية بشكل يضمن الجودة و السرية ويسهم في تحسين الرعاية الصحية المستهدفون من الكورس طلاب مرحلة الأولى قسم الادارة الصحية الجامعة التقنية الجنوبية.
المنفذون : استاذ المادة



الأنشطة وأساليب التدريس المتبعة

عروض تقديمية

أنشطة جماعية

أنشطة فردية

عصف ذهني

سؤال وجواب

تقييم نهائي

اختبارات

الوسائل التعليمية



القلم الملون



السبورة



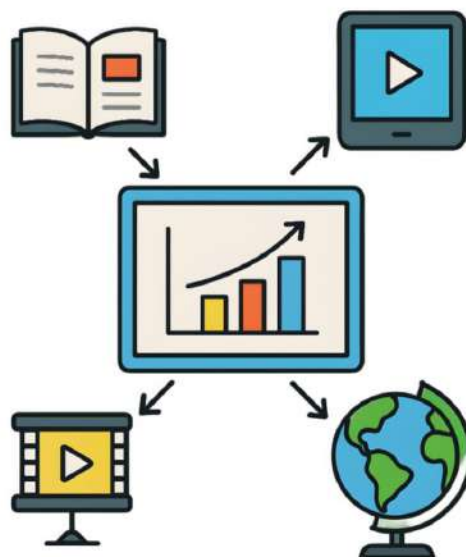
لابتوب



اداة العرض (داتاشو)



الصف الالكتروني (كلاس روم)



الساعات التدريسية					1	السنة الدراسية	اسم المادة	
عدد الوحدات	مج الساعات	التطبيقية	العملية	النظرية	2	الفصل الدراسي	التوثيق الصحي	بالعربية
3	3	2		1	العربية	تخصصية	Health Documentation	بالإنكليزية

الأسبوع	التفاصيل
الأول	مفهوم التوثيق الطبي تعريف السجل الطبي وأهميته وأهدافه
الثاني	تاريخ السجلات الطبية
الثالث	مفهوم السجل الطبي ، الغرض من السجلات الطبية وأهميتها في المؤسسات الصحية ، مميزات السجلات الطبية
الرابع	المركزية واللامركزية في حفظ السجلات الطبية
الخامس	نظم المعلومات في المستشفى من حيث التعريف والنوع والمكونات
السادس	أنواع المستشفيات والتنظيم الإداري للمستشفى
السابع	المعلومات الإدارية والاجتماعية والطبية والنماذج الطبية الأساسية (نموذج الدخول والخروج، التفويضات، السيرة المرضية، أوامر الطبيب، الفحص السريري، ملاحظات التقدم ،)
الثامن	ترقيم وحفظ السجلات الطبية من حيث طرق الترقيم وطريق الحفظ واستخدام اللوحات التوجيهية ومراقبة حركة السجلات الطبية ومتابعتها
العاشر الحادي عشر	الترتيب والمراجعة الكمية والنوعية للسجلات الطبية مع التركيز على السجل الطبي الموجه من حيث المكونات والفوائد والصعوبات
الثاني عشر الثالث عشر	الإحصاءات الطبية من حيث الأهمية ودور قسم السجلات الطبية في إعدادها وتصنيفها وكتابة التقارير الإحصائية الشهرية
الرابع عشر	المتطلبات القانونية وتكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها العملية في السجل الطبي
الخامس عشر	أقسام السجلات الطبية من حيث واجبات قسم السجل الطبي وتصميمه ومساحته ومحتوياته

الوثائق الطبية

وتعرف الوثائق الطبية بأنها تلك الوثائق المتعلقة بالمرضى، والتي يتم استحداثها واستبقاؤها في أحد مرافق الرعاية الصحية (المستشفيات، المراكز الصحية، الإدارات الصحية المحلية ... إلخ). وتتضمن هذه الوثائق معلومات طبية وإدارية واجتماعية خاصة بالمرضى (خارجيين / طوارئ داخليين).

وتعد الوثائق الطبية منبعاً أصيلاً للمعلومات الصحية والطبية عن المرضى : فهي بمثابة الشرايين التي تتدفق من خلالها المعلومات التي تستفيد منها فئات كثيرة من المستفيدين كالمريض والأطباء والباحثين وإدارة المستشفى، ومتخذي القرار الإداري

مريض الطوارئ:

السجلات الطبية وأهميتها كمصادر للمعلومات هو المريض الذي يعالج في قسم الطوارئ عند إصابته أو يرسل إلى إحدى شعب العيادة الخارجية لإكمال معالجته أو يدخل المستشفى بعدئذ ويشغل سريراً بئله على ما تتطلبه حالته الصحية .

المريض الخارجي:

هو ذلك الشخص الذي يستفيد من الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى كالتشخيص أو العلاج دون أن يشغل سريراً في ذلك المستشفى

نظام معلومات المستشفى:

نظام معلومات المستشفيات هو نظام معلومات متكامل مصمم لإدارة الجوانب الإدارية والمالية والطبية للمستشفى يجري أحيانا فصل نظم المعلومات السريرية عن نظام معلومات المستشفى لكون الأولى تركز على ما له صلة بالمريض والبيانات السرية (سجل المريض الإلكتروني) في حين أن الأخير يركز على القضايا الإدارية

٢ - السجل الطبي :

يعرف السجل الطبي بأنه التسجيل المتواصل للمرحلة السابقة الصحية للمريض، وخلال وجوده تحت الرعاية السريرية ويقصد بالرعاية السريرية للمريض معالجته عن طريق الأطباء والممرضات وباقي أفراد الفريق الصحي في أقسام المستشفى الداخلية أو في العيادة الخارجية ويجب أن يتضمن السجل الطبي ما يكفي من معلومات دقيقة لتحديد هوية المريض والتشخيص، خطة العلاج وتوثيق مرحلة العلاج والنتائج

الشكل

تكتب السجلات الطبية التقليدية على ورق ويتم حفظها في حوافظ (ملفات)، أما حديثاً فيتيح نظام السجل الطبي الإلكتروني **Electronic medical record system** إمكانية جمع البيانات من مصادر متعددة في مراكز الرعاية وهو ما يؤدي إلى دعم اتخاذ قرار الرعاية إن السجلات الطبية الإلكترونية لم يغير فقط شكل السجلات الطبية لكنه زاد إمكانية الوصول إلى الملفات والاحتفاظ بسجلات لكل مريض بالاسم ونوع المرض مما يسهل عملية تتبع المرضى وأثره سجلات المرضى للأبحاث الطبية

المحتوى

على الرغم من أن المضمون المحدد للسجلات الطبية قد يختلف باختلاف التخصص والموقع إلا أنها عادة ما تحتوي على ما يلي:
(أ) معلومات التعريف بالمريض.

اهمية السجل الطبي:

للسجل الطبي أهمية كبيرة لكل من المرضى والأطباء وإدارة المستشفى، ومخططي النظام الصحي الوطني. كما أنه مصدر يستفاد منه في أبحاث العلوم الطبية والصيدلانية والصحة العامة، وفي برامج التعليم الطبي، وفي نواحي التدريب المهني للعاملين في تقديم خدمة الرعاية الصحية.

وتفصيل ذلك على النحو التالي

أ- أهميته للمريض :

يعتبر السجل الطبي وسيلة اتصال بين أفراد الفريق الطبي الذي يقوم بدراسة حالة المريض أثناء وجوده في المستشفى، إذ يتيح لأي منهم معرفة تاريخ المرض وأسبابه. والتحليل التي أجريت للمساعدة في تشخيصه والعلاج الذي تقرر له، ومدى استجابة المريض للعلاج الذي وصف له وبالتالي تتوحد جهود الفريق بما يؤدي إلى دقة تشخيص مرضه وزيادة فرصة شفاؤه، وعند دخول المريض المستشفى للعلاج في وقت لاحق يستخدم ملفه كمرجع يرجع إليه الطبيب المعالج لمعرفة ما تم للمريض في الاستشفاء السابق **Previous hospitalization**. ليقرر في ضوء ذلك خطة سير العلاج دون انتظار نتائج الفحوص التشخيصية **Diagnostic Tests** ، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى احتمال نقص مدة استشفاء المريض، وتتجلى ضرورة الاحتياج لذلك بجلاء للمرضى المصابين بأمراض مزمنة مثل أمراض القلب والسكر).

- يمثل السجل الطبي أيضاً دليلاً يستند إليه - عند الحاجة في حالة النزاعات القضائية كدعاوى سوء التصرف Malpractice ، والتي تنشأ عند إصابة أو مرض أحد المرضى نتيجة حدوث إهمال في رعايته أو أن علاجه تم بطريقه غير سليمة
- يستند إلى السجل الطبي للمريض عند تقدير حسابه المالي مع المستشفى.

(ب) أهميته للطبيب

- يعتبر السجل الطبي أداة تتيح للطبيب التعرف على الحالة الصحية للفرد، وعلاقة الأعراض الحالية للمرض بالحالات المرضية السابقة وهو ما يساعده في التوصل إلى التشخيص الحقيقي للمرض في الوقت المناسب، واختيار أسلوب العلاج المناسب.
- يتيح توافر سجلات طبية للمرضى أن يراجع الطبيب ، حالاتهم، كأن يرغب في إعادة النظر في العلاج الذي أعطاه المرضى معينين.
- يعتمد الطبيب على المجال الطبي للمريض كمستند لحمايته في حالات الشكاوى والدعاوى عن الإهمال والأخطاء عندما لا يكون هو المتسبب فيها
- يتم الاعتماد على السجل الطبي للمريض في تقدير حسابات الأطباء

(ج) أهميته للمستشفى والإدارة المركزية

- يختص مجلس إدارة المستشفى في المقام الأول برسم السياسات اللازمة لتنفيذ أهداف المستشفى، ولا يمكن لهذا المجالس أن يصدر القرارات والتوصيات اللازمة في هذا المجال مثل رفع طاقة أسرة المستشفى كله، أو زيادة أو خفض الأسرة بأحد الأقسام ... إلخ، إلا بتوافر البيانات الإحصائية وغيرها من البيانات اللازمة لإصدار القرارات والتوصيات المناسبة وتم إعداد هذه البيانات في قسم السجلات الطبية.
- تمكن السجلات الطبية للمرضى المستشفى من تقويم مدى كفاءة الهيئة الطبية العاملة فيه من ما تكشف عنه المعلومات المدونة بها، والتي يمكن عن طريقها الحكم بما إذا كانت ممارسات الأطباء العاملين بالمستشفى تتفق مع ممارسات الطب الحديث الجيدة
- تحمي السجلات الطبية للمرضى المستشفى في حالة الصعوبات والمشاكل القانونية.
- يتم الاستناد إلى السجلات الطبية للمرضى عند اعتماد المستشفيات ويقصد بذلك اعتراف هيئة متخصصة بأن المستشفى قد استوفى جميع المقاييس والمواصفات والمتطلبات التي تضعها هذه الهيئة أو اللجان المنبثقة عنها، حيث أثبتت

الزيارات والدراسات الميدانية للمستشفيات أن السجلات الطبية الجيدة والمنظمة تدل على وجود خدمات طبية ذات مستوى ، مال وبالمقابل فإن السجلات الطبية غير المنظمة وغير المكتملة تعكس غالباً خدمات طبية ذات مستوى ضعيف. لذلك فإن مثل هذه الهيئات في معظم دول العالم تشترط وجود ملفات للمرضى كاملة ومنظمة في المستشفى.

● يوفر انتظام التسجيل الطبي بالمستشفيات الكثير من الإحصاءات التي يمكن تجميعها مركزياً ليتوفر لدى السلطة إحصاءات سنوية تساعد في اتخاذ القرارات في المستقبل نحو زيادة طاقة الأسرة العلاجية، وتنظيم وتوجيه الدراسات العليا وإيجاد مؤشرات للربط بين أعداد المرضى وانتشار الأمراض وأيام العمل الضائعة وتأثير ذلك على الناتج القومي. تمكن السجلات الطبية إدارة المستشفى أو الإدارة المركزية من إعداد موازنة مالية جيدة.

(د) أهميته في التعليم والتدريب والبحث :

● تعتبر السجلات الطبية مصدراً هاماً للمعلومات والبيانات الموثقة حيث إنها تشمل على حقائق طبية مهمة ذات فائدة كبيرة للباحثين في العلوم الطبية والصيدلانية، والصحة العامة.

● يتم نشر نتائج الأبحاث والدراسات التي تبحث في الأمراض وعلاجها والوقاية منها في المجالات والكتب الطبية وتستند هذه الأبحاث إلى المعلومات المدونة بالسجلات الطبية، ولذا فإنها تعتبر من الأدوات الهمة في التعليم والتدريب

● يتم الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالأمراض والعمليات الجراحية، وهو ما يتيح للباحثين

● الوصول إلى سجلات طبية لمرضى بمرض معني أو تم لهم إجراء جراحة معينة، للاستفادة منها في مجال البحوث أو الدراسات التي يقومون بإعدادها .

● للسجلات الطبية قيمة في برامج التعليم الطبية Medical Teaching Programs حيث تؤدي مشاهدة ومعايشة طلبة كلية الطب للواقع الفعلي للحالات المرضية في المستشفى إلى زيادة كفاءة وفعالية تدريبهم ففي الوقت الذي يكون فيه المريض مجالاً للبحث بهدف علاجه يكون ملفه مرجعاً لهذا البحث.

● للسجلات الطبية أهمية في نواحي التدريب المهني، وذلك لأن تدريب الأطباء والمرضى والعاملين في المهن الطبية المساندة في المستشفيات تعتمد إلى حد كبير على توفر ملفات منظمة وكاملة، خاصة أثناء الجولات الطبية اليومية على المرضى

ما من شك في أن الوثائق الإدارية تشكل في مجموعها تجارب المجتمع، وترتبط مباشرة بحضارة الإنسان، وتعكس التاريخ الفعلي للشعوب والوثائق الطبية، والتي تعتبر نمطاً متخصصاً من الوثائق الإدانة، تعتبر شاهداً على الزمن، فسجل تحليل الخروج مثلاً لا شك في أهميته لتاريخ الناحية الصحية فمحتوياته يمكن أن نستخرج منها البيانات التالية : عدد مرضى كل قسم، وعدد أيام العلاج لكل مريض ولكل قسم، وعدد حالات الخروج بالشفه، وعدد حالات الخروج بالوفاة ... إلخ.

وتعكس هذه البيانات الناحية الصحية بوضوح فهي تبرز لنا مدى ما قدم من صحة واتجاهات الحالة الصحية والأمراض ومعدل انتشارها ودرجة مقاومة هذا الانتشار ممثلاً في نتيجة العلاج للمرضى الخارجين خدمات

من هنا يتضح لنا أن الوثائق الطبية هي مرآة تتعكس عليها الحالة الصحية لا على مستوى الفرد فحسب، بل على مستوى المجتمع كله وبالتالي فهي تعكس الواقع الصحي الذي يعيشه مجتمع ما في فترة من فترات الزمن.

ركائز نظام التسجيل الطبي :

يمكن الوصول إلى نظام تسجيل طبي جيد من خلال نظام جيد للعمل وظروف عمل تساعد على أدائه وأفراد لديهم القدرة والحافز على تنفيذ النظام، وسجلات عمل يومية تفي بالبيانات المطلوبة، ونظام جيد لمتابعة حركة المرضى الداخليين ، والخارجين وضرورة توافر ملف أو سجل طبي لكل مريض وبيانات دورية يومية وشهرية وهذه يمكن الوصول إليها عن طريق توافر سجلات عمل يومية تفي بالبيانات المطلوبة، ونظام جيد لمتابعة حركة المرضى. يتم استخراج إحصائيات النسب المرضية ومعدلات الوفيات - والتي هي بيانات ثانوية من السجلات الطبية والتي يجب أن تكون دقيقة وكاملة

إدارة المسجلات الطبية :

يقصد بإدارة السجلات الطبية التخطيط والضبط والتوجيه والتنظيم والتدريب، وغيرها من الأنشطة الإدارية المتعلقة بإنشاء وصيانة واستخدام واستهلاك السجلات الطبية لتحقيق التوثيق الكافي والمناسب لسياسات وإجراءات الرعاية الصحية للمنظمة. ولأن السجلات الطبية هي وثائق قانونية وتخضع لقوانين الدولة التي يتم إنشاؤها فيها ؛ لذلك تجد تفاوتاً كبيراً في القاعدة التي تحكم إنشاء السجلات الطبية وملكيته ، وسهولة الوصول إليها واستهلاكها بعد فترة معينة. بالنسبة لمسألة الإتاحة والوصول فالسجل الطبي للمريض يعتبر بمثابة وثيقة سرية

تاريخ السجلات الطبية

بداية تاريخ السجلات الطبية

يبدأ التاريخ الحقيقي للسجلات الطبية الإلكترونية في الستينيات من القرن الماضي بالسجلات الطبية الموجهة لحل المشاكل أي السجلات الطبية كما نفهمها اليوم. وكان السجل الطبي الموجه نحو المشكلة طفرة في التسجيل الطبي حتى هذا الوقت، كان الأطباء يسجلون تشخيصهم والعلاج الذي قدموه فقط.

وبعد ذلك جده فجر عصر الكمبيوتر، حيث تم استخدام العديد من تطبيقات الكمبيوتر القديمة في المستشفيات والمؤسسات الحكومية، ولكن في أماكن أخرى قليلة جداً.

لم تكتسب أجهزة الكمبيوتر قوة جذب في المنشآت الصغيرة والممارسات الخاصة حتى فعلت ذلك مع عامة الناس، لذلك قبل ثمانينيات القرن الماضي، كان من النادر رؤية جهاز كمبيوتر يتم استخدامه على الإطلاق في ممارسة خاصة، على الرغم من أن نظام حفظ السجلات المحمول أصبح أكثر شيوعاً.

وفي حلول التسعينيات، دخلت التكنولوجيا معظم المكاتب الطبية وكانت أجهزة الكمبيوتر تستخدم بدرجة محدودة لأغراض حفظ السجلات. ولكن، لم يصبح التغيير واسع النطاق أكثر وضوحاً حتى عصر الإنترنت. حتى في مراحله المبكرة، أصبح الإنترنت أداة حيوية لتسجيل ونقل سجلات الوصفات الطبية وغيرها من السجلات الطبية. وأخيراً، خلال العقد الماضي أو نحو ذلك، يمكن معظم الأنظمة الطبية الرئيسية في العالم المتقدم التواصل بسهولة مع بعضها البعض عند الحاجة...

أصبحت السجلات الطبية بلا أوراق بشكل متزايد على الرغم من استمرار بعض الممارسات الخاصة في استخدام مزيج من السجلات الورقية والمحوسبة، كما أصبح الوصول إلى سجلات المرضى أكثر سهولة من أي وقت مضى حيث أصبحت تكنولوجيا البيانات محمولة وشاملة بشكل متزايد، وتهدف التحسينات الحالية في صناعة السجلات الطبية إلى التخصص المستمر للأنظمة الزيادة تبسيط سير العمل وزيادة الإنتاجية وتحسين التفاعلات بين الطبيب والمريض.

مفهوم السجل الطبي - الغرض منه وأهميته في المستشفيات / ومزاياه

مفهوم السجل الطبي

تستخدم مصطلحات السجل الطبي والسجل الصحي والمخططات الطبية بشكل متبادل إلى حد ما الوصف الوثائق المنهجية للسيرة المرضية للمريض ورعايته على مدار الوقت ضمن اختصاص أحد مقدمي الرعاية الصحية. يشمل السجل الطبي مجموعة متنوعة من أنواع «الملاحظات» التي أدخلها متخصصو الرعاية الصحية بمرور الوقت، وتسجيل الملاحظات وإدارة الأدوية والعلاجات وأوامر إدارة الأدوية والعلاجات، ونتائج الاختبارات والأشعة السينية، والتقارير، وما إلى ذلك، يعد الاحتفاظ بسجلات طبية كاملة ودقيقة شرطاً لمقدمي الرعاية الصحية، وينفذ عادة باعتباره شرطاً أساسياً للترخيص أو الشهادة.

كانت السجلات الطبية تقليدياً مكتوبة على الورق ويحتفظ بها في مجلدات تنقسم غالباً إلى أقسام لكل نوع من الملاحظات (ملاحظة التقدم، والترتيب، ونتائج الاختبار)، مع إضافة معلومات جديدة إلى كل قسم بترتيب زمني. توضع السجلات النشطة عادة في الموقع السريري، ولكن تجري أرشفة السجلات القديمة خارجه.

لم يغير ظهور السجلات الطبية الإلكترونية شكل السجلات الطبية فحسب، بل زاد من إمكانية الوصول إلى الملفات. يستخدم السجل الطبي الشخصي على نمط الإضبارة، حيث يحتفظ بسجلات لكل مريض بالاسم ونوع المرض.

أهمية السجلات الطبية في المؤسسات الصحية

١. التقليل من مخاطر سوء التصرف.
٢. المحافظة على التواصل بين أفراد طاقم الرعاية الصحية.
٣. تسجيل مقاييس الجودة المستشفى.
٤. تسهيل على المريض عملية الدفع، وغيرها من الأمور المالية.

المركزية واللامركزية في حفظ السجلات الطبية

نظام السجلات الطبية المركزي

هو وجود قسم واحد مركزي في المستشفى يقوم بكافة الوظائف والخدمات المتعلقة بالسجلات الطبية لكافة المرضى الذين يراجعون المستشفى، حيث تحفظ السجلات الطبية في مكان واحد تحت إشراف موظفين تابعين إلى قسم السجلات الطبية، ويتم تطبيق سياسات وأنظمة وإجراءات موحدة على كافة السجلات الطبية، وتستخدم أجهزة وأدوات ومواد لتشغيل وإدامة نظام السجلات الطبية، حيث يتطلب هذا النظام استخدام سجل طبي موحد لكل مريض سوله تعالج المريض في العيادات الخارجية أو قسم الطوارئ أو حتى في الأقسام الداخلية.

مزايا الإدارة المركزية في حفظ السجلات الطبية

ويحقق هذا النظام مزايا كثيرة أهمها:

- ١ توفير بيانات طبية كاملة عن المريض، بيانات شاملة وكاملة تعرف بالمريض.
- ٢ الاقتصاد في التكاليف لتجميع كافة الأعمال المتعلقة في السجلات الطبية في مكان واحد.

٣ توحيد الإجراءات المتعلقة بالسجل الطبي وتمييط النماذج والمحتويات

عيوب الإدارة المركزية في حفظ السجلات الطبية

١. قد تؤدي المركزية إلى اتكال المهنيين في الفريق الطبي؛ مما يساهم في ضياع المهمة والتي تركز على تقديم أفضل رعاية ممكنة.
٢. يمكن أن يؤدي القرار الفاشل إلى ضياع المؤسسة الطبية كاملة.
٣. قد يتجاهل بعض العاملين في المستويات العليا الذين يتخذون قرارات هامة العاملين في المستويات الدنيا.

٤ تؤدي المركزية إلى خفض الروح المعنوية للعاملين في المؤسسة المهنية

مميزات السجلات الطبية

١. متابعة حالتك الصحية وتقييمها. سجل وتابع مستوى تقدمك نحو تحقيق أهدافك الصحية مثل تقليل مستوى الكوليسترول في دمك.
٢. الاستفادة جيداً من زيارات الطبيب. جهز الأسئلة التي تود طرحها على طبيبك والمعلومات التي ترغب في إخباره بها، مثل قراءات ضغط الدم منذ زيارتك الأخيرة.
٣. التحكم في صحتك بين الزيارات. حمل البيانات المأخوذة من أجهزة المراقبة المنزلية مثل سوار قياس ضغط الدم وحللها باستخدام هذا السجل. وذكر نفسك بتعليمات طبيبك منذ آخر موعد طبي.
٤. التنظيم. تابع المواعيد الطبية والتطعيمات والأدوية وخدمات الوقاية أو الفحص

السجلات الطبية اللامركزية

ما هو المقصود بمصطلح اللامركزية السجلات الطبية؟

تعني لامركزية السجلات الطبية احتفاظ كل قسم أو دائرة أو عيادة في المستشفى بالسجلات الطبية الخاصة بالمرضى الذين يتعالجون لديها، بحيث لا يتداولها أو يستعملها أحد غير العيادة أو القسم المعني بها. وبذلك لا يوجد مكان حفظ موحد لكافة السجلات الطبية في المستشفى

عيوب اللامركزية في حفظ السجلات الطبية

تتجه معظم المستشفيات في العالم إلى الابتعاد عن تطبيق الحفظ اللامركزي للأسباب التالية:

١. يحتاج أي مساحة أكبر لحفظ السجلات الطبية.
٢. لا يوفر سجل كامل وشامل عن حالة المريض الصحية.
٣. يحتاج إلى عدد أكبر من الموظفين للعمل على إدامة السجلات الطبية وحفظها وتداولها في كل قسم.
٤. صعوبة تجميع المعلومات الإحصائية المتعلقة بمعالجة المرض.
٥. ارتفاع تكلفة الأجنة والمواد اللازمة.
٦. صعوبة الرقابة على السجلات الطبية وتنميط محتوياته.

السجلات الطبية الإلكترونية:

- ينشأ السجل الطبي الإلكتروني نتيجة استخدام أحد الأنظمة الإلكترونية في إدارة السجلات الطبية، وهو ماي ودى إلى تحقيق فوائد كثيرة، منها:
- ١ - تحسني سير العمل والوصول إلى المعلومات.
 - ٢ - تحسين سلامة المرضى وجودة الرعاية.
 - ٣ - زيادة الإنتاجية السريرية والرضا الوظيفي.
 - ٤ - إسراع إعداد الفواتير وتحسين التسديد والأده المالي.
 - ٥ - التوثيق والوصف الإلكتروني.
 - ٦ - إمكانية مشاركة المستشفى في المعلومات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية وشبكة المعلومات الصحية الوطنية.

التكنولوجيا الحديثة للمعلومات والاتصال ونظام

المعلومات الصحية

أولا : تعريف المعلومات الصحية والمعلوماتية الصحية

يشمل مصطلح المعلومات الصحية المعلومات التي تهم المريض وكذلك العاملين في المجال الصحي وتشمل أيضا المعلومات الخاصة بالمحافظة على المعافاة والوقاية من الأمراض ومعالجتها واتخاذ القرارات الأخرى المتصلة بالصحة والرعاية الصحية، وهي تشمل كذلك المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات حول المنتجات الصحية والخدمات الصحية وهي قد تكون في شكل نصوص مكتوبة أو مسموعة أو لقطات فيديو، وتمثل المعلومات الصحية على الإنترنت مجالا واسعا. أما مصطلح المعلوماتية الصحية، فيعتبر امتدادا لنمو المعلومات الصحية والذي يركز على الجوانب الإكلينيكية وتطبيقات التكنولوجيا في توصيل العناية الصحية ويغطي هذا المصطلح مجالات متنوعة منها معالجة الإشارات الفيزيولوجية خاصة بعد تطوير القدرة على قلب البيانات التماثلية إلى الشكل الرقمي في أواسط الستينات، وتشمل كذلك الأشعة والتصوير المقطعي والموجات فوق الصوتية والتصوير الفونوغرافي.

ثانيا : تطبيقات هامة للمعلوماتية الصحية

ظهرت تطبيقات هامة في مجال المعلوماتية الصحية، والتي نعرضها فيما يلي:

السجل الطبي الإلكتروني: ويطلق عليه كذلك اسم سجل المريض الإلكتروني والسجل الصحي الإلكتروني وتوجد حاجة لهذا السجل لتوثيق العناية الصحية للمريض. وسجل المريض يتألف من بيانات اساسية في أول السجل، يتبعها هيكلية

٢- معالجة الإشارات الفيزيولوجية والتطوير الطبي واحدة من التطبيقات المبكرة والأكثر نجاحاً هو electrocardiogram أصبح هذا التطبيق وبشكل متزايد ذي قيمة كبيرة عندما تم تطوير القدرة على قلب البيانات التماثلية إلى الشكل الرقمي في أواسط الستينات والتحول إلى المعالجة الرقمية للإشارات الفيزيولوجية، فالإشارات الرقمية يمكن أن تخزن بسهولة وتعرض عند الحاجة وتشمل الأشعة التصوير المقطعي Tomography، الموجات فوق الصوتية والتصوير الفوتوغرافي ومع معالجة الإشارات الفيزيولوجية طورت عملية التصوير الرقمي نوعية الصورة مما يسمح بتحليل وترجمة أكثر، ويمكن أيضاً أن تحول الصور عند الحاجة إليها بواسطة شبكات الاتصالات، مما يسمح لمجهزي الصحة للإفادة منها في تشخيصات المريض وعلاجه

٣- الخدمات الصحية عن بعد ويعني توفير المعلومات والخدمات المجهزي العناية الصحية والمستهلكين المرضى عن بعد، وقد اشتمل على استخدام التليفونات بين كل من متخصصي الصحة والمريض إلا أن الاهتمام بالصحة عن بعد تم التوسع فيه في التسعينات وتطبيقات الخدمات الصحة عن بعد متعددة ومتنوعة تشتمل على ماله علاقة بالعمل الإكلينيكي ٢٢% ثقافي والباقي يتعلق بالتكنولوجيا والمجالات الإدارية، التطبيقات الإكلينيكية تتضمن رؤية المريض، التقييم التشخيصي، ونقل الصور خدمات المناطق الريفية وخدمات الطوارئ وكذلك خدمات الصحة المدرسية حيث يمكن للممرضات في المدارس استشارة الأطباء حسب الحاجة، والخدمات الصحية اللاسلكية المنزلية والتي تتضمن أخذ قياسات بايومترية مثل: دقات القلب وضغط الدم مجموعات المرضى الخاصة مثل مرض السكر أو نسه ذوات الحمل المهدد.

٤- الصحة على الإنترنت تعتبر الإنترنت هي أكبر شبكة كمبيوتر في العالم وتصل بين ملايين الحواسيب والنمو السريع للإنترنت قد جلب عالم جديد من المعلومات لكل من متخصصي الصحة ومستهلكي الصحة في الوصول إلى المعلومات الصحية حيث يتوفر سلسلة عريضة من المواقع الصحية ومن خلال هذه المواقع الصحية على الإنترنت يمكن للمستفيد الوصول إلى أخبار الصحة ومعلومات عن الأمراض، وبالإمكان أيضاً المساهمة في مجموعات المناقشة والدعم أو حتى شرب المنتجات الصحية. وقد ساهمت المكتبة الطبية الوطنية الأمريكية بدور هام في توفير المعلومات الطبية والصحية على الإنترنت وذلك من خلال إتاحة قواعد البيانات الكبيرة المجهزي الصحة وكذلك المستهلكين بالإضافة إلى ذلك طوروا من قاعدة بيانات ميدلاين Med-line أو ما يسمى ميدلاين بلاس Medline plus والذي يتضمن معلومات من مصادر موثوق بها عن أكثر من ٧٠٠ مريض وحالة ويغطي معلومات صحية ومعلومات عن الأدوية وانكلويديا طبية وقاموس بالمصطلحات الطبية والأخبار الصحية وأدلة بأسمه

١- نظام المعلومات الصحية

يعرف نظام المعلومات الصحية بأنه نسق أو نمط تنظيمي خاص تتبناه المؤسسة ليتم بواسطته تحويل البيانات الناتجة إلى معلومات ملائمة لرفع كفاءة عملية اتخاذ القرارات في المؤسسة إن نظام المعلومات الصحية شأنه شأن أي نظام آخر يتكون من مدخلات وتشغيل ومخرجات. ومن المنطقي أن يتم تحديد المخرجات المطلوبة من هذا النظام ثم بعد ذلك يتم تحديد المدخلات وكيفية تحليلها وتقييمها ثم تشغيلها لتوصيل مخرجاتها إلى من يحتاجها أو يطلبها من متخذي القرارات في القطاع أو مخططي السياسة الصحية أو المهتمين بشؤونها. والشكل التالي يوضح بصورة مبسطة عناصر نظام المعلومات الصحية.

٢- أهداف نظام المعلومات الصحية

يمكن أن يسعى نظام المعلومات الصحية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تحديد مقاييس أساسية الموارد واستخدامات جميع المستشفيات، والنتائج النهائية لأنشطتها، بالاعتماد على تحليل أو تشغيل البيانات الحاسوبية الصادرة منها، مع تحديد أو توحيد الحصول على تلك البيانات تسهيلا لتحليلها أو تشغيلها بهدف الحصول على مؤشرات أو مقاييس ذات مضامين موحدة لجميع المستشفيات
- توفير مخزون المعلومات عن الطلب على الخدمات الصحية جغرافيا واجتماعيا.
- بيانات عن معدلات الأده لكل مهنة من العاملين بالمستشفيات المنافسة والمكاملة.
- مثال ذلك تخزين بيانات عن مستشفيات الولادة يساعد في تخطيط الخدمة الصحية للمستشفيات الأطفال
- استخدام الحاسبات الالكترونية في تحليل البيانات وتشغيلها لاستخراج المؤشرات والتنبؤ بالنتائج.
- توفير البيانات والمعلومات عن الأنشطة المتخصصة والاختصاصات النادرة ومدى توفرها في بعض أو كل المستشفيات

رابعاً : مسار تطبيق نظام المعلومات الصحية مبني على التكنولوجيا الجديدة

للمعلومات والاتصال

تتمثل مراحل وضع حيز التطبيق نظام المعلومات الصحية مؤسس على التكنولوجيا الجديدة للمعلومات والاتصالات في النقاط التالية

- ١- تصميم النظام يتعلق الأمر بتحديد قاعدة بيانات صحية تسمح بعملية جمع مهيكله وغير مطولة متعلقة بشبكة العلاج الموجودة على المستوى الوطني، ممثلة في الهياكل والموارد البشرية والأنشطة وبمجرد تحديد فئات قاعدة البيانات

الصحية على المستوى الوطني، يتم تفصيل هذه الأخيرة إلى عدة مستويات حسب تسلسل العلاج مناطق صحية، ولايات، وأخيرا مؤسسات صحية).

٢- بدء تنفيذ نظام المعلومات الصحية الجديد ويكون ذلك عن طريق

- وضع الهياكل المجددة على مستوى المؤسسات الصحية المكلفة بإدارة إدماج التكنولوجيا الجديدة للمعلومة والاتصال (NTIC)، عن طريق تنمية تالية نظام المعلومات الموجود

- تنشيط وتنسيق العمليات المرتبطة بوضع نظم المعلومات الصحية الجديد مراقبة الأفراد العاملين في التكيف والتحكم في أداة المعلوماتية الجديدة حواسيب برمجيات.....

توكل هذه المهام إلى هذه الهياكل مصالح الإعلام الآلي، بهدف خلق وتحديث قاعدة البيانات على مستوى المؤسسات الصحية.

وسائل بشرية ممثلة في الكفاءات الضرورية لتشغيل إجمالي المسار على مستوى الهيكلية المجددة، مديرية الصحة والسكان، ووزارة الصحة

وسائل مادية وغير مادية ويتعلق الأمر أساسا بالحواسيب البرمجيات، شبكات الاتصال من أجل نقل المعلومة

مفهوم الإدارة الصحية والتحديات التي تواجهها

الإدارة الصحية : تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل.

التحديات التي تواجه المدير الصحي (الإدارة الصحية)

١- محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد.

٢- التوقعات العالية المستهلكين الخدمات الصحية.

٣- التصاعد المستمر في كلفة الخدمة.

٤- التذمر وعدم الرضى من جانب مقدم الخدمات الصحية.

٥- الاعتبارات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية والتي تضع قيود ومعوقات أمام التركيز على الكفاءة والاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية

خصوصية الإدارة الصحية

تميز الإدارة الصحية ينبع من خصوصية القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى

ومن أهم خصائص الإدارة الصحية

- ١- الطبيعة الفردية للخدمة الصحية حسب حاجة كل فرد)
- ٢- العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلف ومتشعب غير خاضع إلا القليل من القياس
- ٣- الجزء الأعظم من العمل بها يتم بواسطة الانسان وليس الآلة
- ٤- الدرجة العالية من التمهّن والتخصص في القطاع الصحي
- ٥- تعدد المؤسسات الصحية داخل البلد الواحد
- ٦- الطلب على الخدمة الصحية والحاجة إليها يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري.

الخصائص المميزة للمستشفى والمضامين المترتبة عليها

- ١- تعدد الاهداف التي يسعى المستشفى لتحقيقها
- ٢- التقسيم الواسع وتنوع واختلاف التركيبة الاجتماعية للعمالة في المستشفى
- ٣- تداخل الأنشطة والخدمات واعتمادها الكبير على بعضها البعض
- ٤- الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى
- ٥- المستشفى تنظيم شبه بيروقراطي
- ٦- المستشفى تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلة
- ٧- مشكلة التمهّن والاحتراف في المستشفى
- ٨- غياب خط السلطة المنفرد
- ٩- ظروف العمل غير العادية بالمستشفى
- ١٠- مشكلة قياس المخرجات النهائية للمستشفى

● أنواع المستشفيات وخصائصها

يمكن تصنيف المستشفيات وفقاً لعدة معايير أكثرها قبولاً وشيوعاً:

- ١- معيار الملكية والإدارة. أي حسب الجهة المالكة والممولة للمستشفى، حيث تقسم المستشفيات بناءً عليه إلى مستشفيات حكومية وخاصة، وتتضمن الحكومية منها كافة المستشفيات المعتمدة على المال العام وقد تتبع جهات حكومية متعددة كوزارة الصحة، والدفاع وغيرها. أما المستشفيات الخاصة فتشمل كافة المستشفيات المملوكة للقطاع الخاص سول كان فرداً أو مؤسسة أو اتحاد أو جمعيات خيرية

حسب الهدف منها فقد تكون مستشفيات ربحية كشان مشروعات الأعمال أو خيرية لا تهدف للربح

٢- والمعيار الأكثر قبولا وشيوعا هو المعيار الإكلينيكي وبنه عليه تقسم إلى مستشفيات عامة General Hospital ومستشفيات خاصة Special Hospita والمستشفى العام هو المحتوي على التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة وه خدمات الطب الباطني والجراحة والأطفال، وخدمات أمراض النسل والولادة كما يمكن أن يضم خدمات أخرى مثل: طب الأنف والأذن والحنجرة، وطب العيون، وطب العظام والطب النفسي وغيرها علاوة على ما يناظرها من خدمات في العيادات الخارجية للمستشفى بالإضافة إلى خدمات الطوارئ. أما المستشفى المتخصص في تقديم خدمة واحدة أو أكثر مثل مستشفى العيون، ومستشفى العظام وغيرها.

ولقد ظهرت المستشفيات عند نشأتها كمستشفيات عامة General إلا أنه مع التزايد السريع للمعرفة والعلوم الطبية في الفترة ما بين ١٩٣٠ - ١٩٥٠ وما رافقه من اتجاه للتخصص الدقيق في الطب ظهرت المستشفيات المتخصصة وأصبحت الأكثر شيوعاً في تلك الفترة وحتى الستينات من القرن الماضي. ثم عاد التركيز على المستشفيات العامة كمراكز رئيسية لصحة المجتمع المحلي ونقطة ارتكاز للنظام الصحي الكلي بصفتها الأكثر قدرة على تقديم الرعاية الطبية الشاملة بما ينسجم مع المفهوم الحديث للرعاية الطبية حيث اتضح للمهتمين بالرعاية الطبية أن المستشفيات المتخصصة

أ- لا يمكنها تحقيق التكامل المطلوب في الرعاية الطبية لاسيما ان الرعاية الحديثة تقوم على مجهودات فريق متكامل متعدد الاختصاصات والمؤدي لتجزئة الرعاية الطبية وعزل الفريق الطبي بها.

ب- صعوبة تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد في المستشفيات المتخصصة. ونتيجة لما تقدمه اقتصر دورها على كونه مركزاً طبياً متخصصاً للبحوث والتدريب والعلاج يحال إليها المرضى من المستشفى العام لتلقي رعاية طبية متخصصة ودقيقة وهو ما يسمى بالمستوى الثالث من الرعاية Tertiary Care كجراحة القلب والأطفال وغيرها. وبالمقابل تم التركيز على المستشفى العام كمركز رئيسي لخدمات الصحة والرعاية الطبية الشاملة كنواة لتكامل خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة.

ج- وهناك معايير أخرى مثل معدل مدة إقامة المرضى في المستشفى حيث تقسم إلى مستشفيات الإقامة الصغيرة وهي التي يقل معدل الإقامة بها عن ٢٠ يوماً لما يزيد عن ٥٠% من المرضى ومستشفيات الإقامة الطويلة والتي تزيد فيها معدل الإقامة عن ٢٠ يوماً لما يزيد عن ٥٠% من المرضى.

د- معيار حجم (عدد الأسرة حيث تقسم إلى مستشفى صغير الحجم تتراوح أسرته بين ٥٠ - ١٠٠ سرير وهو ما يسمى بمستشفى الريف Rural Hospital ويقدم خدمات الرعاية الأولية عادة والمستشفى المتوسط الحجم وتتراوح أسرته من ١٠٠ - ٢٠٠ سرير وهو ما يسمى بمستشفى المنطقة District Hospital ويقدم عادة خدمات الرعاية الثانوية Secondary Care ومستشفيات كبيرة الحجم تتراوح أسرته من ٢٠٠ - ١٠٠٠ سرير وهو ما يعرف بالمستشفى الإقليمي Regional Hospital ويقدم عادة مزيج من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصصة ويعد هذا التصنيف تصنيفاً نسبياً يختلف من دولة لأخرى فما يعتبر مستشفى كبير الحجم في بلد ما قد يعتبر متوسط الحجم في بلد آخر.

كما تقسم المستشفيات حسب معيار التعليم إلى مستشفيات تعليمية وغير تعليمية. والمقصود بالمستشفيات التعليمية هي المستشفيات الجامعية التابعة لكليات الطب أو المرتبطة معها حسب ترتيبات تعليم وتدريب الطلاب. وعادة ما يتطلب نشاط التعليم والتدريب الطبي توفير الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة كأساتذة الطب والمختبرات وما إلى ذلك أما المستشفيات غير التعليمية فهي التي لا تدير برامج لتعليم وتدريب الطلاب، لكن تقوم بأنشطة التعليم والتدريب للأطباء والمرضات والمهنيين الصحيين الآخرين. فالمستشفيات الحديثة تمارس مقداراً من أنشطة التدريب إلا أن حجمه يختلف تبعاً لحجم المستشفى وإمكاناته وأهدافه المرسومة. إضافة إلى أن القيام بأنشطة التدريب والتعليم جزء من أخلاقيات المستشفى ووظائفه الأساسية لترقية مستوى الرعاية الطبية. كما أن المستشفى هو المكان الوحيد والملائم لتدريب وتعليم كافة العاملين بالمجال الطبي لما يتوفر له من إمكانيات بشرية ومادية وتكنولوجية لا تتوفر في غيره من الأماكن. والنقطة الهامة هنا أنه في تصنيف المستشفيات لابد من أخذ المعايير معاً. فالمستشفيات بشكل عام قد تتبع في ملكيتها وإدارتها القطاع العام كما قد تتبع القطاع الخاص وكلاهما قد يكونا مستشفيات عامة أو متخصصة والتي بدورها قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة أو القصيرة. يعتبر المستشفى الحديث من أعقد التنظيمات الموجودة لاحتوائه على أنظمة داخلية غاية في التعقيد واستخدام عناصر بشرية متعددة المهارات والتخصصات المدخل الكلاسيكي والشكل التنظيمي المعتمد على الترتيبات الهرمية لا يفي باحتياجات المستشفى ولم يعد مقبولاً بين مدره المستشفيات.

والمدخل السلوكي بتركيزه على الفرد والتفاعلات بين المستخدمين وسلوكهم كأفراد في الجماعات

فقد أظهرت الدراسات أن الأساس الذي يقوم عليه الفرد المدخل وهي الإنتاجية فهي تولد الرضي والقناعة لدى الفرد الملمح الأهم هنا أن هذه المداخل وغيرها من المفاهيم الإدارية ركزت على العمليات الداخلية وأعفلت علاقة التنظيم بالبيئة الخارجية. وبما أن الاهتمام الرئيسي للمستشفى هو المريض كمستهلك لخدماتها فمن هنا تكمن أهمية المستشفى كنظام ينظر فيه للإدارة كنظام فرعي والأطباء كنظام فرعي فني وللمريض والبيئة المحيطة وتأثيرها على النظام وهنا تكمن أهمية الربط بين هذه الأنظمة الفرعية والتنسيق بينها لتحقيق الأهداف المشتركة.

الموضوعات المطروحة للنقاش هنا

- ١ - المستشفى كنظام اجتماعي وفني معقد.
- ٢ - المستشفى كنظام معقد مفتوح
- ٣- مدخلات النظام.
- ٤- مكونات النظام.
- ٥- أهداف النظام.
- ٦- إدارة النظام.

● ١- المستشفى كنظام اجتماعي فني معقد

المستشفى هي أكبر الأنظمة استهلاكاً للعمالة البشرية بمعدل ٢-٢ أفراد لكل سرير، ومع اشتراط المهارة والفنية العالية لهذه العمالة لذا فالمستشفى نظام اجتماعي معقد يعتمد على الإنسان وهدفه الإنسان ومع الكم الهائل من العناصر البشري والاحتراف فهم يؤديون أدواراً واضحة وهذا الوضوح في الأدوار ناتج عن الاحتراف والمهنية العالية رف من عملية التدريب تتضمن العديد من الاختلافات بين المشاركين في التنظيم للاختلاف في خلفياتهم التعليمية ومناصبهم ومسئولياتهم

● ٢- المستشفى كنظام مفتوح

النظام هو مجموعة من العناصر المترابطة التي تتكامل مع بعضها البعض والمستشفى هي نظام يتألف من العديد من الأنشطة والفعاليات المختلفة لتحقيق أهداف هذا النظام وعلى رأسها رعاية المريض.

والنظام بالتعريف السابق قد يكون نظاما بيولوجيا كجسم الإنسان أو اجتماعيا كالمستشفى أو ميكانيكيا كالجرس الكهربائي النظم تنقسم إلى نوعين

- نظام مغلق يتصف بالاستقلال الذاتي عن بيئته الخارجية كنظام الآلة.
- نظام مفتوح على بيئته الخارجية يؤثر فيها ويتأثر بها ضمن علاقة تفاعلية متبادلة مثل التنظيمات الإنسانية كالمستشفيات

٣- مدخلات النظام

١ - المرضى

- المستشفى نظام معقد وبالتبعية فإن مدخلاته أيضا معقدة والمريض من ضمن هذه التعقيدات يما
- لديه من أنظمة إنسانية متعددة الأنظمة الأخرى للمريض مثل النظام النفسي والبيئي والاجتماعي وغيرها فكلها تؤثر في الحالة المرضية وعملية المعالجة، وبالتالي فإن تركيز المستشفى على النظام البيولوجي والإهمال للأنظمة الأخرى تؤثر على سلوك المريض والرعاية الصحية المقدمة له.
- النظام النفسي للمريض القلق والتوتر والضغوط النفسية عند دخوله المستشفى ومواقف وتصرفات العاملين بالمستشفى كلها تؤثر على نظامه النفسي.
- النظام البيئي للمريض كظروف الأسرة والمجتمع المحيط فكلها تؤثر على استجابة المريض وتكيفه وتفاعله مع الرعاية الصحية المقدمة.
- النظام الاجتماعي للمريض دوره ومركزه الاجتماعي في المجتمع والعائلة ودائرة معارفه وكلها تؤثر على علاقاته بالعامل البشري داخل المستشفى.
- النظام الثقافي للمريض: المتمثل في عادات وقيم ومواقف السلوك النابعة من معتقداته والمؤسسات المحيطة كلها تؤثر على استجابته للثقافة التي يمثلها العاملون بالمشفى.
- النظام الزمني للمريض مثل عمره والأوقات المعتادة للراحة والطعام والشراب كلها تتأثر باستجابة المريض وتكيفه مع الجداول الزمنية الخاصة بالمستشفى

٢ - الهيئة الطبية

تتألف الهيئة الطبية من العاملين بالمستشفى والأطبة المتفرغين والمستقلين وبشكل عام فإن الهيئة الطبية مسؤولة عن القيام بالوظائف التالية:

- ١- العناية بالمرضى وهي المسؤولية الرئيسية للهيئة الطبية وعلى رأس مهام المستشفى.
- ٢- المحافظة على كفاءة وأداء عملية تقديم الخدمات الطبية والعمل على متابعة الرعاية

٣- هيئة التمريض

تعتبر هيئة التمريض جزءاً من التنظيم الإداري للمستشفى فهي ترتبط بمدير المستشفى من خلال مديرة التمريض وتتألف من

- الممرضات القانونيات
- والممرضات المساعدات.
- ومساعدات التمريض.

هيئة التمريض مسئولة عن التنسيق بين مهام المريض ممثلة بالمستشفى ومهام المعالجة ممثلة بالطبيب؛ مما يجعلها كوسيط بين النظام الفرعي الفني (الأطبة) والنظام الفرعي التنسيقي (الإدارة) مما يجعلها في دوين متضاربين. وللمريض فإن الممرضة هي الممثل الرئيسي للمستشفى لارتباطها المباشر وتفاعلها المستمر في كل مراحل علاجه يجدر الإشارة إلى أن المركز الاجتماعي للممرضة أخذ في النمو وخاصة بظهور تخصصات جديدة في أقسام الجراحة المتخصصة ووحدات الرعاية المركزية والمعالجة الصحية مما جعلها تتعامل بقدوم المساواة مع أعضاء الهيئة الطبية وبعلاقة زمالة أكثر منها رئيس ومرؤوس

٤- الجهاز الإداري

يتألف الجهاز الإداري من مدير المستشفى ومساعديه ورؤس الأقسام الذي تقع مسؤولية اختيارهم على عاتق مدير المستشفى. دور المدير سابقاً كان مقتصر على إدارة الجانب المكتبي فقط لكن مع التقدم العلمي التكنولوجي زادت أهداف ومسؤوليات المستشفى مما زاد بالتبعية مهام المدير وازداد دوره أهمية كمنسق ضروري لتوحيد الجهود النشاطات المتعددة.

٥- التكنولوجيا

يستخدم المستشفى اليوم تكنولوجيا طبية معقدة وهذا لا يقتصر فقط على المعدات الطبية بل تعدى ذلك إلى الجانب المادي لها وما تتطلبه من أبنية وإنشاءات لاستيعاب هذه التكنولوجيا الحديثة. وكنتيجة حتمية لهذا التقدم ازداد دور الأطباء أهمية وحيوية في المستشفى لكونهم هم المستخدمون لهذه التكنولوجيا في المقام الأول وكما نتج عن هذا التقدم حاجة أكبر لأساليب محسنة وجديدة في التنظيم والإدارة لتنسيق الجهود والأنشطة

● وظائف النظام وأهدافه

وظائف المستشفيات وأهدافه تغيرت على مر العصور ففي بدايات ظهورها كان المستشفى

يقوم بتقديم خدمات الرعاية للمرضى الفقيرة حتى الثلاثينات وظهور المضادات الحيوية فحينها أصبحت ورشة عمل للطبيب يقدم الرعاية الصحية للمرضى ضمن علاقة مباشرة ومغلقة بين الطبيب ومريضه حتى أصبح في ستينات هذا القرن هو المركز الصحي الرئيسي في المجتمع لتقديم الخدمات العلاجية. كما نجد للمستشفى أهدافاً أخرى قد تتعارض مع الأهداف السابقة مثل بنك الشهرة والمركز الاجتماعي أمام الرأي العام لكن المريض ورعايته تأتي في مقدمة أهدافها

● مخرجات النظام

تمثل مخرجات النظام حصيلة الجهود لكافة العناصر العاملة في المستشفى ويعتبر الأطباء أهم العناصر التي تؤثر على جودة الخدمة العلاجية ومستواها بما انهم الفئة الوحيدة والمسئولة عن ممارسة مهنة الطب.

ولذا يقع على عاتق الهيئة الطبية وضع مقاييس معنية لأداء الخدمة العلاجية وتقييم الحصيلة النهائية لها.

حتى الآن لا توجد مقاييس متفق عليها لتقييم جودة الخدمات الصحية وضبطها فكل مستشفى تضع معاييرها الخاصة بها التي تراها مناسبة للتحكم بنوعية الخدمات العلاجية وتتولى لجان معين مهمة التقييم ووضع المعايير الخاصة بالجودة مثل لجنة التقييم الطبي ولجنة السجلات الطبية وخلافه هناك بعض نقاط التي تعطي مؤشراً للجودة هي:

١- تفحص الهيكل التنظيمي المقدم للخدمات وذلك بتفحص نشاطاته وخصائصه المختلفة المؤثرة على الجودة، ومعرفة التأهيل العلمي لمن يقدم الخدمي العلاجية.
٢- تفحص الطريقة الفعلية لتقديم الخدمات العلاجية وتحقيقتها بوسائل مختلفة كالملاحظة المباشرة ومراجعة السجلات الطبية وتقرير مدى ملائمة المعالجة التي تلقاها المريض.

٣- قياس النتيجة النهائية للمعالجة كما يدل عليها وضع المريض الصحي بعد تلقيه الخدمة.

● إدارة النظام

الإدارة بمفهوم النظام هي عملية لتحويل المدخلات المخرجات مرغوبة. تتحمل إدارة المستشفى مسؤولية خلق بيئة متكاملة وجو للتواصل بين النظام الكلي التنظيمي والأنظمة الفرعية الداخلية بشكل يحقق أهداف كافة العناصر المشاركة في النظام، لذا فالمستشفى تقوم بنوعين من الوظائف

١- الوظائف الإدارية الداخلية

التي تتفاعل فيها الإدارة مع مكونات النظام الداخلي وتتضمن عملية اتخاذ القرارات الرسمية ههذه:

- تنظيم عناصر ونشاطات النظام الداخلي ووضع السياسات والأهداف الخاصة بها.
- الرقابة المالية على عملية التحويل.
- إدارة وتقييم أدى الأنشطة والنظم الفرعية

٢- الوظائف الخارجية

الوظائف الخارجية وهي المرتبطة بتفاعل النظام مع بيئته وتتضمن عمليات اتخاذ القرارات: التخطيط البرامج والأنشطة ورسم السياسات العامة للنظام بما يلائم حاجات المجتمع الصحية.

- ب- تنسيق وتنظيم علاقات النظام بالبيئة والقوى الخارجية.
- ج - تقييم النتائج النهائية لعملية التحويل على أساس الأهداف المرسومة مسبقا. وبذلك فإن مدير المستشفى يساهم في تشكيل النظام الكلي ومختلف الأنظمة الفرعية بما يحقق أهداف النظام.
- وكذلك يجب ألا تغفل إدارة المستشفى عن تنظيم الأنشطة المختلفة خاصة في النواحي غير الرسمية وذلك لأن المستشفى نظام إنساني واجتماعي.
- وسلطة المستشفى تكون مشتركة بين الهيئة الطبية والمدير فهناك مداخل كثيرة بين مصادر السلطة في المستشفى مما يولد بينها أسباب للصراع.
- ولتنظيم العلاقة بين أصحاب السلطة بالمستشفى لابد من النظر إليها من خلال نظامين فرعيين الأول: إداري يتولى المدير فيه دورا تخطيطيا في التفاوض بين مع العاصر المختلفة المكونة للنظام.
- الثاني فني وتتولاه الهيئة الطبية وهو متعلق بمعالجة المريض.
- وأفضل المداخل التنظيمية للتخفيف من هذه الصراعات هو التنظيم المصفوف.

تم على بركة الله اكمال الفصل الاول

الفصل الثاني

"التوثيق الصحي"

المعلومات الإدارية والاجتماعية والطبية والنماذج الطبية الأساسية

المعلومات الاجتماعية للمريض

- ١- اسم المريض ويتكون من أربعة مقاطع.
- ٢- الرقم الطبي أو رقم المستشفى.
- ٣- الجنس (ذكر أو أنثى).
- ٤- تاريخ ومكان الولادة.
- ٥- الحالة الاجتماعية
- ٦- المهنة.
- ٧- الجنسية.
- ٨- الديانة.
- ٩- العنوان الكامل ورقم الهاتف.
- ١٠- اسم وعنوان أحد الأقرب، أو أصدق المريض.

المعلومات الإدارية للمريض

- ١ كالتاريخ وساعة الدخول.
- ٢- التشخيص الأولي.
- ٣- الجناح أي القسم الذي أدخل إليه المريض ورقم الغرفة والسرير.
- ٤- الطبيب الاختصاصي المعالج.
- ٥- تاريخ الدخول السابق للمستشفى إن وجد.
- ٦- الجهة التي حولت المريض إلى المستشفى.
- ٧- تاريخ وساعة الخروج
- ٨- التأمين الصحي إن وجد.

أهمية المعلومات الاجتماعية والإدارية

السجل الطبي هو سجل شخصي للمريض وليس فقط سجل حالة مرضية أو مجرد رقم، ولذلك لا بد من وجود المعلومات الكافية التي تعرف بالمريض وتقدمه إلى المستشفى والفريق الطبي كشخص له قيمته وأهميته. ولتأكيد هذا المفهوم تم تصميم هذه المعلومات لتظهر على الصفحة الأولى من السجل الطبي للمريض وفي الجزء الأعلى منه لتصبح العنوان والمرجع لكل ما يتعلق بحالته المرضية،

أهمية المعلومات الاجتماعية والإدارية قانونياً:

- ١- تعتبر هذه المعلومات ذات فائدة قانونية على درجة كبيرة من الأهمية، فإذا كان المستشفى يعمل ضمن نظام تأمين صحي فإنه يسمح فقط بمعالجة الأشخاص المنتسبين لهذا النظام فقط حيث إن هذه المعلومات تصبح ذات أهمية خاصة في إثبات حق المريض في المعالجة في هذا المستشفى.
- ٢- كذلك فإن المستشفى مسؤولاً أمام القانون عن تسجيل كافة المعلومات التي تعرف بالمريض والتي تحول دون حدوث أي التباس أو خطأ بسبب عدم دقة أو اكتمال هذه المعلومات سواء حدث ذلك أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي أو عند منح الوثائق القانونية الخاصة بالمريض، كالتقارير الطبية ونماذج التبليغ عن الولادة والوفاة.
- ٣- وفي بعض الحالات أيضاً قد يكون التاريخ ووقت الدخول أو الخروج من المستشفى أهمية قانونية كبيرة تتوقف عليه أحكام حقوقية وجزائية بالغة الأهمية وغير ذلك، فإن هذه التواريخ تحدد وبشكل قاطع متى بدأت مسؤولية المستشفى ومتى انتهت فيما يتعلق بتقديم الرعاية الطبية المباشرة للمريض.
- ٤- وللمعلومات الاجتماعية أهمية خاصة أيضاً في مجال الإحصاءات الحيوية، حيث يتم إعداد تقارير يومية وشهرية وسنوية لبيانات الأقسام، ويتم طلبها من الجهات الرسمية المسؤولة عن إعداد هذه الإحصاءات من المستشفيات معلومات مفضلة عن المرضى شاملة، بالإضافة إلى المعلومات الطبية، معظم المعلومات الاجتماعية مدونة على هذا النموذج الطبي.

المعلومات الطبية وتشمل:

١. التشخيص النهائي : يمكن تعريف التشخيص النهائي بأنها النتيجة أو المحصلة النهائية حول المرض الذي يعاني من المريض، والذي توصل إليه الطبيب المشرف على علاج المريض بعد إجره واستكمال كافة الفحوص والاستقصاءات الطبية والتشخيصية اللازمة، كما ألا يجوز تخريج أي مريض من المستشفى إلا بعد الوصول الى تشخيص نهائي لحالته المرضية، حيث يتم توثيق ذلك في نماذج خاصة وحتى لا يسمح أيضاً بخروج المريض على رأسه ويتم توقيعه على نموذج خاص؛ لتجنب أي عواقب تترتب على ذلك، ويجب أن يكون التشخيص النهائي كامل وواضح ودقيق مع ضرورة التقيد بالمصطلحات والتصنيفات الطبية للأمراض المتعارف عليها والمعتمدة من الهيئة الطبية في المستشفى؛ وذلك لضمان الدقة في الإحصاءات والبحوث والدراسات الطبية. ولأهمية التشخيص النهائي فإنه يتوجب على فني السجلات الطبية تأكد من كتابته واكتماله

الشروط إذ لا يجوز حفظ السجل الطبي بدون استكمال التشخيص النهائي مهما كانت الأسباب ويتم مراجعته من قبل موظف السجل الطبي ومراجعة الطبيب في حالة وجود أي نواقص في السجل الطبي.

٢-العمليات إذا أجريت للمريض عمليات أو إجراءات جراحية أثله إقامته في المستشفى، فإنه يتوجب على الطبيب المعالج تسجيلها في المكان المخصص لها في هذا النموذج بدقة ووضوح مع مراعاة نفس الشروط الواجب اتباعها عند كتابة التشخيص النهائي، حيث أن هذه المعلومات تعتبر من العناصر الرئيسية التي يقوم قسم السجلات الطبية بمراجعتها والتأكد من وجودها لاستكمال السجل الطبي للمريض.

أ- النتائج : قد تختلف المستشفيات حول نوع البيانات المطلوبة تحت عنوان النتائج، إذ يعتمد تحديدها على الأهداف الإدارية والإحصائية التي تسعى إدارة كل مستشفى إلى تحقيقها من خلال هذه البيانات عند حالة المريض عند الخروج، حيث يطلب من الطبيب وضع علامة أمام إحدى الحالات التالية

أ- شفي.

ب- تحسن.

ت- لم يتحسن

ث- توفي: ويفضل التمييز بين الوفاة التي حدثت قبل مرور ٤٨ ساعة وبين الوفاة التي حدثت بعد ٤٨ ساعة.

ج- تخرج المريض على مسؤوليته . إذا أمر المريض على الخروج من المستشفى قبل أن يقرر الطبيب المعالج ذات ورغم النصيحة الطبية، حيث يوثق ذلك في السجل الطبي للمريض؛ الحماية المستشفى قانون وإذا خرج المريض بهذه الطريقة قبل استكمال الإجراءات الطبية اللازمة للتشخيص، حيث لا يلزم الطبيب بتدوين التشخيص النهائي على نموذج الدخول والخروج.

٣- التشريح : إذا تم تشريح جثة المتوفي داخل المستشفى، فلا بد من تدوين ما يشير إلى ذلك عن نموذج الدخول والخروج ليتمكن موظف السجلات الطبية من مراجعة السجل الطبي للتأكد من استكمال كافة المعلومات المتعلقة بهذا الموضوع واستكمال تقرير التشريح، كذلك فإن هذه المعلومات تعتبر ضرورية لحساب معدل التشريح في المستشفى؛ وذلك لإعداد التقارير الإحصائية كل شهر.

٤- حالة قضائية : إذا كانت الوفاة ناتجة عن حادث، فيجب وجود ما يدل على ذلك في هذا النموذج ويتوجب على الموظف المختص في قسم السجلات الطبية أو الدخول استدعاء المدعي العام

والطبيب الشرعي للكشف على الجثة وتنظيم تقرير طبي شرعي خاص بذلك قبل ترسل الجثة إلى ذوي المتوفي، ولا يجوز لأحد الاطلاع على تلك النماذج.

- ٥- **توقيع الطبيب الاختصاصي**: يعتبر الطبيب الاختصاصي المشرف على المريض المسؤول الأول عن السجل الطبي، ولهذا يجب عليه التوقيع على المعلومات الطبية المسجلة على نموذج الدخول والخروج. حيث إن هذا التوقيع يعني قبوله ومصادقته على كافة المعلومات الطبية التي يشتمل عليها السجل الطبي للمريض، وأنه مسؤول عن هذه المعلومات تجاه المريض والمستشفى والهيئة الطبية ويعتبر وثيقة حماية في حالة عدم تقصير في العلاج الطبي.
- ٦- **ترميز الأمراض والعمليات**: يجب أن يقوم الموظف المختص في قسم السجلات الطبية بترميز جميع الأمراض التي تم تشخيصها في المستشفى وكذلك العمليات التي أجريت للمريض طبقاً النظام تصنيف وترميز الأمراض والعمليات الذي يستخدمه المستشفى

انواع النماذج الطبية الأساسية:

- ١- نموذج الدخول والخروج.
- ٢- نموذج التفويضات أي الموافقات.
- ٣- نموذج السيرة المرضية.
- ٤- نموذج الفحص السريري.
- ٥- أوامر الطبيب.
- ٦- نموذج نتائج الفحوص المخبرية.
- ٧- نموذج نتائج الفحوص الشعاعية.
- ٨- ملاحظات تقدم حالة المريض.
- ٩- ملاحظات التمرّيز.
- ١٠- نموذج العلامات الحيوية الحرارة، النبض، الضغط التنفس
- ١١ - ملخص الخروج.

ثانياً - دورة الوثائق الادارية

تعد الوثائق الإدارية أداة من أدوات العمل لإنجاز أعمال الموظفين بمختلف الأعمال الإدارية والفنية، وهي في الواقع تسجل جزءاً من إنجازات جهاز العمل في مؤسسات ومصالح الدولة. وتنتج الوثائق الإدارية كوسيلة لتسهيل العمل الإداري وضبطه وتنظيمه، علاوة على كونها أداة للاتصال الناقل للبيانات والقرارات الإدارية. وتعني إدارة الوثائق كثيراً بالمادة الوثائقية وتصنيفها وتخزينها، وذلك بوضع النظم والأساليب المتطورة لتسهيل إجراءات إتلاف الوثائق وتكوينها واستخدامها وتنظيمها وحفظها وانتقائها ويرتبط نمو الوثائق الإدارية

ينمو نشاطات وممارسات وخدمات الدولة وتعدد جوانبها، وإذا كان هناك ارتباط كبير بين نوع الوثائق وتعدد نشاطات وممارسات الدولة، فإن هناك ارتباطاً أكبر بين تنظيم الوثائق، وأسلوب العمل الإداري في المؤسسات

الجهاز: ويعنى أخراً بأن كل تنظيم فني مختص للوثائق يقابله تنظيم إداري سليم ومتطور للجهاز نفسه تتخذ إدارة الوثائق مسارات مختلفة، حسب طبيعة المادة الوثائقية وأسلوب الإداري المستخدم، فتتنوع الأساليب الإدارية التي تم بواسطتها التعامل ومعالجتها، فهناك أسلوب يهتم بتحليل المعلومات والمعاملات والإدارة العلمية ونحو ذلك، كما أن بعض الأساليب الإدارية تتجه بالأساسيات التنظيمية، أو تركز على استخدام الأساليب الإحصائية والرياضية، ومهما تعددت الأساليب والاتجاهات فإن الإداري سيستدل على تحقيق الأهداف الرسمية، أو ضمان التوازن فيما بينها. ومن هذا المنطلق أصبحت الدراسات الإدارية ذات اهتمامات بالغة بالوثائق الإدارية كمنظومة متكاملة. وتتم الوثائق الإدارية بصورة متقطعة تبدأ من إنتاجها وتنتهي بإتلافها. ويمكن تقسيم هذه الدورة إلى المراحل التالية

١- مرحلة التكوين

تتكون الوثائق نتيجة الممارسات الإدارية في الأجهزة الحكومية فهي ليست هدفاً في حد ذاتها لكنها وسيلة لحفظ المعلومات. كما أن لها أهمية من المعلومات فهي الناقل الوسيط للمه، العامل الذي يوضح طريقة تيسير العمليات المستفيدين منها بالشكل والوقت المناسبين. وتتكون الوثائق الإدارية عادة من القرارات، والمراسيم، والأوامر والتقارير والنماذج والتعليم والأعمال المنظمة للنشاطات الإدارية كافة. وقد تجد هذه الوثائق في أوعية مختلفة كالملفات، والأشرطة ونحوها. ولكن النوع السائد هو الوعاء الورقي، الذي تتفق أغلب الأجهزة الحكومية على استخدامه بكثافة

٢- مرحلة الاستخدام

ويستفاد من الوثائق في تنظيم الأعمال وتحديد الإجراءات في مهمة تنفيذها، والوثائق النشطة هي التي ما تزال بالفعل القانوني تعد قيد الاستعمال وهي آخر ما الوثائق التي ما تزال تستعملها إدارة، أو جهاز، وهي تساعد عملياً على تنظيم الجيد وسير مع النظام السابق يتم تنظيم الوثائق أنه تحقيق الوثيقة لاستعمالها فأحياناً يرى المستفيد أن هناك اختلاف في فترات الاستعمال تبعاً لما هو في كل الأجهزة الحكومية فقد الوثيقة وثيقة حية تستحق الاستعمال الكامل وتخدم كل مجالات وإمكانات التنمية العامة ولتحديد الاستخدام الأمثل للوثيقة لا بد من تحقيق ما يلي:

- غرض الوثيقة ومضمونها
- طبيعة استعمال الوثيقة
- شكل الوثيقة (أصلية - أو صورة)
- تاريخ الوثيقة وتاريخها
- موضوع الوثيقة أو مستخلص لها
- عمر الوثيقة الزمني

٣- مرحلة التقويم

تعد إجراءات التقويم من الإجراءات المعقدة، لأنها لم تقتن رأيا المعايير ثابتة ومحكمة. وأحيانا نجد اختلافات واضحة بين المال، ومن ثم فهي من الإجراءات المتعبة وفقا للظروف والاحتياجات وتقوم الوثائق في تحديد أهميتها لأغراض حفظها وإتلافها. ومن خلال مناهج التقييم يصعب على المتخصصين تحديد قيمة الوثائق من حيث كونها ذات أهمية إدارية، أو مالية أو قانونية أو أرشيفية، أو تاريخية ومكانا . مما يخلط مدى صعوبة هذا

٤- مرحلة الحفظ

مرحلة الحفظ من أهم مراحل دورة الوثائق، وهي لا تكتفي بجمع الوثائق بل تتطلب الترتيب، علاوة على مكان مناسب يحقق متطلبات السلامة والأمن. ومن الأمور الرئيسية في مرحلة الحفظ، وجب إعداد برامج وجدول، تحدد العمر الزمني للوثائق، وأساليب حفظها، ويتم إعداد هذه اللوائح بشكل مرن وفقا للمتغيرات الطارئة، ويصنف الحفظ حسب الاختبارات الآتية:

- تحديد الوثائق النشطة لها علاقة بالنشاط وغير أساسية).
- تحديد الوثائق الجارية لها علاقة بالنشاط وغير جارية).
- تحديد الوثائق الوسيطة (وثائق أرشيفية).
- تحديد غرض الوثائق
- تحديد المصنف بهذا العمل.
- اعتماد اللوائح من المسؤول الأول في الجهاز

٥- مرحلة التحويل

تحويل الوثائق يعني نقلها من مكان لآخر، وكان تنتقل من الحفظ النشط إلى غير النشط، أو من الحفظ المؤقت إلى الحفظ الدائم، ويتم تحويل الوثائق وفقا لما هو محدد في لوائح الحفظ وجدول برامج التحويل، ويكون هذا من الإدارة المنتجة إلى مركز المحفوظات

البسيط - أو الجهاز نفسه - أو إلى المحفوظات المركزية. وتختلف الأجهزة الحكومية في مناهج التحويل حسب فبعضها ينفذ إجراءات التحويل وفقاً لمنهج ثابت ومحدد معتمداً في ذلك على نموذج واحد ، والبعض الآخر يفعل العكس، فيفضل أسلوب الاختيار بين مناهج عدة ويميز هذا الأسلوب بالمرونة، ويتصف بالصعوبة والتعقيد عكس المنهج الثابت الذي يتصف بالسهولة والوضوح

٦- مرحلة الإتلاف :

يعد الإتلاف من المراحل المهمة في دورة الوثائق الإدارية وذلك لحساسيتها وخطورتها . ولا بد من إتلاف الوثائق غير الضرورية فيها ثلاثيا وذلك لأهميتها الحيوية وأهميتها الطبيعية، ويتم إتلاف الوثائق عادة بإشراف الجهاز المركزي للمحفوظات ، بدءاً من أنه لا يجوز أن يتلف أي جهاز ما لديه من وثائق غير مرغوب فيها قبل التنسيق مع المركز الوطني للوثائق والمحفوظات ومن الأساليب الحديثة في إدارة الوثائق إعداد نموذج خاص بالإتلاف يحتوي على وصف شامل للوثائق المطلوب إتلافها وتحديد تاريخها ومدة حفظها وتوقيع المسؤول عن العملية، ويعد بمثابة طلب إتلاف. كما يوضح أن يجري التنفيذ على أسلوب، أو طريقة الإتلاف، مثل إحراقها أو فرمها ... إلخ، وأخيراً تاريخ التنفيذ وتوقيع المنفذ . وبهذا تتم إجراءات الإتلاف إذا لم تحفظ هذه الوثائق بشكل نهائي

ثالثاً : التنظيم الفني للوثائق : بعد التنظيم الفني للوثائق البنية الشامل، والربط الحقيقي للعلاقات المتبادلة بين الوثائق وبعضها ، وبالتالي بين المستفيدين منها. ويبدو أهمية التنظيم عندما تستحيل السيطرة على المتغيرات والاستفادة منها، بدون نظم علمية تساعد على التحكم في حركة الوثائق وتيسير الاستفادة منها، ولهذا جهات أنظمة المعلومات الإدارية والمكتبية استجابة طبيعية لمشكلة تضخم الوثائق والأوراق الإدارية. ويقصد بتنظيم الوثائق جمعها أو ترتيبها وفهرستها وتصنيفها بأسلوب علمي حديث، يحقق الدقة والسرعة في إجراءات الجهد للتقنين بالاسترجاع. وسنعرض لكل منها فيما يلي

١- تزويد الوثائق

إن تزويد المجموعات الوثائقية من الإجراءات الفنية التي ترسم لها مراكز الوثائق والمحفوظات أفضل السياسات ببرامج دقيقة، ضماناً لتقنية المسترجع والمواد الوثائقية، ويعنى ما يكون المصدر الجيد لتحديد مراكز الوثائق والمحفوظات الوطنية الإيداع ، الذي يقر من قبل السلطات العليا في الدولة

وهذا يزيد من مراكز الوثائق والمحفوظات من متابعة الحصول على الوثائق بمختلف الوسائل، كالنشر والإنتاج الإعلامي. ويعد نظام الإيداع المحدد سيكون دور مراكز الوثائق والمحفوظات في تنمية مجموعاتها أمراً صعباً، وهذا شيء طبيعي بالنسبة لهذا النوع من المواد. وتستقبل المراكز الفنية الوثائق الإدارية وفق مناهج محددة والحصول على الوثائق التي أنتجتها، أو من مراكز الحفظ الوسيط لا بد من مراعاة التالي:

● تحديد سجلات حفظ الوثائق

● مراعاة أسس الاختيار، ومقاييس التقييم

● تحديد أساليب حفظ الوثائق

● تحديد إجراءات تسليم الوثائق

وتتم إجراءات تسليم الوثائق بعد مل بطاقة التسليم الخاصة بالوثائق، والتي تكون عادة من صورتين، إحداها تحفظ في الدائرة المنقولة للوثائق والأخرى في مركز حفظ الوثائق. وتحتوي بطاقة تسليم الوثائق على معلومات مختلفة تشمل: اسم المالك واسم الدائرة المنتجة وعنوان الوثيقة ومضمونها ورقمها وتاريخها ونوعها وشكلها، وعدد صفحاتها كما تشمل تاريخ التسليم وتوقيع المستلم. ويتم القيد في السجل، بذات التقويم وتاريخه

٢ - فهرسة الوثائق

تتأثر فهرسة الوثائق بتنظيمها في المنشأ، أنه استخداما في الدائرة المنتجة لها. وتختلف الأجهزة الحكومية في أساليب الصنف وفوائده والترتيب، والتقويم، بل تتغير أحياناً قواعد التنظيم بأساليب في الدائرة الواحدة نفسها بسبب تغيير في القيادة أو الهيكل التنظيمي، ويفرض الاختلاف في الممارسات التنظيمية. فإن الفهرسة تجهلها الوثائق والموضوعية هي الوسيلة الوحيدة التي يمكن أن تستخدم كمدخل للوصول إلى المعلومات المطلوبة. ولهذا كان من الضروري أن يراعى في فهرسة الوثائق العناصر التالية

● تحديد الجهة المصدرة للوثيقة

● تحديد تاريخ الوثيقة، وتقديمها إن أمكن.

● تحديد شكل الوثيقة من حيث كونها مرسومة، أو مطبوعة، أو خطياً ... إلخ.

● تحديد موضوع - أو موضوعات - الوثيقة.

● تحديد الأسلوب المتبع في تنظيم الوثائق في مكان النشأة

● تحديد الوثائق ذات العلاقة من حيث أنواعها، وعديدها، وتسلسلها التاريخي والنقص منها.

● تحديد الصفة القانونية للوثيقة

أ - **الفهرس الشكلي**: ترتيب بطاقات الفهرس وتبياً حسب أشكالها، من حيث كونها أوامر ملكية، أوامر سامية مراسيم ملكية قرارات خطابات، تعاميم... إلخ... يتقسم الفهارس في الشكل الواحد إلى تقسيم فرعي، وفقاً لمصادرها، مثلاً: الشكل قرارات.. يقسم إلى قرارات وزارات المالية وقرارات وزارة الداخلية.. وهكذا).

ب - **الفهرس الموضوعي** ترتب فيه بطاقات الفهرس هجائياً وفقاً لقائمة من الموضوعات المعتمدة في أغراض التنظيم. ووفقاً للفهرس الموضوعي، يكون لكل هيئة مدخل موضوعي واحد وقد يكون لها عدة مدخل موضوعية

ج - **الفهرس العمودي** ترتب فيه بطاقات الفهرس هجائياً حسب العناوين العامة لكل مجموعة من الوثائق

د - **فهرس الأسماء** ترتب فيه بطاقات الفهرس هجائياً للأسماء، مثل أسمه الموظفين، أسمه الطلبة.. وهكذا.

هـ - **الفهرس المصنفي** ترتب فيه بطاقات الفهرس رقمياً وفقاً لأرقامها أو لأرقام تصنيفها ومن جانب آخر نعد أن قواعد فهرسة الوثائق ما زالت غير مثبتة بالشكل الذي نجده في فهرسة الهيئات المعلومات الأخرى، كالمكتبات والمراكز ومصادرها ومرد ذلك إلى طبيعة الوثائق، ما تخللها من الممارسات والنشاطات الإدارية، ومن ثم اختلاف الصيغ المتبعة في تنظيم الوثائق واستخدامها. ومن ذلك يمكن أن نشير إلى بعض القواعد العامة في فهرسة الوثائق في التالي

- يكون المدخل الرئيس للوثائق العامة باسم الدائرة الأصلية.

- إذا كانت الوثائق عن شخص أو عائلة معينة، يكون المدخل باسم الشخص أو العائلة.
- إذا كانت الوثائق معدة باسم الذي جمعها يكون المدخل الرئيس باسمه مع إضافة مصطلح (جامع).

- إذا عرفت الوثائق باسم آخر تشتهر به، يكون المدخل تحت ذلك الاسم
- إذا قسمت الوثائق إلى وحدات أو سلاسل يعمل مدخل لكل وحدة مع عمل مدخل إضافي بالعنوان الذي يشمل مجموعة الوحدات.

- المجموعة المشتملة تُعطى الاسم الشامل مع الإشارة إلى ذلك.
- الوثائق غير الرسمية في مجموعة معينة من مصادرها الأصلي، توضع تحت مدخل واحد في حالة تشابه مضامينها الطبيعية.

- توصف الوثائق السرية بشكل منفصل، إلا إذا كانت جزءاً من سلسلة.
- توصف الوثائق بشكل مفصل دائماً.
- تعامل الأوراق الملتصقة من تاريخ مجموعتها ككل، بحيث لا يؤخذ ذلك في التسلسل الزمني.

٢ - تصنيف الوثائق

يعرف التصنيف بأنه الترتيب المنطقي المنسق لعدد من المفردات بنة لخطوة محددة، أو في تسلسل معين وفقاً لمظاهر التشابه فيما بينها، ويعني آخر التصنيف هو وضع الأشياء المتشابهة مع بعضها. والتشابه قد يكون في الشكل والنوع، أو الزمان والمكان، أو في الموضوع، أو في المصدر وغير ذلك. وحتى يكون نظام التصنيف ذا فاعلية لا بد أن يكون

● منطقياً ومنسقاً، متدرجاً من العام إلى الخاص

● متكاملًا، ومفصلاً، ومرتبطة، ومضافاً.

● مرناً، وقابلًا للتوسع

● سهلاً في إقامته وتعديله.

يراعى في نظام تصنيف الوثائق الإدارية بعض المبادئ العامة، أهمها:

- أن يكون مصدر الوثائق أساس ثابت في الترتيب

- عدم تصنيف الوثائق الإدارية موضوعياً، إلا إذا كانت متصلة بأبحاث ميدانية.

- أن يراعى في تصنيفها التنظيم الإداري للجهاز - سوله كان الجهاز يتبع النظام المركزي،

أو اللامركزي في حفظ الوثائق.

- مراعاة مبدأ الأصل والنشأة في تنظيم الوثائق الإدارية

ووفقاً لهذه المبادئ، لا بد من مراعاة العناصر التالية عند تصنيف الوثائق الإدارية:

- المهام والأعمال التي يقوم بها الجهاز.

- الهيكل التنظيمي.

- الموضوعات التي يعني بها الجهاز.

وتتعدد طرق تصنيف الوثائق الإدارية وفقاً لاحتياجات الأجهزة الحكومية ومتطلباتها

وطبيعة الوثائق

ومن ذلك تفكر طرق التصنيف استخداماً شيوعاً هي

أ - التصنيف الموضوعي

يتم التصنيف الموضوعي للوثائق بعد تحديد موضوعاتها في شكل مجموعات، ويضع

كل مجموعة مع بعضها وفقاً للتشابه الموضوعي في المعلومات التي تحويها الوثائق،

وتتبعكس - في العادة - الموضوعات المستخدمة طبيعة نشاطات الجهاز وفعالياته. وتنتشر

الموضوعات من العام إلى الخاص ومن الرئيس إلى الفرعي. وهكذا، ويستخدم هذا

الأسلوب في الإدارات المنتجة للوثائق أو في مراكز الوثائق المرتبطة بالجهاز. وليس بالضرورة

أن يستخدم هذا الأسلوب في دور الوثائق المركزية؛ لأنها تسجل وثائق الدولة بمختلف

موضوعاتها

ب- التصنيف الجغرافي

يتم التصنيف الجغرافي للوثائق عن طريق تجميع الوثائق المنتجة في مكان معين، في شكل مجموعات متكاملة يربط بينها مكان الإنتاج، وغالباً ما يجمع بين هذه الطريقة وطريقة التصنيف الموضوعي، بحيث يتم ترتيب المكان ضمن الموضوع، أو العكس، والمكان الجغرافي يشمل البلاد، أو الأقاليم، أو المدن، بكل ما ينطبق عليه التعريف الفني المصطلح "مكان

ج - التصنيف الزمني :

في هذه الطريقة، يعتمد تاريخ الوثائق كأساس لبعده زمنية متكاملة، ويتم هذا بتجميع الوثائق المنتجة في مدة معينة في مجموعة واحدة، وتستخدم هذه الطريقة - غالباً - في دور الوثائق المركزية، خاصة عندما ترحل الوثائق إلى الدارسة وهي غير منظمة وتستخدم هذه الطريقة - أيضاً - ملازمة للطريقة الموضوعية، أو الجغرافية، بحيث تنظم الوثائق في الموضوع العام، أو الأماكن أولاً، ثم توزع بحسب التواريخ

د - التصنيف الشكلي

يتم تصنيف الوثائق بهذا الأسلوب وفقاً لأنواع الوثائق، بحيث تجمع الوثائق المتشابهة في نوعها. ومن المفيد أيضاً أن تلاحظ هذه الطريقة الترتيب الزمني كفرع، أو الترتيب الموضوعي. وتعد هذه الطريقة مفيدة جداً للوثائق الإدارية، بحيث يتم وضع الأوامر الملكية، أو الأوامر السامية أو المراسيم الملكية، أو قرارات مجلس الوزراء، أو في شكل مجموعات مرتبة وفقاً للنوع كما يمكن وضع القرارات، أو التعليمات، أو الخطابات أو المراسلات، وغيرها في مجموعة واحدة مرتبة وفقاً لمعاملها بحيث تضع قرارات وزارة المالية ببعضها، ثم قرارات وزارة المعارف، وهكذا، في هذه الحالة أيضاً ترتب كل مجموعة زمنياً

رابعاً: تقويم الوثائق

تعد تقويم الوثائق من العمليات المعقدة فهي إن كانت حديثة فإنها مازالت غير منتقاة، حيث تختلف مناهج التقويم بين حالة وأخرى، وذلك لاختلاف مستويات التقدم الحضاري والعلمي فيما بينها. ويقصد بتقويم الوثائق تحديد أهميتها وفقاً لأدوار حياتها، ويشمل تحديد أساليب جعلها الدائم أو المتوسط أو المؤقت تمهيداً للتخلص من الوثائق غير المهمة منها، ويشترك في تقويم الوثائق كل من الأجهزة الحكومية وبعض الوثائق الوطنية وفقاً لأسلوب عمل موحد يشمل تنظيم الوثائق وتحديد إجراءات حفظها واستعمالها وإتلافها، ويختلف الباحثون والمتخصصون في إجراءات تقويم الوثائق، خاصة مع استمرار التعديل والتطوير المستمر،

ولهذا فإن عملية التقويم ترتبط بعدة مشكلات تواجهها الأرشيفات، خاصة فيما يتعلق بالوثائق المتشابهة سول كانت رسمية أو غير رسمية، وسرية أو غير سرية حديثة أو قديمة، ومع ذلك فهناك اتفاق غالب في أن تقويم الوثائق تستمد أهميتها من المعلومات التي تتضمنها، ومن القيم التي يمكن أن تحدد أهمية المعلومات التي تحتويها الوثائق حتى يمكن تصنيفها (دائم، أو المتوسط، أو المؤقت، ولهذا كان ضروريا إخضاع الوثائق المناهج النقد حتى يتحقق إمكان تحديد أهميتها. ونقد الوثائق يشمل النقد الداخلي والنقد الخارجي، ويمكن أن نحدد الفرق بين المنهجين في التالي:

١ - النقد الداخلي

ويتم ذلك بالتعرف على محتوى الوثيقة، بتحديد العمل القانوني المسجل فيها، وما يعيبه بالنص، ويتم هذا باستخدام أصل الوثائق أو صورة

٢ - النقد الخارجي

ويتم ذلك بالتعرف على شكل الوثيقة ومساحتها العامة (البيروقراطيك)، من حيث نوع الورق الذي كتبت عليه، والمقاس والحجم، وتوزيع الخط، والأسلوب، والإخراج، وطريقة البسمة، والتاريخ، وصحة التوقيع، والأختام، والتاريخ، ومقارنة نهاية الوثيقة. ويتم هذا إلا مع أصل الوثيقة فقط. إن الهدف من تقويم الوثائق، هو تحديد مدى حفظها أو إتلافها، وتحت أي ظرف يجب أن تحفظ، ومع هذا فليس التقويم موحدا أو إجراء يلبا يعدم العوامل الأخرى، أو التخلص منها محسوب، ولكنه إجراء يساعد في تأكيد بقد الوثائق أطول مدة ممكنة بأقل تكلفة، ويتفق مع احتياجات المال ويحقق متطلبات الخدمة.

ويتفق أغلب الأرشيفيين على تقسيم الوثائق إلى قسمين رئيسيين، وفقا لقيمتها الوثيقة

١- وثائق أولية Primary ذات القيمة الإدارية أو التشغيلية.

وثائق ثانوية Secondary ذات القيمة الأرشيفية، أو لأغراض البحوث والمعلومات

ومن الممكن أن نحصر أربعة قياسات تحدد قيمة الوثيقة لأغراض الحفظ، هي كالتالي

- أ- قيمة إدارية
- ب- قيمة مالية
- ج- قيمه قانونيه
- د- قيمه ارشيفيه

وقد أشار الأرشيبي Missner ... إلى خمس فوائد تؤخذ في الحسبان عند تقويم الوثائق الأغراض الحفظ وهي

- ١- الوثائق القديمة التي لها صفة الدوام، تحفظ حفظا دائما.
 - ٢- الوثائق المؤقتة في عملها، يجب التخلص منها بعد نهاية مهمتها.
 - ٣- الوثائق ذات المعلومات المتعلقة بعمل المؤسسات ونشاطاتها يفضل حفظها.
 - ٤- الوثائق المتعلقة بحقوق الدولة، يجب حفظها.
 - ٥- الوثائق المتعلقة بالملكات الخاصة، يجب حفظها
- ويؤكد الأرشيبي Meinert ... على أهمية دراسة الوثائق وتحليلها من حيث أصلها ومصدرها، بحيث يوضع في الحسبان كل جهة إدارية جديدها الهيكل التنظيمي لها، يؤدي أيضا أن الوثائق لا يمكن تصنيفها منفردة، بل يجب تصنيفها بحيث يكمل بعضها البعض الآخر. ويشير تقرير لجنة جيمس جريج James Grigg Committee التي شكلت للنظر في إدارة الوثائق الحكومية البريطانية عام ١٩٥٤م إلى حقائق مهمة، حيث حددت قيمة الوثائق فيما يلي:

- ١- وثائق ذات قيمة تاريخية: يستفاد منها لأغراض البحث.
- ٢- وثائق ذات قيمة إدارية: يستفاد منها لأغراض القضاة والإدارة. ويتفق الأرشيبي الأمريكي Schellenberg مع أغلب الأرشيبيين المصنفين في عملية تحديد قيمة الوثائق حسب قيمتها إلى قسمين أولية وثانوية، ولكنه يميز في المرحلة الأولى ويسميتها إلى قسمين

رئيسيين حسب قيمتها

- أ- القيمة الإثباتية Evidential Value وتعني الإثبات الذي تقدمه الوثيقة لتحديد الجهاز الذي أوجدها وعمله، من حيث النشأة ومراحل التطور.
- ب- القيمة المعلوماتية Information Value: وتعني المعلومات التي تقدمها الوثيقة عن الأفراد أو المؤسسات أو قضاياها، ويمكن الحصول إلى هذه القيمة بتحليل الوثائق، ودراستها دراسة عميقة. وقد أخذت أغلب القوانين العالمية هذه الحقيقة باهتمام، فنجد مثلاً قانون إدارة الوثائق الأمريكية الصادر عام ١٩٤٣م، قد أكد أهمية هذا التقييم لتعريف الوثائق المهمة، التي منها الوثائق ذات العلاقة على التنظيم الإداري والسياسات المتبعة في الجهاز المعني)، ويشير القانون أيضا إلى الوثائق المهمة لأجل البحوث. وقد التزمت جمعية الوثائقيين البريطانيين بهذا التقييم في قواعد حفظ الوثائق الأغراض إدارة الأعمال والبحث العلمي الصادر في عام ١٩٦٤م، حيث حددت مجالات حفظ الوثائق للأغراض التالية:

- ١- تحديد تاريخ المؤسسة.
- ٢- الإجابة عن الاستفسارات الفنية المتعلقة بالعمليات الخاصة.
- ٣- توفير المعلومات للباحثين
- كما حددت - أيضا - أسس تقويم الوثائق لأغراض البحث في الأمور التالية
 - ١- التخلص من الوثائق غير المفيدة بصورة منتظمة.
 - ٢- التخلص من الوثائق ذات الصلة المؤقتة.
 - ٣- عدم ترحيل الوثائق المحلية ذات الصلة الإدارية، لكن فائدتها محصورة في الجهاز الذي أنشأها، ككشوفات المدارس والمتاحف ونحوها
 - ٤- الاعتماد على مبدأ التعديل بالقياس لتحديد الوثائق المتشابهة في القيمة.
 - ٥- التأكد على مبدأ علم تكرار المعلومات وأثرها.
 - ٦- الأخذ بعين الاعتبار طبيعة أماكن حفظ الوثائق ومساحتها.
 - ٧- الاحتفاظ بسجلات في قوائم لكافة الوثائق المعتمدة إتلافها.
- وبعد تقديم الوثائق كمصدر مهم، أصبحت تستخدم من أهم المصادر، مما جعل الثقافة فيها أمراً ملحقاً - بل أمراً ممكناً، وهذا إجرة شامل لكثير من الأعمال المختلفة كالبحث في الوثائق، وقرائنها، وفهمها وتحليلها، فأساليب جمعها، وحفظها، وتنظيمها، والاستفادة منها، وتبني بفهرستها تاريخياً. والتأليف الوثائقي غير المهمة منها، وكنتيجه لهذا التطور علم دراسات الوثائق، حتى أصبح شاملاً لعلوم متعددة من علم الباليوغرافيا Palaeography علم دراسة الخطوط والكتابات) وعلم السيجلوغرافيا (علم دراسة الأختام والمختارات، وعلم الآثار القديمة، وعلم النميات (علم دراسة Sigillography النقود والمسكوكات) ... هذا بالإضافة إلى علم اللغة والتاريخ والجغرافيا والسياسة والاقتصاد، والاجتماع

خامساً: حفظ الوثائق وصيانتها

١ - حفظ الوثائق

- تعني إدارة الوثائق الرسمية بمرحلة الحفظ، لكنها من أهم الإجراءات الفنية التي تحقق استخدام أمثل للوثائق في الوقت نفسه تراعي محافظتها وسلامة الوثائق مادياً ومحتواها. وتحفظ الوثائق في شكلها الورقي، أو على شكل مواد مصغرة بعد تحويلها إلى أفلام أو إشعاع أو أقراص، ولكن من حيث الأسلوبين إجراءات مختلفة. يمر الحفظ الورقي في الأساس - بالحفظ التقليدي بمراحل ثلاث هي:
- ١- مرحلة ترتيب الوثائق في ملفات طبقاً لقيمة أو في حاويات.
 - ٢- مرحلة إعداد بطاقات تعريفية، وتثبيتها على كعب أو أجزاء الحافظات أو الملفات

ويتم حفظ الوثائق وفقاً لشكل وثائقها. ويمكن أن نحدد بعض أشكال الوثائق في التالي:

- وثائق غير مجلدة.

- وثائق مجلدة.

- وثائق سائبة بغير تغليف.

- وثائق غير مفهرسة.

كما يحدد أسلوب استرجاع الوثائق، طريقة حفظ الوثائق وترتيبها، وتنمية الملفات أو الحافظات المفتارة لحفظها، وكيفية ترميز الملفات ووضعها على الرفوف. وتختلف طريقة حفظ الوثائق، باختلاف أحجامها وأشكالها. فحفظ الوثائق صغيرة الحجم يختلف عن حفظ كبيرة الحجم، كما يختلف عن طريقة حفظ الخرائط أو الرسوم الكبيرة. لهذا تتعدد مراكز الوثائق عدة طرق للحفظ، أهمها:

أ - طريقة الحفظ الأفقي المفتوح: تتناسب هذه الطريقة لحفظ الخرائط أو الرسم المسطحة. ويتم الحفظ داخل الأدراج أفقية مفتوحة. ويمكن أن يستخدم الدرج الواحد لحفظ وثائق. ب - طريقة الحفظ الأسطواني (الملفوف): تتناسب هذه الطريقة الخرائط والرسم والوثائق الملفوفة بحيث توضع على مساند خشبية.

ج - طريقة الحفظ المعلق تتناسب هذه الطريقة الأوراق النشطة عند حفظها في ملفات معلقة. كما تتناسب أيضاً الوثائق كبيرة الحجم، إذ يمكن تعليقها عمودياً بواسطة مشابك خاصة وتساعد كثيراً في سهولة الاستخدام.

د - طريقة الحفظ الرأسي (الواقف): تتناسب هذه الطريقة الوثائق المحفوظة في حافظات دبلية. وهيمن أشهر طرق حفظ الوثائق وأكثرها اقتصاداً أما الحفظ غير التقليدي فيتم باستخدام التقنية الحديثة، حيث تحول الوثائق إلى مصغرات فيلمية أو أقراص ضوئية. وتساعد هذه التقنية في استيعاب أكبر قدر ممكن من الوثائق وسيأتي تفصيل هذا فيما بعد. ويروج من المزايا التي تنتج عن استخدام التقنية الحديثة الأغراض الحفظ، إنها لا تعني من الحفظ التقليدي بخاصة للوثائق المهمة، مثل الوثائق النادرة وسجلات المحاكم ونحوها. وتحفظ الوثائق في خزائن بغرف خاصة، يراعى في تصميمها متطلبات الأمن والسلامة، وفقاً لنوع الوثائق فقد تحددها الحاجة لهذا الغرض

٢- صيانة الوثائق

في الوقت الذي تعنى فيه إجراءات حفظ الوثائق بترتيب الوثائق، واختيار الحافظات المناسبة لها وتجهيزها، وتصنيفها على الرفوف طبقاً لنظام محدد فإن صيانة الوثائق ومعالجتها لإحدى القضايا الرئيسية التي تتكفلها صيانة الوثائق

إجراءات الحفظ ترتبط ارتباطاً فعلياً بسلامة الوثائق طبيعتها وأهميتها ، وسوف نتعرض فيما يلي لبعض العوامل التي تهدد سلامة الوثائق وأمنها : مادياً ، بما فيها الوثائق على اختلاف أنواعها ، وتعتمد أكثر من غيرها للاختيار ، بحكم لـ أ-العوامل الطبيعية وتشمل الرطوبة والحرارة ، والجفاف والهول والضوء والغبار ، والأمطار والرياح ، وغيرها من المؤثرات الطبيعية. وتشكل هذه العوامل خطراً كبيراً عند التهاون فيها. وقد ثبتت أغلب مراكز الوثائق إلى هذه العوامل

واعتمدت الطرق المناسبة للتحكم في درجة الرطوبة والحرارة والضوء ، ووقاية العوامل الطبيعية الأخرى بشكل يحقق أمن الوثائق وسلامتها.

ب - الحرائق غالباً ما تحدث نتيجة التقصير في مواصفات السلامة ، وعدم الالتزام بها .
ج - السرقات ورغم ندرة سرقات الوثائق ، نظراً للاحتياطات التي تتخذ عادة في إجراءات حفظها فإن الوثائق النادرة لابد أن تستهوى المغامرين ، ومن ثم فثمن الصعب تعويض وثيقة فقدت. ولهذا لابد من اعتماد قواعد دقيقة وشاملة تراعي أمن الوثائق

سادساً : تحويل الوثائق وإتلافها :

يعد تحويل الوثائق من الحفظ النشط إلى الحفظ غير النشط إجراء متبعاً لحل الكثير من المشكلات التي تقابلها المؤسسات العامة والخاصة في هذا المجال ، وذلك نتيجة ما تمثله الأوراق من مشكلة بسبب التكسد الورقي الناتج عن الحفظ العشوائي للوثائق داخل إداراتها ، ولذلك فإن تحويل الوثائق أو إتلافها لا يتقرر عادة إلا بعد دراسة مستفيضة ولا يأتي تحويل الوثائق أو إتلافها إلا بتوفر عاملين رئيسيين

– لوائح تحدد أساليب التعامل مع الوثائق في مرحلة الحفظ والتحويل والإتلاف.

– جهاز مركزي الوثائق يقوم بعملية استقبال الوثائق ، بالإشراف على إتلافها .

ويتم تحويل الوثائق أو إتلافها وفق قواعد تحدد أهمية الوثائق التي يجب أن تحفظ حفظاً مؤقتاً أو دائماً ، أو يجب التخلص منها ، وسنوضح لاحقاً لكل من الحالات التالي:

١- التحويل: ويعني نقل الوثائق أو ترحيلها من الحفظ النشط إلى غير النشط والحفظ

النشط يكون - عادة - في الأجهزة التي تكونت فيها الوثائق

نفسها أما الحفظ غير النشط فقد يكون حفظاً مؤقتاً في مراكز حفظ وسيطة أو حفظاً دائماً في المركز الوطني

٢- للوثائق. ويتم تحويل الوثائق وفق مناهج التحويل التي قد تكون ثابتة ومعتمدة

في نموذج واحد ، أو تكون نماذج ومحددة في عدة نماذج ويحقق تحويل الوثائق مزايا مختلفة ، أهمها المساعدة في تخفيض تكاليف الحفظ النشط ، وإضافة حيز جديد ، والحد من تكسد الملفات بالأوراق وتسهيل حركة العمل في كل وحدة تم تحويل منها.

الإتلاف ويتم التخلص من الوثائق التي انتهت أهدافها، أو لم تعد ذات قيمة بها، فهي أصبحت عينا على المؤسسة المعنية بها. وفق إجراءات ثابتة ومعتمدة، وبإشراف إداري متخصص. ويجب لأي جهاز مركزي للوثائق أن يحتفظ بنسخة وثائقية دون الرجوع إلى هذه اللجان. وقد كانت الوثائق مركزيا في المركز الوطني للوثائق، أو في الأجهزة الحكومية نفسها، وقد يكون إتلاف الوثائق ملازما لتحويلها، حيث يتم في ملفات التحويل عزل الوثائق التي تم عملية إتلافها بواسطة مراكز الوثائق المحلية، نماذج تحتوي معلومات كاملة عن الوثائق المطلوب استبعادها، ويحتفظ بهذه النماذج بعد إنها إجراءات الإتلاف، لتكون سجلا دائما لما تم إتلافه. وقد ساعد التصوير المصغر في إتلاف أعداد كبيرة من الوثائق مع الاحتفاظ بصورها، ويساعد هذا الجهاز على التخلص من الوثائق التي انتهت أهدافها. وتستخدم الدول المختلفة أساليب التعامل مع الصور المصغرة

سابعاً - تقنية الوثائق

تعني تقنية الوثائق استخدام التقنيات الحديثة بالاستفادة منها وتوظيفها لتحسين الأعمال وتطويرها، ويصبح كيان الأدل الوظيفي لهذه التقنية ملازما لطبيعة الوثائق ومستخدماً فيها في أن واحد. واستخدام التقنية يعني نقل المعرفة والأفكار وما توصل إليه من اختراعات مناسبة للإنتاج، أو نقل المكونات الفيزيائية التي تولدت نتيجة لهذا المعرفة كالاختراعات والأجهزة والآلات بهدف رفع وسائل الإنتاج وتسهيل العمليات وبِـرغم أن التقنية الحديثة تساعد في حل كثير من المشكلات الإدارية والفنية، فإن سلبياتها ستكون أكثر من إيجابياتها إذا كانت جرى استخدامها غير محققة. فإذا طلبت التقنية بدون غاية في حد ذاتها، أو من وسيلة لتحقيق أغراض أهم وأشمل، وحتى تتحقق الإيجابيات من استخدام التقنية، خاصة في التطبيقات الآلية، أو المصغرات العلمية والآثار المترتبة لابد أن يكون استخدامها مفيداً للعمل. مثل التحكم في تحويل الوثائق وجدولة سجلاتها، وإعداد الفهارس الآلية، واستخدامها الوثائق الكثيرة، أو السجلات المقررة اليها.

قبل أن نقرر استخدام التقنية لابد أن تكون لدينا إجابة واضحة عن الأسئلة التالية :

- كيف تحقق تقنية الوثائق الكفاية الإدارية ؟
 - ما هي الخدمة المثالية للوثائق الإدارية ؟
 - ما الأمور أو العوامل التي يجب أن تؤخذ في الحسبان عند اتخاذ قرار استخدام التقنية ؟
 - ما متطلبات الهيكلية المالية ؟
- وعندما تكون الإجابة عن هذه الأسئلة بالإيجاب، ومن ثم تكون جدوى جلب التقنية واضحة، يفضل

أن تتحول الإجراءات والأعمال من الأساليب التقليدية إلى الأساليب الآلية، لا سيما في المراكز الكبيرة التي تحتوي على مجموعات ضخمة من الوثائق، بعد أن نتحقق جدوى استخدام التقنية الحديثة، تأتي مرحلة اختيار الهيكل المناسبة. ولهذا يمكن أن نشير فيما يلي إلى عدد من الاختيارات المطروحة، والتي تخضع إلى خدمات الحاسب الآلي.

أ - الميكنة الداخلية In-house :

في هذا الأسلوب تعد المنظمة - أو المركز - نظاماً كاملاً يشمل طلب الأجهزة، وبرامج تطويرها وتشغيلها، وتدريب العاملين في هذا المجال مثل: مشغلي الكومبيوتر، ومبرمجي الأنظمة ومحلليها، فضلاً عن تهيئة الإمكانيات والتجهيزات الضرورية

ب - المنشآت المحسبة Computing Utility :

في هذا الأسلوب تتعهد المنظمة، أو المركز بمتطلبات الحاسب الآلي كافة عدا تحليل المعلومات الذي يتم بواسطة الحاسب الآلي أو التجهيزات الخارجية، ويلتزم الوكيل بتأمين الخدمات الضرورية للتحليل كافة. ولهذا يتعين أن يقوم المركز بدفع قيمة الوقت الذي يستفاد فيه من خدمات الحاسب الآلي

ج - المشاركة الزمنية Time - Sharing :

في هذا الأسلوب تكون خدمات الحاسب الآلي مشتركة بين عدد من المشتركين، ويتم هذا من طريق تغذية حاسب الي كبير، يشتريه أحد هذه المراكز من خلال تصميم برامج خاصة، ويمكن لكل مشترك استخدام الخدمات المتاحة في الحاسب الآلي بأمر مباشر ويكون الوصول إلى هذه الخدمات بواسطة خطوط الهاتف العادية.

د - تسيير التجهيزات Facilities Management :

في هذا الأسلوب يكون الإشراف على الميكنة بواسطة تجهيزات المنظمة الإدارية، أو شركة خدمات تتولى بدورها تأمين البشرية المناسبة والأجهزة المطلوبة

تم على بركة الله اكمال الفصل الثاني

الفصل ثالث

"أهمية ترميز وترقيم السجلات الطبية"

● ترقيم السجلات الطبية

١- نظام الترقيم

أنظمة حفظ السجلات الطبية واستخدامها يتم حفظ السجلات الطبية في معظم مؤسسات الرعاية الصحية عددياً وفقاً لأرقام السجلات الطبية للمرضى حيث قدمت بعض المستشفيات سجلات وفقاً لأسمه المرضى أو أرقام التفريغ أو أرقام رموز التشخيص. حيث يعد التسجيل الأبجدي لأسمه المرضى أكثر تعقيداً وعرضة لخطأ أكبر من التسجيل الرقمي، والتسجيل بأرقام التفريغ وأرقام الكود التشخيصي بشكل عام غير مرض لأن السجلات أو السجلات المهمة الأخرى في المنشأة معنية حصرياً بأرقام السجلات الطبية هناك عدة أنواع من أنظمة الترقيم قيد الاستخدام حالياً في مرافق الرعاية الصحية وهي ما يلي:

● الترقيم التسلسلي : في الترقيم التسلسلي يتلقى المريض رقماً جديداً في كل مرة يتم فيها تسجيله أو معالجته من قبل المستشفى حيث إذا تم تسجيله خمس مرات فإنه يحصل على خمسة أرقام سجلات طبية مختلفة. على سبيل المثال، يتم تسجيل المريض في المستشفى ويتلقى الرقم ١٣٦٥٠، وعندما يعود المريض للمتابعة بعد أسبوع واحد من العلاج، حيث يتم تسجيله في السجل الطبي رقم ١٤٠٢٠، وإذا قام المريض بزيارة المستشفى مرة أخرى في العام التالي فسوف يتلقى رقماً آخر مثل ١٩٥٦٠ وعلى الرغم من أنه يجب تسجيل جميع الأرقام المخصصة لهذا المريض في بطاقة فهرس المريض الرئيسي، حيث يتم حفظ سجلاته الطبية في العديد من الأماكن مثل عدد المرات التي عولج فيها في المنشأة.

● ترقيم الوحدات : على عكس أنظمة الترقيم التسلسلي، حيث يوفر نظام ترقيم الوحدات سجلاً منفرداً مركباً من جميع البيانات التي تم جمعها عن مريض معين، وسول كمريض خارجي أو مريض داخلي أو مريض طارئ، حيث يتم تخصيص سجل طبي للمريض في زيادة الأولى، والذي يستخدم في جميع الزيارات والعلاجات اللاحقة وبالتالي مع ترقيم الوحدة، في كل مرة يصل : EG. فيها المريض إلى المستشفى لتلقي العلاج، سيحصل على أول رقم تم تخصيصه له وهو ١٣٦٥٠.

● ترقيم الوحدة التسلسلية : نظام الترقيم هذا هو مزيج من أنظمة ترقيم الوحدات التسلسلية، وعلى الرغم من أنه في كل مرة يتم فيها تسجيل المريض، فإنه يتلقى رقم سجل طبي جديد، إلا أنه يتم تقديم سجلاته السابقة باستمرار وحفظها تحت

أحدث رقم تم إصداره. على سبيل المثال عندما يعود المري للمتابعة بعد أسبوع واحد من العلاج على سبيل المثال: عندما يعود المريض للمتابعة بعد أسبوع واحد من العلاج، سيحصل على الرقم ١٤٠٢٠، ولكن سيتم أيضا تقديم بيانات علاج المريض الخارجي، المودعة بموجب ١٣٦٥٠، ليتم حفظها مع الملاحظات التي تم تدوينها خلال زيارته الأخيرة وهكذا يتم إنشء سجل الوحدة، وعند إحضار السجلات القديمة حيث يجب ترك نوع من الدليل في الملف حيث تم سحب السجل القديم للإشارة إلى الرقم الجديد الذي تم حفظ السجل بموجبه، حيث يعد مجلد الرسم البياني الفارغ المميز بحالة إلى الرقم الجديد طريقة مرضية لإنجاز ذلك.

● **ترقيم العائلة:** تكيف آخر لترقيم الوحدات هو نظام الترقيم العائلي حيث يتكون الترقيم العائلي عادة من وضع أزواج إضافية من الأرقام، مما يدل على وضع الفرد في الأسرة، وعادة ما يتم وضع هذه الأرقام مباشرة قبل الرقم المخصص بانتظام، حيث تكون أزواج أرقام البادئة لها تسلسل محدد ومعنى على النحو التالي:

١ - رب الأسرة (إما الأم أو الأب).

٢ - الزوج

٣ - الأطفال

٤ - أفراد الأسرة الآخرين

٥ - الخادمة.

وبالتالي، يتم حفظ جميع معلومات المريض الخاصة بأسرة واحدة معا بواسطة رقم العائلة تطهير الملفات نظرا لإزالة السجلات غير النشطة، حيث ستظهر فجوات في منطقة الملف النشطة عند استخدام نظام ترقيم تسلسلي حيث تمثل السجلات متعددة المجلدات أيضاً مشكلة تنتج عن الحفاظ على نظام الوحدة. وأحيانا تصبح سجلات المرضى الذين عولجوا عدة مرات كثيفة لدرجة أن هناك حاجة إلى مجلدات إضافية لإيواء سجل طبي واحد كامل. ومن أجل تنبيه موظفي حفظ الملفات وأخصائيي الرعاية الصحية إلى وجود سجل طبي في عدة مجلدات، فمن الحكمة تمييز كل مجلد برقم المجلد والعدد الإجمالي للمجلدات ● على سبيل المثال يمكن تسمية المجلد الأول على أنه المجلد ١ من ٢ والمجلد الثاني المجلد ٢ من ٢ وما إلى ذلك من المهم أن يتم تسمية جميع المجلدات الموجودة على مريض واحد عند إضافة وحدة تخزين أخرى إلى المجموعة سيتغير المجلد الأول المسمى المجلد ١ من ٢ إلى المجلد ١ من ٢ عند إضافة مجلد ثالث

أنظمة حفظ السجلات الطبية واستخدامها ثلاثة أنواع من أنظمة حفظ الملفات الرقمية بشكل شائع لإيداع السجلات الطبية الأرقام المستقيمة والأرقام النهائية، والرقم الأوسط.

- **الإيداع الرقمي المباشر:** يشير إلى إيداع السجلات بترتيب زمني دقيق. نظراً لأنه يجب على فريق العمل مراعاة جميع أرقام رقم السجل في وقت واحد عند تقديم سجل، فمن السهل الخطأ في حله وكلما زاد عدد الأرقام التي يجب تذكرها عند الإيداع، زادت فرصة الخطأ. حيث يعد تبديل الأرقام أمراً شائعاً؛ ويمكن أن يكون السجل ٦٥٤٢٤ خاطئاً باعتباره الرقم القياسي ٥٦٥٢٤. ومن العوائق الأكثر خطورة للإيداع الرقمي المستقيم أن نشاط الإيداع الأثقل يتركز في المنطقة التي تحتوي على أعلى أرقام جديدة. كما أنه من الصعب مراقبة جودة الملفات مع هذا النظام. نظراً لأن الموظفين عادة ما يقومون بحفظ الملفات في منطقة أحدث السجلات فليس من المجدي تحديد المسؤولية عن قسم من الملف الموظف واحد
- **إيداع رقم طرفي:** عادة ما يتم استخدام رقم مكون من ستة أرقام ويتم تقسيمه بواسطة إلى ثلاثة أجزاء، حيث يحتوي كل جزء عادة على رقمين داخل الرقم، حيث تكون الأرقام الأساسية هي آخر رقمين ثانويين، وهما الرقمان الأوسطان والأرقام الثلاثة هي أول رقمين. وفي ملف رقم طرفي يوجد ١٠٠ قسم أساسي، تتراوح من ٠٠ إلى ٩٩ عند التسجيل، حيث يجب على الموظفين أولاً النظر في القسم الأساسي داخل كل قسم أساسي، حيث تتم مطابقة مجموعات السجلات وفقاً لقسم الأرقام الثانوية، وبعد تحديد موقع القسم الثانوي الصحيح قسم الأرقام، ملفات الموظفين بالترتيب العددي بالأرقام الثلاثة
- **إيداع رقم طرفي عادة ما يتم استخدام رقم مكون من ستة أرقام ويتم تقسيمه بواسطة إلى ثلاثة أجزاء، حيث يحتوي كل جزء عادة على رقمين داخل الرقم، حيث تكون الأرقام الأساسية هي آخر رقمين ثانويين وهما الرقمان الأوسطان والأرقام الثلاثة هي أول رقمين وفي ملف رقم طرفي يوجد ١٠٠ قسم أساسي تتراوح من ٠٠ إلى ٩٩ عند التسجيل حيث يجب على الموظفين أولاً النظر في القسم الأساسي داخل كل قسم أساسي حيث تتم مطابقة مجموعات السجلات وفقاً لقسم الأرقام الثانوية، وبعد تحديد موقع القسم الثانوي الصحيح قسم الأرقام ملفات الموظفين بالترتيب العددي بالأرقام الثلاثة. إن عملية الترميز والترقيم للسجلات الطبية هي طريقته من الطرق لحفظ السجلات وتخزينها حيث يكون لها طريقة معينة في الاحتفاظ بسجلات المرضى**

تم على بركة الله اكمال الفصل الثالث

الفصل الرابع

نظرة عامة على قسم السجلات الطبية

الرسالة: خلق وتدعيم نظام إدارة المعلومات الصحية لتدعيم اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية من خلال إنشائه بنك معلومات بقسم السجلات الطبية يعمل على توفير المعلومات الطبية الصحيحة والكاملة لضمان تكامل واستمرارية الرعاية الطبية للمريض والتمشي مع التغيرات المستحدثة في تقديم الرعاية الصحية الغايات:

١- توفير نظام حفظ معلومات مركزي به سجلات طبية كاملة لكل مريض يحصل على رعاية صحية بالمنشأة.

٢- ضمان دقة واستكمال البيانات في السجلات الطبية.

٣- توفير نظام حفظ واسترجاع المعلومات الطبية الإكلينيكية طبقاً لاسم المريض ورقم السجل الطبي والتشخيص والإجراءات المتخذة وأية معلومات خاصة برعاية المريض.

٤- تنسيق تدفق المعلومات الخاصة برعاية المريض بين مقدمي الخدمة.

٥- الحفاظ على سلامة وحماية وتكامل المعلومات الخاصة برعاية المريض.

٦- الحفاظ على سلامة العاملين وتدريبهم والعمل على تطوير ورفع كفاءتهم.

٧- المشاركة في تحقيق أهداف المشروع والمنشأة.

٨- توفير البيانات اللازمة للهيئات والمجالس واللجان المختلفة وهيئة الأطباء والجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء

٩- المشاركة الفعالة في لجنة السجلات الطبية ولجنة النماذج.

١٠- التدعيم والتشجيع والمشاركة في برنامج ضمان الجودة وتحسينها الأهداف

١- إنشاء نظام يوفر الجو الطبيعي الملائم لتنفيذ رسالة قسم السجلات الطبية بطريقة فعالة.

٢- رفع كفاءة العاملين.

٣- الحفاظ على سرية السجلات الطبية.

٤- إمداد القسم بالتجهيزات المناسبة.

٥- إعداد السياسات والإجراءات والقواعد والإرشادات المنظمة للقسم

٦- الاحتفاظ بملفات كاملة البيانات...

٧- المشاركة الدورية في تحليل مستندات متابعة المريض...

المقاييس والمعايير الخاصة بالسجلات الطبية

المقاييس والمعايير

١- يجب استيفاء السجلات الطبية في الوقت المناسب واحتوائها على البيانات الكافية الخاصة بالمريض وبالتشخيص وبمبررات العلاج مع بيان دقيق بالنتائج

- ٢- يجب إجراؤه تحليلًا منتظمًا للسجلات الطبية حتى تحقق الهدف منها وهو توثيق المعلومات الخاصة بالرعاية المقدمة للمريض من أجل إجراء عمليات التقييم والمراجعة الإكلينيكية والأنشطة البحثية والتعليمية وأيضا للأغراض الطبية والقانونية والمالية.
- ٣- تقع مسؤولية جودة السجلات الطبية على عاتق الهيئة الطبية ومن ثم فإن على لجنة السجلات الطبية أن تتأكد من مراجعة السجل الطبي لضمان اكتماله ووضوح بياناته وصلته بالنواحي الإكلينيكية وأن الفحوص والعلاجات تعكس حالة وتقدم المريض
- ٤- لا يجوز استخدام الاختصارات والرموز إلا بعد الموافقة عليها من قبل الهيئة الطبية على أن يتم تزويد الأفراد المصرح لهم ببيانات في السجل الطبي بقائمة تفسيرية لها.
- ٥- يجب أن تطبق اللوائح والقواعد والأنظمة الخاصة بالهيئة الطبية لضمان قيام أعضاء الفريق المسئول عن تقديم الرعاية الصحية بتوفير أفضل الخدمات الطبية للمرضى المترددين على المنشأة.
- ٦- يجب قصر الإطلاع على السجل الطبي على الأشخاص المصرح لهم فقط على أن يكون الإطلاع بغرض تأمين استمرارية تقديم الرعاية الصحية للمرضى بواسطة مقدمي الرعاية الصحية
- استيفاء السجل الطبي
- ١- يجب استيفاء السجل الطبي خلال ٢٤ ساعة من خروج المريض، وحتى يكون السجل الطبي كاملاً يجب أن يحتوى على البيانات التالية:

 - اسم المريض بالكامل
 - رقم السجل الطبي للمريض
 - تاريخ ميلاد المريض
 - الجنس
 - اسم وعنوان ورقم تليفون قريب للمريض أو من يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ
 - ٢- يجب أيضاً أن يحتوى السجل الطبي بوضوح على البيانات التالية:
 - نوع الحساسية التي يعاني منها المريض - ان وجدت
 - ما إذا كان المريض يعاني من أي مرض مزمن معد مثل الالتهاب الكبدي الوبائي
 - فصيلة الدم - إن كانت معروفة التشخيص عند دخول المريض المستشفى
 - التاريخ المرضي للمريض بالكامل السابق والحالي والتاريخ المرضي للأسرة
 - بيان تفصيلي بالكشف الإكلينيكي على المريض
 - ٢- يجب أن تكون كافة الموافقات اللازمة موقعة ومؤرخة من قبل المريض ويشهد عليها أحد العاملين بالمستشفى.

- ٣- يجب أن تكون كافة الموافقات اللازمة ومؤرخة من قبل المريض ويشهد عليها أحد العاملين بالمستشفى.
- ٤- يجب أن يذكر الطبيب المعالج نوع العلاج المطبق بوضوح.
- ٥- يجب أن يتم التصحيح أو التعديل لإحدى البيانات المدونة في السجل الطبي بوضع خط واحد رفيع فوق
- كل سطر محتو على بيانات غير دقيقة مع مراعاة) التأكد من استمرار إمكانية قراءته والتوقيع أمامه وتسجيل تاريخ ووقت إجراء التصحيح ولا يجوز مسح أو شطب البيانات الخاطئة. - يجب أن يتم طلب كافة الفحوصات أو الاختبارات المطلوبة من قبل الطبيب المعالج عن طريق استكمال نماذج الطلبات المناسبة وفقاً للتوجيهات الإرشادية الخاصة بالمنشأة.
- ٦- يجب تدوين كافة أنواع المتابعة والاستشارات والعلاجات الروتينية والخاصة على نحو ملائم في النماذج المناسبة.
- ٧- يجب استيفاء البيانات الخاصة بالتاريخ المرضي للمريض والكشف الطبي المجري له خلال ٢٤ ساعة من دخوله للمستشفى وقبل إجراء الجراحة والإجراءات الأخرى
- ويشمل التاريخ المرضي الشكوى الرئيسية وتفاصيل المرض الحالي والتاريخ السابق والاجتماعي والعائلي للمريض وبيان حالة أجهزة الجسم والأدوية المقررة (بالجرعات) وأنواع الحساسية التي يعاني منها المريض - إن وجدت.
- أما الكشف الطبي فيشمل تقييماً شاملاً للحالة الصحية للمريض وبياناً بالنتائج المستخلصة وخطة العمل، كما يجب ذكر نتائج الفحوصات المعملية والأشعة.
- الحالات الخطرة وكذلك بالنسبة للمرضى الذين يصعب تشخيص حالاتهم أو السيطرة على مشكلاتهم الإكلينيكية، كما يجب تسجيل ملاحظات تطور الحالة وقت إجراء الملاحظة للسماح باستمرار الرعاية وإمكانية نقل المريض من قسم لآخر. كذلك
- يجب تدوين الملاحظات الخاصة بتطور الحالة يومياً على الأقل بالنسبة للمرضى ذوي
- يجب قدر الإمكان تحديد كل مشكلة من المشكلات التي يعاني منها المريض بوضوح في ملاحظات تقدم الحالة والربط بينها وبين الأوامر الصادرة بشأنها وكذلك نتائج الفحوص والعلاج من ناحية أخرى، يجب أن تدون ملاحظات شاملة عن تطور الحالة أثناء العملية الجراحية وعقب الانتهاء من الجراحة فوراً في السجل الطبي وذلك بغرض توفير معلومات صحيحة لاستخدامها من قبل أي مقدم رعاية يتولى مسؤولية العناية بالمريض بعد ذلك.
- ١٠- يجب أن توفر البيانات الخاصة بالاستشارات كدليل على قيام الطبيب الاستشاري بمراجعة السجل الطبي للمريض والنتائج التي توصل لها عند توقيع الكشف الطبي عليه وكذلك رأى الطبيب الاستشاري وتوصياته

الطبي والحالة عند الخروج وتعليمات الخروج من حيث الأدوية المقررة والنظام الغذائي والنشاط البدني (والمتابعة والتشخيصات النهائية والإجراءات المطبقة).

١٤ - يجب استكمال الأمامية بالسجل Face Sheet عند خروج من المستشفى، على أن تلك التشخيصات أو الإجراءات الجراحية الضبعة أنه العملية الجراحية وتوقيع الطبيب الذي صرح بالخروج والتاريخ ولا يجوز استخدام أية اختصارات في هذه الصحيفة والتي تعادل في أهميتها تصريح الخروج

١٥ - يجب أن تحمل كافة البيانات الإكلينيكية المدونة في السجل الطبي للمريض التاريخ والتوقيع والوقت كلما كان ذلك متاحاً.

١٦ - يجب أن تكون البيانات المدونة في المستندات، بما في ذلك البيانات الإكلينيكية والتوقيعات واضحة ومقررة وفي حالة تعذر قراءة التوقيع، يكون من المحبة طباعة الاسم إلى جانب التوقيع.

١٧ - يعتبر التقصير في استيفاء السجل الطبي والتحقق من دقة بياناته خلال ١٥ يوماً من خروج المريض مخالفة لقواعد ولوائح وأنظمة الهيئة الطبية.

١٨ - تقع مسؤولية استكمال السجل الطبي والتحقق من البيانات على الطبيب المعالج.

١٩ - يجوز تحويل النواب مسؤولية تسجيل التاريخ المرضي وملخص الخروج وإجراء الكشف الطبي تحت إشراف الطبيب المعالج الذي يجب عليه بدوره أن يراجع ويتحقق من المعلومات وفقاً لما يقتضيه الحال.

٢٠ - يقوم في السجلات الطبية بتحديد كافة البيانات الناقصة في السجل الطبي المساعدة الطبيب المعالج على استكمال السجلات على نحو سليم

وظائف قسم السجلات الطبية

أولاً: تسجيل المرضى

مرضى العيادات الخارجية السياسة:

- يجب تسجيل المرضى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتمكينهم من تلقي العلاج في العيادات الخارجية والخدمات المعاونة.
- على أن يقوم قسم السجلات الطبية بأداء وظائف التسجيل في مكان قريب من الأماكن المخصصة للعلاج كلما أمكن ذلك.

الإجراءات

الموظف المسئول: كاتب تسجيل مرضى العيادات الخارجية

يقوم كاتب تسجيل مرضى العيادات الخارجية بتسجيل كل مريض يحضر إلى شباك أو مكتب التسجيل على النحو التالي:

١- المرضى الذين يتم استقبالهم بعد التحقق من وضعهم المالي من مكتب شئون المرضى، وتشمل هذه الفئة الرسوم النقدية وخطابات الأجل المالية المعتمدة من أحد المسؤولين المصرح لهم بالمستشفى ومرضى العلاج المجاني أو المرضى المؤمن عليهم المرضى الجدد هم الذين لم يسبق لهم تلقى العلاج بالمنشأة الصحية

- يقوم كاتب السجلات بإصدار رقم موحد لسجل طبي غير مستعمل للمريض الجديد.
- يقوم كاتب التسجيل باستيفاء البيانات التعريفية الكاملة في بطاقة تسجيل المرضى انظر فصل المرفقات وهي تشمل (٢-f-t)

- الاسم

- العنوان

- تاريخ الميلاد

- محل الميلاد

- بطاقة تحقيق الشخصية

اقرب شخص للمريض يمكن الاتصال به في الطوارئ

- رقم التليفون

- اسم وعنوان جهة العمل

- رقم تليفون العمل

- تاريخ اليوم

- يتم إصدار غلاف ملف مجهز ذو تكويد واضح لوني مع صحيفة علاج مريض عيادة خارجية

(انظر المرفقات) (١) INT

- يتم كتابة رقم السجل الطبي في المكان المخصص لذلك على غلاف الملف الطبي.

- يعطى ملف السجل الطبى الجديد للمريض أو للساعى لتسليمه للعيادة التي سيتم العلاج بها.

- يتم حفظ بطاقة ملف فهرس المريض بعد التحقق من اكتمالها بواسطة كاتب التسجيل في خزانة الحفظ المخصصة لذلك وفقا لترتيب أبجدي حسب الاسم الأول ثم الأوسط ثم الأخير

٣- المرضى الذين سبق لهم العلاج أو المتكررين

- يتم فحص بطاقة المريض الخاصة بالموعد للتأكد من وجود التاريخ وصحة الرقم والاسم . الخ، ثم تحديث المعلومات - حسب الحاجة - بعد مراجعتها مع المريض لمعرفة ما إذا كانت البيانات قد طرأ عليها أية تغيرات.

- يقوم كاتب التسجيل بطلب استخراج السجل الطبي السابق للمريض
- يقوم كاتب السجلات الطبية باستخراج السجل الطبي السابق للمريض وتسليمه لكاتب التسجيل.
- يقوم كاتب التسجيل بإدراج صحيفة علاج عيادة خارجية (ن - ١ - ١ - N-T) في القسم الخاص بالعيادات الخارجية بالسجل الطبي للمريض. يتم إعطاه السجل الطبي للساعي لتسليمه للعيادة التي سيتم بها العلاج.
- يقوم كاتب التسجيل بفحص ومراجعة ملف الفهرس الرئيسي للمرضى أو ملف فهرس المريض لإيجاد أرقام السجلات الطبية الخاصة بالمرضى الذين لا يحملون بطاقات مواعيد فقط (F-T-٢). (٢)
- يقوم كاتب التسجيل بعد الانتهاء من التسجيل بتوجيه المريض للعيادة التي سيتم علاجه بها لينتظر حتى تناديه الممرضة في دوره
- يقوم الساعي بتسليم كافة السجلات الطبية الخاصة بالمرضى المسجلين للعيادات حسب تعليمات كاتب التسجيل
- يقوم كاتب التسجيل بإعادة أية سجلات طبية جديدة غير مستعملة لكاتب السجلات الطبية في نهاية النوبتجية.

العيادة الخارجية

- يقوم كاتب التسجيل بتوجيه المريض للعيادة الخارجية التي سيجرى له الفحص بها.
- يقوم ساعي قسم السجلات الطبية بتسليم سجلات المرضى الجارى الكشف عليهم في العيادات على دفعات.
- تقوم ممرضة العيادة بتسجيل المريض في سجل العلاج بالعيادة لدى استلامها للسجل الطبي للمريض.
- تقوم الممرضة بأخذ العلامات الحيوية للمريض - إن كان ذلك ممكنا - وتسجيلها في المكان المخصص لذلك بصحيفة علاج مريض عيادة خارجية الموجودة بالسجل الطبي.
- تقوم ممرضة العيادة باصطحاب المريض مع سجله الطبي لغرفة الكشف للعرض على الطبيب حسب أولوية التسجيل في سجل العيادة (أي) من يحضر أولا يتم عرضه على الطبيب أولا).
- يقوم الطبيب بأخذ التاريخ المرضى للمريض وتسجيله في نموذج صحيفة علاج مريض العيادات الخارجية أو بطاقة علاج مريض العيادات الخارجية ثم يتم اتخاذ إحدى الإجراءات التالية وفقا لحالة المريض

- ٢ - مرضي تتطلب حالاتهم إجراء فحوص أو اختبارات تشخيصيه أو علاج خاص مثل العلاج الطبيعي أو القلب أو فحوص معملية أو أشعة، يتم إرسالهم إلى حيث يتم إجراء تلك الفحوص والاختبارات رسم بصحبة طلب من الطبيب المعالج يتم التنبيه على المرضى بضرورة العودة للعيادة مرة أخرى عند الانتهاء من الفحوص
- ٣ - إذا رأى الطبيب أن حالة المريض تتطلب إحالته لعيادة أخرى أو استشاري أو أخصائي آخر يجب عليه ذكر الأسباب في نموذج علاج مريض العيادة الخارجية، وتقوم ممرضة العيادة بتحويل المريض وسجله الطبي إلى العيادة التي تقرر تحويله إليها حيث يتم الكشف عليه واتخاذ الإجراءات اللازمة بشأنه.

خامساً: سياسة الحفظ بالسجلات الطبية

السجلات غير النشطة

عليه من عدم النشاط ويقصد بعدم النشاط الفترة التي لم يتم خلالها الإطلاع على الملف أو استخدامه في تقديم الرعاية للمريض اثناء فترة العام المذكورة. ويتحدد وضع السجل كسجل غير نشط وفقاً لنظام بحث يدوي وظيفته التعرف على السجلات غير النشطة عن طريق إجراؤه مراجعات دورية لنظام الحفظ ذي الأرفف المفتوحة، وعلى الكتبة المكلفين بالإشراف على أقسام الملفات إجراؤه مراجعة منتظمة وروتينية للسجلات وإزالة أي سجل يتضح من تاريخه أن عاما أو أكثر قد انقضى منذ آخر زيارة أو فترة إقامة للمريض بالمستشفى، ولا يستثنى من هذا النظام سوى المرضى الذين يعانون من الأمراض التالية:

- السرطان
- السكر
- أمراض القلب
- الحالات المزمنة

- ١ - يقوم القسم بإرسه نظام لحفظ السجلات غير النشطة على نحو يتبع الإطلاع عليها بسهولة. ومن المحيد أن يتم حفظ السجلات غير النشطة في مكان آخر من المستشفى أو أن تقوم المستشفى باستئجار مكاناً آخر لحفظها فيه.
- ٢ - يمكن حفظ الملفات غير النشطة بسهولة لتسهيل الإطلاع والحصول عليها عن طريق تطبيق نظام مزدوج في غرفة حفظ الملفات ويعنى ذلك خلق نظام حفظ يعتمد على الأرفف المفتوحة ويتم ترتيب الملفات فيه وفقاً للرقم الطرقي، ويسمح ذلك بسهولة الوصول للملفات نظراً لاعتياذ الموظفين على هذا النظام وبالإضافة لذلك فإن مثل هذا النظام يتطلب بروتوكولاً بسيطاً للبحث عن الملفات وذلك بسبب سهولة استخراج السجلات

٣- يمكن أيضا إعداد أنظمة آلية للبحث، حيث يمكن أن يقوم كاتب السجلات الطبية بإدخال السجل غير النشط في نظام البحث الموجود في الحاسب الآلي عن طريق إضافة اسم المريض ورقم السجل الطبي وتاريخ آخر زيارة للملف الموجود فعلا على الحاسب الآلي، غير أن هذا الأسلوب يمكن أن يكون مكلفا.

٤- في حالة تحول الملفات من ملفات نشطة إلى ملفات غير نشطة ونقلها إلى المكان المخصص لحفظ النوع الأخير من الملفات يجب وضع بطاقة مكانها تفيد ذلك أو إدخال بياناتها في نظام البحث الموجود في الحاسب الآلي.

● التخلص من السجلات الطبية

- ١- يجوز التخلص من السجلات الطبية غير النشطة بعد انقضاء فترة زمنية معينة تتحدد من خلال الإرشادات التوجيهية لوزارة الصحة أو من خلال سابقة قانونية أو تصرفات سابقة.
 - ٢- يجب تسجيل السجلات التي يتقرر التخلص منها وفقا لاسم المريض ورقم السجل الطبي وآخر تاريخ للنشاط
 - ٣- يجب التخلص من السجلات كلية للحيلولة دون الإطلاع عليها من قبل أي شخص أو استخراج نسخ مطابقة منها.
- فيما يلي قائمة بالفترات الرملية للاحتفاظ بالسجلات:

نوع السجل:	الفترة الزمنية للاحتفاظ
إذن دخول وخروج:	شهرين
التعداد اليومي:	سنة
ملاحظات التمريض	شهرين أو لحين خروج المريض مباشرة
السجل الصحي للمريض (البالغين):	عشرة سنوات بعد تاريخ آخر عرض على الطبيب
السجل الصحي للمريض (القصر):	قانون التقادم بالإضافة لسن الرشد
الصور التشخيصية (أفلام الأشعة):	٥ سنوات
فهرس الأمراض:	١٠ سنوات
سجلات مراقبة قلب الجنين:	بعد بلوغ الطفل سن الرشد بعشرة أعوام
ملفات الفهرس الرئيسي للمرضى:	دائما
فهرس العمليات:	١٠ سنوات
سجل المواليد:	دائما
سجل الوفيات:	دائما
سجل مرضى الطوارئ:	دائما
سجل الإجراءات العمليات الجراحية:	دائما
سجل الدخول:	دائما

سادساً: مكتب الدخول والخروج

الإجراءات

- ١ - يقوم كاتب الدخول والخروج أو التسجيل باستقبال جميع المرضى الذين يحضرون المكتب دخول مرضى القسم الداخلي لإدخالهم للمنشأة.
- ٢ - يتم التحقق من القطة المالية للمريض ومراجعة خريطة الأسرة لمعرفة مدى توفر الأسرة والتأكد من توافر سرير من رئيسة الجناح أو الممرضة المسؤولة.
- ٣ - يتم بعد ذلك تحويل المريض لمكتب أمين الخزينة لدفع مبلغ تأمين تحت الحساب يتم تحديده وفقاً لدرجة السرير المختارة ونوع الجراحة المطلوبة وفترة الإقامة المتوقعة بالمستشفى وفي حالة المريض المجاني يكون فإن هذه الخطوة تكون غير لازمة.
- ٤ - يجب في حالة توافر غرفة أو سرير إخطار رئيسة الجناح أو الممرضة المسؤولة بالدخول الوشيك للمستشفى حتى يتم تجهيز الغرفة لشغلها من قبل المريض.
- ٥ - يراعى في حالة انعدام وجود سرير شاغر إخطار كل من المريض والطبيب بإصدار تعليماته بهذا الشأن.
- ٦ - يجب في حالة عدم قدرة المريض على توقيع نماذج الموافقة بسبب مرضه الشديد أو رفضه التوقيع التأشير بما يفيد ذلك في النموذج، على أن يتم تأريخه والتوقيع عليه من قبل الكاتب.
- ٧ - يتم التأكد من السجل الطبي للمريض وبيانات الحاسب الآلي والبيانات المقدمة من المريض مع مراعاة إجراء كافة المراجعات والتحديثات اللازمة.
- ٨ - يتم إدخال المريض ونقله للجناح المناسب بواسطة العامل المختص على كرسي متحرك أو نقالة حسب الحالة على أن يكون برفقة السجلات الطبية الجديدة والقديمة.
- ٩ - يجب إدخال مرضى الطوارئ أو المرضى ذوي الحالات الخطرة فوراً للجناح لتلقي العلاج على أن يتم استكمال إجراءات الدخول والخروج لاحقاً بواسطة كاتب الدخول والخروج.
- ١٠ - يتم تسجيل دخول المريض في السجل العام للدخول والخروج.
- ١١ - يتم استكمال بطاقة الفهرس الأبجدي للمريض - F-T في ط (١) بالنسبة للمرضى الجدد واعطاه المريض بطاقة متابعة مشتملة على اسمه ورقم السجل الطبي الخاص به.
- ١٢ - يتم إعداد قائمة تعداد الدخول اليومي المكتب الإحصاءة

● حالات الخروج

هي حالات:

- خروج المرضى من المستشفى

- الوفاة

- مغادرة المستشفى ضد النصيحة الطبية

- الهروب

١- قائمة الخروج اليومي:

يتم إعداد قائمة يومية بكافة حالات الخروج من المستشفى وتقديمها لمكتب الإحصاء في أوقات متفق عليها.

٢- الخروج: يتم إضافة كافة المرضى الذين يخرجون من المستشفى القائمة التعداد اليومي لحالات الخروج التي يتم إرسالها لمكتب الإحصاء في أوقات محددة ويجب تسجيل تاريخ الخروج والتشخيص النهائي أمام اسم المريض في السجل العام للدخول والخروج، ويجوز تكليف كاتب الفتره الصباحية أو المسائية بمسئولية حفظ السجل المذكور وتقرير التعداد.

٣- بالنسبة لحالات مغادرة المستشفى ضد نصيحة الأطباء أو الهروب منها بالتسلل خارجها أو الاختفاء

سابعاً: تكويد وفهرسة الأمراض والإجراءات

السياسة:

يجب تصنيف البيانات الاكلينيكية للمرضى الذين يتم علاجهم بالمنشأة من أجل تجميع البيانات وإعداد التقارير للإسهام في تقييم مدى ملائمة الرعاية الطبية وحسن توقيتها بهدف تسهيل تخطيط عملية توفير الرعاية الصحية ومساعدة الأطباء على تحديد أنماط الرعاية المقدمة للمرضى وتحليل المقابل المادي الخدمات الرعاية الصحية واجره الأبحاث الوبائية والإكلينيكية.

... الإجراءات:

١- يقوم موظف السجلات الطبية باستلام كافة سجلات حالات الخروج من فني السجلات الطبية المسئول عن تحليل واستكمال السجلات، ثم يقوم المكود بفرز السجلات حسب تاريخ الخروج ومعالجة الخروج الأقدم أولاً.

٢- يقوم المكود بالتعرف على التشخيص والإجراءات وتكويدها باستخدام الطبعة الحالية من التصنيف الدولي للأمراض المراجعة التاسعة - مجلد ١ وهو عبارة عن قائمة مجدولة تحتوي على قائمة رقمية لأرقام أكواد الأمراض في صورة جدول، والمجلد (٢) الذي يحتوي على فهرس أبجدي بالأمراض المدرجة في مجلد (١) - والمجلد (٣) الذي يشتمل على نظام تصنيفي للإجراءات الجراحية والتشخيصية والعلاجية.

٣- يقوم مكود السجلات الطبية بتكويد كافة التشخيصات الموجودة في السجل الطبي والمدونة من قبل مقدمي الرعاية الصحية، مبتدئاً بالتشخيصات الواردة في الصحيفة الأمامية

بالسجل

٤- تصنف القائمة المجدولة في المجلد (١) الأمراض إلى فئات ذات ثلاثة أرقام قد تمثل مرض واحد أو مجموعة من الحالات المرضية الوثيقة الصلة به - مثال: الرقم ٠٠١ يمثل الاكواد الخاصة بمرضى الكوليرا على حين أن الرقم ٠٠٢ يمثل مرضى التيفود أو حمى الباراتفويد وحيث أن معظم الفئات ثلاثية الأرقام مقسمة إلى فئات فرعية ذات أربعة أرقام عن طريق إضافة رقم عشري واحد فإن إضافة رقم رابع هو الصفر (٠) إلى كود الكوليرا (٠٠١) سوف يظهر الكوليرا الناجمة عن الإصابة بـ *Vibro*. تحت كود رقم ٠٠١٠٠ *Cholera*

٥- يتم تقسيم بعض الفئات الفرعية إلى تصنيفات فرعية ذات خمسة أرقام عن طريق إضافة رقم عشري ثاني، وبالرجوع للمثال رقم ١ فإن الرقم الخامس بالنسبة للكود ٤٥١٠٨ يشير إلى أماكن محددة للإصابة بالتهاب الوريد والتهاب الوريد التخري والرقمين الرابع والخامس يقدمان مزيدا من المعلومات عن أسباب الأمراض وأماكن الإصابة بها وأعراضها والمضاعفات الناجمة عنها، ولذلك فإن من الواجب استخدام الكود ذي العدد الأكبر من الأرقام

٦- توجد مجموعة من أكواد الفئات الفرعية المعنونة باسم أخرى "و" غير محددة"، وقد تم إدراج هذه الاكواد لتصنيف الحالات التي ليس لها عنوان مستقل في الفئات الفرعية ويمثل الرقم " الاكواد الأخرى بينما يشير الرقم ٤ إلى الاكواد غير المحددة ولكن كقاعدة عامة يجب دائما استخدام الكود الأكثر تحديدا قدر المستطاع

● توجد مجموعة من الأكواد المستخدمة لظروف خلاف المرض أو الإصابة المصنفة في الجزء الرئيسي من القائمة المجدولة . وبشار لتلك الاكواد على أنها تصنيف العوامل المؤثرة على الوضع الصحي والاتصال بالخدمة الصحية - وهى تنقسم إلى ثلاثة فئات كما يلي: أكواد تستخدم عند استعمال الشخص للخدمات الصحية رغم عدم كونه مريضا مثل المتبرع بأحد أعضاه جسمه

تم على بركة الله اكمال الفصل الرابع

الفصل الخامس

"مؤشرات الأده في المستشفيات"

المتعارف أن سرير المستشفى هو وحدة تقديم الخدمة الاستشفائية للمريض، وما يلي تقديم موجز لهذه المفاهيم

١- سرير المستشفى وهو السرير المؤسس للاستعمال المنتظم على مدار الساعة ولا بد أن يكون هذا السرير في الأماكن المخصصة للمرضى، وتنقسم الأسرة حسب حجماً لثلاثة أنواع:

- أسرة الكبار Adult وهي أسرة معيارية من حيث الحجم والشكل الاستعمال الكبار والأطفال الكبار.

- سرير الأطفال Cot مزودة بجوانب لحمايتهم

- أسرة الأطفال غير حديثي الولادة Bassinets وهم الأطفال الصغار Pediatric

ولا تحتسب أسرة حديثي الولادة ضمن التعداد ويجب إفراد قائمة منفصلة لها.

٢- الأسرة الموجودة Bed: complement مجموع أسرة المستشفى الموجودة عادة للمرضى المنومين لاستعمالها على مدار الساعة (لا) تشمل أسرة الأطفال الصغار).

٣- الطاقة السريرية Bed capacity العدد الأقصى من الأسرة التي يمكن أن تجهز في أي وقت في المساحات المخصصة (لا) تشمل أسرة حديثي الولادة).

٤- الأسرة التي تدخل في تعداد الأسرة المتوفرة Bed complement

أ- الأسرة الهادئة: وهو الموجودة في غرف مخصصة بأجنحة المرضى المنومين لاستعمال المرضى الذين لا تسمح حالتهم بوضعهم في غرفة بها أكثر من سرير.

ب- الأسرة المخصصة لاستعمال الأطباء والممرضات والعاملين في حالة مرض أحدهم.

ج - أسرة العزل الخاصة بالأمراض المعدية.

د- أسرة الأطفال الموجودة بشكل دائم في غرف منفصلة غير حديثي الولادة.

هـ - الحاضنات: Incubators رعاية الأطفال الخدج.

و - الأسرة في أجنحة الاستقبال

ض - الأسرة التي تستثنى من التعداد.

البيانات الواجب تضمينها في تحليل الخروج Discharge analysis:

١- بالنسبة للمستشفى

أ- مجموع المرضى المخرجين

ب- مجموع الأيام المرضية.

ج- النتائج.

أ- المرضى المخرجين أحيه

ب- شفي

ج- تحسن.

ح- لم يتحسن.

٢- الوفيات

١- أقل من ٤٨ ساعة.

٢- أكثر من ٤٨ ساعة.

د- عدد الحالات التي تم تشريحها.

٢- بالنسبة لخدمة استشفائية محددة

أ- المرضى المخرجين بدون الوفيات

ب- الأيام المرضية.

ج- الوفيات

د- التشريح.

هـ- الاستشارات.

و- العدوى.

ثانيا : المؤشرات الاستشفائية ودورها في مغادرة المستشفيات

ارتبط علم إدارة المستشفيات بنمو المؤشرات الاستشفائية الناتجة عن عملية تقديم الخدمات الصحية في المستشفى. مرت المؤشرات الاستشفائية بمرحلة من التطور واكبت علم إدارة المستشفيات وكان هذا التطور نتيجة تطور علم إدارة المستشفيات أو بسبب المؤشرات. تنقسم المؤشرات لقسمين

١- المؤشرات المتعلقة ببيانات خاصة بالمستشفى على شكلين

أ- الأرقام المطلقة

وتشمل:

- عدد الإدخالات وعدد الخروج

- عدد الأيام المرضية.

- عدد المواليد.

- عدد المرضى المحولين.

عدد العمليات الجراحية

وهذه الأرقام ذات قيمة كبيرة لإدارة المستشفى لو تم الاهتمام بها بعناية

ب - الأرقام النسبية

وتشمل المؤشرات المختلفة وتحسب من البيانات الشهرية
المجمعة ومن اهم المؤشرات

١- معدل التعداد اليومي خلال فترة زمنية

مجموعة الايام المرضى في الفترة الزمنية (باستثنه ايام المواليد الجدد)

عدد الايام في الفترة الزمنية المحدده

والناتج يكون رقما - معدل عدد المرضى اليومي خلال الفترة المحددة. يفيد المؤشر في معرفة مقدار الطلب على أسرة المستشفى والإقبال عليها.

٢- نسبة أشغال الأسرة أو معدل الإشغال وتصب ياحدى المعادلتين والناتج يكون نفس الرقم

معدل الموجود اليومي خلال الفترة الزمنية - عدد الأيام في الفترة الزمنية

الأسرة المتوفرة في المستشفى Bed complement

عدد الأيام المرضية خلال فترة زمنية

الأسرة المتوفرة × عدد أيام الفترة الزمنية

التعداد اليومي للمرضى لذلك اليوم

الأسرة المتوفرة

المعدل الأشغال لأي يوم =

ونسبة الإشغال توفر مؤشراً للعلاقة بين العرض والطلب. فعندما تكون نسبة الإشغال أعلى من المستوى المقبول فهذا يعني عدم كفاية العرض من الأسرة المقابلة للطلب ويتوجب زيادة عدد الأسرة.. وعندما يكون أدنى من الحد المقبول فهذا يعني أن العرض من الأسرة أكبر من الطلب ويتوجب على المستشفى التفكير في إنقاص العرض من الأسرة فتبلغ كلفة تشغيل السرير غير المشغول بمريض ٦٠-٧٠% من كلفة السرير المشغول بمريض هناك نقطتان مهمتان بشأن معدل الأشغال:

أ- معدل الأشغال لفترة زمنية يعتبر متوسط أشغال الأسرة خلال تلك الفترة ومن المفيد حساب أعلى نسبة أشغال وأدنى نسبة خلال الفترة الزمنية المحددة مما يوفر لإدارة المستشفى مؤشراً على مدى التذبذب في معدل الأشغال حول المعدل.

ب- يمكن لمعدل الأشغال أن يكون عاليا بسبب تعمد إطالة محل الإقامة للمرضى وتتضمن المعادلة

$$\text{معدل الإشغال في السنة} = \frac{\text{عدد الخروج} \times \text{معدل أيام الإقامة}}{\text{عدد الأسرة} \times 365}$$

فكلما زاد معدل أيام الإقامة زادت نسبة الأشغال

● استعمالات هذا المؤشر

أ- يعتبر من المؤشرات الأساسية التي يستعملها مدير المستشفى إذا يدل على مدى إقبال المرضى على خدمات المستشفى.

ب- تحضير موازنة المستشفى السنوية وتقدير الإيرادات والتكلفة بشكل دقيق ومعرفة الأموال اللازمة للتشغيل السنوي.

ج- ترتبط إيرادات المستشفى ارتباطاً وثيقاً بنسبة أشغال الأسرة فتزداد نسبة الإيرادات بازدياد نسبة الأشغال وتنخفض بانخفاضها ، كلفة السرير الإجمالية هي مجموع التكلفة الثابتة والمتغيرة للسرير...

٣- عدد أيام المستشفى الأيام المرضية

يدل المؤشر على عدد أيام الخدمة المقدمة للمرضى الداخليين بالمشفى خلال فترة زمنية محددة فيبلغ عدد أيام المستشفى لشهر مجموع عدد المرضى الداخليين في كل يوم من هذا الشهر.

● استعمالات هذا المؤشر

أ- تخطيط التزامات المشفى المستقبلية من الخدمات المختلفة فيمكن معرفة حجم المطلوبة للعام القادم من الممرضات والخدمات الفندقية.

وجبات الطعام المطلوبة لشهر أو سنة - عدد أيام المستشفى في الشهر أو السنة $\times 2.5$ وجبة.

خدمات خدمات الغيل = عدد أيام المستشفى في الشهر أو السنة $\times 3$

خدمات التمريض = عدد أيام المستشفى في الشهر أو السنة $\times 4$ ساعة تمريضية

ب - تقدير إيرادات وتكلفة المستشفى وهذا يعتمد على قدرة النظام المحاسبي والمالي توفير البيانات الخاصة بكلفة يوم المستشفى ويمكن تحديد التسعيرة في المستشفى أو لكل يوم مستشفى

- معدل أيام الإقامة **Average length of stay**

يحسب بأحد المعادلات الثلاثة التالية:

$$\text{معدل أيام الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام المرضى المنومين خلال فترة محددة}}{\text{عدد الإدخالات خلال تلك الفترة}}$$

$$= \frac{\text{عدد أيام المرضى المنومين خلال فترة محددة}}{\text{عدد المرضى المخرجين خلال نفس الفترة}}$$

$$= \frac{\text{عدد أيام المرضى المنومين خلال فترة محددة}}{2/1 (\text{عدد الإدخالات} + \text{عدد المخرجين خلال نفس الفترة})}$$

ومن خلال التقدم الكبير في مجال الرعاية الطبية أصبح معدل الإقامة ٧ أيام معدل مرضي في المستشفيات ذات الإقامة القصيرة.

وإذا تجاوز ذلك فالأمريستعدي دراسة قد تكشف عن:

أ - زيادة نسبة المرضى ذوي الأمراض المزمنة في المشفى.

ب - إهمال الرعاية الطبية وتقصير الأطباء في فحص مرضاهم بشكل مستمر.

ج - ضعف الرعاية الطبية وما ينتج عنها من مضاعفات تزيد مدة الإقامة.

لكن متوسط مدة الإقامة ليس مقياساً دقيقاً للكفاءة لذا يفضل حسابه لكل خدمة

في المستشفى بشكل منفصل وحسابه على أساس خصائص المرضى بحيث يسمح بإجراء

مقارنات بين المرضى مما يزود المستشفى بمعلومات مهمة عن كفاءة الرعاية الطبية.

ويستعملها المؤشر للدلالة على نوعية الخدمات المقدمة وكوسيلة رقابة وضبط استعمال الخدمات.

٥- معدل دوران السرير Bed Turnover

$$= \frac{\text{عدد المرضى المخرجين بما في ذلك الوفيات}}{\text{عدد الأسرة}}$$

وهو مرتبط عكسياً بمعدل الإقامة الواضح في المعادلة التالية

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{نسبة الأشغال} \times 365}{\text{معدل طول القامة}}$$

ويستعمل كضابط الفحص ومدى صدق نسبة أشغال الأسرة وفي حالة كانت النتيجة صادقة فيمكن استعماله كمؤشر لإنتاجية السرير بمفهوم عند المرضى المخرجين لكل سرير خلال الفترة الزمنية المحددة

معدل خلو الأسرة Total: Vacancy rate

ويستعمل كضابط لفحص ومدى صدق نسبة أشغال الأسرة وفي حالة كانت النتيجة صادقة فيمكن استعماله كمؤشر لإنتاجية السرير بمفهوم عند المرضى المخرجين لكل سرير خلال الفترة الزمنية المحددة

أ - معدل الخلو الكلي وهو معدل نسبة الأسرة الخالية خلال فترة زمنية وتساوي - ١٠٠ - معدل أشغال الأسرة.

فترة خلو السرير Turnover interval

متوسط عدد الأيام الذي يبقى فيها سرير المستشفى خاليا وهو متوسط الأيام المنقضية بين خروج المريض الذي يشغل السرير ودخول مريض آخر إليه

$$= \frac{\text{عدد الأسرة (٣٦٥) - عدد أيام الاستشفاء الأيام المرضية}}{\text{مجموع حالات الخروج بما فيه الوفيات}}$$

فيكون صفر إذا كانت نسبة الأشغال ١٠٠.

رسالها إذا كانت نسبة الشغل أكثر من ١٠٠%

وللاستفادة من هذا المؤشر يتم حسابه بشكل منفصل لكل نوع من أنواع المستشفيات ولكل قسم من أقسام العلاج الداخلي بالمستشفى. وتدل فترة الخلو السالبة أو القصيرة على نقص في عدد الأسرة المتاحة، وتدل الفترة الطويلة على وجود فائض فيها أو خلل في نظام دخول المرضى

٨- نسبة عدد الموظفين لعدد الأسرة

$$= \frac{\text{عدد الموظفين}}{\text{عدد الأسرة}}$$

ويفيد في التعرف على مدى إنتاجية العناصر البشرية في الأقسام المختلفة للمستشفى ومقارنة هذه النسب بالمقاييس العالمية والمحلية تتراوح النسبة بين ٢٠٥ - ٥ موظفين لكل سرير في المستشفيات العاملة التي تزيد عن ٤٠٠ سرير والمستشفى العام المملوك للمقطاع الخاص الذي يقل عن ٤٠٠ سرير فهذه النسبة بين ١-٢ موظف لكل سرير.

وتتأثر النسبة بالمتغيرات التالية:

١- تزداد بازدياد حجم المستشفى.

٢- زيادة هذه النسبة في المستشفيات الخاصة عنها في العاملة فالأولى تتطلب تشكيلة أوسع من العناصر البشرية المتخصصة.

٣- تزداد في المستشفيات التعليمية فقد تصل له لكل سرير وأكثر.

٣- المؤشرات الأخرى : المؤشرات السابقة هي ذات الاستعمال العام لغالب المستشفيات وهناك العديد من المؤشرات ذات الاستعمالات الفردية.

منها ما هو بسيط مثل:

● عدد حالات الدخول للمشفى خلال فترة زمنية محددة.

● عدد المرضى الخارجين خلال فترة زمنية محددة.

● عدد مرضى الطوارئ خلال فترة زمنية محددة.

● عدد المرضى لكل طبيب معالج.

- نسبة تكلفة العنصر البشري لمجمل التكلفة بالمشفى.
- نسبة تكلفة العنصر البشري في كل دائرة لمجمل تكاليف الدائرة.

- ومنها ما هو معقد ويحتاج لمعلومات دقيقة مثل:
- مجمل تكلفة السرير ومقارنة ذلك بالسعر اليومي.
- تكلفة يوم الاستشفه.
- الإيراد لكل يوم استشفه

٣- المؤشرات المتصلة بالسكان المنتفعين الهدف من حسابها معرفة لأي مدى يستخدم السكان خدمات المستشفى لذا يكون ضروري معرفة عدد السكان. ويمكن الحصول على العدد بسهولة إذا تحقق الشرطان الأتيان

المتطلبات القانونية وتكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها العملية في السجل الطبي ما هو السجل الصحي القانوني؟

السجل الصحي القانوني : وهو توثيق خدمات الرعاية الصحية المقدمة للفرد خلال أي جانب من جوانب تقديم الرعاية الصحية في أي نوع من مؤسسات الرعاية الصحية وهو المستهلك أو المريض يحتوي السجل الصحي القانوني على بيانات يمكن التعرف عليها بشكل فردي، ويتم تخزينها على أي وسيط ويتم جمعها واستخدامها مباشرة في توثيق الرعاية الصحية أو الحالة الصحية.

● أهمية السجل كوثيقة قانونية

- ١- يعتبر السجل الطبي وثيقة قانونية هامة يعتمد عليها رسمياً لبيان نوع وطبيعة الخدمات التي تم تقديمها إلى المريض أثناء وجوده في المستشفى.
- ٢- تحظى المعلومات التي يشتمل عليها السجل الطبي بأهمية خاصة لدى الدوائر القانونية؛ لأنها تغطي جميع الجوانب المرتبطة بالأحداث التي لها أثر مباشر على رعاية المريض، فهي تربط الحدث بالعملية الجراحية التي أجريت للمريض مثلاً، بالأشخاص كالجراح، الممرض الفني، والزمان ووقت إجـراء العملية والمكان غرفة العمليات والوسائل كأدوات الجراحة، أجهزة التنفس والأساليب، طريقة إجـراء العملية نوع التخدير والدوافع كالمبررات الطبية للعملية الجراحية والنتائج شغل تام شغل جزئي، إعاقة، وفاة.
- ٣- أن الأبعاد القانونية للسجل الطبي تهم عدة أشخاص منهم المريض وذويه والأطباء وإدارة المستشفى ومؤسسات وشركات التأمين، ودوائر الاستخدام والمحاكم ومؤسسات الضمان الاجتماعي، وإذا كانت الحالة المرضية ناتجة عن حادث أو إصابة، حيث أن الجوانب القانونية تهم بالإضافة للمصاب الادعاء العام والأشخاص المسببين والطبيب الشرعي.

● المتطلبات القانونية نحو السجلات الطبية

يقوم المستشفى بجمع السجلات الطبية والاحتفاظ بها لصالح المريض، فضلاً عن حماية المستشفى والطبيب. ومع ذلك، فإن البيانات الشخصية التي يحتويها السجل تعتبر سرية وهي ملكية تهم المريض، بالإضافة إلى ذلك إن الاحتفاظ بالسجلات الطبية تعتبر لصالح المريض، حيث يتم الاحتفاظ أيضاً بالسجلات الطبية كدليل للمستشارين، حيث يستخدم أيضاً في الدراسات التعليمية الطلاب الجامعيين وطلاب الدراسات العليا والتدريب الممرضات وللبحوث الإحصائية الطبية والحماية الطبيب وأيضاً لحماية أعضاء الفريق الطبي الذي يساهم في علاج المريض

السجلات الطبية الإلكترونية: (EMRS) هي نسخة رقمية من مخططات ورقية في مكتب الطبيب حيث يحتوي السجل الطبي الإلكتروني (EMR) على تاريخ الطبي والعلاجي للمرضى في عبادة واحدة. السجلات الطبية الإلكترونية لها العديد من المزايا على السجلات الورقية.

فوائد السجلات الطبية الإلكترونية

من خلال السجلات الصحية الإلكترونية التي تعمل بكامل طاقتها، يتمتع جميع أعضاء الفريق بإمكانية الوصول الفوري إلى أحدث المعلومات التي تتيح رعاية أكثر تنسيقاً وتركز على المريض مع السجلات الصحية الإلكترونية

١- المعلومات التي تم جمعها من قبل مقدم الرعاية الأولية تخبر طبيب قسم الطوارئ بحساسية المريض التي تهدد حياته، بحيث يمكن تعديل الرعاية بشكل مناسب، حتى لو كان المريض فاقداً للوعي.

٢- يمكن للمريض تسجيل الدخول إلى سجله الخاص والاطلاع على اتجاه نتائج المختبر على مدار العام الماضي، مما قد يساعد في تحفيزه على تناول أدويته ومواكبة التغييرات في نمط الحياة التي أدت إلى تحسين الأرقام.

٣- النتائج العملية التي أجريت الأسبوع الماضي مسجلة بالفعل الإخبار الأخصائي بما تحتاج إلى معرفته دون إجرا اختبارات مكررة.

٤- يمكن أن تساعد ملاحظات الطبيب من إقامة المريض في المستشفى في إبلاغ تعليمات الخروج ومتابعة الرعاية وتمكين المريض من الانتقال من مكان رعاية إلى آخر بشكل أكثر سلاسة.

● الشروط التقنية للسجلات الطبية الإلكترونية.

- ١- يجب أن تكون البيانات والمعلومات رقمية.
- ٢- يجب أن تكون قاعدة البيانات محوسبة.
- ٣- يجب أن يتم حفظ جميع التقارير والمعلومات و صور الأشعة في نظام محوسب
- ٤- يجب استخدام الأجهزة الإلكترونية فقط.
- ٥- عدم استخدام أي سجل ورقي أو خطي.
- ٦- تعزيز قاعدة البيانات والمعلومات.
- ٧- عمل نسخ احتياطية لجميع بيانات المرضى كافة.
- ٨- الحفاظ على سرية حفظ المعلومات.

اقسام السجل الطبي وواجباته وتصميمه ومساحته ومحتوياته

اقسام السجلات الطبية

يمكن أن تتوفر السجلات الطبية بثلاثة أشكال أساسية، وهي كالآتي:

- ١- السجلات الطبية الورقية وهي عبارة عن مجموعة من الأوراق، التي يتم الاحتفاظ بها في مجلدات، ثم يتم حفظها في نظام أكبر، ومن سلبيات هذا النوع من السجلات؛ أنها يمكن أن تشغل مساحة كبيرة جداً، كما أنه من السهل فقدانها أو إتلافها.
- ٢- السجلات الطبية الإلكترونية حيث إن السجل الإلكتروني هو كالسجل الورقي، باستثناء أنه يتم تخزين جميع المعلومات إلكترونياً، حيث يتم إدخال السجلات الطبية محوسبة، ونتيجة لذلك يمكن بسهولة تقديم طلبات الأطباء باستخدام جهاز كمبيوتر، مع التأكد من عدم وجود احتمال لسوء تفسير الكتابة اليدوية أو عدم قراءتها، كما يمكن للأطباء البحث عن حالات مختلفة للمساعدة في علاج المرضى.
- ٣- السجلات المختلطة حيث تحتوي السجلات المختلطة على بعض المعلومات المخزنة إلكترونياً، وبعض المعلومات الورقية.

واجبات ومسؤوليات كاتب السجلات الطبية

- ١- القيام بإعداد مخططات المريض وجمع المعلومات والوثائق من المرضى.
- ٢- التأكد من أن السجلات الطبية منظمة ودقيقة وكاملة.
- ٣- عمل نسخ رقمية من الأوراق وتخزين السجلات إلكترونياً.
- ٤- حفظ الأوراق وتقارير المرضى بسرعة وبدقة.
- ٥- حماية سجلات المرضى والتأكد من امتثال الجميع لمعايير.
- ٦- نقل البيانات إلى قاعدة بيانات النظام الرئيسي للمنشأة.
- ٧- إعداد سجلات قبول وخروج المريض.

ما هي محتويات السجل الطبي؟

كي يحقق السجل الطبي الأهداف والوظائف المختلفة، لابد من احتوائه على معلومات كاملة وشاملة تغطي جميع الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض، فالسجل الطبي في جميع المستشفيات ولجميع المرضى يجب أن يحتوي على ثلاثة أجزاء من المعلومات هي:

١- المعلومات الإدارية والاجتماعية

المعلومات الإدارية والاجتماعية يجب أن يشتمل السجل الطبي على معلومات إدارية واجتماعية كافية تعرف بالمريض وتكشف بعض الجوانب الشخصية التي قد يكون لها ارتباط بالحالة المرضية التي يعاني منها.

٢- المعلومات التمريضية والفنية نتيجة للتقدم التكنولوجي والذي أحرزته العلوم الطبية الحديثة مؤخراً وتشعب الخدمات التي يقدمها المستشفى المريض واعتماد بشكل متزايد على التكنولوجيا والتخصصات الطبية المساندة، كان لابد أن يضم الفريق الطبي إضافة للأطباء والمرضى أعضاء جدد، كفني المعالجة التنفسية والصيدلاني والمعالج الحركي واختصاصي التغذية وغيرهم. وحيث أن جهاز التمريض وهؤلاء الفنيين يقدمون خدمات طبية مساندة تحت إشراف الطبيب الذي يرأس الفريق، فلا بد من وجود مساحات أوسع في السجل الطبي لكي يتمكن هؤلاء من تسجيل ملاحظاتهم حول الخدمات التي يقدمونها للمريض بناءً على الخطة التي وضعها الطبيب المشرف.

٣- المعلومات الطبية تشكل المعلومات الطبية العمود الفقري للسجل الطبي؛ فهي تغطي كافة الجوانب الطبية المتعلقة بالحالة المرضية بشكل واضح ودقيق وشامل، موثق بالتوقيع والتاريخ والساعة، ويتسلسل يتناسب مع متطلبات التشخيص وتنفيذ الخطة العلاجية ومتابعتها

تم على بركة الله اكمال المنهج كامل