

أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر

دراسة تطبيقية بمستشفى جامعي تلمسان

The impact of the wealth of information on the quality of comprehensive health care in Algeria

بوفاتح تورية زوجة بن ديمراد
touria.boufatah@univ-tlemcen.dz
جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان

تاريخ النشر: 2021/06/30

تاريخ القبول: 2021/06/14

تاريخ التقديم: 2021/04/30

المخلص:

عرف اقتصاد الصحة في الجزائر تطورا هائلا في العشرية الحالية، فسخرت له إمكانيات مادية وبشرية هائلة لترقية القطاع لكن قد نجد عموما عدم رضى بعض المواطنين بسبب تدني الخدمة الصحية خاصة في المستشفيات العمومية. تهدف دراستنا الى تحليل المعلومات الصحية وأثرها على جودة الرعاية الصحية الشاملة. تواجه المؤسسات الصحية الجزائرية عدة تحديات مع تقدم التقنيات وتطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا فهي مطالبة أيضا بمسايرة هذا التقدم ليس فقط على مستوى تطوير الوسائل والتجهيزات الطبية بل تتعدى ذلك الى ادخال التكنولوجيا المعلومات والرفع من أداء الموظفين والارتقاء الى ما يتطلع اليه المواطن .

الكلمات المفتاحية: المعلومات الصحية، جودة الرعاية الصحية، تكنولوجيا المعلومات الصحية، جودة الرعاية

الصحية في الجزائر

تصنيف JEL: I110، I180

Abstract:

The health economy in Algeria has witnessed a significant development in the current decade, and enormous material and human resources have been devoted to it for the promotion of the sector. However, we may find, in general, the dissatisfaction of some citizens due to the low health service, especially in public hospitals. Our study aims to analyze health information and its impact on the quality of comprehensive health care. Algerian health institutions face several challenges with the advancement of technologies and the development of means of communication and technology. And raising the performance of employees and upgrading to what the citizen aspires to.

Key words: Health information, Quality of health care, Health Information Technology, Quality of health care in Algeria.

JEL classification : I110، I180

تمهيد:

لقد أصبحت البيانات و المعلومات تشارك مشاركة فعالة في ديناميكية الرعاية الصحية وفقا للمعايير المهنية القائمة على تكنولوجيا المعلومات الحديثة و يؤدي نقصها خاصة تلك المتعلقة بالممارسات السريرية الى تعرض الكثير من الأشخاص سنويا الى رعاية صحية غير آمنة و ذات جودة منخفضة تجعل المريض في كل مرة يتحلى بالصبر فقط إضافة الى ضياع موارده المتاحة للرعاية الصحية التي تزداد تعقيدا مع تزايد مشاكله الصحية في حين أن التقدم في المعرفة الطبية و ذلك بزيادة في حجم البيانات الملموسة و التكنولوجيا الحديثة تحسن العجز الموجود في النظام الصحي الموجه نحو الجودة العالية، و يهدف هذا البحث الى دراسة تأثير ثروة المعلومات الماضية، الحالية و المستقبلية على تحسين جودة الرعاية الصحية و العمل على قياس هذه الجودة، سواء على المستوى المحلي أو العالمي و لتحقيق هذا الهدف يجب أولا قياس جودة الرعاية الصحية المحلية و مقارنتها بالعالمية و استعمال تكنولوجيا المعلومات لهذا الغرض. إضافة الى الاسهامات العلمية المقدمة من طرف العديد من الباحثين في المجال نرى ان الدراسة الحالية تساهم مساهمة فعالة في ديناميكية الرعاية الصحية بالاهتمام أكثر بموضوع الجودة خارج الميدان الصناعي والارتقاء بمستوى الخدمة خاصة بالنسبة للجزائر التي تواجه كغيرها من الدول تحولات مهمة في ميدان تكنولوجيا المعلومات فهي مطالبة أكثر من غيرها بتحسين جودة خدماتها الصحية وتحديد مفهوم دقيق وكذلك معايير ادق لتحقيق رضى المستفيد ولو نسبيا.

الإشكالية الدراسة: يعد اقتصاد الصحة مجالا خصبا لأجراء البحوث والدراسات الطبية التي تعتمد بشكل أساسي على حجم ونوعية المعلومات المتاحة اما الإشكالية المطروحة فهي:

كيف يمكن لوفرة ومصادقية المعلومات أن تؤثر على جودة الرعاية الصحية؟
تتفرع الإشكالية الى الأسئلة الفرعية التالية:

-ما مفهوم جودة الرعاية الصحية؟

-هل يمكن قياس الجودة الرعاية الصحية وما هي معايير قياسها؟

-ما هي البيانات التي نحتاج اليها لتحقيق جودة الرعاية الصحية

لمعالجة موضوع البحث تم صياغة الفرضيات التالية:

-تساهم تكنولوجيا المعلومات بتوفير المعلومات التي يحتاجها القطاع الصحي لتحقيق الجودة الشاملة.

-هناك استراتيجية فعالة لقياس الجودة الصحية وبالتالي تدارك الأخطاء وتحسين الرعاية الصحية.
-البحث في تاريخ الممارسات السريرية الماضية تساهم في تحسين المستقبلية وبالتالي تحقيق جودة الرعاية الصحية

أولاً: المعلومات الصحية

1. مفهوم المعلومات الصحية:

المعلومات الصحية هي مجموعة من البيانات والمعرفة المتعلقة بالتاريخ الطبي للشخص، لما في ذلك الأعراض والتشخيصات والإجراءات والنتائج وأكثر من ذلك هي كل المعلومات الشخصية عن صحة الفرد أو عاقته فهي تتضمن كل من: الملاحظات حول الأعراض أو التشخيص، معلومات حول الخدمة الصحية المتلقاة، تقارير المتخصصة ونتائج الاختبارات. الوصفات والمشتريات الصيدلانية الأخرى. سجلات (دياب، 2009، صفحة 53). يحتاج مقدمي المعلومات الوراثية. رغبات الفرد بشأن الصحة المستقبلية الرعاية الصحية ومستهلكوها الى كمية متزايدة باستمرار من المعلومات المتاحة تجعل إدارة تدفق المعرفة أكثر أهمية. إضافة الى انها مكون أساسي من أي نظام صحي فهي ضرورية لتنوير السياسات واتخاذ القرارات الصحية وحتى تكون مفيدة يجب ان تكون سهلة الجمع أي لا تتطلب وقت طويل من جمعها إضافة الى دقتها استغلالها.(d'altilia & de lamalle , 2005, p. 20) وحسن

2. تكنولوجيا المعلومات الصحية:

يشير مصطلح تكنولوجيا المعلومات الصحية الى استخدام اختصاصيي الرعاية الصحية للأنظمة الالكترونية وذلك لتخزين معلوماتهم الصحية وتخزينها ومشاركتها وتحليلها وتشمل:
-السجلات الصحية الإلكترونية (EHRS): يسمح هذا النظام للأطباء بتتبع المعلومات الصحية للمرضى بشكل أفضل حيث يمكنهم من رؤيتها عندما تكون لديهم مشكلة حتى إذا كان مكتبهم مغلقا ويسهل مشاركتها مع متخصصين آخرين.
-السجلات الصحية الشخصية: فهي تتحكم في نوع المعلومات التي يتم إدخالها فيه لتتبع كل من زيارات الطبيب ويمكن ان يعكس أيضا أولويات المريض الصحية مثل تتبع ما يأكله ومقدار التمارين وضغط الدم ...
-الوصفات الالكترونية: تسمح هذه الأخيرة للطبيب بالتواصل مباشرة مع الصيدلية الخاصة بالمريض.

تسمح تكنولوجيا المعلومات عادة بإضفاء نوع من الخصوصية والأمن على المعلومات الصحية للمرضى حيث تعمل الأنظمة الإلكترونية على حمايتها وذلك بتشفيرها بحيث لأشخاص المصرح لهم فقط قراءتها. إضافة الى تسهيل وتتبع ما وصل اليه معلومات المريض السريرية واستخدامها في البحوث العلمية المستقبلية. (ologeanu & guyo, 2017, p. 3)

ثانيا: جودة الرعاية الصحية:

1. مفهوم الجودة:

تعتبر الجودة متعددة المفاهيم والأبعاد والأوجه حيث ترتبط بأحكام تقديرية ليس من السهل تعريفها بل يمكن إعطاء بعض اشكالها:

الجودة هي التطابق مع المعايير او التطابق مع احتياجات المنتفع بصورة تفوق توقعاته ويمكن القول ان الجودة هي الخلو من العيوب وهي:

- الجودة التي يمكن قياسها وهي التي تتطابق مع معايير تأخذ شكل ادلة العمل
- الجودة التي يمكن تقديرها وهي إدراك التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس
- الجودة التي يمكن ادراكها هي درجة التفوق التي يدركها متلقي الخدمة.

2. مفهوم جودة الرعاية الصحية:

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها: درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الاجراء العلاجي أو التشخيص. (بودية، 2017، صفحة 171) بمفهوم آخر درجة تحقيق النتائج المرغوبة والتقليل من النتائج غير مرغوبة فيها في ظل الحالة المعرفية في فترة زمنية معينة.

ويرجع تاريخ الفكر للجودة في المجال الصحي الى ما قبل التاريخ في المملكة البابلية ويعد أقدم قانون عرفه الانسان يجمع ما بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية وتتضمن بنودا خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء. (الطائي، 2009، صفحة 56) الجراحية، التقصير والإهمال

أما بالنسبة للعصر الحديث فتعد الكلية الأمريكية للجراحين من بين أهم الانشاءات التي أحدثت تطورا في مجال جودة الرعاية الصحية وذلك سنة 1913 وذلك بتوثيق الإجراءات الجراحية أو ما يعرف بروتوكولات العلاج.

وقد تابعت جهود تحسين مفهوم الجودة لدى القطاع الصحي بإنشاء ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1951 ووضعت الهيئة ظوابط محدّدة للأداء في المنظمات الصحية. (بودية، 2017، صفحة 172)

بتقديم خدمات صحية أكثر امانا وأسهل منالا والا هم هو أكثر اقناعا لمقدميها وارضاء للمستفيدين منها حتى تتولد نظرة إيجابية الى الرعاية الصحية المقدمة

أما في سنوات التسعينات انتشر مفهوم إدارة الجودة الشاملة. Total Quality Management وهي تستند على مبادئ وضعها خبراء الجودة أمثال ديبي وجوران وتعتمد على الجودة الشاملة للعمليات. بتبسيط الإجراءات، تحسينها و القضاء على هدر الوقت بال تكرارات (Mosadeghrad & Ewan, 2016) حيث يساعد تبسيط الإجراءات من تخفيض مدّة وتكلفة الإقامة وذلك بتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض وتحويله الى الغرفة التي تخصه.

أما عن تحسين الإجراءات فمثلا تحسين جدولة استخدام غرف العمليات نجد مستشفى وست بأسس فيري West Paces Ferry أنه قام بتقليص معدّل العمليات القيصرية من 22 % الى 10% باستخدام أسلوب المقارنات المرجعية أما القضاء على هدر الوقت يتم باستعمال كفاءات ومهارة العاملين وكذلك القضاء على الاختلالات والاختلافات في الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم والحدّ من التكرارات إعادة التحاليل بسبب الإهمال. (Mosadeghrad & Ewan, 2016)

3. قياس جودة الرعاية الصحية:

تمكن كل من 1985Berry-état 1985، 1988 و Smith 1995 بوضع أبعاد تقاس بمدى توافرها الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى وهذه الأبعاد ممثلة في:
-الجوانب الملموسة: من مباني، تسهيلات مادية، حادثة، معدات والأجهزة.

-الاعتمادية: الوفاء في المواعيد، الدقة، عدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص، توفر التخصصات، الثقة بين الأطباء والمرضى الحرص حل مشكلات المريض (الفورية)، السرعة في تقديم الخدمة الرد الفوري على الاستفسارات.

الأمان ويشمل: المهارة، المعرفة، أخلاقيات مهنة الطبيب السرية

-التعاطف: تفهم احتياجات المريض، العناية الشخصية..... (محمد نور و احمد، 2015، صفحة 910)
أما عن قياس الجودة بالنسبة لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية فهي وضع إطار مفاهيمي ومنهجية لتوفير المعلومات اللازمة عن الجودة التي أصبحت أحد المحاور الرئيسية لتحسين النظم الصحية، وقد وضعت هذه الأخيرة مؤشرات منذ عام 2003، تقيس على أثرها جودة الرعاية الصحية (HCQI).

-مؤشرات إيجابية —————> نسبة المواليد

-مؤشرات سلبية —————> نسبة الوفيات

إذا يتطلب نظام الرعاية الصحية الى تمويل قوي، قوة عاملة مؤهلة ومدرّبة تدريباً جيداً ومعلومات موثوقة تستند اليها القرارات وأجهزة ذات جودة عالية، فقد أشار تقرير مشترك جديد صادر عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ومجموعة البنك الدولي الى أن تدنى جودة الخدمات الصحية يعرقل تحقيق تقدم في تحسين الصحة في البلدان على مختلف مستويات الدخل. (منظمة الصحة العالمية، 2018)

وتعاني الدول المتوسطة والمنخفضة الدخل من التشخيص الخاطئ والأخطاء الطبية، العلاج غير المناسب وعدم كفاية المرافق وعدم سلاماتها بالإضافة الى الافتقار للخبرة والتدريبات بالنسبة لمقدمي الرعاية الصحية وتدني الجودة يعود بالدرجة الأولى الى نقص المعلومات السريية حيث أشار تقرير لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الى أن:

*سبع دول افريقية منخفضة ومتوسطة الدخل لم يتمكن العاملون في قطاع الرعاية الصحية من اجراء تشخيص دقيق... الى ثلاثة أرباع الوقت المحدد.

اذن تلعب المعلومات الصحية دوراً رئيسياً في تطوير سياسات صحية فعالة.

ثالثا. مساهمة تكنولوجيا المعلومات في تحسين جودة الرعاية الصحية:

لم تترك تكنولوجيا المعلومات أي مجال إلا وأثرت فيه فقد أضافت بعدا جديدا للتعامل مع المعلومات وتطوير المعارف وبالتالي تحسين الخدمات الصحية وهذه الممارسات هي تقنية تدعم إدارة المعلومات الصحية عبر الأنظمة المحسوبة

واستنادا الى تقرير الصادر عن وكالة أبحاث الرعاية الصحية وجودتها لعام 2006 فان استخدام تكنولوجيا المعلومات في الصحة بوضع قواعد البيانات تنقل المعلومات السريية لكل مريض فهي تعمل على:

*تحسين جودة وفعالية الرعاية الصحية.

*منع الأخطاء الطبية.

*زيادة الدقة في الفحص والتشخيص.

*تقليل تكاليف الرعاية الصحية.

*توسيع الوصول الى الرعاية الصحية بأسعار معقولة.

*نقل الكفاءات والمهارات عبر تكنولوجيا المعلومات.

إضافة الى أن أنظمة المعلومات السريية المستخدمة في المؤسسات الاستشفائية والتي تسمح بإدارة سجلات المرضى المحسوبة، نتائج المختبرات والتصوير الطبي، وهذا ما يشجع أكثر استخدام أشكال مختلفة للرعاية الصحية عن بعد بما في ذلك الاستشارات وكذلك المتابعة للرعاية المنزلية عن بعد وهذا ما يهدف الى وصول أفضل الى خدمات صحية للمرضى المعزولين جغرافيا.

يمكن أيضا التحدث عن التطبيقات المتوفرة على الهواتف المحمولة والأجهزة اللوحية الرقمية التي تقوم بتحويل أو حتى إعادة ابتكار طرق توفير الرعاية للمرضى يشاركون بشكل أكبر في إدارة حالتهم الصحية. ويوفر الانتشار الحالي لمشاريع زرع تكنولوجيا المعلومات في مؤسسات الرعاية الصحية الموجودة عبر العالم مجالا متميزا لدراسة العديد من الأسئلة البحثية الخاصة بمجال الأنظمة الرعاية الصحية.

(ologeanu & guyo, 2017, p. 3)

عدّة مقالات تفتح السبل للتفكير في نشر واستخدام تكنولوجيا المعلومات في القطاع الصحي نظرا للازدهار الكبير في استثماراتها في هذا الميدان حيث يمكن دراسة العوامل التي تعزز استخداما أفضل للتقنيات المتاحة سواء بين المهنيين وكذاك المرضى أنفسهم.

والحديث عن التكنولوجيا المعلومات يقودنا أيضا الى التسلط الضوء على الذكاء الاصطناعي وكيفية موازنته مع الأدوار المهنية ونزاهة الأطباء للمساعدة في توفير جودة الرعاية الصحية الشاملة ويكون ذلك عادة بدراسة الكميات الهائلة من المعلومات التي تستند الى ارتباطات ما بين البيانات واستخراج العناصر المتكررة لقاعدة الارتباط المنطقي وتسمى بالخوارزميات. (mukesh.sharma, 2012)

رابعاً. واقع جودة الرعاية الصحية بالجزائر:

على الرغم من ضخامة ما تنفقه الجزائر على الرعاية الصحية، و ما تبذله الدولة من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية الآن الاستفادة من ذلك مازال دون المستوى، و بقي القطاع يتخبط في مشاكل عديدة تؤثر سلبا على مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة و لعل من أهم العوامل التي تساهم في تدني الجودة هي نقص المعلومات أو انعدامها في بعض الأحيان إضافة الى عدم استعمال تكنولوجيا المعلومات التي أثرت و تؤثر على جودة الرعاية الصحية و ذلك عن طريق حفظ تاريخ الطبي لجميع المرضى مما يسهل انتقاله ما بين الأطباء إضافة الى كفاءة العاملين في القطاع باستخدام هذه المعلومات (بعد أخذ تصريح بذلك) و استغلالها في أبحاث و دراسات علمية تصب في هدف اتخاذ علاجات و اكتشافات في المجال الطبي، و تحديث معلوماتهم باستمرار، التنبؤ بانتشار المرض و توقع فتراته. رغم ذلك نجد بعض المبادرات من الأطباء للنهوض بالقطاع وبالتالي بالبحث فيه، لكن لم يعتمد على كل المستويات.

الجدول رقم 1: عدد الأطباء حسب قطاع النشاط:

أطباء	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص	عمومي	خاص
	48212	15322	50325	15911	52306	16770	54953	18478	55158	19779	57227	21611
جراحو أسنان	6981	5441	7195	5587	7240	5928	7261	6384	7014	6733	6928	73335
صيدالة	994	9177	10818	9520	1284	9794	1501	9974	1695	10193	1796	10541
	56187	29940	58538	31018	60830	32492	63715	34836	63867	36705	65951	39487

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء www.OMS.dz/santé

(دمج 4 جداول نشرة 15 رقم 45، نشرة 16، رقم 46، نشرة 17 رقم 47، نشرة 18 رقم 48)

تحليل الجدول رقم 1:

-ارتفاع في عدد الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان بالقطاع العمومي والخاص من سنة 2012 الى سنة 2017

-بالنسبة للقطاع العمومي فقد ارتفع عدد الأطباء من سنة 2012 الى 2017 بحوالي 20% ويعتبر نوعا ما تعبيرا عن متطلبات السكان في ست سنوات لكن جراحو الأسنان كان الارتفاع نوعا ما ضئيلا من سنة 2012 الى سنة 2013، 2014، 2015، 2016 الى أن يتذبذب سنة 2017 بسبب الاتجاه الى القطاع الخاص الذي عرف ارتفاعا نوعا ما معتبرا [6981 سنة 2012 الى 7335 سنة 2017].

-بالنسبة للصيادلة نلاحظ اتجاه القطاع الخاص أكثر منه في القطاع العام بحيث سجل ارتفاعا معتبرا من سنة 2012 الى 2017 في حين يعرف القطاع العام ارتفاعا معتبرا بحوالي النصف 50 %.

تعد زيادة عدد المتخصصين في الرعاية الصحية امرا حاسما لجودتها هذا ما نجده من خلال تطور في تعداد الأطباء والصيادلة وجراحو الاسنان والغرض منها هو تحسين الجودة والتقدم المحرز في المناهج لكن تضل المعرفة والدراية والمهارات الشخصية ضرورية لذلك وهذا لا يكون الا باكتساب حجم معتبر من المعلومات الصحية واستغلال تكنولوجيا المعلومات لزيادة كفاءة المتخصصين وبالتالي التوجه أفضل الى إدارة جودة الرعاية الصحية الشاملة.

الجدول رقم 2: المنشآت القاعدية الصحية:

2017		2016		2015		2014		2013		2012		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	
عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة التقنية	
40322	205	38407	200	38305	200	38015	196	37769	194	37545	193	مؤسسة استشفائية عامة (م.أ.ع) مؤسسات القطاع الصحي سابقا
1354	09	1324	09	960	09	926	05	876	05	849	05	مؤسسة استشفائية عامة (م.أ.) مؤسسات القطاع الصحي سابقا
12799	15	12910	15	13050	15	12862	14	12500	14	12312	14	مراكز استشفائية جامعية (م.أ.ج)

869	01	818	01	810	01	806	01	764	01	759	01	مؤسسة استشفائية جامعية
11818	77	11725	75	11637	75	11499	71	11298	68	10863	66	مؤسسة استشفائية متخصصة (م أم)
...	127	...	123	...	114	...	97	...	107		105	دور الولادة الخاصة

الأسرة التقنية للمؤسسات العمومية الاستشفائية فقط أما الباقي فيتعلق الأمر بالأسرة المنظمة.

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء. www.oms.dz/santé

(تم دمج 4 جداول الجزائر بالأرقام نشرت 15 رقم 45، الجزائر بالأرقام نشرت 16 رقم 46.

تحليل جدول 2:

- بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية العامة 193 سنة 2012 ليرتفع سنة 2016 إلى 200 مؤسسة ثم 205 سنة

2017 إضافة إلى ارتفاع في عدد الأسرة التقنية من 37545 سنة 2012 إلى 40322 سنة 2017 لكن الـ

اف0ت للانتباه في جدول المنشآت القاعدية هو استقرار مراكز الاستشفائية الجامعية أو بارتفاع ضئيل جدًا

كذلك مؤسسة الاستشفائية الجامعية أما عن الأسرة التقنية فارتفاع لا يسد حاجة السكان المتزايدة فمثلا

من سنة 2012 (759) إلى سنة 2017، 869 في المؤسسة الاستشفائية الجامعية.

- نلاحظ قلة وسوء في توزيع الهياكل الصحية مقارنة إلى الارتفاع المتزايدة لعدد السكان في الجزائر نظرا لثبات

في عدد المراكز الاستشفائية الجامعية ب 14 مركز ثم 15 مركز سنوات 2015، 2016، 2017.

- أما عن توزيعها هذه الهياكل في القطر الجزائري نجد تركزها على العاصمة بنسبة 55 % في حين لا تتعدى

20 % في الغرب، 22 % في الشرق أما الجنوب الشرقي 2 % والجنوب الغربي 1 %.

الجدول رقم 3: المنشآت القاعدية خارج المستشفيات:

2017		2016		2015		2014		2013		2012		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
-	273	-	273	-	271	-	271		271		271	المؤسسات العمومية الجوارية (م.ع.ص.ج)
4213												

أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر

دراسة تطبيقية بمستشفى جامعي تلمسان

بوفاتح تورية زوجة بن ديمراد

تجمع-عيادات متعددة الخدمات- قاعات العلاج -دور الولادة العمومية	1601	3314	1615	3539	1637	3735	1659	3889	1684	4075	1695	
	5545	-	5634	-	5726	-	5762	-	5875	-	5957	
	409	2996	412	3167	416	3203	415	3175	416	3142	409	3056
مركز طبي اجتماعي	627	-	619	-	622	-	627	-	630	-	653	
الصيدليات منها الخاصة%	10058	-	10438	-	10700	-	10865	-	11140	-	11385	-
	9135	-	9520	-	9794	-	9962	-	10260	-	10516	-
	90.82	-	91.21	-	91.53	-	91.69	-	92.10	-	92.37	-
المنشآت الخاصة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
عيادة طبيب مختص	6776	-	7226	-	7742	-	8352	-	9042	-	9795	-
عيادة طبيب عام	6335	-	6482	-	6654	-	6910	-	7298	-	7803	-
عيادة طب الاسنان	5368	-	5587	-	5928	-	6144	-	6514	-	6952	-
عيادة ممارسة مجموعة	426	-	446	-	512	-	600	-	709	-	821	-

1 أسرة الاستعجالات / 2 أسرة عيادة متعددة الخدمات + أسرة عيادات متعددة الخدمات مع دور الولادة + أسرة عيادة متعددة الخدمات مع دور الولادة مغلقة.

* دور الولادة العمومية = دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات وبعض قاعات العلاج.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات www.ons.dz/Santé الجزائر بالأرقام.

(دمج جدولين نشرة 15 رقم 45، نشرة 18 رقم 48)

تحليل الجدول رقم 3:

- المنشآت القاعدية خارج المستشفيات عرفت كذلك ثباتا ملحوظا من 2012 الى 2015 بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أما الارتفاع من 2016 الى 2017 فقد كان ضئيلا جدا إضافة الى دور الولادة الذي عرف ارتفاعا ضئيلا من 2012 ب 409 الى 2014 (416) ثم انخفاض في 2015 الى أن يستقر في 2017 ب 409.

استنتاج

رغم وجود هذه الهياكل الصحية الا ان القط يواجه انتقادات عديدة من خلال تدني جودة الخدمات فيه يرجعها اغلبية المختصين الى شح المعلومات الصحية وعدم استعمال تكنولوجيا المعلومات من طرف الأطباء مما يؤدي عادة الى حدوث أخطاء في التشخيص أو التأخير في فهم حالة المريض كما يواجه مقدّمو الرعاية الصحية قيودا متزايدة على الوقت الذي يتعيّن عليهم فيه تشخيص المرض ممّا يسبّب في تدهور حالته الصحية وارتفاع تكاليف علاجه المادية والاجتماعية.

وقد أشارت الدّراسات الحديثة إلى أن تبني واستعمال نظام لتبادل المعلومات الصحي « Heath information exchange HIE » وذلك لفهم احتياجات مقدّمي الرعاية الصحية إلى معلومات أكثر كفاءة ودقّة لتحسين جودة الرعاية الصحية.

والجدول الموالي يوضح لنا ذلك من خلال نزايد عدد الأمراض التي يجب التبليغ عنها:

الجدول رقم 4: بعض الامراض ذات التبليغ الاجباري:

اسم المرض	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
التهاب السحايا	3369	5284	3455	3313	6563	3967	5015	4531
منها:								
-التهاب المكورة	57	50	34	88	47	29	22	38
السحائية.								
-أنواع أخرى								

أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر

دراسة تطبيقية بمستشفى جامعي تلمسان

بوفاتح تورية زوجة بن ديمراد

4493	4993	3938	6516	3225	3421	5234	3312	من التهاب السحايا
121	78	97	123	177	232	217	223	التيفويد
244	184	158	179	163	150	526	560	التهاب الأمعاء الغليظة
1292	1719	1357	2746	1556	1466	1262	1853	كبد حموي A
3173	2861	2896	2576	2342	1797	2003	1783	كبد حموي B
889	798	935	821	785	603	627	526	كبد حموي C
776	834	1955	1938	7672	270	414	556	حثار (تراخوما)
5	4	6	1	35	11	19	15	مرض البقيري
453	432	747	266	603	887	191	408	حتى
445	420	729	260	587	828	187	400	المستنقعات حالات تحمي المستنقعات المستوردة
368	329	372	363	388	315	334	339	كيس محتوي على يرقات الدودة الوحيدة
29	68	48	34	46	57	94	121	داء الليشمانيات رحشوي
11726	8811	6542	4543	6171	8390	16585	21049	داء الليشمانيات (جلدي)
10191	8575	6456	5533	3936	4500	6123	10014	حي مالطية
20	15	21	7	21	17	17	14	(الكلب)
779	342	197	154	3544	1899	1899	1438	الحصبة

أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر

دراسة تطبيقية بمستشفى جامعي تلمسان

بوفاتح تورية زوجة بن ديمراد

0	0	0	0	0	0	0	0	الدفتيريا
39	24	38	53	124	132	27	34	الخانوق
1	9	6	9	12	10	7	6	الكزاز
0	0	0	1	2	3	0	1	منه
1	9	6	8	10	7	7	5	الكزاز الرضعي
								الكزاز غير رضعي
22357	22226	23562	22449	21973	21413	21887	21786	كل أشكال
7533	8187	8591	8892	9275	9393	10033	10321	مرض السل
14780	13932	14873	13431	12601	11956	11728	11356	السل الرئوي
								السل خارج الرئة
44	107	98	126	97	64	126	109	موقع السل غير محدد
82	119	90	101	95	93	102	142	مرض الايدز
818	650	650	744	654	619	658	411	فيروس نتص
								المغاعة
								البشرية مصلبا

المصدر: www.ons.dz/santé

دمج جدولين: 1الجزائري الأرقام نشرة 16 رقم 46

2 الجزائري الأرقام نشرة 18 رقم 48

تحليل الجدول رقم 4:

تختلف الأمراض من حيث انتقالها ودرجة انتشارها، حيث تعتبر الأمراض التي يجب التبليغ عنها من أكثرها انتشارا فهي أمراض قابلة للتفشي بشكل سريع ومخيف قد تؤدي كثير من البشر وتسبب عادة في ظهور أمراض وبائية جديدة لذلك تحتاج الى رعاية صحية ذات جودة عالية. من خلال الجدول نلاحظ ان هناك اعداد لا بأس بها من الأمراض المبلغ عنها ونجد انها تزداد من سنة الى أخرى. فمثلا التهاب السحايا عرف ارتفاعا من سنة 2010 الى سنة 2014 ولم يسجل الا انخفاض ضئيلا في سنوات 2016 و2017 رغم التبليغ

عنه. ونفس الشيء بالنسبة لمرض السل والحمى المالطية، حمى المستنقعات الى غير ذلك من الأوبئة التي يجب تكاثف الجهود للوصول الى جودة ترضي ولو نسبيا مستهلكي الرعاية الصحية. من تحليلنا للجدول قمنا بدراسة ميدانية تظهر إثر المعلومات على جودة الرعاية الصحية. وهي عبارة عن مقارنة ما بين المعلومات المقدمة بين مصلحتين: مصلحة الأطفال التي نراها القلب النابض للرعاية الصحية ومصلحة الجراحة العامة "أ" بمستشفى الجامعي تلمسان.

رابعا. دراسة ميدانية [مستشفى تلمسان الجامعي قسم طب الأطفال وقسم الجراحة أ]:

1. تقديم الرعاية الصحية:

كل مصلحة تحتوي على طقم طبي بما فيه مدير المصلحة أطباء اخصائيون أطباء مقيمين أطباء عامين وأطباء داخليون وتلاميذ متربصون. وطقم شبه طبي عمال الإدارة النظافة والصيانة... الخ عند استشفاء المرضى على مستوى المصالح يتم التكفل بهم من طرف أطباء مقيمين تحت اشراف الطبيب المختص

يتم تقسيم المرضى على الأطباء للتحكم أكثر في تنظيم سيرورة العمل كل طبيب مسؤول عن تقديم الخدمات الصحية لمرضى واعداد ملف صحي فور الاستشفاء هذا الأخير يحتوي على تقارير مفصلة عن الحالة ومجموعة من التحاليل والاشعة وغير ذلك من فحوص يخضع لها المريض اثناء استشفائه. كل يوم يقوم الطقم الطبي بمرافقة الطقم الشبه طبي بالقيام بجولة عامة حول المصلحة يتم تقديم فيها كل مريض وما استجد عن حالته لتسهيل تحسين نوعية العلاج

2. حفظ البيانات

- ضرورة انجاز ملف خاص بكل مريض من طرف الطبيب المسؤول عنه الا ان بعض الملفات لا تحتوي على المعلومات الكافية ... في حالة تغيب الطبيب المسؤول او اثناء المناوبة الليلية يتعذر عن طبيب اخر إيجاد كامل المعلومات الخاصة بالمريض وبالتالي تنقص جودة الرعاية الصحية.

- حسب المصالح هناك من تقوم بمعالجة الملفات بطريقة يدوية وتحفظ عند خروج المريض في قسم

السكرتاريا

في حالة ما اعيد استشفاء المريض يتم استعادته بمعرفة رقم المريض والبيانات الخاصة بالملف المدونة في بطاقته الشخصية

-اتممة الملفات الطبية لا تتم على مستوى جميع المصالح وهذا راجع الى نقص عصرنه النشاط الطبي وضيق وقت الاطباء وعدم توفير موظف مسؤول عن حفظ البيانات او اهمال من المسؤولين بالمقابل هناك بعض المصالح تحرص على الحفاظ على جميع وثائق المريض وتسهيل استيعابها لدى جميع موظفي القطاع وتحرص على منح ملخص الاستشفاء هي وثيقة تضم جميع وسائل العلاج التي منحت للمريض اثناء استشفائه مثال على هذه المصالح مصلحة الجراحة العامة".

-يحتوي ملف المريض على المعلومات الشخصية الخاصة به إضافة الى تاريخ المرض وكل التحاليل التي قام بها منذ دخوله المستشفى الى اخر فحص او زيارة مع دراسة تظهر تطور الحالة عبر كل الفحوصات.

- كتابة اسم الطبيب المشرف وكذلك مساعديه.

الخلاصة:

تعتبر المعلومات و البيانات الصحية من أم عناصر التي تحدد جودة الرعاية الصحية و ذلك بمساعدة الأطباء في اتخاذ القرار جودة الرعاية الصحية وذلك بمساعدة الأطباء في اتخاذ قراراتهم و اجراء اهتم و تحسين نتائج المرضى بالتقليل من تكلفة العلاج من خلال الوصول الى التشخيص الصائب في الوقت المحدد. لقد أصبحت تكنولوجيا المعلومات من أهم الطرق التي يمكن الاستفادة منها بشكل افضل في صنع المعلومات بطريقة اكثر فاعلية من خلال التقاط بيانات المريض و المعرفة الطبية ومعالجتها اثناء المهام السريرية الروتينية و بالتالي تحسين الجودة واعطاء نفس جديد للقطاع . من خلال هذه الدراسة يمكن اقتراح التوصيات التالية:

-اتممة الملفات الطبية والقيام بإعداد دراسات مستقبلية لتصميم أنظمة معلوماتية في المستشفيات،

-دراسة أكبر عدد ممكن من البيانات الحقيقية والمأخوذة من حالات المرضى واستعمال تكنولوجيا المعلومات لدراستها واتخاذ القرارات الصائبة وبالتالي الرفع من جودة الرعاية الصحية

- نقل الخبرات إلى الطبيب المبتدئ بواسطة النتائج المتوصل إليها وزيادة كفاءتهم وتدريب

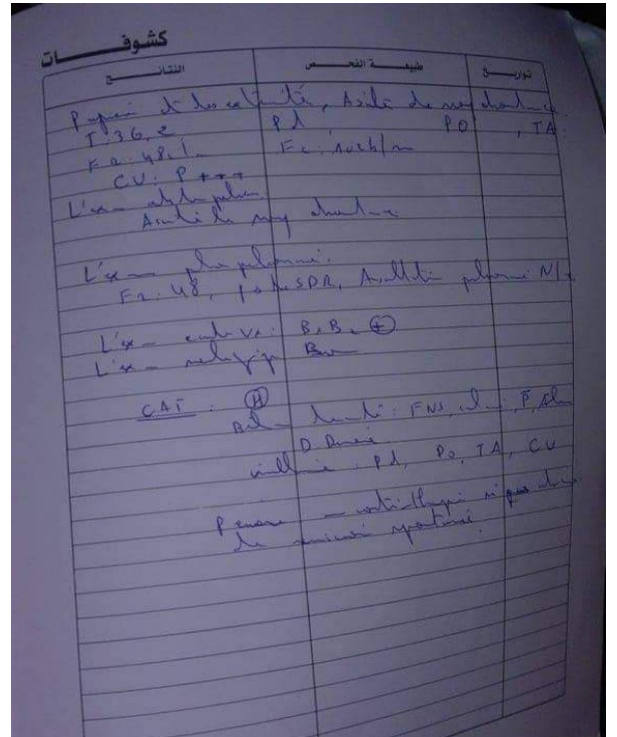
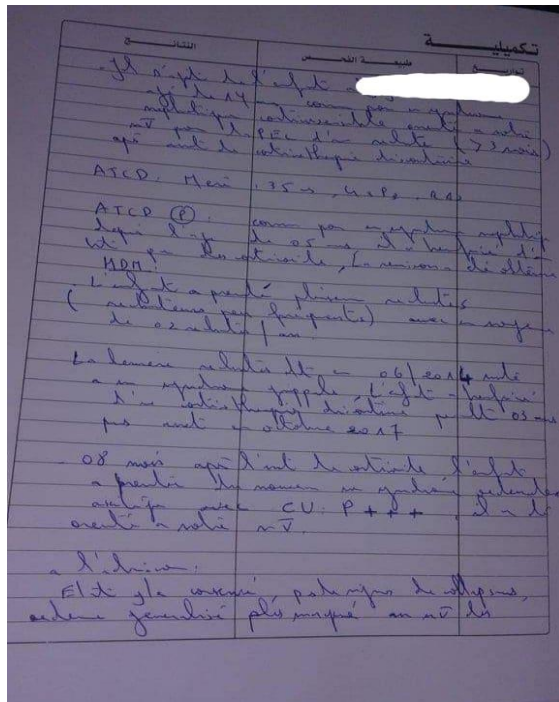
أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر

دراسة تطبيقية بمستشفى جامعي تلمسان

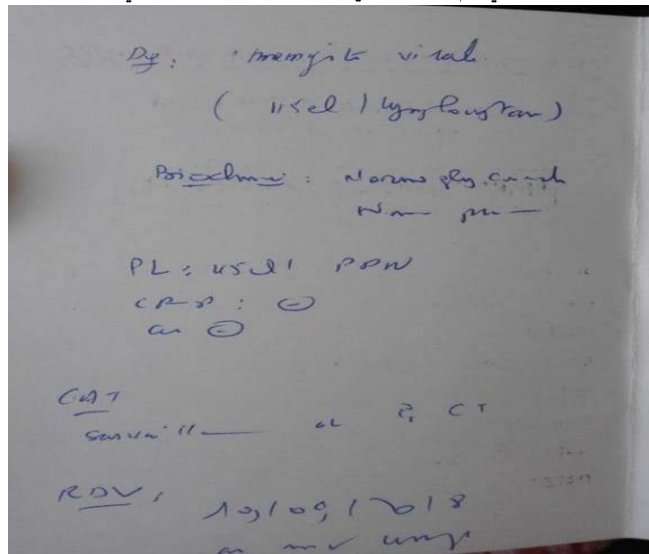
بوفاتح تورية زوجة بن ديمراد

الملاحق:

مثال عن ملف مريض في مصلحة طب الأطفال



مثال عن الوثيقة التي يتم ايداعها للمريض عند خروجه من المشفى في مصلحة طب الأطفال



أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر
دراسة تطبيقية بمستشفى جامعي تلمسان
بوفاتح تورية زوجة بن ديمراد

مثال عن ملف مريض في الجراحة أ

أثر ثروة المعلومات على جودة الرعاية الصحية الشاملة في الجزائر

دراسة تطبيقية بمستشفى جامعي تلمسان

بوفاتح تورية زوجة بن ديمراد

	juillet 2014	Septembre 2017
Claudication d'un membre	Membre sup droit et inf droit	Présence de claudication au membre sup droit seulement
Disparition d'un pous	pous huméral gauche absent - Diminution du pous radial et fémoral gauches	- Abolition du pous radial et cubital droit - Diminution de pous huméral droit
Souffle artériel	Aorte abdominale - Tronc supra aortique surtout à gh - IAO	Aorte abdominale - Tronc supra aortique dt et gh - IAO
Carotidodynie	Non	Carotidodynie à droite
Douleur sur un trajet vasculaire	Non précisée	Pas douleur sur les trajets vasculaires autres que la carotide
Fiebre non attribuable à d'autre évènement	Fiebre non chiffrée	39.5 sans foyer infectieux
Arthralgies	Absente	Absente
Myalgies	Non précisée	Absente
VS	62	64
Anomalies angiographiques :	Détails ci-dessus	Non disponible

Le 02/10/17 : Le patient a présenté à un pic hypertensif 180/140 avec une douleur thoracique et une dyspnée avec saturation 75% (a 95% sous 2 litre O2) évoquant un sub OAP (ris crépitants des bases) (TX présence de signes de surcharge)

Selon les critères d'activité de maladie de takayasu le patient présente une poussée de sa maladie :

Carotidodynie à droite, VS à 64, fièvre à 38.6

Apparition des nouvelles lésions à l'écho TSA : une oblitération de l'artère de l'artère sous Clavière droite avec circulation collatérale

Épaississement concentrique des 2 carotides

échocœur dégradation de la fraction d'éjection à 57% (TV : 63%) péricarde sec

Prise en charge thérapeutique :

une corticothérapie à 1mg/kg /jr avec traitement adjuvant

traitement anti hypertenseur amlor 5mg/jr

introduction du methotrexate injectable 10 mg/ sem comme traitement d'épargne cortisonique acide folique mg 48 h après MTX (mal tolérance digestive de la voie orale du MTX et Imurel)

Devant l'apparition des nouvelles lésions vasculaire et l'échec de traitement immunosuppresseurs convenit une biothérapie Anti IL6 tocilizumab est indiqué à raison de 8mg / kg / mois pendant 6 mois

Bilan pré thérapeutique correct quantiféron négatif vaccination anti pneumococcique 13/23 et grippal faite

Actuellement le patient sous schéma mensuel de TOCILIZUMAB, CTC 10mg /jr, MTX 10ms/sem, atenor 25mg /jr amotrigine 50mg /jr

Diagnostic Principal de Sortie : maladie de TAKAYASU Code : M.31.4

Assistent : Dr Ghembaza resident : Dr Boulougar

Tel/Fax : 043.41.74.57

Nom et Prénom : Rekkab Ilyes Date de Naissance : 27/09/1999

Commune de Résidence : Nedrouma Mobile Phone : 0549170364

Commune de naissance : Nedrouma

Date d'hospitalisation : 25/09/17 Motif H* : Maladie de takayasu

Mode d'entrée : consultation Médecin Référent : Dr ghembaza

Date de sortie du service :

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Le patient Rekkab Ilyes, 18ans, suivi à notre niveau pour une maladie de Takayasu, diagnostiquée en 2014,

Historique de sa maladie :

- Hospitalisation en pédiatrie en novembre 2013 pour un tableau d'insuffisance cardiaque globale avec dysfonction sévère du VG à 41% et HTA sévère, au terme des explorations une fistule artério-veineuse hépatique a été suspectée, un angiogramme hépatique a été réalisé en juin 2014 objectivant un épaississement circonférentiel de l'aorte abdominale associé à des sténoses des deux artères rénales plus marquée à droite, des deux artères mésentériques et de l'ostium du tronc coelacae faisant suspecter une artérite de Takayasu, le patient a été confié au service de médecine interne
- Le Dx de maladie de takayasu a été posé au service de médecine interne en juillet 2014 sur les critères de l'ACR 1990 devant :
 - un début de la maladie avant l'âge de 40ans
 - claudications intermittentes des membres supérieurs (plus marquées à gauche)
 - Abolition du pous radial gauche
 - différence de pression artérielle >10mmHg entre les deux bras
 - présence de souffle au niveau de la sous Clavière gauche
 - présence d'image de sténose au niveau de l'artère sous Clavière gauche
 - Image de sténose des artères rénales, mésentériques, du tronc coelacae et d'épaississement circonférentiel de l'aorte abdominale.

Ceci en l'absence de facteurs de risque d'athérosclérose

Selon les critères d'ISHIKAWA 1988 : le patient présente le critère obligatoire (age<40ans) +1 critère majeur (atteinte de la sous clavière gauche) + 6 critères mineurs : Dg retenu

- Le bilan lésionnel en juillet 2014
 - a) Atteinte de l'arc aortique et de ses branches et de l'aorte thoracique objectivés sur l'angio-TDM thoracique :
 - Épaississement circonférentiel tout le long de l'aorte thoracique dans ses différentes portions plus franc dans le segment descendant de nature inflammatoire (non athérosclérotique) associé à un discret élargissement du segment ascendant.
 - rétrécissement post épaississement pariétal très prononcé de l'artère sous clavière gauche
 - pas d'atteinte de l'artère pulmonaire ou de ses branches de division.
 - pas d'atteinte des artères coronaires sur le coroscanner.
 - b) Atteinte de l'aorte abdominale et de ses branches objectivée sur l'angioTDM hépatique:
 - épaississement circonférentiel modéré, régulier de la paroi de l'aorte abdominale qui atteint 6mm
 - sténose des deux artères rénales plus étendue à droite avec réduction de la taille du rein droit et images de multiples infarctus rénaux bilatéraux
 - sténose des deux artères mésentériques

قائمة المراجع

الكتب

1. d'altilia, j. P., et de lamelle, j. p. (2005). système d'information sanitaire France: L'harmatlan
 2. صلاح محمد دياب (2009). إدارة المستشفيات والمرکز الصحية الحديثة – منظور شامل. عمان، الأردن، دار الفكر
 3. يوسف حجيم الطائي (2009). إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدماتية. عمان. دار اليازوري العلمية صفحة 56
- المقالات:
1. بودية بشير (2017) إثرتبي وتطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية بمستشفى تراي بوجمعة بشار. مجلة البشائر الاقتصادية العدد 2 المجلد 3 جامعة بشار – بشار. الجزائر
 2. محمد نور الطاهر وأحمد عبد القادر (2015) قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية السودانية. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال ال عدد4 المجلد 11.
 3. Mukesh sherma (2012) "evaluating the performance of apriori and predictive apriori algorithm to find new association rules based on the statistical measures of data sets. International journal of engineering research and technology volume 1
 4. Ologeanu, roxana; guyo, pare) 2017). technologies de l'information en santé: UN regard innovant ET pragmatique. système d'information ET management. Volume 22 Numéro 1 p3

المذكرات والأطروحات:

1. أشرف عبد الله سليمان أبو حنيفة (2013) إثرجودة في الرعاية الصحية. أطروحة ماجستير من الجامعة العربية المفتوحة بشمال إفريقيا كلية الإدارة
- تقارير:
1. منظمة الصحة العالمية (2018) الرعاية الصحية المنخفضة الجودة تزيد من عبء الأمراض وتكاليف الصحة على الصعيد العالمي 5 يوليو بيان صحفي جينيف

2. Mosadeghrad, Ali Mohamed; Ewan, ferlie (2016). total quality management in health care www.researchgate.net

3. الديوان الوطني للإحصاءات "الجزائر بالأرقام نتائج 2012-2014 رقم 45 نشرة 2015

4. الديوان الوطني للإحصاءات "الجزائر بالأرقام نتائج 2013-2014 رقم 46 نشرة 2016

5. الديوان الوطني للإحصاءات "الجزائر بالأرقام نتائج 2014-2016 رقم 47 نشرة 2017

6. الديوان الوطني للإحصاءات "الجزائر بالأرقام نتائج 2016-2017 رقم 48 نشرة 2018

متاح على الموقع: www.ons.dz/santé