

تبیین فرآیند هماهنگی اعزام بیمار و جایگاه ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فرامرز پوراصغر^۱، جعفرصادق تبریزی^۲، نسا کواکبی*^۳، احد بناگذار محمدی^۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱۷

چکیده:

زمینه و هدف: اعزام بین بیمارستانی بیماران مستلزم دامنه وسیعی از عملکردهایی از قبیل همکاری، برقراری ارتباطات مناسب و هماهنگی میان افراد، بیمارستانها و ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان دانشگاه است. مطالعه ی حاضر با هدف تعیین عوامل تاثیرگذار بر روند هماهنگی اعزام بیمار و تبیین جایگاه ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان درهماهنگی فرآیند اعزام انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع پدیده شناسی (فنونولوژیک) بود که با استفاده از سه جلسه بحث گروهی متمرکز و مصاحبه با ۳۰ نفر از دست اندرکاران فرآیند اعزام بیمار در یک بیمارستان اعزام کننده، شش بیمارستان پذیرش دهنده و همچنین ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. روش انتخاب شرکت کنندگان به صورت مبتنی برهدف و از نوع نمونه گیری با حداکثر تنوع بوده و اطلاعات به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: عوامل تاثیر گذار بر روند هماهنگی فرآیند اعزام بیمار در ۴ موضوع کلی شامل ضعف در تبادل اطلاعات بالینی، محدودیت اطلاعات، ضعف در حمایت های قانونی و اجرای دستورالعمل ها و فقدان توانمندی بالینی لازم در مدیریت بیمار و ۱۸ زیر موضوع شناسایی شدند که زیر موضوعات ضعف در حمایت های قانونی و اجرای دستورالعمل ها در ستاد هدایت درمان نشان دهنده ی ضعف آن واحد بعنوان جایگاه هماهنگ کننده ی اعزام بیمار می باشند.

نتیجه گیری: مشکلاتی که در هماهنگی اعزام بیماران وجود دارد ناشی از عدم پیروی از یک روند مشخص برای اخذ پذیرش و تعاملات و تبادل اطلاعات غیر اثربخش می باشد. برای دسترسی به استمرار فرآیند درمان باید هماهنگی اعزام بیمار ارتقا یافته و ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان بعنوان تشکیلات نظارت کننده در فرآیند اعزام، جایگاه اصلی خود را باز یابد.

کلمات کلیدی: اعزام بیمار، تبادل اطلاعات، ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان

^۱ استادیار انفورماتیک پزشکی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های حوادث جاده ای و گروه آموزشی انفورماتیک پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع

رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیکی: kavakebi.n@gmail.com، شماره تماس ۰۹۱۴۳۶۳۷۳۱۹

آدرس: تبریز، خیابان دامپزشکی، خیابان تالار میلاد، کوی بهارستان، شش متری صبا، پلاک ۱۵

^۴ پزشک عمومی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

اعزام بین بیمارستانی بیماران بعنوان بخشی از فرآیند درمان بیماران محسوب می شود. انجام آزمایشات پاراکلینیکی تخصصی و یا اقدامات درمانی تخصصی یا فوق تخصصی، فقدان نیروی انسانی متخصص، کمبود امکانات تشخیصی یا درمانی بویژه محدودیت تخت های مراقبت ویژه در مراکز دوردست را می توان بعنوان دلایل اعزام بیمار مطرح کرد (۱). روزانه تعداد زیادی از بیماران برای دریافت خدمات به مراکز سطوح بالاتر اعزام می شوند. بعنوان مثال در بیمارستان های ایالت متحده آمریکا، روزانه به طور متوسط حدود ۷۰-۴۰ درصد بیماران بستری شده اعزام می شوند (۲). در آمریکا در سال ۲۰۰۵ بیش از ۴۷۰۰۰ اعزام بین بیمارستانی بیماران صورت پذیرفته است (۳، ۴). اعزام بیماران عموماً بار زیادی را به نظام درمانی تحمیل می کند که از بین آنها می توان استفاده بیش از اندازه از نیروی انسانی متخصص، مصرف نابجای تجهیزات پزشکی و افزایش هزینه های درمانی را نام برد (۵). در این راستا منابع علمی منتشر شده ای در خصوص هزینه های درمانی بواسطه اعزام نابجای بیماران در ایران وجود ندارد.

پژوهش های انجام شده در حیطه ی اعزام بین بیمارستانی بیماران، عموماً جنبه های بالینی اعزام بیمار را ارزیابی نموده اند که از آن جمله می توان به ارزیابی تثبیت فیزیکی و همودینامیکی بیمار قبل از اعزام، وقوع حوادث نامطلوب در حین انتقال و یا خطاهای پزشکی رخ داده در فرآیند اعزام بیمار اشاره کرد (۶، ۷). شواهد نشان می دهند که جنبه های بالینی و سازمانی از یکدیگر جدا نبوده و بر یکدیگر تاثیرگذار هستند، با این وجود در پژوهش های انجام شده به تاثیرات جنبه های سازمانی روی اعزام بهینه ی بیمار، توجه اندکی صرف شده است (۸).

محیط های بالینی فضاهایی پیچیده و از هم گسیخته ای هستند که با توجه به ماهیت آن، فرآیندهای بالینی متعددی به سرعت در حال وقوع هستند. از اینرو نیازمند همکاری و هماهنگی همه جانبه می باشند (۹، ۱۰). از دیدگاه مدیریتی، اعزام بیمار از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر، مستلزم دامنه ی وسیعی از عملکردهایی همانند سازماندهی، همکاری، برقراری ارتباطات مناسب و هماهنگی میان افراد و بیمارستان ها است (۱۱). اهمیت هماهنگی در خدمات سلامت تا حدی است که یکی از اولویت های کلیدی نظام های سلامت، ارتقای هماهنگی مراقبت های بهداشتی درمانی جهت اطمینان از ارایه خدمات مناسب شناخته شده است (۱۲).

بر اساس نتایج مطالعه Abraham و همکاران در سال ۲۰۱۰، بیمارانی که به لحاظ مراقبت های تخصصی، نیاز به اعزام به مراکز پرستاری داشته اند، در معرض حوادث نامطلوب که

عموماً ناشی از هماهنگی ضعیف بین موسسات بوده است، قرار گرفته اند. بدیهی است که هماهنگی بهتر مراقبت ها منجر به پیامدهای مطلوب می شود. همچنین از آنجاییکه اعزام بیمار یک فرآیند چندبخشی است، نه تنها یک سازمان و بخش، بلکه چندین سازمان و بخش را تحت تاثیر قرار می دهد. هماهنگی این فرآیند، در ارایه مراقبت های اثر بخش و به موقع، تاثیر گذار بوده و از سوی دیگر از انجام کارهای تکراری، اضافی و غیر منسجم پیشگیری می کند (۸).

عوامل متعددی می توانند هماهنگی اعزام بیمار را تحت تاثیر قرار دهند که می توان به دیدگاه ها و نگرش های کارکنان سطوح اعزام و تعاملات اثربخش بیمارستان ها اشاره کرد (۱۳). فناوری های اطلاعاتی مناسب نیز با فراهم نمودن زیرساختی برای تبادل اطلاعات و دسترسی سریع به اطلاعات بیماران نیازمند اعزام می توانند در هماهنگی اعزام بیمار تاثیر گذار بوده و موجب تسهیل فرآیند مربوطه شوند (۸).

پژوهش های متعدد، راه کارهای مختلفی را برای ایجاد هماهنگی اعزام بیماران بیان کرده اند. برای نمونه در مطالعه ی Boockvar و همکاران در سال ۲۰۰۷، که یکی از اهداف آن مقایسه ی مکانیسم های اعزام بیمار و تاثیر آن بر برخی از شاخص های پیامدی بود، ارتباطات موثر، قوی ترین و بهترین مکانیسم هماهنگی بیان شده است (۱۴). از دیگر شیوه های هماهنگی، انجام هماهنگی از طریق واحدهای سازمانی است که مسئولیت هماهنگی بر عهده ی آنها قرار داده شده است (۸). در نظام سلامت ایران، واحد سازمانی هماهنگ کننده ی اعزام بیمار، ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان (ستاد هدایت درمان) است. بعبارتی در فرآیند اعزام بیمار علاوه بر بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده، بخش های دیگری از دانشگاه های علوم پزشکی دخیل می باشند. بطوریکه مسئولیت اخذ پذیرش از مراکز درمانی دولتی و یا خصوصی برای تمام بیماران نیازمند اعزام به عهده ستاد هدایت درمان دانشگاه ها گذاشته شده است. ستاد هدایت درمان نقش فرماندهی و هدایت صحیح بیماران را در اعزام آنها بین مراکز درمانی بر عهده دارد. طبق دستورالعمل اعزام بیمار در ایران، هماهنگی فرآیند اعزام با تصمیم پزشک معالج مبنی بر اعزام بیمار شروع شده و این تصمیم به اطلاع سوپروایزر بیمارستان می رسد. سپس سوپروایزر بیمارستان مبدا با ستاد هدایت درمان تماس گرفته و مراتب را به اطلاع آن می رساند. ستاد هدایت درمان پس از اخذ پذیرش از مرکز درمانی مقصد، مراتب را به سوپروایزر مرکز درمانی مبدا اعلام می نماید. علاوه بر این، پس از اعلام پذیرش، پزشک بیمارستان مبدا باید با پزشک بیمارستان مقصد هماهنگی های لازم شامل ارایه شرح حال بیمار، درمان های انجام شده و علل اعزام بیمار را انجام دهد (۱۵).

تبریز تشکیل گردید تا افرادی که غنی ترین و بیشترین اطلاعات را درباره مشکلات اعزام بین بیمارستانی دارند، انتخاب شوند. از اینرو نمونه گیری مبتنی بر هدف با روش نمونه گیری با حداکثر تنوع انجام شد که در آن طیف متنوعی از کارشناسان بالینی که پست های مدیریتی و بالینی را دارا بوده و تجربه وسیعی در زمینه اعزام بین بیمارستانی بیماران داشتند، برگزیده شدند.

شرکت کنندگان این مطالعه از محیط های هماهنگ کننده اعزام بیمار از قبیل بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده و ستاد هدایت درمان انتخاب شدند که متشکل از ۳۰ نفر [شامل ۵ سرپرستار اورژانس، ۱۰ سوپروایزر بیمارستان، ۶ پزشک متخصص (دو نفر طب اورژانس، یک نفر زنان، یک نفر نوزادان، یک نفر مسمومیت و پزشکی قانونی، یک نفر جراحی)، ۳ پزشک عمومی، ۵ رزیدنت ارشد (دو رزیدنت داخلی، یک رزیدنت قلب، یک رزیدنت جراحی، یک رزیدنت جراحی مغز و اعصاب) و یک نفر کارشناس ستاد هدایت درمان]] بودند.

به منظور جمع آوری داده، سه جلسه بحث گروهی متمرکز (FGD) و ۳۰ مصاحبه نیمه ساختاریافته برگزار گردید. در مصاحبه های نیمه ساختار یافته با شرکت کنندگان فوق الذکر، به مستندسازی فرآیند جاری اعزام بین بیمارستانی بیماران در سطح واحد های دانشگاه علوم پزشکی تبریز اقدام شده و نمودار جریان فرآیند^۳ اعزام بیمار ترسیم شد. ترکیب برگزارکنندگان جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه ها شامل تسهیل کننده^۴، کاتب^۵ و مشاهده گر^۶ بود که تسهیل کننده (نویسنده اول) وظیفه بیان اهداف، اجرا و مدیریت بحث ها، کاتب وظیفه یادداشت برداری حین بحث و مشاهده گر وظیفه کنترل وقت و کنترل جلسه را به عهده داشت.

معیارهای ورود شامل افرادی که دست اندرکار هماهنگی فرآیند اعزام بین بیمارستانی بوده، حداقل یک سال سابقه اشتغال در پست مربوطه را داشته و تمایل به شرکت در مصاحبه ها داشتند، بودند.

در این مطالعه، بررسی فرآیند اعزام در یکی از بیمارستان های شهرستان های تابعه استان که بیشترین اعزام را در طی سال انجام داده بود، بعنوان بیمارستان مبدأ بیمارستان اعزام کننده، شش بیمارستان بزرگ شهر تبریز بعنوان بیمارستان های مقصد بیمارستان های پذیرش دهنده و ستاد هدایت درمان مد نظر بوده است (جدول ۱).

هماهنگی اعزام بیمار بدلیل تعدد کارکنان بالینی و سازمان های دست اندرکار پیچیده بوده و برای دسترسی به استمرار فرآیند درمان باید هماهنگی خدمات ارائه شده مابین کارکنان بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده و ستاد هدایت درمان ارتقا پیدا کند (۸). اعزام های بدون هماهنگی بین بیمارستان ها، چندانگی در فرآیند اخذ پذیرش در سطح مرکز پذیرش دهنده، نامشخص بودن فردی به عنوان مسئول تصمیم گیری برای پذیرش بیمار در بیمارستان پذیرش دهنده، عدم پذیرش بیمار توسط مرکز پذیرش دهنده به دلایل مبهم و نامشخص از مشکلات هماهنگی فرآیند اعزام بیمار می باشند که در پژوهش های انجام شده به آنها اشاره شده است (۱۶). انتقال موثر اطلاعات بین مراکز درمانی در اعزام بیمار یکی از عوامل حیاتی در ایمنی بیمار محسوب شده و از مولفه های تاثیرگذار در فرآیند اعزام بیمار می باشد (۱۷). از سوی دیگر انتقال درمان بیمار بین ارائه کنندگان مختلف بدون تبادل مناسب اطلاعات یکی از منابع اصلی خطاهای پزشکی شناخته شده است (۱۸). لذا برای کاهش خطاها، داشتن یک درک کلی از روند انتقال درمان بیمار ضروری است (۱۹). با وجود اینکه اعزام بیمار عامل مهمی و تاثیرگذار در روند جابجایی بیمار در داخل بیمارستان است، توجه اندکی به جزئیات و پیچیدگی فعالیت های هماهنگی بین بخش ها و واحدها صورت گرفته است (۸).

طبق جستجوی محققین پژوهش حاضر، درباره ی تاثیرات جنبه های سازمانی در فرآیند اعزام بیمار، پژوهشی در ایران منتشر نشده است. از اینرو این مطالعه به منظور تعیین عوامل تاثیرگذار در هماهنگی فرآیند اعزام بیمار طراحی و اجرا شده است. مطالعه ی حاضر ابتدا به توصیف ساز و کار اعزام بیمار مابین سطوح هماهنگ کننده ی مختلف از طریق ترسیم فرآیند جاری اعزام بیماران پرداخته و سپس جایگاه ستاد هدایت درمان در هماهنگی فرآیند اعزام را تبیین نموده است. تعیین عوامل تاثیر گذار بر روند هماهنگی اعزام بیمار نیز هدف دیگر این مطالعه می باشد.

روش

این مطالعه از نوع مطالعات کیفی با رویکرد پدیده شناسی (فنونولوژیک^۱) می باشد که در سال ۱۳۹۳ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. هدف این مطالعات، توصیف تجربیات در متن و زمینه ای است که پدیده و یا فرآیند در آن روی می دهد. به منظور یافتن صاحب نظران در زمینه اعزام بیمار، جلسات متعددی با کارکنان ستاد هدایت درمان و ریاست بخش اورژانس، بزرگترین و اصلی ترین بیمارستان پذیرش دهنده

^۱ Phenomenology

^۲ Focus Group Discussions

^۳ Flowchart

^۴ Moderator

^۵ Note-taker

^۶ Observer

جدول ۱: ویژگی های مکان های انجام مطالعه

مراکز انجام مطالعه	ستاد هدایت درمان	امام رضا	رازی	شهدا	سینا	شهیدمدنی	طالقانی	الزهرا
مکان	تبریز	تبریز	مرد	تبریز	تبریز	تبریز	تبریز	تبریز
نوع مالکیت	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی
نوع تخصص	-	عمومی	عمومی	ارتوپدی	عمومی	قلب و عروق	زنان	زنان

های شرکت کنندگان جمع بندی و به افراد بازگو گردید تا صحت یادداشت ها و برداشت های محققین توسط شرکت کنندگان مورد تأیید قرار گیرد. در روش بازنگری ناظرین نیز نتایج و تجزیه و تحلیل داده ها در اختیار یکی از صاحب نظران پژوهش های کیفی به منظور نقد و بیان نظرات تکمیلی قرار گرفت.

قبل از انجام پژوهش مجوز لازم از کمیته ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز کسب شد. توضیح در خصوص اهداف پژوهش به صورت کتبی و شفاهی به شرکت کنندگان ارائه گردید. همچنین حقوق شرکت کنندگان از قبیل حق کناره گیری از پژوهش در هر زمان، حق مطالبه نتایج پژوهش برای شرکت کنندگان، حفظ محرمانه بودن اطلاعات و ارائه نتایج بدون انتشار اسامی شرکت کنندگان به آنها یادآوری شد.

یافته ها

الف) فرآیند اعزام بین بیمارستانی بیماران

در پژوهش حاضر بر مبنای نگرش فرآیندی، فرآیند اعزام در سه مکان انجام فرآیند شامل بیمارستان اعزام کننده، بیمارستان پذیرش دهنده و ستاد هدایت درمان از دیدگاه صاحبان فرآیند بررسی شده و نسبت به مستندسازی آن اقدام گردید. طبق دستورالعمل اعزام بیمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فلوجارت شماره ۱، توالی گام های یک اعزام بهینه و ایده آل را نشان می دهد. یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد، هر بیمارستان برای اعزام و اخذ پذیرش بیمار فرآیند مختص خود را دنبال می کند. از اینرو ترسیم فلوجارت اعزام تمامی بیمارستان ها در این مطالعه امکان پذیر نمی باشد، لذا در این پژوهش به مستند سازی فرآیند اعزام مابین بیمارستان اعزام کننده شهرستانی و بیمارستان امام رضا تبریز اقدام شده است. البته در برخی از موارد، فعالیت های متعدد بصورت همزمان انجام می شود که به طور جداگانه در فلوجارت شماره ۲ آورده شده است.

هدایت محتوای جلسات مصاحبه بر مبنای راهنمای مصاحبه تهیه شده توسط محققین انجام گرفت. مصاحبه ها با هماهنگی قبلی و با اخذ رضایت آگاهانه کتبی صورت پذیرفت. هر مصاحبه به مدت ۲۰ دقیقه تا یک ساعت و پنجاه دقیقه به طول انجامید. مصاحبه ها تا مرحله رسیدن به اشباع اطلاعاتی، یعنی تا مرحله ای که محققین احساس نمودند که دیگر با ادامه مصاحبه ها اطلاعات جدیدی به دست نمی آید، ادامه یافت.

در صورت رضایت شرکت کنندگان مصاحبه ها ضبط شده و در ۲۴ ساعت اول پس از مصاحبه ها اقدام به پیاده سازی کلمه به کلمه مطالب ضبط شده گردید. لازم به ذکر است که در صورت عدم رضایت شرکت کنندگان به ضبط جریان مصاحبه، یادداشت برداری توسط محققین صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، پس از پیاده سازی، تحلیل داده ها با روش تحلیل محتوا^۱ و به صورت دستی انجام گرفت. ابتدا متن مصاحبه ها چندین بار خوانده و مرور شد تا یک درک کلی از مصاحبه ها حاصل گردد. سپس متون مرتبط به تجربه شرکت کنندگان مطابق اهداف مطالعه به واحدهای معنی دار، جملات یا عبارات تقسیم گردید. سپس واحدهای معنی دار خلاصه شده و کدگذاری صورت گرفت و کدهایی که بیانگر مفهوم واحدی بودند در یک دسته قرار گرفتند. کدهای متعدد بر اساس تفاوت ها و شباهت ها با یکدیگر مقایسه شدند. مراحل کدگذاری شامل شناسایی و استخراج کدهای اولیه، شناسایی تم ها، بازبینی و تکمیل تم های شناسایی شده، نام گذاری و تعریف تم ها، کسب توافق بین دو کدگذار از طریق بحث و رفع موارد مورد اختلاف بود.

برای اعتبار^۲ داده ها از روش های بازبینی شرکت کنندگان^۳ و بازنگری ناظرین^۴ استفاده شده بطوریکه در پایان جلسه گفته

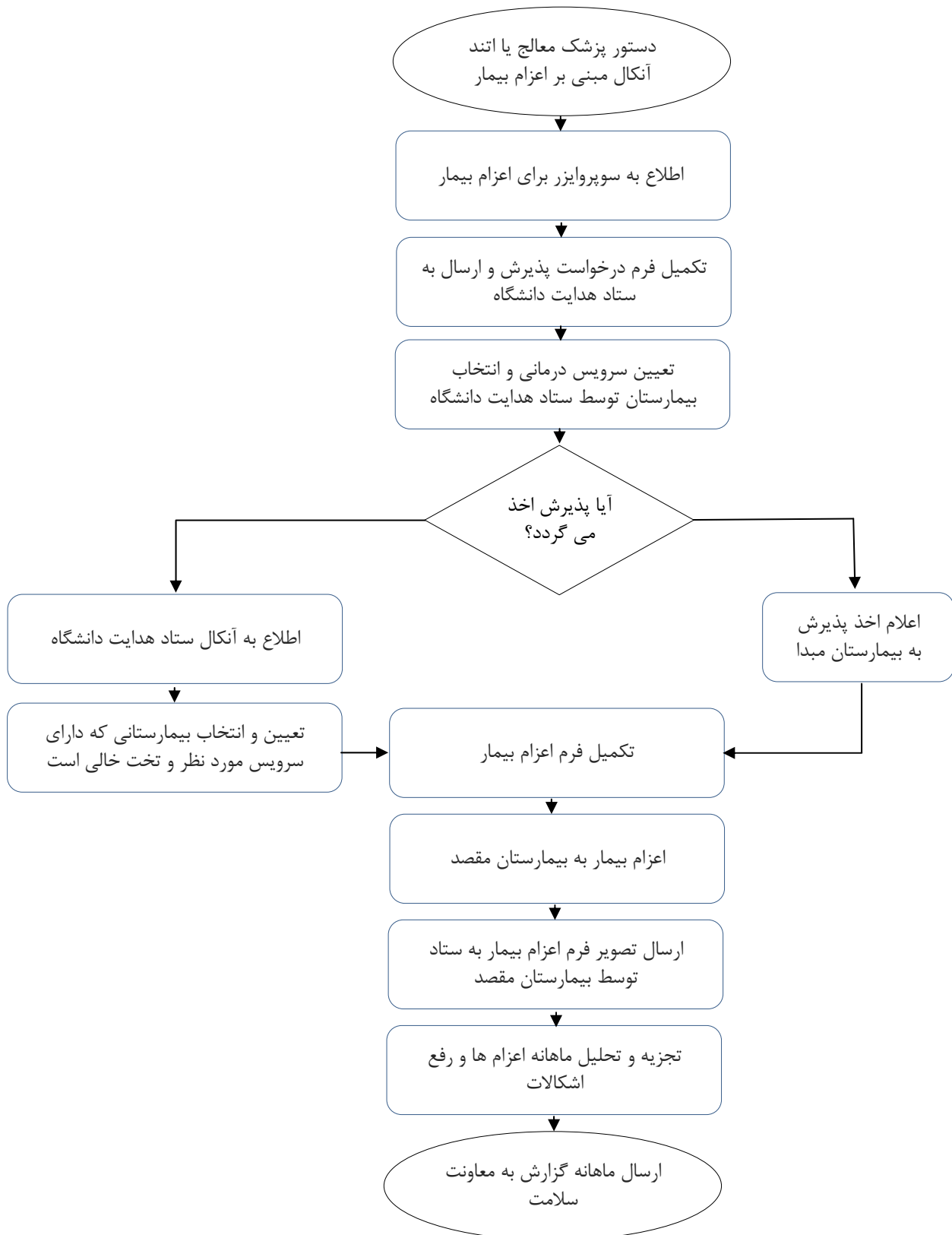
¹ Content Analysis

² Rigor

³ Respondent Validity

⁴ Peer & External check

فلوجارت شماره ۱: روند هماهنگی اعزام بیمار طبق دستورالعمل اعزام بیمار



کننده شماره ۱ " بیمارستان ها و ستاد هدایت درمان به یکدیگر اعتماد نداشته و بر این باورند که عملکرد هر کدام به نفع خودش است این عدم اعتماد متقابل بین بیمارستان ها و ستاد هدایت درمان منجر به تناقضاتی از قبیل امضا نکردن فرم اعزام به نشانه ی نارضایتی از عملکرد سرخود ستاد هدایت درمان می شود".

ب) عوامل تاثیر گذار بر روند هماهنگی فرآیند اعزام بیمار

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که در هماهنگی اعزام بیماران بین بیمارستان ها، مشکلات و محدودیت های تاثیر گذاری در هر یک از سطوح سه گانه ستاد هدایت درمان، بیمارستان اعزام کننده و بیمارستان پذیرش دهنده وجود دارد. عوامل تاثیر گذار بر روند هماهنگی فرآیند اعزام بیمار در ۴ درون مایه اصلی و ۱۸ زیر موضوع در جدول ۲ طبقه بندی شده اند. درون مایه های اصلی شامل ضعف در تبادل اطلاعات بالینی، محدودیت اطلاعات، ضعف در حمایت های قانونی و اجرای دستورالعمل ها و فقدان توانمندی لازم در مدیریت بیمار بودند.

جدول ۲: عوامل تاثیر گذار بر روند هماهنگی فرآیند اعزام بیمار

توسط ستاد هدایت درمان

موضوعات	زیرموضوعات
ضعف در تبادل اطلاعات بالینی	۱ در دسترس نبودن شرح حال دقیق بیمار ۲ ارائه شرح حال نادرست ۳ عدم اطمینان پزشکان به شرح حال ارائه شده
محدودیت اطلاعات	۱ عدم دسترسی ستاد هدایت درمان به سیستم HIS بیمارستان ها ۲ آمار نادرست تخت خالی در سیستم HIS بیمارستان ها ۳ عدم گزارش یا گزارش غیر صحیح آمار تخت های خالی ۴ ثبت و مستندسازی ناکارآمد در ستاد هدایت درمان
ضعف در حمایت های قانونی و اجرای دستورالعمل ها	۱ ضعف حمایت معاونت درمان ۲ عدم بهره گیری از قدرت قانونی توسط ستاد هدایت درمان ۳ عدم استفاده از مکانیسم های موثر بر جلب همکاری بیشتر بیمارستان ها ۴ نبود متولی خاص جهت نظارت بر اعزام ها ۵ ضعف در نظارت بر اجرای دستورالعمل اعزام بیمار ۶ نبود نظارت بر عملکرد پزشکان ۷ فقدان راهکار سازمان یافته در وقوع بحران ۸ نگرانی از عواقب قانونی اعزام بیمار در ستاد هدایت درمان ۹ اعزام بیمار بدون فرم اعزام
فقدان توانمندی لازم در مدیریت بیمار	۱ عدم تمایل به پذیرش بیمار ۲ نداشتن مهارت کافی و سلب مسئولیت

بررسی فرآیند اعزام در بیمارستان های منتخب نشان داد بیمارستان های اعزام کننده منطبق با روش جاری در هر بیمارستان پذیرش دهنده اقدام به درخواست پذیرش از بیمارستان های مقصد می کنند. بعنوان مثال یکی از مصاحبه شوندگان افزود: " ...روتین بیمارستان ۱ این است که با خود پزشکانش هماهنگ کنیم، در بیمارستان ۲ با سوپروایزر حرف بزنیم، در بیمارستان ۳ باید با اورژانس تماس بگیریم، در بیمارستان ۴ به درمانگاه زنگ بزنیم و برای اخذ پذیرش در بیمارستان ۵ با ستاد هدایت درمان هماهنگ کنیم... " عبارتی افراد متعدد با سمت های مختلف در فرآیند اعزام بیمار وارد می شوند.

همان گونه که در فلوچارت شماره ۲ نشان داده شده است، فرآیند اعزام با دستور اعزام توسط پزشک مبدا شروع و سپس با بیمارستان مقصد و یا با ستاد هدایت درمان جهت اخذ پذیرش تماس گرفته می شود. البته در اکثر موارد به منظور صرفه جویی در مدت زمان اخذ پذیرش، مستقیماً با بیمارستان مقصد (اورژانس یا بخش) تماس می گیرند و چنانچه موفق به اخذ پذیرش نشدند به ستاد هدایت درمان اطلاع می دهند. در صورت تماس با ستاد هدایت درمان جهت اخذ پذیرش، ستاد هدایت درمان مستقیماً با بیمارستان های واجد شرایط تماس می گیرد و پس از هماهنگی های لازم در صورت موفقیت یا عدم موفقیت در اخذ پذیرش، به بیمارستان اعزام کننده اطلاع داده و نتیجه را در فرم گزارش تماس های تلفنی ثبت می کند. چنانچه اعزام بدون اطلاع ستاد هدایت درمان باشد، بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده مستقیماً وارد تعامل شده و اعزام بیمار را هماهنگ می کنند. در اعزام بیمار بدون هماهنگی با مقصد در مواردی که حال بیمار وخیم است و انجام پروسه هماهنگی مستلزم صرف زمان زیادی است، بیمار را بدون هماهنگی اعزام و پس از اعزام بیمار به بیمارستان مقصد اطلاع می دهند.

گاهی اوقات اتفاق می افتد که بیمارستان مبدا بدون هماهنگی، مستقیماً بیمار را به یکی از بیمارستان های اصلی تبریز اعزام می کند و یا اینکه ستاد هدایت درمان بدون اخذ پذیرش از بیمارستان مقصد، مستقیماً دستور اعزام بیمار را صادر می کند. در چنین مواردی بیمارستان مقصد، از امضای فرم اعزام بیمار خودداری می کند. عدم امضای فرم اعزام در بیمارستان مقصد به هنگام هماهنگی اعزام بیمار توسط ستاد هدایت درمان یکی از مشکلات فرآیند اعزام بیمار از دیدگاه مصاحبه شوندگان می باشد. در این رویکرد، ستاد هدایت درمان با وجود عدم موفقیت در اخذ پذیرش از بیمارستان ها، از اختیارات خود استفاده کرده و دستور اعزام بیمار را به یکی از بیمارستان ها صادر می کند. اگر بیمارستان مقصد با اعزام بیمار موافقت نکند، پزشک بیمارستان مقصد فرم اعزام بیمار را هنگام پذیرش بیمار امضا نمی کند و عبارتی جایگاه قانونی ستاد هدایت درمان را نادیده تلقی می کند. از دیدگاه شرکت

ضعف در تبادل اطلاعات بالینی

در دسترس نبودن شرح حال دقیق بیمار برای ارائه به بیمارستان مقصد و ارائه شرح حال نادرست از ستاد هدایت درمان به بیمارستان مقصد برای افزایش شانس موفقیت در اخذ پذیرش بیمار، از مشکلات ارتباطی و تبادل اطلاعاتی بشمار می رفت. در این خصوص شرکت کننده شماره ۳ معتقد بود: "گاهاً در ستاد هدایت درمان به علت دقیق نبودن شرح حال، خودمان به تشخیص می رسیم یا مجبور هستیم که شرح حال نادرست به مقصد بگوییم البته نه اینکه اطلاعات را زیر و رو کنیم چون برایمان مسئولیت دارد، بلکه به نحوی شرح حال را جابجا کنیم و با ادبیاتی بگوییم که بتوانیم از بیمارستان مقصد پذیرش بگیریم، چون ماندن بیمار در تخت اضافه^۱ بیمارستان امام رضا، بهتر از ماندن بیمار در یک بیمارستان شهرستانی بدون امکانات است".

از نظر برخی از شرکت کنندگان شرح حال ارائه شده از ستاد هدایت درمان به پزشکان بیمارستان پذیرش دهنده، مورد اعتماد پزشکان نبوده و گاه تا آن حد تفاوت بین شرح حال ارائه شده به ستاد هدایت درمان و در نتیجه شرح حال انعکاس یافته از ستاد هدایت درمان به بیمارستان مقصد زیاد بوده که باعث بی اعتمادی پزشکان مقصد به ستاد هدایت درمان شده است. در صورتیکه ستاد هدایت درمان صرفاً منتقل کننده ی اطلاعات بوده است. به همین علت پزشک بیمارستان مقصد، پذیرش بیمار را بر ارائه شرح حال فقط از طرف پزشک اعزام کننده منوط می سازد. برخی صحبت های شرکت کننده شماره ۳ در ستاد هدایت درمان به شرح زیر بود: "درست این است که پزشک مبدا و مقصد در خصوص شرح حال بیمار صحبت کنند چون برخی پزشکان بیمارستان های پذیرش دهنده زمانی تصمیم به پذیرش یا رد بیمار می گیرند که فقط با خود پزشک اعزام کننده صحبت کنند بعبارتی به حرف ما توجه نمی کنند و یا گفته های ما را دقیق نمی دانند".

محدودیت اطلاعات

۱- ستاد هدایت درمان آمار دقیقی از تعداد تخت های خالی در بیمارستان ها نداشت که این محدودیت ناشی از چند عامل بود:

الف- ستاد هدایت درمان به سامانه اطلاعات بیمارستانی^۲ دسترسی نداشت تا از وضعیت تخت های بیمارستانی مطلع گردد. از اینرو بیمارستان ها با ستاد هدایت درمان تماس گرفته و وضعیت تخت ها را در هر شیفت اعلام می کنند.

ب- برخی از پرسنل بیمارستان ها آمار تخت های خالی سامانه اطلاعات بیمارستانی را به طور دقیق نمی دانستند بطوریکه شرکت کننده شماره ۲۱ گفت: "خیلی اوقات پیش آمده است که با وجود ترخیص بیمار یا فراموش کردن توسط

پرسنل، گزارش تخت او در سامانه اطلاعات بیمارستانی تصحیح نشده است".

ج- از نظر شرکت کنندگان به دلیل اینکه بازدهایی توسط ستاد هدایت درمان از صحت تخت های خالی گزارش شده ی بیمارستان ها صورت نمی گیرد، بعضی از سوپروایزرهای بیمارستان ها با وجود دارا بودن تخت خالی، آمار تخت های خالی را گزارش نمی کنند. همچنین از دیدگاه کارکنان ستاد هدایت درمان، بیمارستان ها آمار دقیق تخت های خالی را به درستی به ستاد هدایت درمان گزارش نمی کنند. دلیل این اقدام را یکی از کارکنان بیمارستان های پذیرش دهنده مربوط به عدم هماهنگی تخت های در نظر گرفته شده برای بیماران اعزامی با سایر بیماران اورژانسی می دانست و شرکت کننده شماره ۱۳ چنین توضیح داد: "در برخی مواقع قبل از رسیدن بیمار اعزام شده به بیمارستان مقصد، تخت خالی اعلام شده به ستاد هدایت درمان توسط بیمار بدحال آورده شده توسط اورژانس ۱۱۵ پر می شود، بنابراین ما بنا به مصلحت آمار تعداد محدودی از تخت ها را اعلام نمی کنیم".

۲- ثبت اطلاعات و مستندسازی ناکارآمد در ستاد هدایت درمان، در دو حیطة "عدم ثبت برخی پذیرش ها و اعزام ها توسط کارشناسان و بایگانی فرم های گزارش تماس های تلفنی بدون تجزیه و تحلیل ماهانه آنها" وجود داشت. برخی اوقات کارشناس ستاد هدایت درمان (معمولاً در شیفت های شب)، علیرغم اخذ پذیرش، آن را در فرم مخصوص یادداشت نمی کند و ثبت آن را به صبح روز بعد موکول می کند که این موضوع عملاً منجر به فراموشی و از دست رفتن برخی اطلاعات می گردد. به بیان شرکت کننده شماره ۵ "فرم های گزارش تماس های تلفنی که در هر بار تماس تلفنی تکمیل می شوند، طی یک ماه به هم ضمیمه شده و بایگانی می شوند و هیچ تحلیلی روی آنها صورت نمی گیرد، چون کسی از ما چیزی نمی خواهد. در صورتی که در گذشته تک تک این فرم ها را بررسی و از لحاظ آماری تحلیل می کردیم".

ضعف حمایت های قانونی و اجرای دستورالعمل ها

کم توجهی و حمایت ناکافی معاونت درمان از ستاد هدایت درمان نیز از عوامل موثر بر هماهنگی اعزام بیمار محسوب می شد. در این خصوص شرکت کننده شماره ۵ مشکل را چنین مطرح کرد: "ما گم شده ایم، کسی با ما کاری ندارد". از دیدگاه مصاحبه شوندگان در حال حاضر ستاد هدایت درمان عملاً نقش فعالی نداشته و نمی تواند بیمارستان ها را تحت فشار قرار دهد و بیمارستان ها حرف شنوی خوبی از ستاد هدایت درمان ندارند. از دیدگاه شرکت کننده شماره ۲۳ "ستاد هدایت درمان مکانی برای هماهنگی اعزام بیمار بین بیمارستان ها است ولی تبدیل شده به ستاد هدایت به یک بیمارستان خاص".

¹ Extra

² HIS

یک درصد شانس زنده ماندن بیمار باشد. لذا طبق صلاحدید خودم دستور اعزام بیمار را دادم بدون آنکه با بیمارستان پذیرش دهنده هماهنگ شده باشم. اگر احياناً برای بیمار اتفاقی بیافتد و یا فوت کند قانون من را مقصر می شناسد نه پزشکی را که پذیرش نداد".

از دیدگاه مصاحبه شوندهگان، عدم تمایل بیمارستان های خصوصی برای پذیرش بیماری که حال او وخیم است، ناشی از عدم اجرای دستورالعمل اعزام بیمار بود. چرا که بر اساس دستورالعمل اعزام بیمار، بیمارستان های خصوصی موظف به همکاری با ستاد هدایت درمان در پذیرش بیماران هستند. شرکت کنندگان شماره ۱۸ و ۱۹ معتقد بودند که "در اکثر موارد با آگاهی از نبود تخت خالی در یک بیمارستان، باز هم بیمار را به آنجا اعزام می کنیم چون بجز آنجا گزینه دیگری برای اعزام نداریم. بیمارستان خصوصی هم تا می داند بیمار بدحال است و احتمال فوت او وجود دارد خودش را کنار می کشد". "همچنین اعزام بیمار به بیمارستان خصوصی از لحاظ اقتصادی برای بیمار به صرفه نیست، همان قانونی که اجازه ی تاسیس بیمارستان خصوصی را داده باید برای چنین مواردی هم چاره ای بیاندیشد".

اعزام بیمار بدون برگ اعزام نیز یکی دیگر از مشکلات ضعف در دستورالعمل اعزام بیمار محسوب می شد که در بیمارستان های خصوصی بسیار رایج بود. مصاحبه شونده شماره ۱۴ در بیمارستان پذیرش دهنده می گفت "بیشترین بیماران را از بیمارستان های خصوصی اعزام می کنند. اما اگر فرم های اعزام را بررسی کنید شاید از هر صد عدد فرم، فقط یکی از بیمارستان خصوصی باشد. آنها را درون آمبولانس گذاشته و جلوی در پیاده می کنند. یا خودشان به بیماران بدحال سمت و جهت می دهند که به بیمارستان های دولتی بیایند".

فقدان توانمندی لازم در مدیریت بیمار

طبق نظر برخی از مصاحبه شوندهگان، چنانچه برخی رزیدنت ها از شرایط بسیار نامساعد بیمار اطلاع پیدا کنند، بیش از پیش از پذیرش طفره می روند و هماهنگی برای اعزام بیمار با عدم موفقیت همراه می گردد. از دیدگاه شرکت کننده ای، این توانمندی پایین کارکنان باعث فرافکنی شده و همراهان بیمار را علیه بیمارستان اعزام کننده تحریک می کند. شرکت کننده شماره ۱۷ معتقد بود که "همراهان بیمار را طوری قانع می کنند که اگر فلان کارها در مبدا صورت می گرفت بیمار شما فوت نمی کرد، به نوعی می خواهند به همراه بیمار تفهیم و القا کنند که فوت بیمار تقصیر ما نیست".

همچنین گاهی اوقات کادر درمانی نمی توانند اقدامات لازم برای درمان بیمار را انجام دهند و هماهنگی اعزام بیماران به دلیل ترس از عواقب بعدی و یا به جهت شانه خالی کردن از

عدم استفاده ی ستاد هدایت درمان از ابزارهای موثر برای جلب همکاری بیشتر بیمارستان ها یکی دیگر از مشکلات ناشی از ضعف حمایت قانونی بود بطوریکه شرکت کننده شماره ۳ افزود: "...قبلا که رئیس دانشگاه از ستاد هدایت درمان حمایت می کرد، بیمارستان ها همکاری خوبی با ستاد هدایت درمان داشتند. موردی بود که رزیدنت بخاطر عدم همکاری با ستاد هدایت درمان به کمیته انضباطی رفت و تمدید دوره شد. یعنی تنبیه شد. اما استفاده از اهرم های تشویق بهتر است. همانطور که در گذشته در صورت رضایت از عملکرد پزشکان، برای هیئت علمی ها امتیاز ارتقا می دادیم و برای آنهايي که هیئت علمی نبودند سکه طلا می گرفتیم".

نبود نظارت بر اعزام ها و ضعف در نظارت بر اجرای دستورالعمل اعزام بیمار از کاستی هایی بودند که مسائلی از قبیل اعزام بدون هماهنگی با ستاد هدایت درمان و بیمارستان پذیرش دهنده از آن ناشی می شدند. در این خصوص شرکت کننده شماره ۱۶ عقیده داشت: "در سال های گذشته بازدیدهایی از طرف ستاد هدایت درمان از بیمارستان ها و بررسی فرم های اعزام صورت می گرفت ولی متأسفانه در حال حاضر این اقدام انجام نمی شود".

نظارت بر عملکرد پزشکان نیز می تواند در بهبود هماهنگی اعزام تاثیرگذار باشد. مصاحبه شونده شماره ۱۹ معتقد بود که "... نباید پزشکان از اول بنا را بر اعزام بیمار بگذارند، تا به حال یک نفر به پزشک ارتوپد نگفته که چرا برای یک شکستگی ساده، اعزام بیمار را هماهنگ کردی".

فقدان راهکار سازمان یافته جهت تعیین تکلیف بیماران حین وقوع بحران و نارضایتی از نحوه ی توزیع آنها مابین بیمارستان ها از مشکلات جاری و حل نشده در ستاد هدایت درمان بود. به نظر شرکت کننده ۱ " تا یک وضعیت بحرانی پیش می آید که باید برای اعزام چندین بیمار هماهنگی با بیمارستان های پذیرش دهنده صورت گیرد، دست و بال ستاد هدایت درمان بسته می شود و هر بیمارستانی ناراضی می شود که چرا فقط به بیمارستان ما اعزام می کنید و ما در این مواقع واقعاً نمی دانیم که چه کار کنیم، از یک طرف بیمارستان شهرستانی با کمترین امکانات و درگیری با بیمارستان های پذیرش دهنده و از طرف دیگر فکر جان دادن یک انسان".

کارکنان ستاد هدایت درمان دغدغه هایی هم نسبت به عواقب قانونی اعزام بیمار در صورت وقوع یک مشکل برای بیمار اعزام شده، در زمان صدور دستور اعزام توسط آنها داشته و حمایت و پشتوانه ی قانونی را در چنین مواردی کافی نمی دانستند. شرکت کننده شماره ۲ بیان کرد "خوب اگر نتوانستیم از بیمارستانی پذیرش بگیریم ولی طبق تجربه به این نتیجه رسیدم که شاید به دنبال اعزام بیمار نسبت به عدم اعزام آن

مسئولیت صورت می گیرد. شرکت کننده شماره ۲۱ بیان کرد: "بیمارستان های شهرستانی عمداً تفکر همراهان بیمار را به سمت اعزام سوق می دهند".

بحث

نظارت و هماهنگی

نارضایتی ستاد هدایت درمان از بیمارستان های مقصد مبنی بر عدم پذیرش بیماران در صورت طی شدن فرآیند هماهنگی اعزام توسط ستاد هدایت، نارضایتی بیمارستان های مقصد از بیمارستان های مبدا بخاطر اعزام بدون هماهنگی و شاکتی بودن بیمارستان مبدا از ستاد هدایت درمان مبنی بر عدم توانایی برای اخذ پذیرش، همگی ناشی از عدم پیروی از یک روند مشخص و استاندارد برای اخذ پذیرش و تعاملات غیراثربخش سطوح مذکور است. بدیهی است که تعاملات غیر اثربخش، احتمال اعزام نادرست بیمار را افزایش می دهد (۸).

طولانی بودن فرآیند اخذ پذیرش بعلت دخیل شدن افراد متعدد در فرآیند اعزام بیمار و اعزام های نادرست و بدون هماهنگی مشکلات زیادی را برای بیمار و نظام سلامت به دنبال دارند. از اینرو ستاد هدایت درمان دانشگاه به عنوان نهاد هماهنگ کننده ی اعزام بیمار تعیین شده است که مسئولیت اخذ پذیرش درمورد کلیه بیماران نیازمند اعزام از مراکز درمانی دولتی و خصوصی و مسئولیت پیدا کردن تخت خالی در بیمارستان های دانشگاهی و سپس در بیمارستان های غیر دانشگاهی را به عهده دارد. برای دسترسی به استمرار فرآیند درمان باید هماهنگی اعزام بیمار مابین کارکنان بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده و ستاد هدایت درمان ارتقا پیدا کرده و ستاد هدایت درمان بعنوان تشکیلات نظارت کننده در فرآیند اعزام بیمار جایگاه خود را حفظ کند.

یکی از علل عدم هماهنگی بیمارستان های اعزام کننده با ستاد هدایت درمان شاید ناشی از نداشتن پشتوانه قانونی قوی ستاد هدایت درمان برای اخذ پذیرش باشد. در گذشته پزشک آنکال ستاد هدایت درمان از اختیارات قانونی قوی جهت تاثیرگذاری بر اخذ پذیرش برخوردار بود اما متأسفانه در حال حاضر پست سازمانی آنکال از چارت تشکیلاتی حذف شده است. مطالعه ی Abraham و همکاران در سال ۲۰۱۰ برای تسهیل هماهنگی اعزام بیمار برحمایت از نقش تسهیل گرها (Integrators) در اعزام بیمار تاکید داشته و تاثیر آنها را بر غلبه بر مشکلات روند اعزام بیمار و موفقیت در اخذ پذیرش بیماران از طریق مذاکره با پزشکان قابل توجه می داند (۸). در هر صورت حل مشکل اخذ پذیرش، نیازمند سازماندهی مجدد ساختار نیروی انسانی (پزشک آنکال) و مجاب کردن بیمارستان ها به هماهنگی با ستاد هدایت درمان در همه ی اعزام ها است

که این نیز جز با همکاری مراتب قانونی مافوق همچون معاونت درمان حاصل نمی شود. البته ستاد هدایت درمان نیز بایستی در عملکرد خود مبنی بر استفاده از حداکثر توان برای اخذ پذیرش از بیمارستان ها تجدید نظر نماید. ستاد هدایت درمان باید بعنوان ساختار تشکیلاتی هماهنگ کننده ی فرآیند اعزام بیمار اعتماد بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده را جلب نموده و با مذاکره و متقاعد کردن بیمارستان های پذیرش دهنده موفق به اخذ پذیرش برای بیماران گردد.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر به نظر می رسد که فقدان نظارت بر عملکرد دستگاه های اجرایی از جمله بیمارستان ها و عملکرد پزشکان در حیطه ی اعزام بیمار موجب بروز مشکلات در فرآیند هماهنگی اخذ پذیرش برای بیمار شده است. در گذشته نظارت بر روند اجرای صحیح اعزام ها و صحت آمار تخت های خالی گزارش شده توسط ستاد هدایت درمان صورت می گرفت. در این رویکرد کارشناسان ستاد هدایت درمان بصورت تصادفی به بیمارستان ها مراجعه و اعزام های بدون هماهنگی با ستاد هدایت درمان، استانداردهای اعزام از قبیل تثبیت بیمار، مناسب بودن کادر پزشکی، اقدامات مناسب دارویی و درمانی انجام شده به کمک چک لیست هایی بررسی می شدند. به نظر می رسد بایستی عملکرد فوق مجدداً احیا گردد و ستاد هدایت درمان یک تشکیلات نظارتی و هماهنگ کننده در فرآیند اعزام بیمار باشد. نظارت بر عملکرد بیمارستان ها از طریق اخذ گزارشات ادواری از بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده درباره بیماران اعزام شده نیز می تواند منجر به مدیریت بهتر گردد. همچنین پیشنهاد می گردد بهبود نظام نظارتی و اعتباربخشی پیرامون مدیریت فرآیند اعزام بیمار بعنوان یکی از راهکارها باشد. علاوه بر نظارت بر عملکرد بیمارستان ها، نظارت بر عملکرد کارکنان ستاد هدایت درمان توسط معاونت درمان، از طریق مکانیسم هایی مانند رضایت سنجی از بیمارستان ها نیز می تواند عاملی برای بهبود عملکرد باشد.

ستاد هدایت درمان باید بر اساس قابلیت ها و ظرفیت های بیمارستان ها و بیشترین احتمال بهبودی برای بیمار، هماهنگی اعزام بیماران را بطور عادلانه انجام دهد تا از افزایش غیر عادی بار کاری به یک بیمارستان جلوگیری شود. اما بعلت عدم همکاری برخی بیمارستان ها بویژه بیمارستان های خصوصی، تعداد بیمارستان های در دسترس حایز شرایط پذیرش بیمار کم شده است و انتخاب بیمارستان های مقصد بر مبنای روشن و شفاف صورت نمی گیرد. نتیجه ی یک بررسی کیفی نیز نشان داد که در تصمیم گیری برای اعزام بیمار، در اکثر موارد نزدیک بودن بیمارستان مدنظر قرار می گیرد تا کیفیت خدماتی که در آن بیمارستان ارائه می

پذیرش دهنده بویژه بیمارستان های خصوصی از پذیرش بیمار طفره نروند. کیفیت ضعیف ارتباطات و تضاد اطلاعات ارایه شده با وضعیت بیمار بهنگام ورود به بیمارستان در مطالعه ی King و همکاران در سال ۲۰۱۳ نیز وجود داشت و محققین این تضاد اطلاعات را ناشی از فقدان برنامه های آموزشی می دانستند (۲۶). در پژوهش حاضر نیز تناقض تبادل اطلاعات، بی اعتمادی بیمارستان ها به یکدیگر را در پی داشته و باعث می شود بیمارستان ها آمادگی لازم برای پذیرش را نداشته باشند. این امر در نهایت به ضرر بیمار اعزامی تمام شده و منجر به تاخیر در درمان وی می شود. اما شایان توجه است که روابط مبتنی بر اعتماد باعث بهبود همکاری افراد در یک سازمان می شود. نبود اطمینان نسبت به صحت اطلاعات ارایه شده در نزد پرستاران مرکز پذیرش دهنده در مطالعه ی Olsen و همکاران در سال ۲۰۱۳ نیز بیان شده است. در آن پژوهش با وجود اینکه دستورالعمل های مشخصی برای تبادل اطلاعات وجود داشت، اما پرستاران نظرات شخصی خود را اعمال می کردند (۱۳). در مطالعه ی حاضر نیز به نظر می رسد اعمال نظرات شخصی در بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده مانع از بیان صحیح واقعیت ها می شود. برای حل این مشکل باید دستورالعمل های شفاف و کاربردی تدوین شده، کارکنان نسبت به عواقب قانونی اطلاعات نادرست توجیه گردیده و ارزشیابی مستمر و جدی از فرآیند اعزام بعمل آید.

طبق دستورالعمل اعزام بیمار، کلیه بیمارستان ها موظف به اعلام کتبی تعداد تخت های خالی ویژه در سه نوبت در روز به ستاد هدایت درمان هستند (۱۵). این وظیفه توسط برخی بیمارستان ها انجام نمی شود. حتی در صورت اعلام تخت خالی، کماکان مشکلاتی نیز وجود دارند. ممکن است آمار تخت ها نادرست بوده و کم گزارش دهی اتفاق بیافتد و در صورت صحت آمار، باز هم نمی توان بصورت قطعی به خالی باقیماندن این تخت ها اعتماد کرد. چرا که اطلاعات مربوط به زمان واقعی (real time) نبوده و ممکن است اندکی پس از اعلام آمار، ظرفیت تخت های خالی در بیمارستان ها تکمیل شود. در صورت وجود امکان دسترسی ستاد هدایت درمان به سامانه اطلاعات بیمارستانی در بیمارستان های مقصد، تخت های خالی بیمارستان ها توسط ستاد هدایت درمان قابل مشاهده بوده و دیگر نیازی به استعلام آمار تخت خالی از بیمارستان ها نمی باشد. نادرست بودن و عدم صحت آمار تخت های خالی در سیستم اطلاعات بیمارستانی می تواند ناشی از ضعف نظارت و یا بار کاری زیاد کارکنان درمانی باشد. شواهد نشان می دهد یکی از علل عدم ثبت دستورات پزشکی و پرستاری در سیستم اطلاعات بیمارستانی بار کاری پزشکان و پرستاران می باشد (۲۷).

شود (۲۰). همچنین در مطالعه ی Iwashyna و همکاران در سال ۲۰۱۲، سیستمی برای تعیین کیفیت خدمات بیمارستان و وجود تخت خالی نبود تا بیمار به بیمارستانی که بیشترین احتمال بهبودی وجود دارد، اعزام شود. لذا محققین پژوهش مذکور، تدوین و توسعه دستورالعمل ها در سطح بیمارستان اعزام کننده، استفاده از فناوری های اطلاعاتی و سامانه های ادغام یافته تصمیم گیرنده برای اعزام (با توجه به شرایط بالینی بیمار) را پیشنهاد داده بودند (۲۱). به نظر می رسد که راهکارهای مذکور در نظام سلامت ایران نیز برای بهبود هماهنگی اعزام بیمار و انتخاب درست بیمارستان های مقصد اثربخش باشند.

علیرغم اینکه اعزام بیمار به منظور ارائه مراقبت های کامل و با کیفیت صورت می گیرد، اما می تواند واجد خطرات پزشکی برای بیمار و همچنین عواقب قانونی برای پزشک اعزام کننده باشد (۲۲، ۲۳). در صورت هماهنگی اعزام توسط ستاد هدایت درمان، این عواقب قانونی متوجه کارکنان آنها نیز می گردد. لذا باید پشتوانه های قانونی برای حمایت از کارکنان ستاد هدایت درمان و تفویض جهت اخذ پذیرش، هماهنگی اعزام و اعلام آن به بیمارستان ها وجود داشته باشد.

تبادل اطلاعات

ارایه شرح حال ناقص و یا مبهم، از عواملی است که تاثیر منفی بر هماهنگی اعزام بیمار به بیمارستان های واجد شرایط دارد. به نظر می رسد توجیه نبودن افراد نسبت به اهمیت اطلاعات، عدم آگاهی از ارکان اصلی شرح حال و یا انتظارات مختلف متخصصین می توانند از دلایل ارایه شرح حال ناکافی یا مبهم باشد. شواهد نشان داده است که برداشت های مختلف پرستاران در خصوص درخواست های متفاوت متخصصین از شرایط و شرح حال بیمار، منجر به عدم ارایه اطلاعات مورد نیاز در اعزام بیمار می شود (۱۳، ۲۴). بدیهی است که آگاهی از شیوه ی استاندارد ارایه شرح حال و داشتن دید مشترک می تواند به حل مشکل تضاد اطلاعات کمک کرده و استانداردسازی عناصر جریان اطلاعات، می تواند در اطمینان از کیفیت و ایمنی اعزام بیمار تاثیرگذار باشد (۲۵). تشکیل جلساتی با حضور دست اندرکاران فرآیند اعزام بیمار جهت به اشتراک گذاشتن دیدگاه ها و نگرش ها و یکسان سازی چارچوب تبادل اطلاعات می تواند یکی از راهکارهای بهبود هماهنگی در فرآیند اعزام بیمار باشد (۸).

گاهی اوقات اتفاق می افتد که بیمارستان های اعزام کننده با وخیم جلوه دادن وضعیت بیمار، بیمارستان مقصد را مجاب به اخذ پذیرش می کنند. البته برعکس این حالت نیز ممکن است رخ دهد. بطوریکه بیمارستان ها ممکن است وضعیت عمومی بیمار را مطلوب گزارش کنند تا بیمارستان های

شد. در بیمارستان اعزام کننده، متقاعد کردن عمدی همراهان بیمار برای اعزام بیمار و در بیمارستان پذیرش دهنده، تحریک همراهان بیمار علیه بیمارستان مبدا مبنی بر عدم انجام وظایف و اقدامات در بیمارستان مبدا اتفاق می افتاد، که هر دو حالت شاید ناشی از عدم توانمندی برای درمان بیمار و یا سلب مسئولیت باشد. داشتن دیدگاه منفی، عدم اعتماد بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده به یکدیگر و بی توجهی به رسالت مشترک از عوامل تعیین کننده در سلب مسئولیت بشمار می روند (۸، ۱۳). لذا باید رسالت بیمارستان ها شفاف سازی شده و کارکنان نیز دید سیستمیک در موضوع اعزام بیمار داشته باشند.

محدودیت های مطالعه

مطالعه ی حاضر دارای محدودیت های نیز بود. هدف مطالعه، انجام مطالعه ی کیفی با روش بحث گروهی متمرکز بود ولی پس از برگزاری سه جلسه، به دلیل عدم حضور برخی از افراد دعوت شده در جلسات بخاطر شیفت های کاری، روش مطالعه به مصاحبه های انفرادی تغییر پیدا کرد. احتمالاً حضور دست اندرکاران اعزام بیمار از هر کدام از سطوح ستاد هدایت درمان، بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده در کنار یکدیگر می توانست منجر به شفافیت بیشتری در بیان مشکلات گردد. محدودیت دیگر مطالعه انتخاب فقط یک بیمارستان اعزام کننده برای مصاحبه بود که در صورت انتخاب چندین بیمارستان اعزام کننده شاید مشکلات دیگری نیز شناسایی می شد.

نتیجه گیری نهایی

ضعف در هماهنگی اعزام بیمار ناشی از عدم پیروی از یک روند مشخص برای اخذ پذیرش و تعاملات و تبادل اطلاعات غیر اثربخش می باشد. برای استمرار صحیح فرآیند درمان باید هماهنگی اعزام بیمار ارتقا پیدا کرده و ستاد هدایت درمان به عنوان تشکیلات نظارت کننده در فرآیند اعزام، جایگاه خود را حفظ نماید. همچنین لزوم نظارت دقیق و مستمر مسئولین مافوق، ملزم نمودن دست اندرکاران اعزام بیمار جهت اجرای صحیح دستورالعمل ها، افزایش همکاری و هماهنگی بین بخشی و بهبود زیرساخت های ارتباطی برای تبادل اطلاعات ضروری می باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و همچنین کارکنان بیمارستان ها و ستاد هدایت و اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان تشکر و قدردانی می نمایند.

شواهد نشان می دهد که برای حل مشکل پنهان کاری تخت های بیمارستانی در حیطه اعزام بیمار از سیستم نمایش وضعیت تخت های بیمارستانی^۱ را که وضعیت تخت های بیمارستانی نشان می دهد، استفاده شده است و برخی مطالعات نیز برای حل مشکل مذکور استفاده از ارتباطات تصویری^۲ را مطرح کرده اند (۸). همانطور که ذکر شد استفاده از مکانیسم های اعلام تخت خالی، بکارگیری فناوری های اطلاعات جدید برای مخابره ی به موقع اطلاعات و نظارت و بازدید سرزده ستاد هدایت درمان از تخت های خالی بیمارستان ها می توانند از راهکارهای پیشنهادی برای حل معضل اعلام صحیح آمار تخت های خالی باشند. البته فناوری های مذکور باید بر مبنای زیرساخت هایی مانند توجه به فرهنگ سازمانی و نگاه نظام سلامت به اهمیت و اولویت فرآیند اعزام بیمار مورد استفاده قرار گیرند (۲۱).

بر اساس دستورالعمل اعزام بیماران، در آخر هفته کلیه اعزام ها باید در ستاد هدایت درمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و نسبت به رفع علل اعزام غیرموجه یا نامناسب، یا رد پذیرش به دلایل غیر موجه از طریق معاونت درمان اقدامات لازم صورت گیرد (۱۵). مطالعه حاضر نشان می دهد مستندسازی در سطح ستاد هدایت درمان کارآمد نبوده و تحلیلی روی داده ها صورت نمی گیرد. علت اثربخش نبودن ثبت و مستندسازی در ستاد هدایت درمان می تواند عدم نیاز به گزارش عملکرد بیمارستان ها و عدم درخواست مراجع مافوق از ستاد هدایت درمان باشد. در صورتیکه گزارش عملکرد بیمارستان ها، موجب تسهیل هماهنگی اعزام به بیمارستان هایی که همکاری بهتری دارند، می گردد.

ویژگی های شخصیتی افراد

ویژگی های شخصیتی بر رفتار فرد در سازمان تاثیر می گذارند و افراد را مستعد انجام رفتارهای متفاوت در موقعیت های مختلف می نماید. در مطالعه ی حاضر، ویژگی های شخصیتی افراد دست اندرکار در اعزام بیمار بر هماهنگی اعزام توسط آنها تاثیر گذار بوده است. بطوریکه برخی رزیدنت ها تمایلی به پذیرش بیماران بدحال نداشتند. یکی از دلایل این امر می تواند نبود اعتماد به نفس در آنها باشد و سعی کنند تا حد امکان از پذیرش بیماران طفره روند. ارتقای توانمندی علمی رزیدنت ها، نظارت بر عملکرد آنها، استفاده از اهرم های تشویق و تنبیه و شفاف سازی بیشتر وظایف، مسئولیت ها و دستورالعمل اعزام بیمار می تواند در بهبود عملکرد رزیدنت ها و در نهایت در بهبود هماهنگی اعزام بیمار اثربخش باشد. همچنین در مطالعه ی حاضر، در بیمارستان های اعزام کننده و پذیرش دهنده، گاهاً دو حالت کاملاً غیر همسو مشاهده می

¹ Bed board tracking system

² video communication

References

1. Armagan E, Gultekin AI M, Engindeniz Z, Tokyay R. Compliance with protocols in transferring emergency patients to a tertiary care centre. *Injury* 2004;35(9):857-63.
2. Hendrich AL, Fay J, Sorrells AK. Effects of acuity-adaptable rooms on flow of patients and delivery of care. *AJCC* 2004;13(1):35-45.
3. Mackenzie PA, Smith EA, Wallace PG. Transfer of adults between intensive care units in the United Kingdom: postal survey. *BMJ* 1997;314(7092):1455.
4. Iwashyna TJ, Christie JD, Moody J, Kahn JM, Asch DA. The structure of critical care transfer networks. *Med care*. 2009;47(7):787-93.
5. Ashkenazi I, Haspel J, Alfici R, Kessel B, Khashan T, Oren M. Effect of teleradiology upon pattern of transfer of head injured patients from a rural general hospital to a neurosurgical referral centre. *EMJ* 2007;24(8):550-2.
6. Barry P, Ralston C. Adverse events occurring during interhospital transfer of the critically ill. *Arch Dis child* 1994;71(1):8-11.
7. Chang-ying L, Xing-chan L. Intrahospital transport of critically ill patients. *GMUJ* 2012;2:072-75.
8. Abraham J, Reddy MC. Challenges to inter-departmental coordination of patient transfers: a workflow perspective. *IJMI* 2010;79(2):112-22.
9. Xiao Y, Seagull FJ. Emergent CSCW systems: the resolution and bandwidth of workplaces. *IJMI* 2007;76:S261-S6.
10. Berg M. Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices: Cambridge: MIT press; 1997.
11. Farley-Hills ED. Transfer of the critically ill adult: building an infrastructure for Wales: *JICS* 2010;11(3):280-3.
12. Romøren TI, Torjesen DO, Landmark B. Promoting coordination in Norwegian health care. *IJIC* 2011;11(Special 10th Anniversary Edition).
13. Olsen RM, Ostnor BH, Enmarker I, Hellzen O. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *JCN* 2013;22(19-20):2964-73.
14. Boockvar KS, Burack OR. Organizational relationships between nursing homes and hospitals and quality of care during hospital-nursing home patient transfers. *AGSJ* 2007;55(7):1078-84.
15. Protocol for Interhospital Patient Transfer. In: Ministry of Health & Medical Education DoCA, editor. Republic Islamic of Iran 2007. p. 1-12.
16. Protocol for Interhospital Patient Transfer. In: Ministry of Health & Medical Education DoCA, editor. Republic Islamic of Iran 2001. p. 11-2.
17. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *AAMC* 2004;79(2):186-94.
18. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297(8):831-41.
19. Behara R, Wears R, Perry S, Eisenberg E, Murphy L, Vanderhoef M. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005.
20. Bosk EA, Veinot T, Iwashyna TJ. Which patients and where: a qualitative study of patient transfers from community hospitals. *Med care* 2011;49(6):592-8.
21. Iwashyna TJ. The incomplete infrastructure for interhospital patient transfer. *CCM* 2012;40(8):2470-8.
22. Domeier RM, Hill JD, Simpson RD. The development and evaluation of a paramedic-staffed mobile intensive care unit for inter-facility patient transport. *PDM* 1996;11(1):37-43.
23. Wuerz R, Meador S. Adverse events during interfacility transfers by ground advanced life support services. *PDM*. 1994;9(1):50-3.
24. Apker J, Mallak LA, Gibson SC. Communicating in the "gray zone": perceptions about emergency physician hospitalist handoffs and patient safety. *Academic emergency medicine: SAEM* 2007;14(10):884-94.
25. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients--development of a discharge checklist for hospitalists. *SHM* 2006;1(6):354-60.
26. King BJ, Gilmore-Bykovskyi AL, Roiland RA, Polnaszek BE, Bowers BJ, Kind AJ. The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study. *AGSJ* 2013;61(7):1095-102.
27. Pourasghar F, Tabrizi JS, Asghari Jafarabadi M, Abdollahi L. Data Collection Patterns in Hospitals of Tabriz. *JCRG* 2014;99-104.

Coordination of Patient Transfer Process and Role of the Center for Treatment Guidance and Information of Tabriz University of Medical Sciences

Pourasghar F¹, Sadegh Tabrizi J², Kavakebi N^{3*}, Banagozari Mohammadi A⁴

Submitted: 2015.5.25

Accepted: 2015.9.8

Abstract

Background: Patient transfer requires the wide variety of functions such as collaboration, appropriate communication and coordination between hospitals and the Center for Treatment Guidance and Information (CTGI). This study aimed at determining the influencing factors in the coordination of patient transfer and also explaining the situation of the CTGI in patient transfer process coordination.

Materials and Methods: This study was a qualitative study (phenomenology) conducted using three Focus Group Discussions (FGD) and thirty interviews with participants who were involved in the process of patient transfer in a referring hospital, six patient receiver hospitals and CTGI in Tabriz. Purposive sampling was used to select study participants. Data was analyzed using content analysis.

Results: The effective factors of the patient transfer coordination were categorized in four main themes including weakness in the exchange of clinical information, data constraints, legal protections weakness and guidelines implementation and lack of clinical empowerment in managing patient. Eighteen sub-themes were identified which include legal protections weakness and guidelines implementation in center for treatment guidance as sector problems.

Conclusion: There are some problems in coordination of patient transfer process which is relate to non adherence a specific procedure for admission , ineffective interactions and information exchange. In order to achieve uninterrupted medical treatment, the patient transfer coordination should be improved. The center for treatment guidance and information should be obtained its position as a supervising authority.

Keywords: Patient transfer, Information exchange, Center for Treatment Guidance and Information

¹ Assistant Professor in Medical Informatics, Road Traffic Injury Research Center and Dept. of Medical Informatics, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Associate Professor in Health Care Management, Health Care Management Research Center, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ MSc student in Health Care Management and Member of Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (*Corresponding author), Email: kavakebi.n@gmail.com, Address: No 15, Saba Valley, Baharestan Valley, Talar milad Street, Dampezhki Street, Tabiz, Tel: 09143637319

⁴ General physician , Disaster and Emergency Medical Management Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran