



معاونت درمان

جزوه آموزشی حاکمیت خدمات بالینی

گرد آوری و تنظیم:

فاطمه اله وردی سر آسیابی (کارشناس حاکمیت بالینی)

اردیبهشت ۱۳۹۰

حاکمیت بالینی Clinical Governance :

تعالی خدمات بالینی در مفهوم کلی به معنای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی ارائه دهندگان و متولیان امر سلامت در قبال کیفیت خدمات ارائه شده به مردم است.

شعار و پیام سازمان جهانی بهداشت در ۱۹ می ۲۰۰۳ «سلامت پایه توسعه است»

تاریخچه:

اولین جنبش ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در سال ۱۹۴۸ در انگلستان با تاسیس نظام سلامت ملی شروع شد.

در دهه ۱۹۷۰ تحلیل گران و نظریه پردازان با شناخت اهمیت درک ارتباط میان ساختارها، فرایندها و پیامدها به تعریف مفهوم و ارتباط اجزای کیفیت پرداختند.

از سال ۱۹۸۲، بتدریج مدیران پاسخگوی نتایج و برونداد خدمات شدند.

در سال ۱۹۸۳ گزارش گریفیث به عدم شفافیت در پاسخگویی در سطح محلی اشاره کرد که به کنار گذاشته شدن مدیریت درمان بر اساس توافق جمعی و انتصاب مدیر عمومی برای رهبری واحدهای مراقبت های سلامت انجامید. نقش کارکنان پزشکی درون گروههای درمانی مشخص گردید و این اقدام، عنصر پاسخگویی فردی برای خدمت ارایه شده را در نظام خدمات سلامت وارد نمود.

در اوایل دهه ۱۹۹۰، هنوز شواهد اندکی مبنی بر استفاده از فرصتها برای نهادینه ساختن مفهوم ارتقاء کیفیت در خدمات سلامت در سطح ساختاری، وجود داشت. در همین سال “حاکمیت بالینی” به عنوان لایحه ای ارائه می شود.

در سال ۱۹۹۹ سازمان ملی خدمات سلامت انگلستان تاسیس شد و مستقیماً به مساله کیفیت مراقبت سلامت پرداخت. دولت برای اولین بار مسوولیت قانونی امر کیفیت را عهده دار شد و نگرش حاکمیت فراگیر که پیش از این تنها در مورد امور مالی و بارکاری کاربرد داشت به عرصه ارایه کیفیت گسترش پیدا کرد. بدین ترتیب کیفیت به جای یک ضمیمه مطلوب به هدفی غالب تبدیل شد.

تعریف حاکمیت بالینی:

آژانس تحقیقات و کیفیت سلامت در ایالت متحده

چارچوبی که سازمانهای ارائه دهنده خدمات سلامت را موظف به رعایت اصول تعالی خدمات بالینی نموده و از این طریق آنها را در مقابل حفظ و ارتقای کیفیت خدماتی که ارائه می دهند پاسخگو می گرداند.

حاکمیت بالینی را می توان به مشابه تغییر فرهنگی تمام نظام در نظر گرفت که سازمان را برای ارائه خدمات سلامت مستمر، پاسخگو، بیمار محور و با کیفیت تعین شده، توانمند می سازد

حاکمیت بالینی فرصتی است برای یافتن راههای به حرکت در آوردن افراد با وضعیت سستی و رخوت فعلی به سمت فرهنگی چالش انگیزتر که در آن، آموزش فعال، صحبت کردن به همراه شنیدن و گوش کردن، و پرسیدن با هدف یادگیری و توسعه، موج می زند.

حاکمیت بالینی فرصتی است برای تحت اختیار در آوردن ارزش گذاری مهارتها و استعدادهای کارکنان و در حقیقت مجالی برای درک ضرورت به حرکت در آوردن دانش از کتابخانه ها به دیگر نقاط است.

حاکمیت بالینی سیستمی برای ارتقاء استانداردهای عملکرد بالینی است.

برنامه حاکمیت بالینی باید براساس ارزیابی نیازها و دیدگاههای بیماران، الزامات قانونی، قابلیتهای کارکنان، نیازهای برآورده نشده آموزشی و مقایسه واقع بینانه عملکرد کنونی با بهترین استانداردهای طبابت استوار باشد.

احساس مالکیت و تعلق نسب به این برنامه از راس تا قاعده سازمان و در تک تک گروهها و افراد باید وجود داشته باشد و یا پدید آید.

اهمیت حاکمیت بالینی در سیستم سلامت:

پر واضح است که در نظر گرفتن کیفیت ارائه خدمات در سطح تصمیم گیریها بسیار مهم است و با توجه به تعدد عملکردهای مدیریتی در یک بیمارستان، وجود یک سیستم یا یک معاونت بالینی که هدف آن تضمین عملکرد بالینی صحیح و با کیفیت و ارتقاء خدمات بالینی در تمام بیمارستان و یا به عبارتی حاکمیت بالینی باشد، ضروری و قابل توجیه می باشد.

این سیستم مسئول ارتقاء کیفیت خدمات و تضمین رعایت بالاترین استانداردها بوده و به عبارت دیگر انگیزشی برای کسب اطمینان از رعایت و بهبود استانداردهای بالینی در سطوح محیطی و شامل محورهای عملکردی از قبیل مشارکت دادن بیماران و همراهان آنها، پیشگیری از خطر، ممیزی بالینی، استفاده صحیح از اطلاعات، سنجش اثر بخشی بالینی و توجه به نیازهای آموزشی پرسنل و ارتقای شغلی آنها و مدیریت پرسنلی می باشد.

ارتقاء بالینی به صورت ویژه ای یک مقوله فرهنگی است، اما لازم است واحدی در نظر گرفته شود که وظیفه بررسی، کنترل، تجزیه و تحلیل و بحث در خصوص محورهای ذکر شده را به عهده داشته باشد

برای مرکز تعالی خدمات بالینی استاندارد، وظایف زیر تعریف شده است:

ü تشکیل کمیته های "پزشکی مبتنی بر شواهد" به عنوان زیر بنای اصلی سایر فعالیتهای این مرکز (ممیزی بالینی، ارزیابی فن آوری سلامت، تدوین راهکار طبابت بالینی و ...)

ü ارزیابی و نقد علمی داروها، تجهیزات، درمانها و مداخلات موجود و جدید

ü تهیه و ارائه پیشنهادات و خبرنامه های علمی به ارائه دهندگان خدمات سلامت

ü تدوین راهکارهای بالینی جدید و به روز رسانی راهکارهای موجود

ü ارائه اطلاعات مناسب به بیماران

تهیه و ارائه استانداردهای ملی از طریق چارچوب حاکمیت بالینی

تحلیل وضع موجود نظام سلامت:

موفقیتها:

ارتقاء شاخصهای سلامت

افزایش رشد امید به زندگی

کنترل رشد جمعیت

کنترل بیماریهای عفونی

بهبود دسترسی به خدمات سلامت

ادغام و تربیت نیروی انسانی

تولید داخلی غالب فرآورده های دارویی

توسعه منابع فیزیکی

چالشها :

گذر جمعیت (افزایش میانسالی و سالمندی)

نابرابری شاخص های سلامت در شهر و روستا و دهک های درآمدی

سطح نامناسب سواد سلامتی در مردم

کمی رضایتمندی از خدمات سرپایی و بستری سلامت

کمی عدالت در تامین مالی سلامت

عدم تناسب برنامه های سلامت موجود با گذر جمعیت و سلامت

بهره مندی ناعادلانه از خدمات سلامت استاندارد پایه

کمی کیفیت خدمات سلامت (فنی - محیط)

گسستگی در نظام ارائه خدمات سلامت (دولتی و غیردولتی)

گسترش تسهیلات و تجهیزات سلامت بدون توجه به سطح بندی

تربیت نیروی انسانی نامتناسب با چالش های سلامت (کمی و کیفی)

ادغام ناکامل نظام آموزش و پژوهش در ارائه خدمات سلامت
تمایل به خروج از جایگاه های کارشناسی و مدیریتی به جایگاه های ارائه خدمات سلامت
کمی مهارت رفتاری در ارائه خدمات مداوم سلامت
تضاد منافع خصوصی و عمومی در سیاست گذاران و مدیران
جمع آوری منابع ناعادلانه و ناکافی / پوشش ناکامل بیمه پایه سلامت / تعرفه گذاری نامناسب و خرید پراکنده و ناکارآمد خدمات
عدم یکپارچگی در ساختارهای سیاست گذاری و حاکمیت
ضعف مهارت در جلب مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی

اهمیت کیفیت:

تأمین کیفیت خدمات چالش همیشگی مداوم نظام های سلامت
تداوم آن ضرورت مسئول بودن یک نظام سلامت
انتظار “حداکثر کیفیت” مطلوب با توجه به امکانات و شرایط
کیفیت چیست؟ جنبه های متعدد از جمله

اثر بخشی خدمت

مصرف بهینه منابع

ارائه عادلانه خدمات

ایمنی

به موقع و متناسب بودن خدمات

توجه به خواسته ها و انتظارات فرهنگی و مذهبی مردم

راهکار حل مشکلات نظام سلامت:

شاید آخرین راهکاری که به ذهن مدیران ارشد و سیاست گذاران عرصه سلامت برای پاسخ به این دغدغه ها رسیده است قانونی باشد که طی نامه شماره ۳۸۸۰۴۴ مورخه ۱۰/۸/۱۳۸۸ تحت عنوان: قانون حاکمیت خدمات بالینی توسط مقام محترم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به رؤسای محترم دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شده است.

قانون حاکمیت خدمات بالینی :

ابلاغ شده طی نامه شماره ۳۸۸۰۴۴ مورخه ۱۰/۸/۱۳۸۸

عنوان قانون: حاکمیت خدمات بالینی

متن قانون:

شماره : ۳۸۸۰۴۴

تاریخ : ۱۰/۸/۱۳۸۸

جناب آقای دکتر . . . رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی

با سلام و احترام

باتوجه به اینکه در سالهای اخیر برنامه‌های متعدد و مداخلات ارزشمندی برای ارتقای خدمات درمانی و بهداشتی در کشور اجرا شده، مسئولان و کارکنان نظام سلامت توفیق دارند تا با تلاش بی‌وقفه و متعهدانه در ارائه خدمت، سلامت آحاد جامعه را افزایش دهند و رضایت خداوند و مردم شریف را طلب کنند. ایام مبارک میلاد امام رضا (ع) فرصت مغتنمی است تا با نگاهی دوباره به سازوکارهای موجود در کشور و تقویت نقاط قوت و کاهش کاستی‌ها ارتقای بیش از پیش کیفیت خدمات سلامت را موجب شود.

تامین کیفیت خدمات چالش جهانی و تلاش مداوم نظام‌های سلامت است. تداوم این تلاش است که مسئول بودن یک نظام سلامت را نشان می‌دهد. انتظار مردم شریف آن است که خدمات بهداشت و درمان با حداکثر کیفیت ارائه شوند. "حداکثر کیفیت" اشاره به مفهومی گسترده دارد و جنبه‌های متعددی از جمله اثربخشی خدمت، مصرف بهینه منابع، ارائه عادلانه خدمات، ایمنی، به موقع و متناسب بودن خدمات و توجه به خواسته‌ها و انتظارات فرهنگی و مذهبی مردم را در بر می‌گیرد. برنامه‌های قبلی در کشور و در دانشگاه‌های علوم پزشکی مدل‌های متعددی را در بر می‌گیرند که هر کدام نقاط قوت و ضعفی داشته‌اند. نتیجه ناخواسته و جانبی این وضعیت، گسسته شدن فرایند کیفیت است. در حال حاضر کمیته‌های متعدد و جایگاه‌های متنوعی به امر کیفیت می‌پردازند که به رغم جنبه‌های مثبت آن موجب عملکردهای مقطعی و از دست دادن دید جامع نگر شده است.

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه دولت‌ها و نظام‌های سلامت درگیر ایجاد موسسات جدید، مکانیسم‌ها و فرآیندهایی هستند که هدف آنها حفظ و ارتقاء مداوم کیفیت خدمات سلامتی است. طراحی و اجرای نظام منسجم ارتقای کیفیت نیازمند عزم جدی است. ضمن آن که هر نظام ارتقاء کیفیتی باید ملزومات و شرایط فرهنگی و نظام سلامت کشور را در نظر گرفته و به اصطلاح بومی باشد. در این میان مفهومی با عنوان حاکمیت خدمات بالینی (clinical governance) در کشورهای دیگر آزمون موفقیت یافته و مورد توجه قرار گرفته است. بنا بر تجربه‌های موجود در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی انتظار می‌رود اجرای درست و منطبق با شرایط کشور حاکمیت خدمات بالینی برخی مشکلات نظام سلامت را پاسخ گوید. شورای سیاستگذاری تلاش‌های انجام شده در کشور و مطالعات چند سال اخیر را بررسی و برنامه حاکمیت خدمات بالینی در جلسه مورخ ۴ آبان ۱۳۸۸ مطرح شد. با توجه به اینکه چهارچوب فوق به عنوان روش مورد قبول وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است انتظار اینجانب آن است که دانشگاه‌های علوم پزشکی با ایجاد سازوکار مناسب و توجه به توصیه‌های زیر تا پایان سال گام‌های مهم و جدی در جهت پیاده‌سازی برنامه حاکمیت خدمات بالینی بردارند.

از روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی انتظار می‌رود موارد زیر را با دقت پیگیری و اجرا نمایند:

- ۱- تشکیل ستاد اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی به ریاست رئیس دانشگاه ستاد باید صاحب نظران موضوعی، مدیران مرتبط و ارائه کنندگان خدمت را در بر گیرد. اولویت اول و توجه اصلی ستاد، ارتقاء کیفیت خدمات بالینی در کلیه واحدهای ارائه خدمت درمانی و بهداشتی است که دانشگاه مسئولیت مستقیم آنها را به

عهده دارد. اما لازم است به تدریج اجرای برنامه با فراهم سازی سازوکار مناسب در کلیه واحدهای ارائه خدمت درمانی و بهداشتی منطقه تحت پوشش دانشگاه پیگیری شود.

۲- فراهم کردن زیر ساخت های اولیه در راستای اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی

مهم ترین گام در این مرحله فرهنگ سازی و آموزش است. برگزاری کارگاه های آموزشی برای افراد کلیدی در ستاد و واحدهای ارائه دهنده خدمت (بیمارستان ها، شبکه های بهداشت و درمان) ضرورت دارد. ضمن آنکه لازم است اولویت های اجرای برنامه در سطح دانشگاه و واحدها شناسایی و ابلاغ شوند.

۳- ایجاد هماهنگی و تطابق در برنامه های مختلف ارتقاء کیفیت

نباید به برنامه حاکمیت خدمات بالینی به عنوان برنامه ای در کنار دیگر برنامه ها نگاه کرد. لازم است به تدریج کلیه خدمات و کار گروه هایی که به نوعی به ارتقاء کیفیت می پردازند به عنوان بخشی از این برنامه در نظر گرفته شوند.

نمونه هایی از موارد با اهمیت که لازم است در این مرحله به آنها توجه شده و تلاش جدی در اجرای آنها صورت گیرد در زیر آورده شده اند:

۴- ایجاد سازوکار منسجم در تمامی واحدها برای رسیدگی به شکایات رسیدگی به شکایات نباید به مراجعان اورژانس محدود شود و باید تمامی گروه های مراجعان به مراکز درمانی و بهداشتی را در بر گیرد.

۵- ارتقاء فرآیندها و اقداماتی که در جهت تکریم بیماران، همراهان و مراجعان انجام می شوند.

۶- توجه به موضوعات مهم ایمنی بیمار. توجه به ایمنی بیمار می تواند در ابتدا با اجرای جدی مداخلات زیر شروع شود:

- کاهش عفونت بیمارستانی (مانند برنامه های شستشوی دست) - در شرایط کنونی و بروز پاندمی آنفلوآنزا نوع A انجام و استقرار مداخلات موثر در کاهش عفونت های بیمارستانی و انتقال بیماری های عفونی در بیمارستان ضرورت حیاتی دارد
- جراحی ایمن - کاهش عوارض و مخاطرات ناشی از جراحی.
- کاهش عوارض دارویی و تجویز منطقی دارو - اجرای جدی مداخلات موجود در گزارش دهی و کاهش عوارض و تجویز منطقی.

۷- ایجاد سازوکار منسجم برای مستندسازی اقدامات ارتقاء کیفیت، موفقیت و عدم موفقیت آنها و انتقال تجربه میان واحدهای مختلف در سطح دانشگاه.

طبعاً "مداخلات ارتقاء کیفیت محدود به موارد بالا نمی‌شود و می‌تواند به تناسب نیازهای بومی و منطقه‌ای و اولویت‌های ملی موارد دیگری را در بر گیرد. لازم است گزارش پیشرفت در اجرای برنامه در مقاطع سه ماهه به معاونت سلامت ارسال شوند.

انتظار می‌رود تا پایان امسال حداقل اقدامات زیر انجام شده باشند:

تشکیل ستاد حاکمیت خدمات بالینی در سطح دانشگاه

شناسایی اولویت‌های اجرایی و برنامه عملیاتی یک ساله دانشگاه برای ارتقاء کیفیت

طراحی برنامه آموزشی و فرهنگ‌سازی مناسب برای کارکنان کلیدی سطح دانشگاه

برگزاری دوره آموزشی کارکنان کلیدی در سطح دانشگاه (شامل تمامی مدیران مرتبط در بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشت و درمان)

ایجاد سازوکار رسیدگی به شکایات در تمام واحدهای ارائه خدمت و شروع مداخلات منسجم برای ایمنی بیماران

دانشگاه‌های علوم پزشکی که پیشتر فعالیت در این زمینه را آغاز کرده‌اند بر مبنای پیشرفت برنامه عملیاتی و با توجه به موارد بالا گزارش ارائه نمایند.

- **ضمناً انتظار می‌رود معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تا پایان امسال در راستای حمایت و استقرار برنامه در زمینه‌های زیر اقدام نمایند.**

معاونت سلامت

- ۱- گزارشی از وضعیت برنامه‌های ارتقای کیفیت و اعتباربخشی که برای واحدهای ارائه خدمت تدوین شده‌اند یا در دست تهیه هستند ارائه کند.
- ۲- با همکاری معاونت توسعه مدیریت و منابع پیشنهادی برای ایجاد هماهنگی بیشتر و سیاستگذاری منسجم در زمینه ارتقاء کیفیت به شورای سیاستگذاری ارائه دهد.
- ۳- شاخص‌های جراحی ایمن را که در آن معاونت در دست تدوین هستند، تصویب و برای اجرا ابلاغ نماید.

معاونت توسعه مدیریت و منابع

پیشنهادی برای ایجاد سازوکارهای پرداخت و تامین اعتبار و منابع برای دانشگاه‌ها و واحدهای ارائه کننده خدمت ارائه دهد که در آن ارتقاء کیفیت تشویق و حمایت شود. این پیشنهاد باید به تمامی جنبه‌های کیفیت (شامل اثربخشی خدمت، مصرف بهینه منابع، ارائه عادلانه خدمات، ایمنی، به موقع و متناسب بودن خدمات و توجه به خواسته‌ها و انتظارات فرهنگی و مذهبی) توجه کند.

• معاونت آموزشی

- ۱- نسبت به تدوین برنامه‌های آموزش مداوم برای پزشکان و پرستاران با مضمون حاکمیت خدمات بالینی و ارتقای کیفیت اقدام نماید.
- ۲- گزارشی از وضعیت تدریس موضوعات مرتبط با حاکمیت خدمات بالینی و ارتقای کیفیت در برنامه درسی دانشجویان رشته‌های مختلف بالینی عمومی و تخصصی و رشته‌های مرتبط پایه ارائه شود و در صورت لزوم راهکارهای اصلاحی پیشنهاد شوند.

معاونت تحقیقات و فن آوری

برنامه‌ای برای حمایت بیشتر از مطالعات تحقیقاتی و روش‌های پژوهشی مرتبط با ارتقای کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی (تامین مالی، تشویق و جایزه، توانمندسازی) ارائه کند.

دکتر مرضیه وحید دستجردی وزیر

علل لزوم اجرای برنامه حاکمیت بالینی :

برنامه‌های متعدد ارتقاء کیفیت

رضایت ناکافی از خدمات بیمارستانی، درمانگاهی و پزشک خانواده

انگیزه تلاش کارکنان و مسئولان نظام سلامت در ارائه خدمت بهینه

ضرورت توجه به اصلاح سازوکار ارتقاء کیفیت

کمیته‌های متعدد، جایگاه‌های متنوع

به رغم تاثیر مثبت، نتیجه ناخواسته و جانبی این وضعیت، گسسته شدن فرایند کیفیت

از دست دادن دید جامع نگر و بعضاً عملکرد مقطعی

نیاز به نظام جامع و ملی ارتقای کیفیت

چند نکته در مورد حاکمیت خدمات بالینی:

مسئولیت پذیری جمعی = collective responsibility در زمره اهداف آن است .

اصلاح ساختار بیمارستانی = hospital reform نتیجه آن است .

سابقه کار در ایران : در سال ۸۳ و ۸۴ سازمان بهداشت جهانی طرحی در قالب ۳۰ پروژه در ایران داشت و به استقرار نظام حاکمیت بالینی در ۲ بیمارستان شریعتی و روزبه پرداخت .

نظام حاکمیت بالینی چی هست؟ یک نوع چینش است و هیچ چیز اضافه نمی شود و فقط چینش را تغییر می دهد

در حاکمیت بالینی افزایش نیرو و امکانات به آن صورت مورد درخواست نیست و فقط تغییر در چیدمان است .

اگر خواستید به کیفیت فکر کنید موارد ذیل مد نظر باشد

کیفیت = خصوصياتی از محصول که احتمال دستیابی به نتیجه مطلوب را به حداکثر می رساند = میزان خوب بودن

یکی از پایه های اصلاحات بیمارستانی همان حاکمیت خدمات بالینی است (البته سایر سیستم ها هم دخیل هستند)

اجزای حاکمیت خدمات بالینی :

۱- مشارکت بیماران و همراهان (involving patients and carriers)

۲- مدیریت خطر risk management
:(practicing safely)

۳- ممیزی بالینی (clinical audit):

۴- اثربخشی بالینی (clinical effectiveness):

۵- برنامه ارتقاء اعضای گروه (professional development for your practice team):

۶- مدیریت پرسنلی (personnel management):

۷- استفاده از اطلاعات (use of information)

• ۱- مشارکت بیماران و همراهان (involving patients and carriers):

یک جنبه مهم از CG است ولی بسیاری در مورد اینکه کدام روش بهترین روش برای مشارکت بیماران می باشد مطمئن نیستند. روشهای متعددی وجود دارد که استفاده از همه آنها غیرعملی و غیرواقع گرایانه است. به هر حال روشها و قدمهای ساده ای برای شروع کار وجود دارد. اعضای تیم باید از اهمیت پاسخگو بودن نسبت به بیماران و همراهان آنها آگاه باشند.

• ۲- مدیریت خطر risk management **:(practicing safely)**

اکثر اشتباهات به بیماران آسیب نمی رسانند ولی آسیب بعضی خطاها جدی است، هدف اصلی RM کاهش احتمال آسیب دیدن مریض است. یعنی شیوه هایی از عملکرد را معرفی می کند که احتمال آسیب دیدن بیمار با آن کاهش می یابد. در عین حال این روش احتمال شکایت و پیگردهای قانونی را نیز درخصوص نظام سلامت به حداقل می رساند. شایعترین علل شکایات عبارتند از:

نارسایی / تأخیر در تشخیص، درمان / مدیریت ناکافی، خلق خشن، عدم توضیح / تأخیر در ویزیت، مشکل در تجویز، مشکل در اجرا و معاینه ناکافی.
ممیزی اتفاقات مهم (significant event audit)
گزارش خطا

• ۳- ممیزی بالینی (clinical audit):

ممیزی یک عنصر کلیدی در CG است. ممیزی مکانیسمی را فراهم می کند که در آن تلاش برای موفقیت در درمانها و کارها پایش شود. ممیزی در واقع پاسخ به سؤال زیر است:

چند درصد از اعمال و کارهای انجام شده به نتیجه مطلوب دست یافته است؟

برای این بخش می توان به تهیه فهرست اقدامات تشخیصی درمانی شایع در بخش خود اقدام نمود و آنچه را که با توجه به علم روز و نظر کارشناسان، در هر یک از این اقدامات به عنوان موفقیت محسوب می گردد، به عنوان استاندارد تعریف و سپس اقدام به سنجش آن بشکل منظم نمود.
از مهمترین آفات CA اکتفا به ارزیابی و عدم طراحی مداخله برای بهبود آن و همچنین عدم کنترل کارکرد مداخله طراحی شده می باشد

• ۴- اثربخشی بالینی (clinical effectiveness):

سنبجش اثر مداخلات بالینی، اعم از اثرات درمانی یا عوارض، بخش کلیدی و اصلی نظام حاکمیت بالینی است، اگرچه دشوارترین آنها نیز می باشد. در این بخش نتایج درمانی و عوارض مورد انتظار از مداخلات درمانی شایع به شکل عینی و قابل اندازه گیری تعریف و فرآیندی متناسب و کاربردی برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز و همچنین، تجزیه و تحلیل و بازخورد مناسب به آن طراحی و اجرایی می گردد.

۵- برنامه ارتقاء اعضای گروه (professional development for your practice team):

آموزش مداوم بر اساس نیازهای حرفه ای پرسنل از اصول مهم CG است. اینکار را می شود با روش های مصاحبه و پرسشنامه و در عین حال با استفاده از نیازهای هر شغل انجام داد. داشتن دفتر و یا دبیرخانه ای برای روشن ساختن مراحل ارتقاء شغلی و ثبت و پیگیری مدارک مورد نیاز برای آن به انجام این امر کمک شایانی خواهد کرد.

• ۶- مدیریت پرسنلی (personnel management):

شاید این حوزه شناخته شده ترین جنبه از حاکمیت بالینی باشد که بدلیل خصوصیات ذاتی مدیریت نظام ارائه خدمات، فعالیتهای شناخته شده ای برای آن در جریان است. در این بخش، هدف تأمین و تضمین حضور بهنگام و کافی پرسنل ارائه کننده خدمات، بعنوان اصلی ترین ورودی در فرآیند خدمت می باشد. وجود ساز و کار نیازسنجی پرسنلی از نظر تعداد و تأمین موارد کمبود یا برقراری تناسب در توزیع نیروی انسانی در بخشهای سازمان درمانگر، مدیریت حضور و غیاب و مرخصی پرسنل اعم از کادر پرستاری و پزشکی، مدیریت برنامه های شیفتها و کشیک ها (بویژه مسئله تعویض کشیک ها و کشیک های on call) و همچنین بررسی منظم مجوز ادامه انجام کار و گذراندن دوره های ضروری برای ارتقاء شغلی از اجزاء اصلی این حوزه می باشند. عدم امکان تأمین نیروی انسانی مطابق با نیاز جاری و عدم امکان حفظ نیروهای موقتی آموزش دیده و ماهر بدلیل نوع مدیریت عمومی و دولتی از مسائلی است که پیشرفت در این جنبه از حاکمیت بالینی را با مشکل مواجه می سازد.

• ۷- استفاده از اطلاعات (use of information):

در این بخش منظور اصلی، برقراری فرهنگ، نظام و در نهایت ساز و کارهایی است که در آن درسهای گرفته شده از اجزای مختلف حاکمیت بالینی به مشارکت با دیگران گذاشته شود. این امر می توان درون سازمان و حتی برون سازمانی باشد.

جنبه دیگر از این حوزه راه اندازی ساز و کارهایی برای تأمین و تضمین دستیابی و استفاده از بهترین شواهد موجود در برخورد با مسائل بالینی است.
[عملکرد مبتنی بر شواهد (evidence – based practice)]

تشکیلات اداری حاکمیت بالینی :

اداره ارتقا کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی اسم این واحد است که در معاونت درمان مستقر می باشد.
این اداره در معاونت درمان مستقر شده و با واسطه مدیر درمان ، زیر مجموعه معاون درمان است
در این اداره افراد ذیل همکاری خواهند داشت (ماده ۴۹ قانون توسعه)

یک نفر پزشک

۲ نفر کارشناس امور بیمارستان

یک نفر پرستار

یک نفر منشی

شروع حاکمیت خدمات بالینی در بیمارستانهای مجری طرح:

تشکیل تیم

آموزش

ارزیابی اولیه

انتخاب حوزه / حوزه های مناسب

تکرار چرخه / توسعه تدریجی

تیم عملیاتی (بیمارستان):

هد این تیم باید رئیس بیمارستان باشد

یک نفر را تمام وقت باید برای این کار بگذارید با شرایط زیر (ترجیحا کارشناس امور بیمارستانی)

دقیق

خوشنام

آشنا با فرآیندها

طرح را قبول داشته باشد

۲ نفر ۲ شیفت برای انجام کارها

منشی (خوشش خیلی کمک کننده است)

در هر بخش یک نفر مسئول کیفیت خدمات در آن بخش باشد (پرستار یا پزشک) آدم خیلی گنده نگذاریم بلکه با انگیزه و جوان بهتر است

یک پزشک ۲ نفر کارشناس امور بیمارستانی و یک نفر پرستار در پست ها دیده شده (در بند الف ماده ۴۹ قانون توسعه) و زیر مجموعه مدیر نیست بلکه زیر مجموعه رئیس است .

• جلسات کمیته حاکمیت بالینی بیمارستان:

در هر ماه دوبار تشکیل شده

و برنامه ریزی اجرای طرح را انجام داده و بر اجرای آن نظارت خواهد نمود. ضمنا این کمیته در سطح هر بیمارستان دارای زیر کمیته هایی بشرح ذیل خواهد بود:

زیر کمیته ممیزی بالینی بیمارستان

زیر کمیته آموزش و توسعه بیمارستان

زیر کمیته پژوهش بیمارستان

زیر کمیته اثربخشی بالینی بیمارستان

زیر کمیته روابط عمومی و ارتباطات مردمی بیمارستان

که اعضای آن بنا به پیشنهاد ریاست بیمارستان و تصویب کمیته حاکمیت بالینی بیمارستان تعیین می شوند. و مسئولیت مستقیم اجرای برنامه ها را بعهده دارند.

• **چند نکته:**

بدیهی است سایر مقررات و ضوابط اجرایی در حین انجام پروژه تعیین و ابلاغ خواهد گردید. و در صورت هر گونه تغییری در ضوابط به اطلاع بیمارستان های مجری طرح خواهد رسید.

حق الزحمه هر یک از اعضای کمیته ها وزیر کمیته ها با پیشنهاد اداره ارتقاء کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی در معاونت درمان و تصویب کمیته راهبردی حاکمیت بالینی تعیین و پرداخت خواهد شد.

نمونه اقدامات در حوزه حاکمیت خدمات بالینی:

مشارکت بیماران و همراهان (در س گیری از شکایات):

ارتباط کادر اداری با بیمار و همراه - ارتباط کادر درمان با بیمار و همراه

تعریف فرآیند رسیدگی به شکایات به شکلی رسمی و منظم در سطح بیمارستان - آگاهی به بیمار و خانواده در خصوص دریافت خدمات و پرداخت هزینه ها

کارکرد ایمن (مدیریت خطر):

فرم بحران

مدیریت خطر سعی در کسب اطمینان از این امر دارد که شیوه کار حرفه ای باعث افزایش احتمال بروز اشتباه نمی گردد . -نظام ثبت خطا - کاهش آسیب دیدن بیمار (کلیه اقدامات که باعث پیشگیری از آسیب بیمار می شود). کنترل عفونت (پیشگیری از عفونت بیمارستانی -دستورالعمل ها - ایمنی حرفه ای پرسنل-تفکیک زباله)

ممیزی بالینی:

ممیزی مکانیسمی را فراهم می کند که در آن تلاش برای موفقیت در درمان ها و کارها پایش می شود . ممیزی در واقع پاسخ به این سؤال است که چند درصد از اعمال و کارهای انجام شده به نتیجه مطلوب دست یافته است ؟
سنجش و تضمین انجام فعالیتها بر اساس استانداردها / بررسی گزارش انتقالی و ترخیص پیش از موعد بیماران/ تشکیل کمیته ممیزی و تعیین مسئول این امر در هر بخش .

استفاده از اطلاعات:

اسناد و مدارک پزشکی / ثبت اطلاعات کلیه قسمت های اداری و درمانی
عملکرد مبتنی بر شواهد : راه اندازی اقداماتی برای تامین و تضمین دستیابی و استفاده از بهترین شواهد موجود در برخورد با مسائل بالینی است . (به روز بودن اطلاعات پزشکان و مراجعین بیمار)

اثر بخشی بالینی:

سنجش اثر مداخلات بالینی ، اعم از اثرات درمانی یا عوارض ، بخش کلیدی و اصلی نظام حاکمیت بالینی است (تعیین استراتژی انجام کار) .

برنامه ارتقاء اعضای گروه:

آموزش مداوم بر اساس نیازهای حرفه ای پرسنل از اصول مهم ارتقاء خدمات بالینی است . اینکار با روش های مصاحبه و پرسشنامه و در عین حال با استفاده از نیازهای هر شغل انجام می گردد .

مدیریت پرسنلی

وجود ساز و کار نیاز سنجی پرسنلی

تامین موارد کمبود نیروی انسانی و برقراری تناسب در توزیع نیروی انسانی در بخش های سازمان
مدیریت حضور و غیاب و مرخصی پرسنل

اجزای حاکمیت بالینی:

ü ممیزی بالینی

ü مدیریت خطا و خطر در پزشکی

ü آموزش

ü اثر بخشی بالینی

ü تحقیق و توسعه

ü نقد آزادانه

ü ممیزی بالینی

ممیزی بالینی :

ممیزی بالینی فرایندی است برای ارتقای کیفیت خدمات بالینی که از مجموعه ای از فعالیتهای به هم مرتبط تشکیل شده است. در این فرایند، استاندارد ارائه خدمت یا مراقبت مورد نظر تعیین و تدوین میشود، سپس وضعیت موجود بررسی گردیده و مواردی که عدم تطابق با استاندارد وجود دارد مشخص میشود.

در مورد ممیزی بالینی موارد زیر همواره باید مدنظر قرار گیرند

ü ممیزی بالینی فرایندی برای ارتقای کیفیت است و بازرسی یا مچ گیری نیست.

ü برای انجام یک پروژه ممیزی بالینی همه ذینفعها باید درگیر شوند.

ü ممیزی بالینی باید به قسمتی از فرهنگ سازمان مبدل گردد.

ü ممیزی بالینی عموماً فرایندی بین رشته ای است و در سیر انجام آن، رشته ها و بخشهای مختلف باید درگیر شوند.

ü ممیزی بالینی هزینه اضافه تری به سیستم تحمیل نمی کند و به واسطه ارتقای کیفیت مجموعه، از هزینه های فعلی نیز خواهد کاست.

ü ممیزی بالینی هدفی نیست که باید به آن نائل شویم، بلکه فرایندی است که باید به صورت روزمره در آن درگیر گردیم.

برخورد نظام مند با خطاهای پزشکی:

موسسه ملی پزشکی آمریکا اعلام کرده است که از هر ۵۰۰ نفری که در یکی از بیمارستانهای امریکا بستری میشوند، ۱ نفر به علت خطاهای پزشکی کشته میشود. در حالیکه احتمال کشته شدن در خطوط هوایی این کشور ۱ در هر ۸ میلیون پرواز است.

خطاهای پزشکی سالیانه حدود ۳۷,۶۰۰ میلیارد دلار هزینه برای نظام سلامت این کشور در برداشته، که حدود ۱۷ میلیارد دلار آن مربوط به خطاهای قابل پیشگیری بوده است.

رویکرد پذیرفته شده در حاکمیت بالینی برخورد سیستماتیک با این نوع خطاها و ریشه یابی آنها در سیستم است، چرا که تا زمانی که سیستم اصلاح نگردد و امکان وقوع خطا به صفر رسانده نشود، خطاها توسط افراد مختلف تکرار خواهند شد. در این شیوه، از طریق ارزیابی نظام مند حوادث، بازبینی آنها و سپس جستجوی روشهایی برای جلوگیری از وقوع مجدد آنها، از احتمال بروز خطاها و خطرات ناشی از آنها کاسته میشود

آموزش:

چندی است که در اکثر نظامهای ارائه خدمات سلامت دنیا، آموزش مداوم پس از فارغ التحصیلی، وارد نظام آموزشی شده است. چرا که بسیاری از آنچه که هر فرد در طی دوران تحصیل خود آموخته است، به سرعت از دایره اعتبار علمی خارج می گردد و بدینگونه آموزش مداوم به ابزاری موثر و مفید برای ایجاد تغییر توسط حاکمیت بالینی تبدیل گردیده است.

در نظامهای سلامت پیشرفته، روند حرکت به سمت تربیت نیروهای قابلی است که بتوانند هر دانش و مهارت جدیدی را بیاموزند، نه افراد متخصصی که حجم زیادی از اطلاعات را در ذهن خود جای داده اند.

اثر بخشی بالینی:

اثر بخشی بالینی اندازه گیری میزان رسیدن به هدف هر مداخله خاص است. اندازه گیری به خودی خود مفید است، ولی هنگامی اثربخش تر میشود که تناسب آن مداخله و میزان صرفه جویی اقتصادی ناشی از به کارگیری آن و رسیدن به هدف نیز لحاظ و محاسبه گردد.

پژوهش

پروژه ای است که به هنگام نامعلوم بودن بهترین و مناسب ترین فرایند لازم، انجام می پذیرد. در پژوهش دانش و دانسته جدیدی خلق میشود، و حاصل آن به پیکره دانش موجود اضافه می گردد.

باز بودن سیستم و انتقاد پذیری

اگر خدمتی به صورت ضعیف ارائه میشود، از طریق چارچوب حاکمیت بالینی باید آشکار گردد و به صورت منظم به سطوح مرتبط گزارش دهی شود. این بخش از حاکمیت بالینی براساس این تفکر شکل گرفته است که عملکرد ضعیف، پشت درهای بسته بیشتر اتفاق می افتد. و بدین صورت اطلاع رسانی در مورد فرایندها به منظور بررسی و رسیدگی جامعه و قضاوت آزادانه در مورد آنها، به جزئی ضروری برای تضمین کیفیت مبدل گردیده است.

بحث و مذاکره آزادانه

در مورد بخشهای مختلف، باید به جزئی جدایی ناپذیر از فرهنگ هر ساختار مبدل شود.

کیفیت خدمات سلامت عبارتست از ارائه خدماتی که بیماران می خواهند (کیفیت از دید بیمار) و خدماتی که برایشان لازم است (کیفیت حرفه ای)، در زمان مناسب و توسط فرد مناسب با استفاده از کمترین منابع و بدون خطا

پزشک اول پزشکی بود که به تنهایی طبابت می کرد، به خودمختاری به عنوان یک ارزش محوری می نگریست و در هنگام مواجهه با همکاران و بیماران، خود را مصون از خطا می دانست. در حالیکه پزشک دوم پزشکی است که کارگروهی و نظام های مراقبت را درک میکند و رهبری این نظام را به دست می گیرد.

ممیزی بالینی

ممیزی بالینی رویکردی نظام مند و مبتنی بر شواهد معتبر، در قالب استانداردها است و به ما اطمینان می بخشد که کیفیت خدمات سلامت به صورت پیوسته ارتقا می یابد.

ممیزی بالینی فرایندی جهت ارتقای کیفیت خدمات بالینی است که به مرور؛ نظام مند، چگونگی مراقبت از بیماران در مقایسه با استانداردهای صریح و روشن می پردازد و تغییرات لازم جهت بهبود ساختار، فرایند و پیامدهای مراقبت از بیماران را شناسایی و اعمال می کند و همچنین برای اطمینان از اعمال صحیح تغییرات و بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت، به پایش و بازبینی دوباره فرایندها می پردازد.

انواع ممیزی:

ممیزی مالی

ممیزی مالی به بررسی حسابها و دفاتر می پردازد و اطمینان حاصل می نماید که وضعیت مالی سازمان درست، دقیق و منصفانه منعکس شده است.

ممیزی داخلی

در واقع ممیزی داخلی یک فعالیت داخلی است که از طریق نظارت بر فعالیتهای و نظام های غیربالینی به بررسی این موضوع می پردازد که آیا کارها به همان روالی که باید انجام شوند (استاندارد) انجام می شوند؟

ممیزی سازمانی

نوعی ممیزی خارجی، مستقل و معمولاً داوطلبانه از کل سازمان است که براساس چارچوبی از استانداردهای مشخص انجام می پذیرد. در حالیکه ممیزی بالینی به جزئیات فرایندها و نتایج حاصل از ارائه یک خدمت بالینی خاص توجه میکند، ممیزی سازمانی به چگونگی تاسیس یک سازمان و کلیه کارهای آن در یک روز می نگرد.

همه انواع ممیزی ها در چند حیطه با هم دارای اشتراک هستند. برای مثال:

ü همه آنها بررسی و ارزشیابی نموده و به ارائه گزارش در مورد فرایندها و نتایج می پردازد.

ü همه آنها در راستای اطمینان از اینکه کارها به بهترین نحو انجام میشوند، صورت می پذیرند.

ü همه آنها نیازمند زمان، تلاش و برنامه ریزی دقیق هستند.

ü همه آنها از طریق مقایسه وضعیت فعلی با وضعیت استاندارد عمل می کنند

یک تفاوت مهم میان ممیزی بالینی و سایر انواع ممیزی این است که ارائه دهندگان خدمات سلامت ممیزی بالینی را از آن خود می دانند (در حالت ایده آل). آنها خودشان فرایند ممیزی را انجام می دهند. خودشان در مورد یافته های آن بحث می کنند و به نتیجه می رسند، خودشان تغییرات را اعمال کرده و منجر به ارتقا کیفیت میشوند و ... در حالیکه در سایر انواع ممیزی، شخصی از بیرون می آید و سازمان را ممیزی می کند.

اجزای ممیزی بالینی :

(۱) تعیین استانداردها

(۲) بررسی وضعیت موجود

(۳) مقایسه ی وضعیت موجود با استانداردها

(۴) اعمال تغییر در صورت لزوم

(۵) انجام مجدد ۴ مرحله قبلی جهت اطمینان از بهبود کیفیت فرایند مورد نظر چرخه ی ممیزی می گویند

مراحل انجام ممیزی بالینی:

۱- تشکیل تیم ممیزی بالینی

«همه اعضای تیم بالینی شرط تشکیل تیم می باشند.»

۲- انتخاب موضوع

ساختار: چگونگی دسترسی به منابع و سازمان دهی منابع و کارکنان

فرایند: هر آنچه که منابع صرف انجام آن میشود.

نتایج: اثرنهایی فعالیت های انجام شده بر سلامتی و کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمات، و به طور کلی تغییراتی که در اثر فعالیت های سیستم سلامت در وضعیت افراد ایجاد شده است

الویت بندی درانتخاب موضوع

(۱) اهمیت بالینی موضوع مورد نظر

(۲) اهمیت آن برای استفاده کنندگان از خدمات نظام سلامت، مانند بیماران

(۳) فراوانی وقوع و خطرات ناشی از آن

(۴) علاقه ی پزشکان و ارائه دهندگان خدمات به آن حیطه

(۵) پیچیدگی و مشکل بودن مدیریت آن

(۶) هزینه تحمیلی به سیستم

(۷) در دسترس بودن استانداردهای حرفه ای و ملی برای آن

(۸) امکان اعمال تغییر در حیطه مرتبط با آن

۴- انتخاب نمونه

«اگر چه همانند طرحهای پژوهشی، ایده آل آن است که همه ی جمعیت مورد نظر را بررسی کرده و مورد ممیزی قرار دهید ولی در عمل غیر ممکن بوده و اغلب انتخاب یک نمونه مناسب و با تعداد کافی کفایت می کند.

(۵) در نظر گرفتن مسائل اخلاقی

(۶) برنامه ریزی و جمع آوری اطلاعات

(۷) آنالیز داده ها

(۸) ارائه ی نتایج

(۹) نگارش گزارش

(۱۰) اعمال تغییرات لازم

(۱۱) تکرار ممیزی

(۱۲) انتشار

تعیین اهداف و استانداردهای ممیزی:

هدف کلی

هدف کلی را می توان به صورت سوالی که قرار است با انجام پروژه ی ممیزی به آن پاسخ داده شود بیان نمود، برای مثال: آیا در درمان زخم پای دیابتی، مطابق با بهترین درمان موجود عمل شده است؟

استانداردها

استانداردها باید همواره مبتنی بر «به روز ترین» و «در دسترسی ترین» شواهد موجود باشند، زیرا ارزش استانداردها به شواهدی است که بر آن استوارند. همچنین باید قبل از استفاده از استانداردها توافق در سطوح مختلف محلی و ناحیه ای در مورد آنها ایجاد شده باشد و گرنه در بهبود کیفیت خدمات بالینی نقشی نخواهند داشت.

خصوصیات استاندارد مبتنی بر شواهد:

ü زبانی علمی، دقیق و گویا داشته باشد.

ü قابل سنجش و مقایسه باشد تا بتوان تطابق وضعیت موجود را با آن، مورد بررسی قرار داد.

ü قابل اجرا باشد.

ü مرتبط با اهداف پروژه ممیزی باشد.

ü از نظر تئوری صحیح و قابل قبول باشد.

انتخاب نمونه:

اگر چه همانند طرحهای پژوهشی، ایده آل آن است که همه ی جمعیت مورد نظر را بررسی کرده و مورد ممیزی قرار دهید ولی در عمل غیر ممکن بوده و اغلب انتخاب یک نمونه مناسب و با تعداد کافی کفایت می کند.

مدیریت خطاهای پزشکی :

خطا چیست؟

خطا عبارت است از شکست در انجام کامل یک فعالیت برنامه ریزی شده مطابق با برنامه (خطای اجرایی) و یا استفاده از یک برنامه غلط برای رسیدن به یک هدف (خطای برنامه ریزی)

خطا اجرایی: ۱- خطاهای لغزشی که قابل مشاهده هستند و ۲- خطاهای سهوی که قابل مشاهده نیستند

در تقسیم بندی دیگر

خطای فعال: خطایی است که توسط عاملین اصلی کار اتفاق می افتد و اثرات آن تقریباً بلافاصله احساس میشود. معمولاً از این خطاها تحت عنوان خطاهای انسانی یاد میشود.

خطای پنهان: خطایی است که در طراحی سازمان و یا تربیت نیروها اتفاق می افتد، ولی اثرات این خطا برای مدتها در سازمان نهفته و خاموش می ماند. معمولاً از این خطاها تحت عنوان «خطاهای سیستمی» نام برده میشود.

در تقسیم بندی دیگر

خطای غفلت انجام ندادن یک کار صحیح است، مانند تشخیص ندادن یک بیماری، ارزیابی با تاخیر، عدم تجویز یک داروی لازم برای درمان بیماری و ... خطای ارتکاب انجام دادن یک عمل اشتباه است، مانند تجویز یک داروی غلط برای یک بیمار اشتباه در یک زمان نادرست

چه موقع یک خطا موجب بروز حادثه میشود؟

هنگامی که خطا منجر به وارد آمدن آسیب به یک سیستم تعریف شده و مشخص شود و برون ده های فعلی یا آینده آن سیستم را تحت تاثیر قرار دهد.

۱- حادثه ناگوار: حادثه ای است که موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده، یا کارکرد سازمان را مختل نموده باشد.

۲- حادثه بدون عارضه: حادثه ای است که بالقوه می تواند ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچ گونه زیان واقعی نشده است. عدم ضرر رساندن ممکن است ناشی از ماهیت جبرانی فیزیولوژی انسان یا صرفاً از روی شانس باشد

۳- موارد نزدیک به خطا: مواردی هستند که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا (به صورت برنامه ریزی شده یا بدون برنامه) از بروز پیامدهای ناخواسته آن جلوگیری شده باشد.

حوادث را همچنین می توان به دو گروه قابل پیشگیری و غیرقابل پیشگیری تقسیم کرد. حادثه ای را قابل پیشگیری گویند که در اثر یک خطای پزشکی حادث میشود و در صورت ارائه مراقبت های پزشکی استاندارد، اتفاق نخواهد افتاد.

سه روش برای شناسایی خطاها وجود دارد

۱- گزارش دهی اجباری

۲- گزارش دهی اختیاری

۳- سیستم های فعال نظارتی

برخورد با خطاهای انسانی:

برخورد با خطاهای انسانی را از دو دیدگاه می توان مورد بررسی قرار داد:

روش فردی و روش سیستمیک

چگونه می توان با خطاها مقابله و به بیان دیگر؛ آنها را مدیریت کرد:

مدیریت خطا از دو جزء تشکیل شده است: محدود کردن وقوع حوادث ناگوار و از آنجایی که این امر هرگز به طور کامل محقق نخواهد شد، شناختن سیستم هایی که تحمل پذیری بیش تری در برابر بروز حوادث ناگوار داشته باشند.

موسسه پزشکی آمریکا تخمین می زند که سالانه چیزی در حدود ۴۴۰۰۰ الی ۹۸۰۰۰ نفر به علت خطاهای پزشکی فوت می کنند.

مدیریت خطا در این گونه سازمانها درک طبیعت و وسعت خطاها، تغییر شرایط و محیط های خطرآفرین، تعیین رفتارهایی که موجب کاهش بروز خطا می شوند و آموزش کارمندان در بکارگیری این رفتارهای تعیین شده می باشد.

بدین منظور در صنعت هوانوردی از روشی جدید استفاده میشود. این روش برخلاف گذشته که فقط مشکلات تکنیکی پرواز را در نظر می گرفت، عوامل محدود کننده انسانها (مانند خطا و استرس) و ماهیت جایزالخطا بودن انسانها را می پذیرد و رفتارهای مقابله با آنها را تعیین می کند: رهبری، آموزش، نظارت و کنترل موثر

ایجاد برنامه های مدیریت خطا:

یک فرآیند ۶ مرحله ای جهت مدیریت خطا پیشنهاد میشود.

۱- شرح حال و معاینه که باید شامل بررسی جزئیات در مورد سازمان و کارکنان آن باشد.

- ۲- دریافت اطلاعات محرمانه سیستم های گزارش دهی خطاها، جزئیات حوادث ناگوار و موارد نزدیک به خطا و مشاهده سیستماتیک فعالیت های گروهی
 - ۳- مقابله با عوامل مخفی شناسایی شده، تغییر محیط شغلی و سازمانی، تهیه دستورالعمل های اجرایی استاندارد و پایه ریزی یک سیستم شناسایی خطای غیر تنبیهی
 - ۴- اجرای دوره های آموزشی در کارگروهی، شناخت خطاها و محدودیت های عملکردی افراد
 - ۵- تقویت روابط بین فردی و مهارت های تکنیکی
 - ۶- تداوم مدیریت خطا به عنوان یک برنامه سازمانی از طریق دوره های آموزشی ممتد و جمع آوری اطلاعات
- اگر سازمان ها و محیط های شغلی، اجتناب ناپذیری رخداد خطا را بپذیرند و به اهمیت جمع آوری اطلاعات در مدیریت خطا پی ببرند، تلاش های سیستماتیک در ارتقای امنیت به طور حتم میزان و شدت حوادث ناگوار را کاهش خواهد داد.
- بررسی ها نشان داده است که انسانهای بی کفایت مسوول حداکثر ۱٪ مشکلات و خطاها هستند. سایر خطاها (۹۹٪) توسط انسانهای خوب و کارآمدی انجام میشود که می خواهند کارشان را به بهترین صورت انجام دهند. اما مرتکب اشتباهات ساده ای میشوند. و این سیستم و فرایندهای آن است که محیط مناسبی برای این موضوع فراهم می آورد.

ارزیابی فن آوری سلامت (HTA) (Health Technology Assessment)

- ii ارزیابی فن آوری سلامت به ارزیابی سیستماتیک ویژگی ها و جنبه های مختلف ایمنی، اثربخشی، رعایت موازین اخلاقی و حتی نحوه ی توزیع یک تکنولوژی سلامت با استناد به معتبرترین شواهد موجود اطلاق می گردد که عواقب مستقیم، غیر مستقیم و خواسته یا ناخواسته ی ناشی از ورود یک تکنولوژی را در بر می گیرد.

ü واژه فن آوری سلامت گسترده وسیعی را شامل میشود. داروها، تجهیزات پزشکی، روشهای درمانی و نیز روشهای سازماندهی و مدیریت ارائه خدمات از موارد آن هستند.

ü محققان ورود فن آوریهای جدید را مسبب ۶۰-۵۰ درصد تورم قیمت ها در بخش سلامت می دانند. و این در حالی است که برخی از این فن آوریها نه تنها ضروری و مفید نیستند، بلکه آسیب هایی را نیز بر سلامت جامعه وارد می رساند

ü ارزیابی فن آوری به یک گروه از مطالعات مرتبط با سیاست گذاری اطلاق میگردد که قصد دارد تصمیم گیران را نسبت به آثار و نتایج کوتاه مدت و بلند مدت احتمالی استفاده از یک فن آوری جدید و یا تغییر اساسی در یک فن آوری قدیمی آگاه سازد.

ü ارزیابی فن آوری مجموعه منظمی از تحلیل گزینه های مختلف سیاستگزاری را از حیث آثار اقتصادی، اجتماعی، قانونی و تاثیر بر محیط زیست در اختیار تصمیم گیران قرار می دهد.

ü ارزیابی فن آوری سلامت به طور خاص اثربخشی، تناسب و هزینه فن آوریهای سلامت را بررسی می نماید و این امر را از طریق پاسخ به ۴ سؤال اساسی زیر انجام می دهد:

۱- آیا فن آوری کارآمد است؟

۲- استفاده از این فن آوری برای چه کسانی سودمند خواهد بود؟

۳- چه هزینه ای صرف به کارگیری این فن آوری میشود؟

۴- و در مقایسه به سایر فن آوریهای مشابه چگونه است؟

از عوامل موثر بر گسترش بازار فن آوری سلامت می توان به موارد زیر اشاره کرد:

ii پیشرفت در شاخه های مختلف علم اعم از پزشکی و غیرپزشکی

ü قائل شدن حقوق قانونی برای کمپانی های تولید کننده فن آوری و پررنگ شدن انگیزه های مالی حاصل از تولید، فروش و ارائه فن آوریهای سلامت

ü ظهور پاتوژنها و بیماریهای جدید و نیاز به پیدایش فن آوریهای جدید متناسب با آنها

ü پرداخت هزینه ها توسط سازمانهای بیمه گر و در نتیجه کاهش احساس فشار ناشی از پرداخت مستقیم هزینه توسط مردم، و افزایش تقاضا به دنبال آن

ü آموزش تخصصی برخی پزشکان برای کار کردن با برخی از انواع فن آوری ها

ü رقابت واحدهای ارائه کننده خدمات برای جلب بیماران و پیشرو بودن در ارائه خدمات جدید

ü اثر تبلیغات تجاری و رسانه ای بر بیماران برای درخواست فن آوریهای جدید

اجزای اصلی HTA: Technology Assessment Health)

فرآیند HTA شامل دو بخش «تهیه گزارش ارزیابی» و ارائه نتایج و یافته های حاصل از ارزیابی می باشد

مراحل ارزیابی فن آوری سلامت

۱- شناسایی موضوع و مشخص نمودن مساله مورد ارزیابی

۲- تعیین محل ارزیابی: منظور از محل ارزیابی این است که آیا سیاست گزاران خود اقدام به ارزیابی فن آوری می کنند یا نتایج ارزیابی را از گروههای دیگری خریداری می نمایند.

۳- جمع آوری شواهد و مدارک موجود و به دست آوردن اطلاعات اولیه جدید

۴- نقد، بررسی و تفسیر شواهد

۵- سنتز و ادغام شواهد

۶- جمع بندی و خلاصه سازی یافته های و پیشنهادات

۷- انتشار و گسترش یافته های و پیشنهادات

۸- پایش اثر

چه جنبه هایی از فناوری در ارزیابی فن آوری سلامت مورد ارزیابی قرار می گیرد؟

۱- ایمنی: اطلاعات مربوط به اثرات جانبی و عوارض احتمالی یک فن آوری، که از طریق مطالعات معتبر صورت گرفته و موسسات بین المللی آنها را گزارش داده اند.

۲- کارایی: منظور از آن، عملکرد ایده آل یک فن آوری در شرایط مطلوب است.

۳) اثربخشی: منظور از آن عملکردی است که یک فن آوری در شرایط معمول یعنی زمانی که بطور گسترده در نظام سلامت مورد استفاده قرار می گیرد، دارد.

۴) آثار اقتصادی: مقایسه ی هزینه های فن آوری و منافع حاصل از آن، و بررسی این نکته که آیا استفاده از فن آوری مورد نظر منجر به ایجاد بیشترین بازده حاصل از سرمایه خواهد شد؟

۵) عدالت: بررسی و تعیین چگونگی توزیع فن آوری و دسترسی اقشار مختلف جامعه به آن

۶) موضوعات اخلاقی: بررسی و تعیین نتایج و آثار فن آوری بر وضعیت سلامت و حقوق استفاده کنندگان

۷) تاثیرات تکنولوژی بر وضعیت سیاسی و اجتماعی جامعه هدف

چه کسانی می توانند از گزارشات HTA بهره ببرند؟

ذی نفعان HTA را در سه سطح می توان طبقه بندی نمود:

۱) سطح فرد یا بیمار

۲) سطح گروهها و موسسات ارائه دهنده ی خدمات سلامت

۳) سطح ملی، ملی و بین المللی

انواع اصلی ارزیابی فن آوری سلامت

۱) HTA تکنولوژی محور: این نوع ارزیابی به تعیین ویژگی ها و عواقب تکنولوژی خاصی می پردازد. (تکنولوژی چه مشکلاتی را حل خواهد کرد. و تا چه میزان برای شرایط مختلف مناسب است).

۲) HTA مسئله محور: در این جا تمرکز بر یافتن راه حل ها و استراتژی های لازم برای مدیریت یک مسئله ی خاص است، که در مدیریت آن مسئله ممکن است از تکنولوژی های جایگزین و یا مکمل استفاده شود.

۳) HTA پروژه محور: متمرکز بر استفاده ی محلی از یک تکنولوژی در یک مرکز، برنامه یا پروژه خاص است (نقش و میزان مفید بودن آنها را برای آن مسئله و شرایط خاص ارزیابی می نماید).

به طور خلاصه HTA رویکردی مبتنی بر معتبرترین شواهد موجود می باشد که به صورت سیستماتیک فن آوریهای ایمن، اثربخش و به صرفه، اعم از جدید و در حال استفاده، را شناسایی کرده و اطلاعات لازم جهت تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد را برای تصمیم گیرندگان در نظام سلامت فراهم می نماید. و با توجه به محدودیت منابع در کشورهای د رحال توسعه ابزاری مقبولى جهت افزایش کارایی و محدود کردن هزینه های نابه جای سیستم و در نهایت ارتقای کیفیت خدمات نظام سلامت، می باشد.

راهنمای طبابت بالینی Clinical Practice Guideline

راهنماهای بالینی که راهنماهای طبابت بالینی نیز نامیده میشوند، عبارات ساختارمندی هستند که به پزشک و بیمار در تصمیم گیری مناسب برای مواجهه با یک شرایط بالینی خاص کمک می کند. راهنماها طراحی می شوند تا کیفیت ارائه خدمات برای بیماران را بهبود بخشند، اطلاعات مناسبی برای تشخیص های خاص، شرایط یا درمانهای ویژه فراهم نمایند، منجر به ارتقا سلامت شده و از تحمیل هزینه های اضافی جلوگیری نمایند.

در حیطه سلامت عمومی دو نوع راهنما وجود دارد:

راهکارهای مداخلاتی: این نوع راهکارها که توصیه هایی در مورد انواع مشخصی از فعالیت ها (مداخلات) ارائه می دهند. توسط سازمانهای محلی مسوول سلامت هر ناحیه تهیه می شوند. این مداخلات به نگهداری و ارتقاء سبک زندگی سالم یا کاهش خطر بروز بیماریها کمک می کنند.

راهکارهای برنامه ای: این نوع راهکارها که با توصیه های بیشتری برای ارتقاء سلامت و جلوگیری از بروز بیماریها همراه هستند، ممکن است بر روی یک موضوع خاص تمرکز نمایند، مثل: راهبردهایی برای کمک به مردم در جهت ترک سیگار. همچنین این راهکارها معمولاً بر روی جمعیت خاصی تاکید می کنند (مانند جوانان، زنان حامله و ...) و بر روی محل خاصی متمرکز میشوند (مانند کارگاهها)

سه جنبه عمده ابزارها و پرسشنامه هایی که برای ارزیابی و تحلیل نقادانه راهکارها طراحی شده اند:

۱- دقت در تدوین

ü چه کسی یا چه کسانی مسوول تدوین راهکار بوده اند (گروه نویسندگان)

ü شواهد چگونه گردآوری شده اند؟

ü کدام شواهد مورد استفاده قرار گرفته اند؟

ü چقدر میان توصیه های ارائه شده در راهکار، و شواهد علمی ارتباط وجود دارد؟

ü آیا این راهکار توسط گروه همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است؟

ü راهکار چه زمانی به روز شده است؟

۲- متن و محتوا:

ü آیا اهداف کلی و عینی تدوین راهکار ارائه شده اند؟

ü آیا جامعه هدف به درستی تبیین شده است (پزشکان، کارشناسان، بیماران و ...)

ü آیا محاسن، معایب و هزینه های روش های درمانی پیشنهاد شده، بیان گردیده و با سایر روشهای ممکن، مقایسه شده است

۳- کاربرد

در این قسمت باید به استراتژی های اجرا، انتشار و پایش راهکار توجه نمود.

بومی سازی شود.

مراحل تدوین یک راهکار طبابت بالینی جدید:

۱- انتخاب موضوع

۲- تشکیل گروه تدوین کننده راهکار

۳- هدف گذاری و حیطه عمل راهکار

۴- یافتن منابع و شواهد علمی

۵- تلفیق و پیوند شواهد

۶- تفسیر شواهد و قابلیت تعمیم نتایج حاصل به جمعیت هدف

۷- تدوین توصیه ها

۸- ارائه

۹- انتشار و اجرا

۱۰- بازبینی راهکار

۱۱- ارزشیابی

موانع به اجرا در آمدن راهکارها:

موانع درونی به ساختار ضعیف راهکار و اشکالات متدولوژیک آن مرتبط است، در حالیکه موانع بیرونی یا خارجی، به جوی که قرار است راهکار در آن اجرایی شود مرتبط بوده و به عنوان و موضوع آن راهکار بستگی دارد.

موانع خارجی بالقوه ای که بر سر راه به اجرا در آمدن راهکارها وجود دارند، به شرح زیرند:

۱- فاکتورهای بنیادی (مانند موانع مالی)

- ۲- فاکتورهای سازمانی (مانند عدم وجود مهارت کافی برای اجرای توصیه های راهکار، نبود تجهیزات و امکانات کافی)
 - ۳- مقاومت همکاران و رقبا (مانند زمانی که استانداردهای ارائه شده متناسب با تمایلهای درمانی همکاران نیست و توافق کامل بر آنها حاصل نشده است)
 - ۴- فاکتورهای فردی (مقاومت و ایجاد ممانعت از سوی افرادی که دانش، نگرش یا مهارت کافی ندارند)
 - ۵- واکنشهایی که میان بیمار و ارائه دهنده خدمت اتفاق می افتد (مانند مشکلاتی که به علت عدم اطلاع رسانی کافی به بیماران پیش می آید)
- برخی از روشهای پیشنهادی مقابله با موانع خارجی عبارتند از:
- ü ارائه آموزشهای گروهی و فردی
 - ü بهره گیری از کمک افراد ذی نفوذ در فراگیر نمودن استفاده از راهکارها
 - ü استفاده از روشهای تبلیغاتی موثر
 - ü اطلاع رسانی مناسب به بیماران و تغییر سطح دانش و نگرش آنها
 - ü برقراری مشوقهای مختلف برای اجرای راهکارها
 - ü حمایت سیاستگذاران سلامت از راهکارها
- در مورد راهکارها توجه به نکات زیر ضروری است:

- ü همانگونه که از نام آنها مشخص است راهکارها صرفاً راهکار بوده و هرگز جایگزین دانش و مهارت پزشک نمی شوند.
 - ü ممکن است برای درمان یک بیماری صدها راهکار وجود داشته باشد که همگی علمی و مبتنی بر شواهد باشند.
 - ü عمل مطابق راهکارهای بالینی هیچ الزام قانونی ندارد و تنها کمک می کند که سطح پایه ای از خدمات، همه جا ارائه شود و خطاهای پزشکی کاهش یابند.
 - ü راهکارهای طبابت بالینی باید توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت و به خصوص اعضای هیئت علمی و با بیطرفی کامل نوشته شوند.
 - ü یکی از وظایف مراکز تعالی خدمات بالینی تأسیس جایگاهی برای تأیید مطابقت راهکارهای نگارش یافته با موازین اخلاقی است.
- و در نهایت همه راهکارهای طبابت بالینی باید:
- ü روا باشند: محتوی همان چیزی باشند که از آنها انتظار می رود
 - ü تکرار پذیر باشند: اگر گروه دیگری، از شواهدی که در این راهکارها استفاده شده است، استفاده کنند، به همین نتایج دست یابند.
 - ü هزینه اثر بخش باشند: استفاده نامناسب از منابع را کاهش دهند.
 - ü بین رشته ای باشند: تمام گروههای ذینفع و علاقمند را درگیر سازند.
 - ü قابلیت استفاده در بالین را داشته باشند: ساده، منطقی و بومی باشند و جامعه هدف مشخص داشته باشند.
 - ü انعطاف پذیر باشند: بر طبق وضعیت موجود و ترجیحات بیماران، قابلیت تغییر و انعطاف داشته باشند.

ü واضح باشند: از نظر دستور زبانی مبهم نبوده و به راحتی توسط جامعه هدف قابل فهم باشند.

ü مورد بازبینی قرار گیرند: زمان و فرایند بازبینی و به روز سازی آنها بیان شده باشد.

ü قابل استفاده در ممیزی بالینی باشند: راهکار باید به گونه ای باشد که بتوان استانداردهای قطعی و دقیق از آن استخراج نمود و در فرآیند ممیزی بالینی مورد استفاده قرار داد.

دستورالعمل: Protocol

در مقابل راهکار که راهنمای ارائه خدمت است و پذیرش آن اختیاری بوده و اجباری نیست، دستورالعمل (پروتکل) وجود دارد که فاقد انعطاف پذیری بوده و عمل به آن الزام و التزام قانونی دارد.

دستورالعملهای مجموعه ای از فرایندها و فعالیتهای هستند که برای درمان یک وضعیت خاص ارائه شده و به طور متوالی و با ترتیب مشخصی باید انجام شوند.

مبتنی بر شواهد Evidence Based

در دنیای کنونی شواهد نه تنها برای رد یا اثبات یک فرضیه علمی به کار می روند، بلکه تمامی فعالیتهای حرفه ای افراد نیز می توانند بر اساس شواهد باشند. عمل براساس شواهد بهترین راهکارها را در جهت توسعه حرفه ای، در اختیار افراد قرار می دهد. عمل براساس شواهد رویکردی است بر خلاف سنت ها و قواعد تغییر ناپذیر، و فرآیندی است در تضاد با عمل براساس آنچه همیشه انجام می شده است.

شاهد:

شاهد در معنای وسیع خود شامل هر چیزی است که برای اثبات حقیقت یک ادعا به کار رود. در معنای فلسفی، شاهد می تواند شامل هر گزاره درستی باشد که در حمایت از یک گزاره غلط به کار می رود.

شواهد در علم:

در تحقیقات علمی، شواهد از طریق مشاهده پدیده هایی که در دنیای طبیعی اتفاق می افتند، تحلیل تجربیات و انجام تحقیقات در آزمایشگاهها و جمع آوری میشوند.

در دنیای کنونی شواهد نه تنها برای رد یا اثبات یک فرضیه علمی به کار می روند، بلکه تمامی فعالیتهای حرفه ای ما نیز می توانند و باید براساس شواهد باشند.

تفاوت آشکاری میان تصمیم سازی و تصمیم گیری وجود دارد. معمولاً دانشمندان در مرحله اول (تصمیم سازی) ایفای نقش می کنند و تصمیم گیری نهایی با در نظر گرفتن ارزشها، بر عهده عموم مردم و سیاستمداران خواهد بود. بنابراین دانشمندان و سیاستمداران، در حیطه هایی کاملاً متفاوت فعالیت می کنند هر چند که هدف نهایی آنان با یکدیگر مشابه است.

سلامت عمومی مبتنی بر شواهد و مراقبت سلامت مبتنی بر شواهد انواع مختلف مطالعات زیر را در بردارند:

ü ارزشیابی اقتصادی و سازمانی مراقبتهای سلامت

ü بیمار و انتخاب عمومی مبتنی بر شواهد

ü اقتصاد سلامت

ü ارزیابی فن آوری سلامت

ü مدیریت نظام سلامت

ü سیاستگذاری سلامت

ü خرید در نظام سلامت

در روشهای سنتی ابتدا مشکل به وجود می آید و سپس فرد برای حل آن از تجارب شخصی خود استفاده می کند و یا از همکاران سوال می نماید، به سراغ یک Text Book می رود و یا نهایتاً یک مقاله مروری می خواند.

ولی فرایندهای مبتنی بر شواهد از اصول کلی زیر تبعیت می کنند:

۱- تعریف یک سوال مناسب

۲- تعیین مقالات و سایر منابع مبتنی بر شواهدی که می توانند به این سوال پاسخ دهند

۳- ارزیابی و تحلیل نقادانه شواهد در جهت اطمینان از روایی آنها

۴- به کاربردن نتایج حاصل از شواهد

۵- ارزیابی مجدد عملکرد مبتنی بر شواهد انجام شده و تلاش برای ارتقای بیشتر آن عملکرد

پزشکی مبتنی بر شواهد:

پزشکی مبتنی بر شواهد تلاشی است در جهت بکارگیری شواهد بدست آمده از روش های علمی، در جنبه های مختلف طبابت بالینی، به خصوص در ارزیابی شواهد مربوط به مزایا و معایب درمان های پزشکی.

در یک تعریف جامع، پزشکی مبتنی بر شواهد، حاصل تلفیق سه جز کلیدی است:

- بهترین و جدیدترین شواهد مبتنی بر مطالعات نظام مند

- تخصص و تجربه بالینی پزشک

- ارزشهای جامعه و بیمار

در عصر حاضر EBM پزشکی مبتنی بر شواهد، تعریف ما را از یک فرد متخصص تغییر داده است، هم اکنون فردی حرفه ای و متخصص تلقی میشود که تمام گفته ها و عملکردهایش براساس شواهد و مطالعات علمی باشد.

محدودیتهای طبابت مبتنی بر شواهد:

ii کمبود و یا گاهی فقدان شواهد و یا به روز نبودن آنها

ü محدودیت منابع که منجر به محدود شدن انواع پروژه های تحقیقاتی و میدان عمل آنها می شود.

ü محرمانه بودن بسیاری از اطلاعات به خصوص اطلاعات مربوط به بیماران، که منجر به محدودیت دستیابی به منابع اطلاعاتی می گردد.

ü عدم وجود مدل های تحقیقاتی کافی برای ارزیابی پیچیدگیهای ذاتی سیستمهای زنده

ü نادیده انگاشته شدن ارزش بصیرت ارائه دهندگان خدمات

ü نادیده گرفته شدن تفاوت‌های ناحیه ای و یا شرایط خاص

چرا باید از طبابت مبتنی بر شواهد استفاده کنیم؟

ü جدید بودن، بدیع بودن، خلاقانه بودن، تحقیقاتی بودن و امیدوار کننده بودن، معادل موثر بودن و یا بهتر بودن نیست.

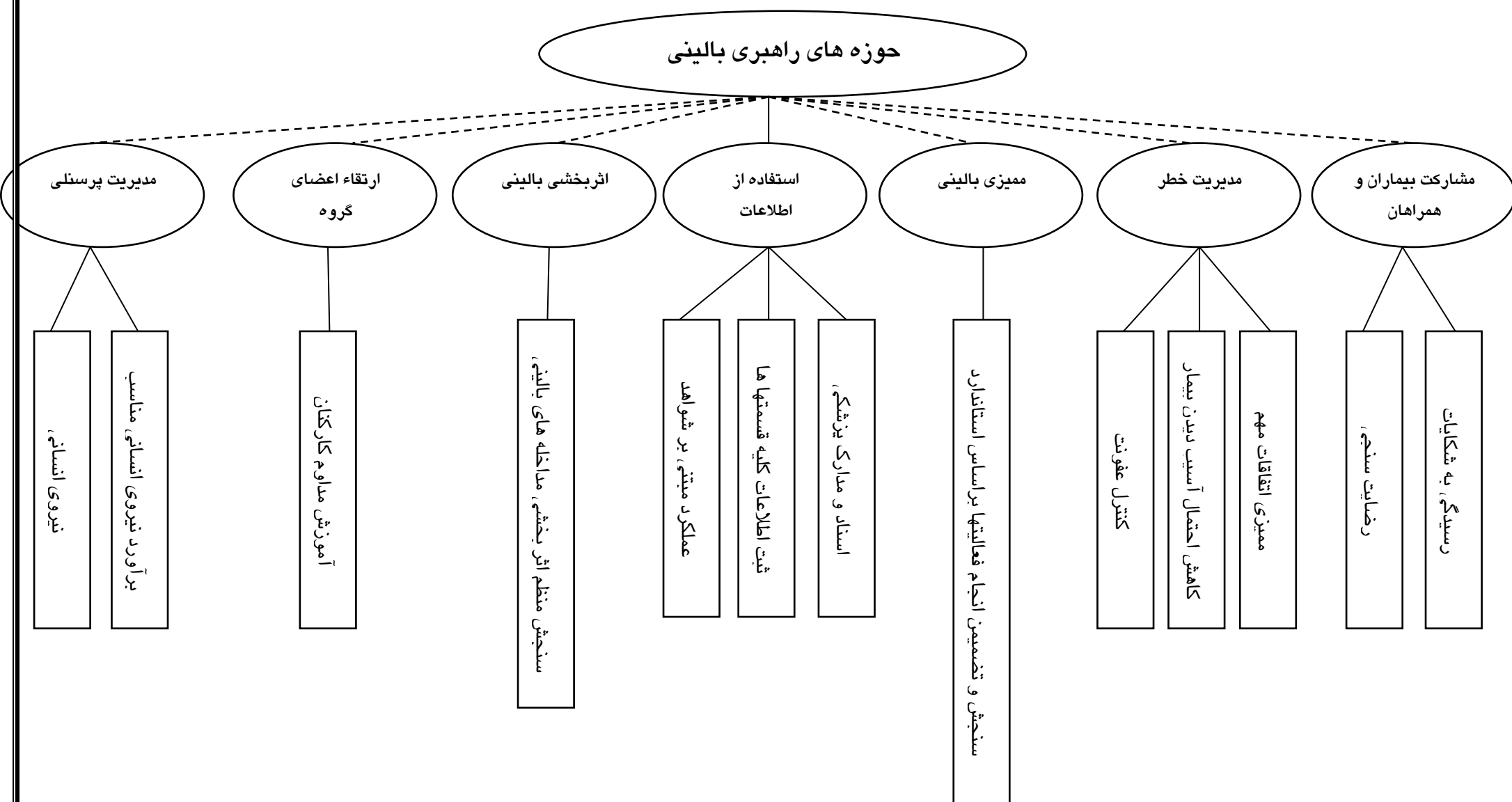
ü منابع سنتی اطلاعاتی، ناکافی هستند.

ü اطلاعات پزشکی به صورت روزانه تغییر می کنند و به روز میشوند.

ü انسان جایز الخطا است و ارائه دهندگان خدمات در صورت اتکا به دانسته های خود در بسیاری از اوقات دچار اشتباه می شوند.

ü میان مهارت‌های تشخیصی و قضاوت بالینی ارائه دهندگان خدمات و اطلاعات به روز و عملکرد بالینی مناسب، تفاوت وجود دارد.

ü منابعی که برای درمان ناموثر مصرف میشود هزینه های مراقبت را افزایش می دهد. در حالیکه نه تنها تاثیر مثبتی بر سلامتی جامعه ندارد، بلکه ضرر قابل توجهی را نیز بر آن تحمیل می کند



نمونه اقداماتی که در هر کدام از حوزه های حاکمیت بالینی قابل انجام است:

۱ - مشارکت بیماران و همراهان (در س گیری از شکایات) ارتباط کادر اداری با بیمار و همراه - کادر درمان با بیمار و همراه

تعریف فرآیند رسیدگی به شکایات به شکلی رسمی و منظم در سطح بیمارستان - آگاهی به بیمار و خانواده در خصوص دریافت خدمات و پرداخت هزینه ها

۲ - کارکرد ایمن (مدیریت خطر) : فرم بحران

مدیریت خطر سعی در کسب اطمینان از این امر دارد که شیوه کار حرفه ای باعث افزایش احتمال بروز اشتباه نمی گردد . -نظام ثبت خطا - کاهش آسیب دیدن بیمار (کلیه اقدامات که باعث پیشگیری از آسیب بیمار می شود) . کنترل عفونت (پیشگیری از عفونت بیمارستانی -دستورالعمل ها - ایمنی حرفه ای پرسنل-تفکیک زباله)

۳ - ممیزی بالینی:

ممیزی مکانیسمی را فراهم می کند که در آن تلاش برای موفقیت در درمان ها و کارها پایش می شود . ممیزی در واقع پاسخ به این سؤال است که چند درصد از اعمال و کارهای انجام شده به نتیجه مطلوب دست یافته است ؟

سنجش و تضمین انجام فعالیتها بر اساس استانداردها / بررسی گزارش انتقالی و ترخیص پیش از موعد بیماران/ تشکیل کمیته ممیزی و تعیین مسئول این امر در هر بخش .

۴ - استفاده از اطلاعات:

اسناد و مدارک پزشکی / ثبت اطلاعات کلیه قسمت های اداری و درمانی

- عملکرد مبتنی بر شواهد : راه اندازی اقداماتی برای تامین و تضمین دستیابی و استفاده از بهترین شواهد موجود در برخورد با مسائل بالینی است . (به روز بودن اطلاعات پزشکان و مراجعین بیمار)

۵ - اثر بخشی بالینی:

سنجش اثر مداخلات بالینی ، اعم از اثرات درمانی یا عوارض ، بخش کلیدی و اصلی نظام حاکمیت بالینی است (تعیین استراتژی انجام کار .)

۶ - برنامه ارتقاء اعضای گروه:

آموزش مداوم بر اساس نیازهای حرفه ای پرسنل از اصول مهم ارتقاء خدمات بالینی است . اینکار با روش های مصاحبه و پرسشنامه و در عین حال با استفاده از نیازهای هر شغل انجام می گردد .

۷ - مدیریت پرسنلی

وجود ساز و کار نیاز سنجی پرسنلی

تامین موارد کمبود نیروی انسانی و برقراری تناسب در توزیع نیروی انسانی در بخش های سازمان

مدیریت حضور و غیاب و مرخصی پرسنل

عملکرد روزانه دفتر و وظایف اعضای تیم CG

- ۱ - کنترل دفاتر گزارش مدیریت مرکز و گزارش پرستاری
- ۲ - تشکیل جلسات مکرر بخش ها
- ۳ - کنترل برگه های CPR و فوتی های هر روز
- ۴ - پیگیری و ثبت Cancel شدن اعمال الکتیو مرکز
- ۵ - بررسی علل بستری بودن بیماران بالای ۱۰ روز
- ۶ - کنترل بیماران انتقال یافته از درمانگاه اورژانس به بخش های مختلف مرکز
- ۷ - جمع آوری شکایات ، ثبت و حل آنها
- ۸ - بررسی آمار اعمال جراحی انجام شده
- ۹ - تحویل برگه های مربوط به جواز دفن فوتی ها
- ۱۰ - بررسی تعداد گواهیهای تولد صادر شده
- ۱۱ - بررسی حوادث رخ داده در سطح بیمارستان و ارائه راهکار جهت پیشگیری از وقوع مجدد
- ۱۲ - هماهنگی جهت برگزاری جلسات آموزشی (اعم از ارتباط پزشک-پرستار-کارکنان با بیمار و ...)
- ۱۳ - پیگیری برنامه های آموزشی ضمن خدمت
- ۱۴ - جمع آوری روزانه فرمهای تکمیل شده بخش ها
- ۱۵ - پیگیری احضاریه های دادگاه های پزشکان و پرسنل
- ۱۶ - پیگیری نامه های ارسالی از طرف ریاست و مدیریت مرکز

- ۱۷- جمع آوری و تحلیل اطلاعات بیماران اعزام شده به مراکز دیگر (به دلیل نبودن تخت و ...)
- ۱۸- جمع آوری و تحلیل اطلاعات بیماران اعزام شده به مراکز دیگر جهت انجام CT ، MRI ، مشاوره و غیره ...
- ۱۹- جمع آوری و تحلیل اطلاعات بیماران مراجعه کننده به اسکرین اورژانس
- ۲۰- جمع آوری و تحلیل اطلاعات بیماران بستری در درمانگاه اورژانس از لحاظ سن ، سرویس مربوطه ، مدت اقامت در درمانگاه و ...
- ۲۱- جمع آوری و تحلیل اطلاعات CPR انجام شده (از نظر مشخصات دموگرافیک بیماران ، تشخیص ، بخش ، نتیجه CPR و ...)
- ۲۲- جمع آوری و تحلیل اطلاعات بیماران بستری در بخش های جراحی به تفکیک بیماریها به منظور تعیین متوسط هر بیماری در بخش و تشخیص شایعترین بیماریها
- ۲۳- کنترل عفونت های بیمارستانی
- ۲۴- واکسیناسیون پرسنل
- ۲۵- توزیع کارت واکسیناسیون
- ۲۶- پیگیری موارد مواجهه شغلی (Exposure)
- ۲۷- ارسال آمار و اطلاعات بیماران مبتلا به انواع بیماریهای عفونی به مرکز بهداشت
- ۲۸- جمع آوری اطلاعات بیماران مبتلا به عفونت های بیمارستانی و ارسال آمار مربوطه به معاونت سلامت دانشگاه
- ۲۹- کنترل بخش ها از لحاظ رعایت استانداردهای کنترل عفونت

- ۳۰- انجام امور مربوط به شرکت پرسنل در دوره های آموزشی عمومی و تخصصی مدیریت آموزش و پژوهش
- ۳۱- انجام امور مربوط به شرکت پرسنل در دوره های آموزشی عمومی و تخصصی تحول اداری دانشگاه
- ۳۲- دریافت گواهی نامه پرسنل از مدیریت آموزش و پژوهش
- ۳۳- ورود اطلاعات پرسنلی کارکنان آموزش دیده در بانک اطلاعاتی
- ۳۴- تهیه گزارش عملکرد دوره های آموزشی جهت ارائه به مدیریت مرکز و تحول اداری دانشگاه
- ۳۵- تهیه گزارش شهریه پرداختی پرسنل بر اساس کپی گواهی ها و کپی شهریه دریافتی
- ۳۶- تعیین اولویت های گروه های هدف (پرسنل واحدهای تشخیصی-اداری) جهت آموزش عمومی و تخصصی
- ۳۷- تشکیل پرونده های آموزش پرسنل تشخیصی و اداری
- ۳۸- هماهنگی امور مربوط به دوره های مهارت های هفتگانه کامپیوتر (ICDL) از جمله کلاسها و آزمون
- ۳۹- انجام امور جاری و ارجاعی موردی دفتر حاکمیت بالینی مستقر در معاونت درمان
- ۴۰- همکاری در انجام امور تحقیقاتی
- ۴۱- انجام امور مربوط به برنامه ریزی بیمارستان در حوادث غیرمترقبه (طبق تاپ چارت مدیریت بحران و ابلاغیه مدیریت مرکز)
- ۴۲- هماهنگی و برگزاری کارگاه های آموزشی جهت بهبود سطح کیفی آموزش پرسنلی مرکز جهت رده های مختلف پرسنلی
- ۴۳- تشکیل دوره های آموزش عمومی درون سازمانی نظیر آموزش زبان انگلیسی و ...

۴۴- برآورد وضعیت موجود در بیمارستانی که مستقر است

- ۴۵ ۲- طراحی ACTION PLAN براساس سنجش وضعیت موجود در بیمارستان و بخشی که استاندارد گرایی در آن به عنوان پایلوت شناخته شده است
- ۴۶ ۳- تدوین شرح وظایف کلیه نیروهای انسانی و تفهیم نمودن و توجیه ساختن آنها بر اساس نوع خدمات ارائه دهنده در سیستم درمانی مربوطه و تعامل سیستم و فرد با یکدیگر
- ۴۷ ۴- سیاستگذاری و اجرای برنامه های مدون با در نظر داشتن لزوم ارتقاء کیفیت موجود
- ۴۸ با هماهنگی کمیته حاکمیت بالینی و ستاد برنامه ریزی و اجرایی دانشگاه
- ۴۹ "follow up" " رفع ایرادات تشخیص داده شده
- ۵۰ - کنترل، نظارت و ثبت تغییرات رخ داده پس از استقرار و تحکیم ساختار حاکمیت بالینی
- ۵۱ - ارائه گزارش عملکرد خود در ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه طبق برنامه تعیین شده از قبل که توسط ستاد از قبل اطلاع رسانی شده است.
- ۵۲ - برگزاری و شرکت در جلسات حاکمیت بالینی که با حضور مسئولین بیمارستان و کارشناسان حاکمیت بالینی در راستای اجرای ساختار حاکمیت بالینی و تعالی نظام توسعه سلامت تشکیل می گردد.

۵۳ ثبت و پیگیری و رسیدگی به شکایات مراجعه کنندگان به واحد شکایات یا ارجاع شده از حوزه مدیریت و دیگر گروه ها

۵۴ هماهنگی و صحبت با مسئولین واحدها به منظور کاهش شکایات و حل مشکلات قبل از بروز آنها

۵۵ نظارت بر طراحی و نصب خطوط و تابلو راهنما در بیمارستان

۵۶ کنترل و نظارت بر نصب پوستر و اعلامیه ها در تابلو

۵۷ برقراری ارتباط با روابط عمومی دانشگاه و روابط عمومی سایر مراکز

۵۸ هماهنگی بر طراحی سیستم مدیریت بحران و برگزاری مانورها

۵۹ نظارت و کنترل بر رضایت سنجی در بیمارستان