



شیوه های استقرار مدیریت کیفیت در نظام بیمارستان ها و مراکز درمانی

و

بررسی تاثیر آن بر فرایندها

دکتر علی مهرابی بهار^۲

دکتر الهام مسگری*^۱

۱- دکترای حرفه ای و ارشد مدیریت گرایش استراتژی، رئیس واحد خدمات بین الملل سلامت سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و ارزیاب کشوری اعتباربخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲- دکترای عمومی پزشکی، دانشجوی دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مدیر کل عضویت، صلاحیت حرفه ای و صدور پروانه ها سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و دارای گواهی عالی بهداشت عمومی
چکیده:

در مراقبت های بهداشتی، مدیریت کیفیت به مدیریت طراحی سیستم ها، خط مشی ها و فرآیندهایی اشاره دارد که به طور مستمر با بهینه سازی، کنترل و حذف در طول فرایندهای اصلی و فرعی سازمان موجب ارتقا بهره وری و کارایی سازمان و صرفه جویی در منابع سازمانی می شود. در واقع با مدیریت کیفیت مراقبت از بیمار به صورت بهینه انجام می شود و آسیب به بیمار کمتر شده و نتایج درمانی بهتری به دست می آید.

برای دستیابی به این هدف، مجموعه ای دائمی از داده ها و تغییرات در فرآیند برای ایجاد یک محصول یا خدمات بهینه وجود دارد که هدف آن را برآورده و مصرف کننده را راضی می کند. با استفاده از سیستم مدیریت کیفیت داده های بیشتری جمع آوری می شود و اطمینان حاصل شود که تغییرات اضافی لازم نیست. از سیستم های با مدیریت کیفیت و سازمان دهی، استانداردسازی، برای بهبود فعالیت های مربوط به یک محصول مدیریت کیفیت یا خدمات با هدف مشتریان استفاده می شوند. [۱]

با اندازه گیری نتایج و اثرات عوامل مختلف از طریق جمع آوری داده ها، مسائل درون سیستم شناسایی می شوند و پزشکی مبتنی بر شواهد برای توسعه یا تغییر فرآیندها برای بهبود کیفیت مراقبت استفاده می شوند، سپس اطلاعات مربوط به نتایج جدید جمع آوری می شود تا مشخص شود آیا تغییرات مفید بوده یا نیاز به تغییرات دیگری است. هدف نهایی دستیابی به مراقبت مداوم و در سطح بالا و ایمن، حداقل عوارض، مرگ و میر، بیماری و ناراحتی، رضایت بالای بیمار و خانواده است. ابعاد کیفیت در بیمارستان ها را به طور کلی می توان در ۶ بعد مراقبت ایمن، موثر، بیمار محور، به موقع، کارآمد و عادلانه در نظر گرفت.

کلیدواژه: سیستم مدیریت کیفیت جامع، ایمنی بیمار، بهبود کیفیت، تضمین کیفیت در سیستم سلامت



مقدمه :

بهبود کیفیت به اقدامات سیستماتیک و مداومی که منجر به بهبود قابل اندازه گیری در خدمات سلامت و وضعیت سلامتی دریافت کنندگان (بیماران) می شود گفته می شود. به عبارت دیگر بهبود کیفیت یک رویکرد رسمی به وضعیت و تلاش برای بهبود آن است. در واقع اهداف بلندمدت سازمان به صورت اهداف کیفیتی تحلیل عملکرد و تعریف می شود. [۲]

کیفیت یعنی وجود ویژگی هایی در محصول (ویژگی های کیفی) که نیازهای مشتری را پاسخ دهد و موجب رضایت مشتری گردد. هدف کیفیت بالاتر و ایجاد رضایت بیشتر در مشتری / بیمار و بالطبع انتظار درآمد بیشتر است. ایجاد ویژگی های کاملتر و بهتر کیفیت مستلزم سرمایه گذاری و افزایش هزینه است. در واقع با نگاه فوق کیفیت بالاتر خدمات مواقعی هزینه های جاری را افزایش میدهد اما در نهایت به موازات موجب درآمد بیشتر هم خواهد گردید. به نوعی در گذر زمان کیفیت با درآمدهای سازمان ارتباط مستقیم و غیرمستقیم خواهد داشت. [۳]

کیفیت یعنی عدم وجود عیب، نقص و خطا. عیب و نقص موجب ضایعات، تعمیرات، دوباره کاری، محصول مرجوعی، نارضایتی مشتری، افزایش شکایات، جریمه و از دست دادن مشتریان فعلی می گردد و همه موارد فوق برای سازمان هزینه آور است. برای جذب بیمار جدید سازمان بایستی مبالغ زیادی هزینه کند در حالی که بهترین استراتژی حفظ مشتریان فعلی با ارائه خدمات با کیفیت می باشد. [۳]

دکتر ادوارد دمینگ در کتاب خود به نام خروج از بحران اینگونه از کیفیت سخن می گوید: "کیفیت تنها میتواند بر اساس عوامل آن تعیین گردد. چه کسی قاضی کیفیت است؟ یک کارگر خط تولید فکر میکند که بتواند کارش را انجام دهد. سطح پایین کیفیت به نظر او از دست دادن سرمایه و حتی شغل می باشد. کیفیت سطح بالا از نظر او حفظ سرمایه سازمان است. دمینگ تا اینجا پیش می رود که ادعا میکند کیفیت معیارهای متفاوتی دارد و این معیارها دائما در حال تغییر هستند. افراد مختلف به معیارهای مختلف، به طور متفاوتی ارزش گذاری میکنند و به همین دلیل، اندازه گیری های الویت های مشتری و بازنگری ادواری این اندازه گیری ها برای موفقیت در رقابت بسیار مهم است" [۲].

کاراورا ایشی کاوا کیفیت را اینگونه تعریف می کند: "کیفیت عبارت است از مدیریتی که در آن اهداف بلند مدت سازمان در ارتباط با کیفیت تعریف گردد و تضمین کیفیت از محصول و تولیدگرایی به مشتری گرایی سوق داده شود. ارتباطات تمامی کارکنان با همدیگر همانند ارتباطشان با مشتری باشد و همدیگر را رقیب و حریف قلمداد نکنند. صحبت درباره کیفیت با اطلاعات و واقعیت ها همراه باشد. مدیریت کارا و منظم در سازمان حاکم باشد. به حقوق افراد و دموکراسی صنعتی احترام گذاشته شود" [۲]



کیفیت یک برنامه یا درمان موقت نیست بلکه یک فرآیند مستمر است و همواره بایستی در سازمان ها مدنظر قرار گیرد. درواقع کیفیت عبارت است از مناسب بودن برای هدف، کار درست را بار اول درست انجام دادن و بار دوم بهتر از بار اول انجام دادن

پیشینه پژوهش:

مدل ها و رویکردهای مدیریت کیفیت

مدل ها و رویکردهای مدیریت کیفیت متفاوتی وجود دارد. بررسی اخیر مدل های مدیریت کیفیت موجود برای مراقبت های بهداشتی بستری، ۶۴ مدل مختلف را شناسایی کرد، که ۱۷ مورد از آنها به عنوان موارد مهم در عملکرد مراقبت های بهداشتی فعلی شناخته شدند. [۳] در زیر، چند مدل و مسائل احتمالی را مورد بحث قرار می دهیم.

مدیریت کیفیت جامع یک فرآیند یکپارچه است که همه سیستم ها و کارکنان را در تلاشی مستمر برای بهبود کیفیت در مراقبت های بهداشتی و کاهش هزینه و ارتقا خدمات به مشتری درگیر مینماید. از مواردی که در این خصوص میتوان به آن اشاره نمود شامل رهبری، مشارکت کارکنان، آموزش، مدیریت فرایند، حمایت مدیران ارشد و برنامه ریزی می باشد.

از موانع اجرای استانداردهای کیفیت عدم حمایت مداوم مدیریت ارشد، رهبری ضعیف، فقدان فرهنگ کیفیت محور در سازمان، آموزش ناکافی گروه های درمانی، و منابع ناکافی است. [۴]

استانداردهای کمیسیون مشترک اعتباربخشی و انجام فرایند اعتباربخشی توسط سازمان های بهداشت و درمان یکی دیگر از مسیرهای مدیریت کیفیت بوده است. به عنوان مثال، کمیسیون مشترک فرآیندی داوطلبانه است که کیفیت مراقبت های بهداشتی را در ایالات متحده و در سطح بین المللی اجرا، نظارت و بهبود می بخشد. [۵] و [۶]

در حال حاضر بیش از ۲۰۰۰۰ سازمان مراقبت های بهداشتی را ارزیابی می کند و بزرگترین گروه اعتباربخشی در کشور است. کمیسیون مشترک بررسی می کند که آیا یک مرکز استانداردهای اعتباربخشی برای کیفیت مراقبت های بهداشتی را رعایت می کند که شامل برنامه هایی است که اندازه گیری کیفیت، ارزیابی و بهبود نتایج بیمار را انجام می دهد. اعتباربخشی همچنین اعتبار خارجی را برای مدیریت بیمارستان فراهم می کند و شفافیت را برای بیماران و ارائه دهندگان افزایش می دهد. [۷]

در آینده، آموزش مراقبت های بهداشتی باید مدیریت کیفیت را به عنوان بخشی از برنامه درسی و تلاش های همکاری بین حرفه ای ارتقا دهد. با معرفی دانش آموزان و شاغلین حرفه های پزشکی، مراقبت های بهداشتی و وابسته به بهبود کیفیت، آنها احتمالاً از مزایای بهبود نتایج و رضایت بیماران بهره مند خواهند شد. ناگفته نماند که آگاهی از مزایای مدیریت کیفیت باعث افزایش انطباق و بازخورد از تمام حوزه های سیستم مراقبت های بهداشتی می شود.



همچنین با عدم پوشش شرکت های بیمه برای مسائلی مانند کاتر فولی یا عفونت های مرتبط با خط مرکزی که در طول اقامت در بیمارستان ایجاد شده اند، فشار برای بهبود کیفیت افزایش می یابد. بیش از رعایت معیارهای بازپرداخت، مدیریت کیفیت، زمانی که از پتانسیل کامل خود استفاده شود، نتایج بهینه، رضایت مطلوب بیمار را ایجاد می کند، حجم کار را با بهبود کارایی کاهش می دهد و هزینه های کلی بیمار و بیمارستان را کاهش می دهد. همه چیز با جمع آوری داده ها برای شناسایی مشکلات، ارزیابی علل احتمالی، تعیین راه حل های بالقوه، و متعاقباً نظارت بر اقدامات اصلاحی برای اثربخشی آغاز می شود. این اقدامات نه تنها به بهبود نتایج، تجربه و عملکرد بیمارستان کمک می کند، بلکه الزامات کمیسیون مشترک و حتی شرکت های بیمه را نیز برآورده می کند. [۷]

هدف سیستم مراقبت های بهداشتی ارائه مراقبت ایده آل از یک ارائه دهنده واجد شرایط در یک محیط مناسب برای یک بیمار خاص است. به عبارت دیگر، بیمار باید بهترین مراقبت ممکن (یعنی مراقبت استاندارد مبتنی بر پزشکی مبتنی بر شواهد) را توسط ارائه دهنده ای با تخصص مناسب در محیطی دریافت کند که کارایی را به حداکثر و خطر و سوء استفاده منابع را به حداقل می رساند. [۸]

مراقبت های بهداشتی باید ایمن، مؤثر، بیمار محور، به موقع، کارآمد و عادلانه باشد. [۹]

"بیمار محور" به مراقبتی اشاره دارد که پذیرای تمایلات، نیازها و ارزش های بیمار برای هدایت تمام تصمیمات بالینی است. "به موقع" بر جلوگیری از تاخیر در مراقبت تمرکز دارد. کارآمد» به به حداقل رساندن یا اجتناب از اتلاف منابع مانند منابع و زمان مربوط می شود. در نهایت، "عادلانه" نشان دهنده ارائه مراقبت به همه بیماران بدون توجه به ویژگی هایی مانند ظاهر، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و ارزش ها است. موفقیت مراقبت های بهداشتی در دستیابی به این حوزه های کیفی را می توان با جمع آوری با موارد زیر میتوان اندازه گیری کرد: مرگ (مرگ و میر)، ناتوانی (بیماری)، بیماری (رفع یا تداوم بیماری پس از درمان)، ناراحتی (فرایند بیماری). ارائه مراقبت های پزشکی) و نارضایتی (تجربه بیمار در طول فرآیند ارائه مراقبت). [۹] و [۱۰]

بهترین استراتژی در مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی هر سیستم مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی موافقی شامل این استراتژی های کنترل استاندارد است که هر رویکرد پزشکی را به یک رویکرد موثر تبدیل می کند. [۱۱] این استراتژی ها شامل:

۱) انجام کارها به صورت تیمی و ایجاد تیم های کاری قوی

فرض کنید می خواهید سلامت، مراقبت و ایمنی را برای بیمار خود فراهم کنید. در این صورت بهترین کار این است که کارکنان پزشکی، تضمینی و مدیریتی قدرتمندی با دانش و مهارت های حیاتی داشته باشید. این کارکنان و رهبران به شما اطمینان می دهند که در بهترین نسخه ممکن کار می کنید و در عین حال رشد تاسیسات خود را بهبود می بخشند و راه حل های عملی ارائه می دهند.



۲: تجزیه و تحلیل داده ها و آنالیز اطلاعات

مطالعه و تجزیه و تحلیل مستمر نتایج تلاش های خود، ارزیابی مشتری ذکر شده و اعداد تضمین کیفیت شما برای تعیین اینکه چه چیزی را می توانید بهبود بخشید. علاوه بر این، بایستی دقت شود که چه هزینه های عملیاتی را می توان کاهش داد؟

از سوی دیگر، می داند چه چیزی ممکن است اشتباه کند و نسخه دوم را برای همه برنامه های کاری آماده کند.

۳: تدوین یک برنامه موفق

پس از استخدام تیم مناسب و تجزیه و تحلیل داده های خود، می توانید یک استراتژی مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی ایجاد کنید که انتظارات شما را برآورده می کند.

۴: همکاری با سایر سازمان ها و نهاد ها

وقتی هدف شما ارائه بهترین کیفیت مراقبت های بهداشتی است، در آن صورت، باید با سایر مراکز پزشکی و بیمارستان هایی که خدمات بهداشتی و مراقبتی غیرقابل دسترس در واحد سلامت ارائه می دهند، همکاری کنیم.

این کار، عملکرد سازمان را در بازار سلامت تقویت و کمک می کند تا خدمات مورد نیاز را برای تمام شرایط بیماران خود ارائه کرد.

۵: هدف گذاری و تدوین برنامه های مرتبط

مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی، مانند هر سیستم مدیریتی دیگری، باید اهداف و مقاصد برای کار رو به جلو داشته باشید. این به شما کمک می کند تا وظایف خود را بهتر سازماندهی کنید.

با این حال، باید واقع بین بود و این اهداف را بر اساس شاخص های عینی و منابع موجود بسازیم.

۶: تمرکز بر بیمار، ایمنی بیمار و بیمارمحوری

هدف نهایی مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی سلامت بیمار است. بنابراین، تمام تصمیمات مربوط به کار باید حول بهترین نفع آن بیمار باشد.

۷: هوشمندی استراتژیک و بازنگری چشم اندازها به طور مستمر

پزشکی و پروتکل های آن به طور مداوم در حال توسعه هستند. بنابراین، کنترل مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی نیز باید انجام شود.



با این حال، باید مطمئن شویم که این پیشرفت را در مطالعات قابل اعتماد پزشکان و دانشمندان قابل اعتماد بررسی کنید.

همه سیستم های کنترلی برای ایمن و پایدار بودن نیاز به ارکان اساسی دارند تا در صنعت مراقبت از سلامت مردم چگونگی باشند.

در مدیریت کیفیت در سیستم های مراقبت بهداشتی ۴ موضوع که در واقع شاخص های پیامدی مربوط به بیماران است بایستی به صورت ویژه مد نظر قرار گیرد :

۱: ایمنی بیمار

هر روش پزشکی باید برای بهبود و تضمین سلامت بیمار کار کند. بنابراین، هدف سیستم مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی کاهش خطرات و خطاها در برنامه های مدیریتی خود است. علاوه بر این، به طور موثر از بیمار خود مراقبت کنید و از او در برابر آسیب های احتمالی محافظت کند.

۲: اثربخشی بالینی

کنترل کیفیت طراحی شده و بهبود کیفیت باید نه تنها شامل استفاده از آخرین شیوه ها باشد. اما همچنین رویه ها و پروتکل های مبتنی بر شواهد که به طور موثر سطوح و نتایج مراقبت از بیماران را بهبود می بخشد

۳: رضایت بیمار

چه در مورد استراتژی مراقبت از سالمندان یا کودکان صحبت کنید، باید بهترین کیفیت مراقبت و اطمینان را ارائه دهید تا به بیماران خود یک تجربه پزشکی مثبت بدهید. و به آنها در گذر از روزهای سخت کمک کنید.

۴: حقوق گیرنده خدمت

ماموریت مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی تضمین می کند که همه و هر بیمار با وجود جنسیت، نژاد یا حتی وضعیت مالی، بهترین خدمات پزشکی تعریف شده ممکن را دریافت کند.

بیش از آن، مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی بر اساس خدمات رسانی به مردم بدون محدودیت یا چارچوب بین فردی ساخته شده است. [۱۲]

امروزه سیستم مدیریت کیفیت در بهداشت و درمان در کلیه سازمان به سرعت روبه تغییر می باشد. ساختار سازمانی، هسته مدیریتی، نگرش مدیران، مالکیت و مشتری (بیمار / مشتری) همه میتواند در استقرار این سیستم کمک کننده باشد. [۱۳]

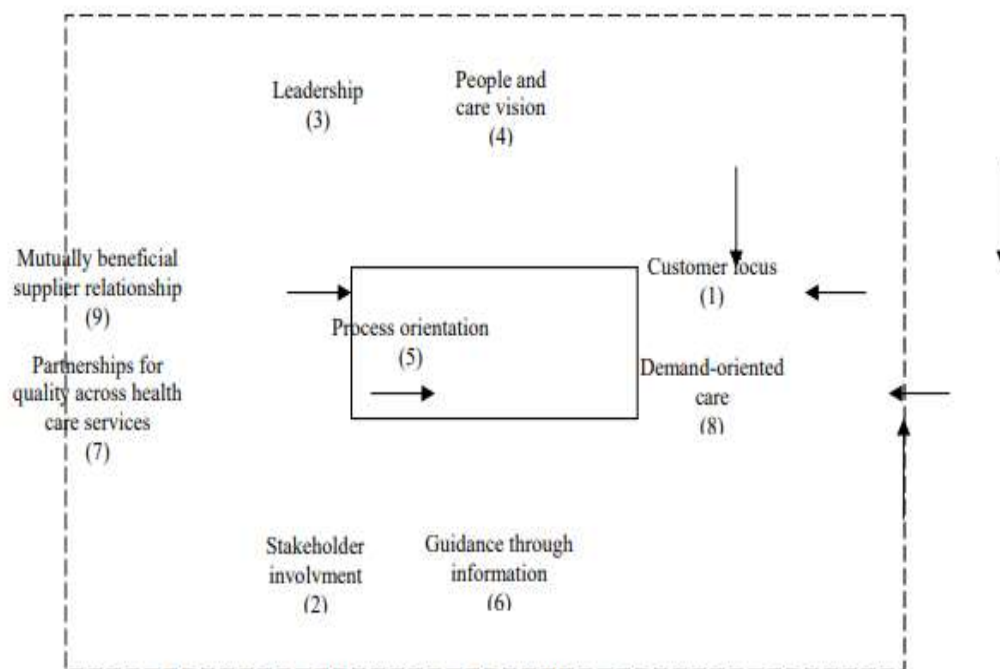


Figure 1 – Quality Management Principles in Healthcare

هدف از استقرار کیفیت در مراکز درمانی

کمک به جلوگیری از بروز اشتباه در مسیر ارائه خدمات

استفاده بهینه از منابع محدود

افزایش اعتماد عمومی به خدمات بیمارستانی

تحقق مسئولیت های سازمان های مراقبت سلامت که توسط دولت برنامه ریزی شده است

تدوین برنامه ای جامع در خصوص اجرایی نمودن فعالیت های مرتبط با ارتقاء کیفیت

تدوین دستور العمل هایی برای تمامی متخصصان سلامت جهت شناسایی عملکرد ضعیف و اصلاح آن

انجام ممیزی های بالینی

مولفه های تعیین کننده کیفیت خدمات:

پاسخگویی: تمایل و آمادگی کارکنان جهت ارائه خدمت، وقت شناسی و...

شایستگی: داشتن مهارت ها و دانش لازم برای ارائه خدمت

دسترسی: قابلیت دستیابی و امکان تماس راحت با آنها

ادب و تواضع: نرمش، احترام، ملاحظه، دوستانه بودن رفتار پرسنل



ارتباط: مطلع نمودن مشتریان با زبان قابل درک توسط آنان

امنیت: عاری بودن از خطر، ریسک یا شک کردن مشتریان نسبت به خدمت موردنظر

اعتماد: شامل ثبات و قابلیت اتکا

مطمئن بودن: امین بودن، قابل باور بودن و صداقت داشتن

قابل رویت بودن: مشاهده فیزیکی خدمت

درک و شناخت مشتری: تلاش در جهت درک نیازهای مشتری. [۱۴] و [۶]

موانعی که بر سر راه مدیریت کیفیت وجود دارد، عبارتند از:

- عدم تعهد مدیریت ارشد سازمان
 - عدم توانایی تغییر فرهنگ سازمانی و مقاومت در مقابل پذیرش تغییر
 - سیاست گذاری نادرست
 - برنامه ریزی نادرست
 - عدم وجود آموزش مستمر با هدف توانمندسازی کارکنان
 - ساختار سازمانی نامناسب
 - تکنیک های ارزیابی نامناسب و عدم دسترسی به داده ها و نتایج
 - عدم توجه کافی به ذینفعان و مشتریان داخلی و خارجی
 - استفاده ناکافی از کارهای گروهی و مشارکت کارکنان
- از نظر ادوارد دمنینگ هفت بیماری کشنده در مدیریت کیفیت وجود دارد که شامل:
- کمبود ثبات و مداومت
 - تاکید بر منافع و سودهای کوتاه مدت
 - ارزشیابی عملکرد
 - ابزارهای سنجش مدیریت، فقط توسط ارقام قابل مشاهده
 - جابجایی مدیریت ها
 - هزینه های بیش از حد درمانی
 - هزینه های بیش از حد تعهدات قانونی

مفاهیم اصولی مدیریت کیفیت عبارتند از:

- تعهد مدیریت ارشد به منظور پشتیبانی دراز مدت
- تمرکز بر اثربخشی و بهره گیری از کلیه نیروی انسانی سازمان



• تمرکز و تاکید بر مشتریان (داخلی و خارجی)

• بهبود مستمر فرایند

• رفتار با فروشندگان کالاها و خدمات به عنوان شرکا

• تدوین معیارهای ارزیابی عملکرد برای فرایندها [۱۵] و [۸]

انجام درست همیشگی یک کار مستلزم این است که در سازمان هر فردی به فرایند مدیریت کیفی فراگیر آگاهی داشته باشد که مستلزم این است که کارکنان دارای اطلاعات، مهارتها و قابلیت های لازم باشند و نیازمند فرایند آموزش مداوم همه کارکنان است. [۱۶]

جهت تضمین کیفیت لازم است هر کسی در بیمارستان خدماتی را که باید ارائه دهد، آنچه را که باید انجام دهد، چگونه و چه وقت و برای چه کسی انجام دهد را کاملا بداند و فعالیت های بیمارستان مطابق با اهداف و سیاستهای تعیین شده باشد. [۱۷] و [۹]

به کارگیری مدیریت کیفیت در بهداشت و درمان

سازمانهای بهداشت و درمان شروع به بکارگیری کیفیت در سیستم های خودشان کرده اند. به کارگیری خدمات کیفی موجب صرفه جویی در هزینه ها و نیز ایجاد یک محیط رضایت بخش می شود. دستیابی به کیفیت هم موجب رضایت بیماران و هم موجب اثربخشی تخصصی ارائه دهندگان خدمات می شود. در سیستم های کیفی، مراقبت به صورت مناسب تر و با دقت بیشتری ارائه می شود و حیف و میل، اتلاف و دوباره کاری های غیرضروری کمتر می شود. خدمات کیفی بهداشتی و درمانی وقتی با دقت و درست ارائه شود، منجر به رضایت بیماران، افزایش روحیه کارکنان و کاهش هزینه های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می شود. [۱۸]

مسئولیت اصلی مدیریت بهبود کیفیت در نظام بهداشت و درمان، الگوبخشی کیفیت در سازمان، تسهیل کنترل کیفیت، هماهنگی در انتخاب کارکنان مناسب برای گروههای بهبود کیفی، انجام اقدام اصلاحی و برنامه های بهبود در مواقع لزوم می باشد. [۱۹] و [۲۰]

دلایل نیاز به کیفیت عبارتند از:

- تقاضای فزاینده برای مراقبت های بهداشتی و درمانی درست، مناسب و اثربخش
- نیاز برای استانداردسازی و کنترل اختلافات و انحرافات
- ضرورت صرفه جویی در هزینه ها
- ضرورت استفاده از اندیشه های دیگران در زمینه کنترل کیفی و استانداردسازی
- نیاز برای مشخص کردن نیازها و انتظارات بیماران و برآورده ساختن آنها
- نیاز به بهبود خدمات و مراقبت ها



- فشار بازار رقابت و تقویت بازاریابی
 - تمایل به شناساندن سازمان و تلاش برای برتری
 - ملاحظات اخلاقی
 - ضرورت دریافت اعتبار مالی از طریق افزایش کیفیت و تاثیر در هتلینگ بیمارستان ها و مراکز درمانی [۲۱]
- البته لازم به ذکر است در مقوله کیفیت بهتر است بحث تاثیر نمرات ارزیابی اعتباربخشی بیمارستان ها صرفا در هتلینگ منعکس نگردد و به صورت یک درجه کیفی به عموم مردم نمایش داده شود تا آنها برآن اساس مرکز را انتخاب نمایند و در واقع انتخاب بیشتر مردم اقبال برای سودآوری بیشتر آن سازمان را تضمین نماید.
- یکی از دلایل بسیارمهم برای کیفیت، برآورده ساختن نیازها و انتظارات مشتری است. بیماران به عنوان یکی از مهمترین ذینفعان خارجی انتظارات و نیازهای مشخصی دارند که ارائه دهندگان خدمات نیاز به مطالعه و درک این نیازها و انتظارات دارند. [۲۲]
- کیفیت زمانی بطور اثربخش قابل حصول است که بدانیم برای چه چیزی تلاش می کنیم. شناسایی، انتخاب و به کارگیری استانداردهای مناسب برای ساختار، فرایند و در نهایت نتیجه بهداشت و درمان، ارائه کننده یک راهنما برای سیستم است که اجازه تغییرات و اختلافات نسبت به این استانداردها را به سیستم نمی دهد. [۲۲]
- یکی دیگر از دلایل مهم توجه به کیفیت به موضوع رقابت برمی گردد. در موقعیت فعلی با توجه به افزایش فزاینده هزینه ها و محدود بودن منابع در دسترس، بسیار مهم است که تقاضاهای مشتریان به بهترین صورت ممکن برآورده شود ارائه خدمات مطلوب و مناسب به بیمار، توجه به کیفیت و پرهیز از سهل انگاری، حیف و میل ها و دوباره کاری ها موجب کسب رضایتمندی بیمار و کاهش هزینه ها می شود. [۲۳]
- اگر بخواهیم در خصوص معیارهای ارزیابی کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی به صورت جامع سخن بگوییم با نگاه موضوعی به ابعاد و محورهای اعتباربخشی میتوان به موارد زیر اشاره نمود:
- ایمنی بیمار و کارکنان
 - نتایج درمانی
 - راحتی و آسایش بیمار
 - بهره وری در زمان
 - بهره وری در کار کارکنان و ایجاد رضایت شغلی
 - بهره وری منابع و هزینه ها
 - مهارت و توانمندی
 - سادگی و قابلیت انطباق [۲۴] و [۴۱]
- در ادامه اصول کیفی مراقبت های بهداشتی و درمانی را میتوان به صورت ذیل در نظر گرفت:
- تاکید بر مشتری (بیمار)

- کار گروهی و مشارکت کارکنان
- تعهد مدیریت
- رهبری همراه با مدیریت اثربخش
- مسئولیت پذیری افراد
- تصمیم گیری بر مبنای اطلاعات به دست آمده
- مدیریت خطرات احتمالی
- کنترل موارد اختلاف و انحراف برای ترسیم نتایج
- نظم و انضباط
- تاکید بر سیستم های اطلاعاتی
- آموزش کارکنان
- ارتباطات [۲۵] و [۱۰]

تضمین کیفیت

تضمین کیفیت، فرایند برنامه ریزی برای کیفیت، توسعه اهداف، وضع استانداردها، توسعه شاخصها و جمع آوری داده ها برای پایش میزان انحراف از استانداردهای وضع شده است. تضمین کیفیت موجب تقویت استانداردسازی مراقبت بهداشت و درمان می شود و فرصت بهتری برای کسب نتایج مطلوب به دست می دهد. هر فردی در سازمان مسئول کیفیت کار خودش است. [۲۶]

فعالیت های تضمین کیفیت در سطح کارکنان، پزشکان، پرستاران، تکنسین ها، کارکنان اداری و فنی و ... شروع می شود. یکی از بهترین اقدامات برای تضمین کیفیت توسط کارکنان ، مستندسازی و تجزیه و تحلیل فعالیت های روزانه ، پیگیری مسائل و مشکلات مرتبط با کیفیت ، تجزیه و تحلیل و آنالیز مشکلات به منظور یافتن راه حل های موثر می باشد. [۲۵]

در تضمین کیفیت از طریق ارزیابی کیفیت، سنجش کیفیت و اقدام بر اساس ارزیابی و سنجش به عمل آمده در راستای تامین سطح مطلوبی از کیفیت قدم برداشته می شود. دونا بدیان سه نوع ارزیابی کیفیت را در مراقبت های بهداشتی مطرح می نماید:

- ارزیابی ساختار کیفیت: ارزیابی حالتی که مراقبت به مددجو ارائه شده است.
- ارزیابی فرایند: ارزیابی چگونگی فراهم کردن خدمات برای بیماران و مشتریان
- ارزیابی خروجی: ارزیابی نتایج مراقبت بهداشتی و درمانی [۲۶]

برای تضمین کیفیت در نظام سلامت و مراکز درمانی میتوان با استفاده از داده ها و اطلاعات زیر تصمیم گیری های موثری اتخاذ نمود :



۱- استفاده از اطلاعات مدارک پزشکی: مدارک پزشکی بیمار در صورتی که کامل، واقعی، منظم و به صورت خوانا نگهداری شود، یکی از پر استفاده ترین منابع کیفیت درمان ارائه شده است. کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی که در طول اقامت بیمار برای وی انجام شده است، در پرونده پزشکی وی ثبت می شود. با مطالعه مدارک پزشکی بیمار می توان به کشف نارسایی ها در ارائه مراقبت ها پی برد و اقدامات اصلاحی را حداقل برای موارد بعدی به کار برد. در خصوص استاندارد بررسی کمی و کیفی پرونده ها که مربوط به محور مدیریت اطلاعات سلامت در استانداردهای اعتباربخشی می باشد نیز به این مهم اشاره گردیده است.

۲- بررسی وقایع و رخدادها: در طول مدت بستری بیمار ممکن است حوادث و وقایع نامطلوبی روی دهد که بهبود نهایی بیمار و درمان وی تاثیر داشته باشد. این وقایع حیاتی ممکن است شامل این موارد باشد:

الف- تاخیر حضور پزشک

ب- تجویز داروی غلط

ج- سوختگی ناشی از به کارگیری فیزیوتراپی غلط

د- عمل جراحی اشتباه بر روی بیمار

ه- مرگ بیمار در بخش بدون حضور پزشک یا پرستار

و- زخم های بستر و ... ناشی از مراقبت پرستاری غلط و سایر موارد شاخص های ۱۶ گانه ایمنی که توسط وزارت بهداشت ابلاغ گردیده است [۲۷] و [۴۱]

اینها همه اساس مدیریت خطرات احتمالی را تشکیل می دهند. توجه مدیریت به حوزه هایی که امکان بروز خطرات بالقوه را دارند، موجب کاهش این خطرات و در نهایت افزایش کیفیت خدمات ارائه شده می شود. مدیریت خطرات احتمالی زیربنا و شالوده اساسی تضمین کیفیت را تشکیل می دهد. [۲۸]

۳- سیستم اطلاعاتی بیمارستان: وجود سیستم اطلاعاتی کامل مدیریتی برای ارزیابی کیفیت درمان لازم است. این اطلاعات می تواند شامل دامنه و حجم کاری، پذیرش بیمار، ضریب اشغال تخت، مدت اقامت بیمار، شیوه های عمل جراحی، رضایت مندی بیمار، صلاحیت کارکنان، عملکرد مالی بیمارستان و ... باشد. دسترسی به این اطلاعات در صورتی که کامل، مختصر، دقیق و صحیح باشد کمک زیادی به مدیریت برای شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمارستان می کند. [۲۹] و [۳۰]

۴- بررسی رضایتمندی بیمار: رضایتمندی بیمار مهم ترین شاخص ارزیابی مراقبت پرستاری، پزشکی و پشتیبانی است. از طریق پرسشنامه ها می توان حوزه های نارضایتی بیمار را مشخص نمود. در تدوین پرسشنامه رضایتمندی باید از سوالاتی استفاده کرد که حوزه های مختلف بیمارستان را در بر گیرد. از طریق پرسشنامه های رضایتمندی می توان نسبت به موارد زیر آگاهی پیدا کرد:

الف- تاخیر در حضور پزشکان، پرستاران، بهیاران و سایر کارکنان درمانی و تشخیصی

ب- عملکرد نامطلوب ارائه دهندگان خدمات

ج- عدم آسایش بیمار در طول مدت بستری

د- کمبود وسایل آسایشی، رفاهی و تفریحی و موارد مربوط به هتلینگ

ه- درمانهای غلط، آسیب های ناشی از اقدامات پزشکی، تشخیص نادرست و.. [۳۱]

به طور کلی در خصوص سنجش رضایتمندی مشتری / بیمار ، رضایت مشتری را باید در سه سطح مورد توجه قرارداد:

- تامین نیازهای اولیه
 - تامین انتظارات مشتریان به نحوی که سبب شود آنان بار دیگر نیز به ما مراجعه نمایند.
 - توجه و تامین انتظارات مشتریان و ارائه خدمات بیش از آنچه ممکن است انتظار داشته باشند. این سطح از تامین انتظارات مشتری بالاترین سطح کیفیت می باشد.
- ارتقای مستمر کیفیت نیز نشان دهنده ارتقاء فرایند و رضایت مشتریان و یا مددجویان می باشد و همه عملیات و واحدهای فعالیت را در بر می گیرد. ضمناً به نام های دیگری مانند کایزن در زبان ژاپنی ، نقص صفر و شش سیگما نیز خوانده می شود. [۳۲] و [۲]
- تضمین کیفیت فرایندی است که کیفیت خدمات مراقبتی، بهداشتی و درمانی ارائه شده به بیمار را در داخل موسسات بهداشتی و درمانی پایش و ارزیابی می کند. تضمین کیفیت بر کلیه فعالیت های مرتبط با حفظ و ارتقای کیفیت خدمات نظیر بهره وری، مدیریت خطرات احتمالی، کنترل عفونت، بررسی موردی جراحی، ارزیابی استفاده از داروها، بررسی مدارک پزشکی بیماران و... نظارت دارد. [۳۳]
- استانداردهای کمیسیون مشترک ارزیابی سازمانهای بهداشتی و درمانی چند ویژگی را برای ارزیابی فعالیت های برنامه کیفیت تعیین کرده که عبارتند از:

- برنامه ریزی شده، منظم و پیشرو
- جامع
- پایه گذاری بر مبنای شاخصها و معیارهای مورد توافق
- اجرا از طریق گردآوری معمول و ارزیابی دوره ای داده ها
- طراحی شده برای انجام فعالیت های مناسب و حل مشکلات شناسایی شده
- اطمینان از بهبود فرایند به صورت مستمر
- انسجام و یکپارچگی برای سهیم شدن اطلاعات با سایر بخش ها و خدمات در سراسر سازمان



• مدیریت کیفیت فراگیر [۳۴]

مدیریت کیفیت فراگیر مرحله بعدی تکامل تضمین کیفیت است و راه‌حلهایی را برای بسیاری از نقاط ضعف روشهای سنتی تضمین کیفیت ارائه می‌دهد. هدف اصلی تضمین کیفیت، پایش کیفیت محصولات و خدمات تولید شده و ارائه شده در سازمان است تا ستاده‌های نامرغوب و اشخاص و مسئول آنها را شناسایی کند. مدیریت کیفیت فراگیر یک فلسفه مدیریتی است که کیفیت را اولویت اول سازمان می‌داند، مدیریت کیفیت فراگیر هنر اداره سازمان برای دستیابی به بهترین‌ها و برتری است. مدیریت کیفی یک چتر ساختاری روی همه فرایندها و فعالیتهای مرتبط با تضمین کیفیت و بهبود کیفی است و مسئول هماهنگی و تسهیل همه این فعالیت‌ها در یک سازمان است [۳۴] و [۳۵]

تعهد نسبت به مدیریت کیفیت فراگیر منجر به افزایش بهره‌وری می‌شود. هنگامی که کیفیت افزایش می‌یابد، هزینه‌ها کاهش می‌یابد، زیرا زمان، مواد، ملزومات و خدماتی که برای اصلاح اشتباهات مورد نیاز است، کاهش می‌یابد. در واقع مدیریت کیفیت فراگیر متضمن این حدیث است که ((برای دیگران آن طور انجام دهید که انتظار دارید برای شما انجام دهند)). [۳۶] و [۳]

مشخصه‌های تعیین‌کننده کیفیت خدمات:

پاسخگویی: تمایل و آمادگی کارکنان جهت ارائه خدمت، وقت‌شناسی و غیره
شایستگی: داشتن مهارت‌ها و دانش لازم برای ارائه خدمت
دسترسی: قابلیت دستیابی و امکان تماس راحت با آنها
ادب و تواضع: نرمش، احترام، ملاحظه، دوستانه بودن رفتار پرسنل
ارتباط: مطلع نمودن مشتریان با زبان قابل درک توسط آنان
امنیت: عاری بودن از خطر، ریسک یا شک کردن مشتریان نسبت به خدمت موردنظر
اعتماد: شامل ثبات و قابلیت اتکا
مطمئن بودن: اطمینان بودن، قابل‌باور بودن و صداقت داشتن
قابل‌رویت بودن: مشاهده‌پذیری خدمت
درک و شناخت مشتری: تلاش در جهت درک نیازهای مشتری. [۳۲]

کتاب راهنمای سازمان بهداشت جهانی برای اندازه‌گیری آسیب به بیماران، در بیمارستان برای ارزیابی و مقابله با رویدادهای آسیب‌رسان در بیمارستان‌های کم‌داده موارد زیر را پیشنهاد می‌کند:

بررسی گذشته‌نگر پرونده‌ها (بررسی کمی و کیفی پرونده‌ها)

بررسی پرونده بیماران بستری فعلی



مصاحبه با کارکنان درباره بیماران بستری فعلی

مشاهده مستقیم و مصاحبه

جلسات گروه اسمی [۳۵]

شش بعد کیفیت خدمات سلامت :

ایمنی

اثر بخشی

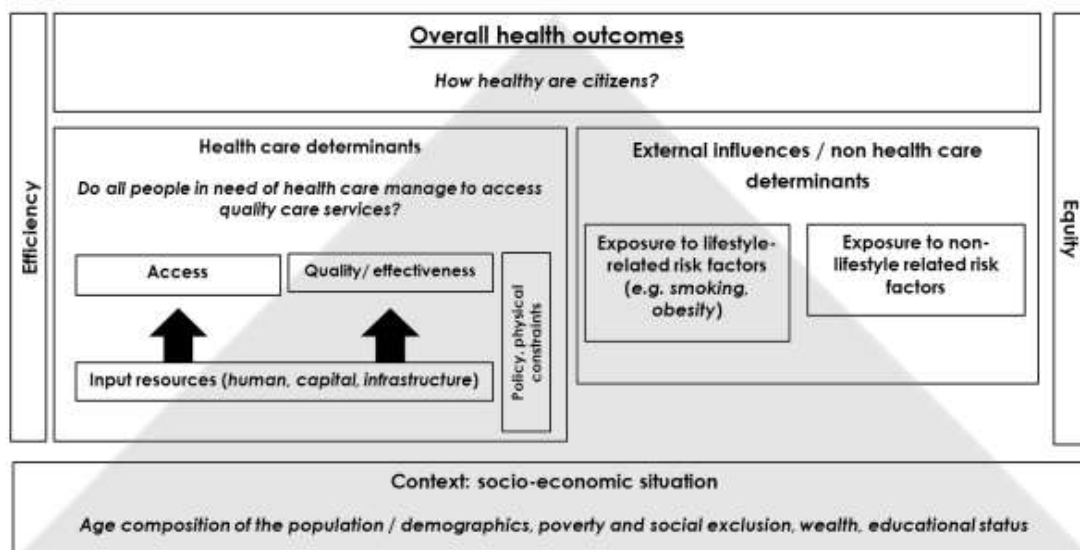
بیمار محوری

به هنگام بودن

کارایی

عادلانۀ بودن [۳۰]

در شکل زیر به صورت شماتیک نمای کلی نتایج سازمانی نشان داده شده است:



Source: Adapted from Social Protection Committee [11]

در یک نگاه کلی می توان سه مولفه مهم و تاثیرگذار در کیفیت خدمات سلامت تعیین نمود که هر یک نقش اساسی در شکل گیری کیفیت خدمات ایفا می کنند و می توان آن ها را ریشه های درخت کیفیت دانست. این سه مولفه عبارتند از : وضعیت بیماران، وضعیت متخصصان و وضعیت سازمانی. مسلماً هر برنامه کیفیت با هدف ارتقای یک یا چند مولفه بالا شکل می گیرد لذا تقویت این سه حوزه باید همیشه مدنظر قرار بگیرد.

توجه به این سه مولفه از طریق تمرکز بر موارد زیر قابل دستیابی خواهد بود :

تقویت بیماران :

کمک به تصمیم گیری آگاهانه بیماران

حمایت و پشتیبانی از بیماران

دریافت بازخورد از بیماران و همراهان

مشارکت دادن بیماران در فرایندها و برنامه ها

تقویت متخصصان و ارائه کنندگان خدمات:



آموزش موثر

ممیزی عملکرد

تقویت عملکرد مبتنی بر شواهد

استفاده از راهنماهای بالینی و افزایش اتکا به آن ها

یادگیری از خطاها

تقویت سازمان :

تقویت کار تیمی

توسعه توانمندی های رهبری

مدیریت اطلاعات

اتخاذ رویکردهای سیستمی

سرمایه گذاری روی کارکنان [۳۸]

یک از ابعاد کلیدی برنامه های بهبود کیفیت در بیمارستان، تفکر درباره تداوم برنامه ها و تغییرات پس از اجرای آن ها است. در یک تعریف ساده، پایدارسازی به معنای نگه داشتن دستاوردها است. اما گاهی پایداری و تداوم مفهومی پیچیده و در مواردی مبهم دارد. در ارتباط با پایداری و تداوم دو عامل منجر به دلسردی و ناکامی افراد می شود.

الف. اثر تبخیر (زوال و نابودی) بهبود : این اثر ناشی از کمبود پایداری و تداوم است. دلیلش این است که وقتی بهبود با منابع و تلاش کم حاصل می شود پس از مدت کوتاهی چیزها به حالت قبل برمی گردند به حالتی که گویی کاری انجام نشده است و تلاشتان به باد رفته است.

ب. بهبود ایزوله (جزیره ای) : حالتی که تغییرات در یک بخش اتفاق می افتد اما در سایر بخش های سازمان جریان پیدا نمی کند در نتیجه در مجموع اثر مثبتی ایجاد نمی کند. بنابراین می توان گفت صرفا انجام یک برنامه ضامن حفظ و بقای آن نیست. [۳۸]



در بعضی موارد ادامه دادن تغییر و تداوم آن مثبت نیست و نباید به دنبال پایدار ساختن آن بود مثلاً وقتی افراد با تغییر موافق نیستند و راه‌های قدیمی را بیشتر دوست دارند در نتیجه تغییرات منجر به افزایش حجم کاری و ناهماهنگی می‌شود. [۳۷]

مطالعاتی که درباره نوآوری و بهبود انجام شده اشاره به پدیده مقاومت دارند. به نظر می‌رسد که سیستم فعلی خودش را حفظ می‌کند و علیه ایده‌های جدید مقاومت می‌کند که به این پدیده مقاومت نسبت به تغییر گفته می‌شود. [۳۸]

البته نباید به دنبال این بود که پایداری برای همیشه حفظ شود چرا که پایداری امروز تبدیل به مقاومت در برابر تغییرات فردا خواهد شد. هدف این است که برنامه‌های موجود تا زمانی که ایده‌های جدید به وجود می‌آید تداوم داشته باشند. کسانی که با تغییر یا تداوم برنامه‌ها همراهی نمی‌کنند لزوماً به دنبال تخریب نیستند بلکه عدم مشارکت دادن آن‌ها و ندیدن فایده‌ای برای خودشان باعث می‌شود که حس خوبی نداشته باشند و همراهی نکنند. [۳۸]

پایدار کردن تغییر در سیستم پیچیده نظام سلامت نیاز به ساختار، فرآیند و الگوهای مناسب و تعامل میان آن‌ها دارد.

ساختارها همان ساختمان‌ها و چارت سازمانی است.

فرآیندها؛ مجموعه رویدادها و فعالیت‌های پشت سر هم سازمان هستند.

الگوها رابطه میان ساختار و فرایند را نشان می‌دهد. [۳۲]

یکی از چالش‌هایی که در ارتباط با پزشکان وجود دارد این است که آن‌ها آموخته‌اند مبتنی بر شواهد عمل کنند و تا زمانی که شواهد به اعتبار کافی نرسد تغییر نمی‌کنند و این طرز رفتار مانع جدی در مسیر تغییر است. [۳۹]

برای ایجاد یکپارچگی در مسیر تغییر و بهبود باید:

زمان و منابع کافی برای یکپارچگی عملکرد صرف شود.

برنامه‌ی بهبود با سایر برنامه‌ها هماهنگی داشته باشد.

برنامه به اولویت بیمارستان تبدیل شود.



جمع آوری و اشتراک گذاری شواهد انجام شود.

تغییرات، ساده سازی شوند.

همه کارکنان مشارکت کنند و برنامه های تشویقی در نظر گرفته شود.

مدیران ارشد بیمارستان از برنامه ها حمایت کنند. [۳۲]

مدیریت کیفیت مفهوم گسترده ای است که ابعاد مختلفی را شامل می شود. یکی از ابعاد کلیدی مدیریت کیفیت، مدیریت مصرف منابع (Utilization Management) است که هدف آن افزایش کارایی خدمات سلامت است (همان طور که می دانیم کارایی در کنار ایمنی و اثربخشی از جمله ابعاد کلیدی کیفیت خدمات سلامت است). [۳۲]

در اوایل دهه ۱۸۹۰ میلادی انجمن بیمارستان های آمریکا مفهوم مدیریت مصرف منابع را چنین تعریف کرد:

برنامه ریزی، سازماندهی، هدایت و کنترل محصولات و خدمات سلامت به شیوه ای هزینه اثربخش که هم کیفیت خدمت رسانی به بیماران حفظ شود و هم اهداف سازمانی حاصل شود. [۳۱]

به عبارت دیگر ارائه دهندگان (بیمارستان ها) و خریداران خدمات (بیمه ها) از مدیریت مصرف منابع به منظور حذف استفاده بیش از نیاز یا کمتر از نیاز خدمات سلامت استفاده می کنند. اساسا هدف مدیریت مصرف منابع اطمینان یافتن از دریافت خدمات مورد نیاز بیماران با حداقل هزینه است. [۳۰]

اهمیت استفاده مناسب از خدمات سلامت در گزارش سال ۲۰۰۱ انستیتو پزشکی آمریکا با نام گذر از دره کیفیت مورد تاکید قرار گرفت. ارائه موثر خدمات سلامت بر اساس علم روز به همه بیمارانی که نیاز دارند نه به کسانی که احتمالا نیازی ندارند به عنوان یکی از شش بعد کیفیت در این گزارش مورد اشاره قرار گرفته است. تغییرات در میزان استفاده از منابع که بیشتر در قالب استفاده بیش از نیاز (Overuse) خود را نشان می داد حاکی از اتلاف منابع در خدمات سلامت بود که در مطالعات بسیاری اثبات شد در نتیجه سازوکارهای مدیریت مصرف منابع توسط سیاست گذاران تقویت شدند. [۳۲]

راهنماهای بالینی به استانداردسازی تصمیم گیری های پزشکی و مصرف استاندارد شده منابع کمک زیادی کرده اند در نتیجه خریداران (بیمه ها) خدمات سلامت تاکید زیادی بر استفاده از راهنماهای بالینی دارند. البته وجود راهنماهای بالینی الزاما منجر به مدیریت بهینه منابع نمی شود چرا که تصمیمات پزشکان تحت تاثیر علل دیگری نیز قرار می گیرد.

فرایند مدیریت مصرف منابع شامل سه مرحله است که عبارتند از: اندازه گیری، ارزیابی و بهبود اندازه گیری و ارزیابی در فرایند مدیریت مصرف منابع میزان متناسب بودن خدمات سلامت را مورد بررسی قرار می دهد که دو هدف را دنبال می کند: [۲۹]



اطمینان از این که خدمات از لحاظ پزشکی مورد نیاز و متناسب هستند.

تلاش برای افزایش هزینه اثربخشی (ارائه خدمات اثربخش با هزینه کمتر) خدمات

این ارزیابی می تواند پیش از ارائه خدمات به بیماران، هنگام ارائه خدمات و پس از آن انجام شود و نتایج آن مورد استفاده قرار گیرد. [۳۶]

در مرحله بهبود از فرایند مدیریت مصرف منابع تلاش می شود تا با استفاده از اطلاعات حاصل از بررسی فرایند، هزینه های مربوط به ارائه آن ها کاهش باید البته همه برنامه های بهبود با هدف کاهش هزینه ها (Cost Reduction) انجام نمی شوند. از اهداف دیگر بهبود، جلوگیری از مصرف کمتر از نیاز (Underuse) منابع است چون این حالت در نگاه کلان مصرف منابع را بالاتر می برد مثلاً بیماری را تصور کنید که زودتر از موعد از بیمارستان ترخیص می شود و یک روز بعد دوباره به دلیل شدت گرفتن بیماری بستری می شود که این شرایط موجب اتلاف منابع خواهد شد. در این موارد وجود برنامه ترخیص از بیمارستان کمک زیادی خواهد کرد. [۳۷]

میزان اتلاف منابع در بخش سلامت بسیار زیاد است و استفاده از سازوکارهای مدیریت مصرف منابع کمک زیادی به افزایش کارایی خدمات می کند و مصرف منابع محدود بخش سلامت را منطقی تر می سازد. [۳۱]

در حالی که بسیاری از صنایع با بهره گیری از فناوری اطلاعات توانسته اند تجربه مشتریان از خدمات خودشان را مطلوب تر کنند؛ حوزه خدمات سلامت هنوز نتوانسته است بسترهای مناسبی در این زمینه به وجود بیاورد. به عنوان مثال صنعت بانکداری امروزه بر اساس فناوری اطلاعات در قالب بانکداری اینترنتی امکان انجام بسیار از امور مالی و بانکی را برای مشتریان فراهم آورده است و روز به روز دامنه این خدمات گسترده تر می شود. [۲۵]

اما در بخش سلامت با وجود احتیاج فراوانی که به این امکانات وجود دارد هنوز فاصله زیادی تا برآوردن حداقل نیازهای بیماران وجود دارد. وجود مشکلاتی در این زمینه، الزام بهره گیری از خدمات فناوری اطلاعات را بیشتر می کند از جمله:

تقریباً ۵۰ درصد از سوابق پزشکی بیماران که اطلاعات آن ها برای ارائه خدمات لازم است در مواقع نیاز در دسترس نیستند.

۲۵ درصد از بیماران اشاره کرده اند که پزشکان برای تشخیص درست بیماری مجبور به تجویز مجدد آزمایش های پزشکی لازم شده اند.

برخی از اقداماتی که بیمارستان ها و مراکز تشخیصی درمانی تا کنون اقداماتی انجام داده اند از جمله:

امکان رزرو وقت ویزیت



امکان دریافت آنلاین جواب آزمایش ها

paperless: امکان مشاهده نتایج آزمایش ها به صورت آنلاین توسط پزشک [۳۰]

به نظر می رسد بخش سلامت به ویژه بیمارستان ها باید توجه جدی تری به خدمات مبتنی بر فناوری اطلاعات نمایند تا علاوه بر رفع چالش های بخش سلامت، تجربه مطلوب تری برای بیماران ایجاد کنند. تدوین برنامه های بهبود حوزه های مربوط به فناوری اطلاعات در بیمارستان ها باید جدی تر دنبال شود. یکی از اقدامات برای ارتقا کیفیت الگوبرداری از بهترین ها می باشد.

در خصوص الگوبرداری از بهترین مراکز **best practice** میتوان موارد زیر را برای ارتقا کیفیت انجام داد :

پیشگیری از حوادث ناخواسته دارویی

پیشگیری از عفونت های دستگاه ادراری وابسته به کاتتر

پیشگیری از عفونت های جریان خون مرتبط با خط مرکزی

پیشگیری از زایمان زودرس انتخابی

پیشگیری از آسیب سقوط و زخم بستر در بیمارستان

پیشگیری از پذیرش مجدد قابل پیشگیری

پیشگیری از عفونت های موضع جراحی

پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور یا حوادث وابسته به ونتیلاتور

پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی [۴۰]

استانداردهای بیمارستان کمیسیون مشترک بر حوزه های زیر تمرکز دارد:

مسائل مربوط به بیمار مانند مراقبت، آموزش، منشور حقوق بیمار و اخلاق حرفه ای

عملکردهای مرتبط با سازمان مانند عملکرد، رهبری، نظارت، کنترل عفونت و پیشگیری

چارت سازمانی مانند تیم حاکمیت، مدیریت و کادر درمان [۳۸]



هنگامی که یک بیمارستان مورد اعتباربخشی قرار می‌گیرد، عملکرد آن در محدوده معیارهای پذیرفته شده ملی بر اساس دستورالعمل‌های دولتی و ملی است. این بدان معناست که بیمارستان دارای سیستم ارزیابی و خود بهبودی است که در نتیجه با انطباق با استانداردهای مراقبت در حالت ایده آل، نتایج بهتری را به همراه دارد. علاوه بر این، بیمارستان معتبر اعتماد عمومی را افزایش می‌دهد (یعنی رضایت مصرف‌کننده را جلب می‌کند)

یک مطالعه اخیر مشخص کرد که آیا بیمارانی که در بیمارستان‌های معتبر ایالات متحده پذیرش می‌شوند نتایج بهتری دارند و آیا اعتباربخشی توسط کمیسیون مشترک در مقایسه با سایر سازمان‌های مستقل اعتباربخشی مزایای بیشتری برای بیماران دارد. نتایج نشان داد که بیمارستان‌های ایالات متحده معتبر توسط سازمان‌های مستقل مرگ و میر کمتری را تجربه نکردند و نرخ بستری مجدد را برای پانزده بیماری رایج کاهش دادند. [۱۸]

سازمان بین‌المللی استاندارد، برای بهینگی شرایط سازمان‌ها و استقرار کیفیت ۷ اصل اساسی را مدنظر قرار داده است که این اصول شامل موارد زیر است: [۲۷]

۱- خدمات مشتری / رضایت مشتری برای مدیریت کیفیت ضروری است. بدون مشتری، کسی وجود ندارد که خدمات یا محصولی را ارائه دهد. هدف این است که با برآورده کردن انتظارات مشتریان و ایجاد اعتماد به محصول یا خدمات ارائه شده، مشتریان را برگرداند. هم تجربه بیمار و هم نتایج درمانی بیمار، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را تعریف می‌کنند.

۲- رهبری در تمام سطوح برای تقویت اهداف و هدف یک سازمان، محصول یا خدمات ضروری است. رهبری در راس یک سازمان برای تعیین مأموریت و چشم‌انداز سازمان و ارتقاء پشتیبانی، کارآیی و ارتباطات باز با تشویق یک رویکرد واحد و قابل‌دستیابی برای رسیدن به اهداف از طریق فرآیند/سیاست‌های از پیش تعیین شده مورد نیاز است.

۳- مشارکت افراد در همه رده‌ها برای رسیدن به هدف یک سازمان، محصول یا خدمات ضروری است. موسسات مراقبت‌های بهداشتی بر اساس قدرت و تعهد مردم آن ساخته شده‌اند. احترام به افراد در همه سطوح، رضایت شغلی، انگیزه و همکاری از اثرات مثبت مشارکت کارکنان است.

۴- رویکرد فرآیندی کلید دستیابی به یک نتیجه مطلوب و سازگار است. در حالی که اغلب چندین فرآیند مرتبط به هم هستند که برای دستیابی به نتیجه ایده آل مورد نیاز است، باید به طور مداوم و یکپارچه برای پیشرفت عمل کرد.

۵- برنامه بهبود رمز موفقیت است. با جمع‌آوری مداوم داده‌ها و ارزیابی نتایج و اقدام اصلاحی و طراحی برنامه بهبود، فرصت‌هایی برای بهبود کیفیت در سازمان‌ها به وجود می‌آید.



۶- تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و ۷- بهبود روابط کاری است.

ابزارهای مدیریت کیفیت در مراقبت های بهداشتی

ابزارها برای اندازه گیری کیفیت و کارایی در فرآیندهای مدیریت مراقبت های بهداشتی ضروری هستند. بیشتر ابزارها از محاسبات و روش های آماری سنتی برای شناسایی و ارزیابی پارامترهای مختلف تعیین کننده کیفیت استفاده می کنند. در اینجا برخی از این ابزارها آورده شده است:

PDCA

چک لیست ها

نمودارهای علت و معلولی یا نمودارهای استخوان ماهی

نمودارهای پارتو

نقشه برداری فرآیند یا نمودارهای جریان

نمودارهای پراکندگی

برنامه های عملیاتی و نمودارهای گانت

هیستوگرام ها [۴۱]

صنعت سلامت امروزه با تعدادی چالش پیچیده مواجه است که مدیریت مراقبت های بهداشتی و مراقبت های با کیفیت را برای بیماران تحت فشار قرار می دهد.

در اینجا شش چالش اصلی برای ارائه مراقبت های بهداشتی با کیفیت آورده شده است:

۱- افزایش هزینه های سلامت: هزینه های روزافزون مراقبت های بهداشتی یک چالش دائمی است. ایجاد تعادل بین نیاز به مراقبت با کیفیت و مهار هزینه، یک مبارزه دائمی برای مدیران مراقبت های بهداشتی است، که باید راه هایی برای استفاده کارآمد از منابع برای خدمات با کیفیت بالا بیابند. دستیابی به این امر می تواند دشوار باشد، به خصوص که هزینه های درمان و فناوری همچنان در حال افزایش است.

۲- انطباق با مقررات: همراهی با شبکه پیچیده ای از مقررات مراقبت های بهداشتی در سطوح منطقه ای، ملی و محلی می تواند دشوار باشد. رعایت قوانین برای اجتناب از مجازات و اطمینان از اعمال اخلاقی بسیار مهم است.



۳-رضایت بیمار: رضایت بالای بیمار اغلب نشان دهنده کیفیت خدمات مراقبت های بهداشتی است. بیماران راضی به احتمال زیاد درمان های مناسب و موثری را دریافت کرده اند که منجر به نتایج مثبت سلامتی می شود. علاوه بر این، نابرابری در دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی بر اساس جغرافیا، درآمد و پوشش بیمه همچنان یک مسئله مهم است.

۴-کمبود نیروی کار: سیستم های بهداشتی برای جذب و حفظ کارکنان در بازار کار رقابتی فزاینده تلاش می کنند. کارکنان مراقبت های بهداشتی نیز به طور فزاینده ای نگران ایمنی شخصی هستند که برای ادامه کار در این صنعت اولویت اصلی آنهاست. استرس های شغلی اصلی شامل رفتار نامنظم بیماران و بازدیدکنندگان و مسائل مربوط به سلامت روان، به ویژه اثرات فرسودگی شغلی است.

۵-پذیرش فناوری: مدیران مراقبت های بهداشتی باید پذیرش و استفاده از فناوری جدید مراقبت های بهداشتی را در سازمان خود مدیریت کنند. از آنجایی که دستگاه های پزشکی و روبه های با فناوری پیشرفته به تکامل خود ادامه می دهند، اطمینان از قابلیت همکاری، امنیت داده ها و قابلیت استفاده یک چالش مداوم خواهد بود. سلامت دیجیتال در حال تجربه یک تحول هیجان انگیز است که به واسطه پیشرفت های اخیر در هوش مصنوعی هدایت می شود. سایر پیشرفت های فناوری شامل فناوری لیزر است که در همه چیز از جراحی چشم گرفته تا ایجاد تجهیزات جدید و دندان پزشکی مصنوعی و فوتونیک استفاده می شود که در انواع روش های پزشکی از جمله تشخیص غیرتهاجمی، تصویربرداری پیشرفته و درمان ها کاربرد دارد.

۶-تغییر جمعیت: باافزایش سن، آنها باید با چالش های ناشی از افزایش سن، که فشار بیشتری را بر بخش بهداشت وارد می کند، مقابله کنند. بیماران مسن نیازهای منحصر به فرد مراقبت های بهداشتی از جمله مراقبت های تسکینی و مدیریت بیماری های مزمن دارند. خدمات بهداشتی باید در خدمات مراقبت از سالمندان و پزشکی از راه دور سرمایه گذاری کنند تا اطمینان حاصل شود که بیماران سالخورده تر خود می توانند به مراقبت های با کیفیت دسترسی داشته باشند. [۲۵] و [۴۰] و [۲۳]

راه حل هایی برای مراقبت های بهداشتی با کیفیت:

برای غلبه بر چالش های مدیریت مراقبت های بهداشتی نیازمند یک رویکرد فعال و برنامه ریزی استراتژیک است. در مورد مدیریت سازمان، مراقبت های بهداشتی نقش اساسی در تعریف خدمات و سیستم های بهداشتی با کیفیت خواهد داشت.

این استاندارد برجسته به سازمان ها در پیمایش پیچیدگی های مراقبت های بهداشتی، از منابع محدود و جمعیت پیر تا چالش هایی مانند همه گیری های جهانی کمک می کند. این بر نیاز به مراقبت به موقع، ایمن و مردم محور تاکید می کند و بر ضرورت سازگاری به دلیل افزایش مراقبت های بهداشتی مجازی و پیشرفت های تکنولوژیکی تاکید می کند. انعطاف



پذیری آن تضمین می کند که برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مختلف، از کلینیک های کوچک گرفته تا بیمارستان های گسترده قابل اجرا است. [۱۶]

ایزو یک فدراسیون جهانی از سازمان استانداردهای بین المللی می باشد که با استفاده از چک لیست ها و استانداردها به بررسی سازمان ها می پردازد.

در استانداردهای ایزو به طور خلاصه موارد زیر مورد بررسی قرار میگیرد: [۱۶]

موارد عمومی

سیستم ها و سازمان های مراقبت های بهداشتی با هر اندازه و ساختار، فرهنگ کیفیت و بهبود مستمر را با هدف ارائه مراقبت های به موقع، ایمن، مؤثر، کارآمد، عادلانه و مردم محور پذیرفته اند. با توجه به چالش های فعلی و آینده در مراقبت های بهداشتی، بیش از هر زمان دیگری بهبود تجربه کاربر خدمات، کیفیت مراقبت و ارائه راه حل های پایدار حیاتی است.

سازمان های مراقبت های بهداشتی در سراسر جهان با تهدیدات مهمی مانند کاهش منابع مالی، کمبود نیروی کار، افزایش تعداد افراد نیازمند مراقبت در نتیجه پیری جمعیت، افزایش نرخ بیماری های مزمن، کمبود داده های مشترک برای تصمیم گیری، کمبود یا ناکافی بودن تجهیزات پزشکی و داروها و فقدان حاکمیت روشن سیستم مراقبت های بهداشتی. بسیاری از کشورها پوشش همگانی سلامت را آغاز کرده اند، در حالی که برخی دیگر با افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی دست و پنجه نرم می کنند. برای ترکیب این موضوع، یک بیماری همه گیر جهانی اهمیت مراقبت های بهداشتی مجازی، فناوری های جدید و نیاز به ایجاد و انطباق رویکردهایی برای مدیریت و ارائه مراقبت های بهداشتی را برجسته کرده است. این چالش های بهداشتی و سازمانی نیازمند گام های جسورانه و نوآورانه برای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی در سراسر جهان است

این سند الزامات سیستم های مدیریت کیفیت را در سازمان های مراقبت های بهداشتی فراهم می کند. به این ترتیب، مخاطبان هدف آن گسترده است، از جمله هر سیستم مراقبت بهداشتی، سازمان یا نهادی که هدف آن افزایش کیفیت ارائه مراقبت های بهداشتی و نتایج مراقبت است. این شامل وزارتخانه های بهداشت، سیستم های مراقبت های بهداشتی دولتی و خصوصی، بیمارستان ها، کلینیک ها، سازمان ها و آژانس های غیردولتی است که خدمات مراقبت های بهداشتی را ارائه می کنند و...

ایزو مدیریت شامل الزامات مورد استفاده برای ارزیابی انطباق مرکز درمانی با استانداردها است. سازمانی که می خواهد مطابقت خود را با این سند نشان دهد، می تواند این کار را از طریق موارد زیر انجام دهد:

بررسی و خود ارزیابی

درخواست تایید انطباق آن توسط ازبایان حرفه ای و کاربران خدمات



تأیید توسط یک گروه خارج از سازمان

صدور گواهینامه/ثبت سیستم مدیریت خود برای کیفیت در سازمان مراقبت های بهداشتی توسط یک سازمان خارجی

اهداف سیستم مدیریت کیفیت در سازمان های بهداشتی و درمانی شامل موارد زیر است:

ایجاد یک فرهنگ کیفیت با مدیریت عالی قوی

پذیرفتن یک سیستم مراقبت بهداشتی مبتنی بر مراقبت مردم محور، احترام، شفقت، تولید مشترک، برابری و کرامت

شناسایی و آنالیز مخاطرات بالقوه

اطمینان از ایمنی و رفاه بیمار و کارکنان

کنترل ارائه خدمات از طریق فرآیندها و داده های اطلاعاتی

نظارت و ارزیابی عملکرد بالینی و غیر بالینی

به طور مستمر فرآیندها و نتایج خود را بهبود بخشد

عوامل موفقیت

موفقیت یک سیستم مدیریت کیفیت در یک سازمان بهداشتی و درمانی به تعهد تمامی سطوح و کارکردهای سازمان به رهبری مدیریت عالی بستگی دارد. ساختار مدیریت عالی سازمان می تواند با گنجاندن اصول کیفیت در جهت گیری استراتژیک سازمان، تصمیم گیری و همسویی آنها با سایر اولویت های عملیاتی، فرهنگ کیفیت ایجاد کند. اجرای موفقیت آمیز این سند می تواند به ذینفعان نشان دهد که یک سیستم مدیریت مؤثر برای کیفیت در سازمان بهداشت و درمان وجود دارد.

سطح جزئیات و پیچیدگی یک سیستم مدیریت کیفیت در سازمان بهداشت و درمان بسته به بافت سازمان، دامنه کار، تعهدات انطباق منطقه ای، ملی و بین المللی، ماهیت فعالیت ها، خدمات ارائه شده، متفاوت است. و منابع موجود

PDCA

رویکرد زیربنایی یک سیستم مدیریت کیفیت در سازمان های مراقبت های بهداشتی بر اساس مفهوم قانون که شامل یک فرآیند تکراری را ارائه می دهد که دستیابی به بهبود مستمر از طریق چرخه اندازه PDCA برنامه ریزی، انجام گیری و اقدام اصلاحی میشود. می توان آن را برای یک سیستم مدیریت کیفیت در سازمان های مراقبت های بهداشتی اعمال کرد و به طور خلاصه به شرح زیر توضیح داده می شود.



برنامه ریزی: اهداف و فرآیندهای کیفیت مراقبت های بهداشتی لازم که برای ارائه نتایج مطابق با خط مشی کیفیت مراقبت های بهداشتی سازمان را ایجاد میشود.

انجام دهید: فرآیندها که بایستی طبق برنامه ریزی انجام شود.

کنترل و نظارت: نظارت، اندازه گیری و ارزیابی فرآیندها که در برابر سیاست های سازمان، از جمله تعهدات، اهداف و معیارهای عملیاتی آن و گزارش نتایج انجام میگردد.

عمل: اقدامات و برنامه های بهبود و اقدامات اصلاحی که برای بهبود مستمر انجام میگردد [۴۰]

مراحل اجرای بهبود کیفیت و در نهایت تضمین کیفیت با چرخه دمینگ انجام میشود. با ایجاد یک محیط حمایتی، تمرکز بر روی نتایج، ایجاد انگیزه در کارکنان، ساخت تیم های کاری کوچک، جمع آوری و پردازش اطلاعات، توسعه استراتژی میتوان در استقرار کیفیت در اجزای سازمان نقش موثری ایفا کرد.

تعاریف مختلف سازمان

شخص یا گروهی از افراد که وظایف خاص خود را با مسئولیت ها، اختیارات و روابط برای دستیابی به اهداف خود دارند. [۲۳]

اگر سازمان بخشی از یک نهاد بزرگتر باشد، اصطلاح «سازمان» تنها به بخشی از واحد بزرگتر اطلاق می شود که در محدوده سیستم مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی قرار دارد.

در مورد مراقبت های بهداشتی، سازمان برای ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی توسط نیروهای متخصص به جوامع، جمعیت ها، افراد یا بازارهای تعریف شده توسعه یافته است. [۲۵]

ذینفع

شخص یا سازمانی که می تواند بر یک تصمیم یا فعالیت تأثیر بگذارد، تحت تأثیر قرار گیرد یا خود را تحت تأثیر قرار دهد. ذینفعان می توانند شامل موارد زیر باشند، اما محدود به آنها نیستند: وزارت بهداشت، دارایی، خزانه داری، آموزش و پرورش، موسسات غیردولتی و بخش غیرانتفاعی؛ گروه های اجتماعی و سازمان های جامعه مدنی؛ دولت محلی، گروه های بیمه سلامت و سایر تامین کنندگان مالی مراقبت های بهداشتی؛ خیریه ها، انجمن های حرفه های بهداشتی، نهادهای نظارتی، سازمان ها و شبکه های کارکنان بهداشتی؛ بیماران، خانواده ها، مراقبان و سایر کاربران خدمات سلامت. [۴۰]

سیستم مدیریت

مجموعه ای از عناصر مرتبط یا متقابل یک سازمان برای ایجاد خط مشی ها و اهداف، و همچنین فرآیندهای لازم برای دستیابی به آن اهداف می باشد.



یک سیستم مدیریتی می تواند به یک رشته یا چندین رشته مربوط باشد

عناصر سیستم مدیریت شامل ساختار سازمان، نقش ها و مسئولیت ها، برنامه ریزی و عملیات است.

خط مشی

سمت و سو و جهت یک سازمان که به طور رسمی توسط مدیریت ارشد آن ابلاغ شده است. [۴۱]

هدف، بایستی واقعگرایانه بوده و قابل دستیابی و اندازه گیری باشد.

یک هدف می تواند استراتژیک، تاکتیکی یا عملیاتی باشد. [۴۰] و [۴۱]

اهداف می تواند به رشته های مختلف (مانند مالی، بهداشت و ایمنی و محیط زیست) مربوط باشد. آنها می توانند، برای مثال، در سطح سازمان یا مختص یک پروژه، محصول یا فرآیند باشند. [۶]

در چارچوب سیستم های مدیریت کیفیت مراقبت های بهداشتی اهداف کیفیت مراقبت های بهداشتی توسط سازمان منطبق با خط مشی کیفیت مراقبت های بهداشتی برای دستیابی به آن تعیین می شود. [۷]

خطر

اثر عدم قطعیت

یک اثر انحراف از انتظار مثبت یا منفی است.

برای ارتقا کیفیت خدمات یکی از اقدامات بسیار موثر مدیریت پیشگیرانه خطر و ارزیابی ریسک فرایندها هم در حوزه بالین و هم غیر بالین می باشد. [۱۶]

روند

مجموعه ای از فعالیت های مرتبط یا متقابل که از ورودی ها برای ارائه یک نتیجه استفاده می کند یا تغییر می دهد اینکه نتیجه یک فرآیند، خروجی، محصول یا خدمت نامیده شود، بستگی به زمینه مرجع دارد. [۱۶]

صلاحیت

توانایی به کارگیری دانش و مهارت برای دستیابی به نتایج مورد نظر [۱۶]

اطلاعات مستند

اطلاعات مورد نیاز برای کنترل و نگهداری توسط یک سازمان و رسانه ای که در آن موجود است

اطلاعات مستند می تواند در هر قالب و رسانه و از هر منبعی باشد



اطلاعات مستند می تواند به موارد زیر مراجعه کند

(الف) سیستم مدیریت، از جمله فرآیندهای مرتبط

(ب) اطلاعات ایجاد شده به منظور فعالیت سازمان

(ج) شواهد نتایج به دست آمده و سوابق [۱۶]

کارایی

نتیجه قابل اندازه گیری عملکرد که می تواند به یافته های کمی یا کیفی مربوط باشد

عملکرد می تواند مربوط به مدیریت فعالیت ها، فرآیندها، محصولات، خدمات، سیستم ها یا سازمان ها باشد. [۲۲]

پیشرفت متداوم

فعالیت مکرر برای افزایش عملکرد

اثربخشی

تا چه حد فعالیت های برنامه ریزی شده محقق می شود و نتایج برنامه ریزی شده به دست می آید. [۱۶] و [۴۲]

تاثیر گذار

ایجاد یک نتیجه دلخواه یا مورد نظر [۲۰]

نیاز

نیاز یا انتظاری که بیان می گردد که ممکن است ضمنی یا واجب باشد. [۱۶]

«عموماً ضمنی» به این معنی است که برای سازمان و ذینفعان معمول یا معمول است که نیاز یا انتظار مورد بررسی مستتر باشد. [۱۶]

اقدام اصلاحی

اقدام برای از بین بردن علت(های) عدم انطباق و جلوگیری از تکرار آن

ارزیابی

فرآیند سیستماتیک و مستقل برای کسب شواهد و ارزیابی عینی آن برای تعیین میزان تحقق معیارهای حسابرسی



ارزیابی می تواند داخلی (شخص اول) یا خارجی (شخص دوم یا شخص ثالث) و ممیزی ترکیبی (ترکیب دو یا چند شیوه) باشد.

ممیزی سازمان توسط خود سازمان یا توسط شخص خارجی به نمایندگی از آن انجام می شود. [۱۶]

اندازه گیری

فرآیندی برای تعیین مقدار دستیابی به شاخص ها و اهداف می باشد.

ایمن و بی خطر

در استانداردهای مراقبت های بهداشتی "ایمن" به شرایط و خدماتی اطلاق می شود که بر همه ذینفعان و نه فقط بیماران تأثیر می گذارد.

مراقبت های بهداشتی

ارائه خدمات سازمان یافته به افراد یا یک جامعه به منظور رسیدگی، مدیریت و بهبود رفاه جسمی، روانی و اجتماعی آنها

تندرستی

وضعیت بهینه سلامت جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی

کارآمد

استفاده از ورودی های سیستم سلامت (در قالب مدیریت هزینه ها و سایر منابع) به منظور ایمن کردن اهداف سیستم مراقبت های بهداشتی

منصفانه

ارائه مراقبت های بهداشتی به شیوه ای منصفانه و بی طرفانه و عادلانه

بی طرفی می تواند مربوط به سن، جنس، جنسیت، تشخیص رفتاری یا بالینی، نژاد، قومیت، موقعیت جغرافیایی، مذهب، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، وابستگی زبانی یا سیاسی باشد

مراقبت بیمار محور

رویکرد ارائه مراقبت های بهداشتی که بیماران، خانواده ها، مراقبان و جوامع را درگیر می کند و نیازها، تجربیات و ترجیحات منحصر به فرد آنها را در بر می گیرد. [۱۶] و [۴۱]

کاربر خدمات



شخص یا ذینفع که می تواند خدماتی را دریافت کند که برای این شخص یا ذینفع در نظر گرفته شده یا مورد نیاز است.

شرایط مشابه شامل بیمار، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، مشتری و کاربر نهایی است.

کاربران خدمات می توانند طیف وسیعی از افراد از جمله بیماران، خانواده ها، مراقبان و شبکه های پشتیبانی آنها را شامل شوند.

تجربه مشتری / بیمار

ادراکات و پاسخ های یک کاربر خدمات که ناشی از استفاده از یک محصول، سیستم یا خدمات است. [۱۶]

کارکنان

این مفهوم شامل کارکنان تمام وقت، نیمه وقت، موقت یا قراردادی، بالینی و غیر کلیه افراد شاغل در سازمان بالینی می شود

پوشش همگانی سلامت

همه افراد در زمان و مکان مناسب، بدون مشکلات مالی به خدمات بهداشتی مورد نیاز خود دسترسی دارند. [۱۶]

سلامتی

وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی

تولید مشترک

تمرین طراحی و اجرای خدمات و ارائه مراقبت های بهداشتی بر اساس روابط و تجربیات مشترک بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، کاربران خدمات، اعضای خانواده، مراقبان و گروه های مدافع

سواد سلامت

توانایی افراد برای دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات به شیوه هایی که باعث ارتقاء و حفظ سلامتی خوب برای خود، خانواده ها و جوامعشان شود.

کرامت

به رسمیت شناختن ارزش ذاتی، ارزش و حق رفتار اخلاقی خود توسط دیگران

ارزیابی ریسک



فرآیند کلی شناسایی ریسک، تجزیه و تحلیل ریسک و ارزیابی ریسک [۴۰] و [۴۱]

مدیریت ریسک

کاربرد سیستماتیک سیاست‌های مدیریت، رویه‌ها و شیوه‌ها برای وظایف تحلیل، ارزیابی، کنترل و نظارت ریسک

شاخص سلامت

اندازه‌گیری طراحی شده برای خلاصه کردن اطلاعات در مورد یک موضوع اولویت داده شده در سلامت جمعیت یا مراقبت‌های بهداشتی با عملکرد سیستم [۱۶]

شاخص‌های سلامت اطلاعات قابل مقایسه و عملی را در مرزهای مختلف جغرافیایی، سازمانی یا اداری ارائه می‌دهند و/یا می‌توانند پیشرفت را در طول زمان ردیابی کنند. [۱۶]

مدیریت دانش

انضباط کل نگر، متقابل و مجموعه‌ای از شیوه‌های متمرکز بر دانشی که عملکرد سازمانی را بهبود می‌بخشد. مدیریت دانش شامل ایجاد، کسب، بکارگیری، نگهداری، به اشتراک گذاری و حفاظت از دانش برای ایجاد ارزش سازمانی است، اما محدود به آن نیست. [۱۶] و [۱۹]

فرهنگ سازمانی

جو اعتمادی که در آن از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی حمایت می‌شود و زمانی که مشکلی در ارائه مراقبت برای کاربران خدمات پیش می‌آید، منصفانه رفتار می‌شود.

ایمنی بیمار و ایمنی کارکنان

چارچوب فعالیت‌های سازمان‌یافته که فرهنگ‌ها، فرآیندها، رویه‌ها، رفتارها، فناوری‌ها و محیط‌ها را در مراقبت‌های بهداشتی ایجاد می‌کند که به طور مداوم و پایدار خطرات را کاهش می‌دهد، وقوع آسیب‌های قابل اجتناب را کاهش می‌دهد وقوع خطا احتمال کمتری دارد و تأثیر آن در صورت وقوع کاهش می‌یابد.

فعالیت‌ها می‌توانند شامل ایجاد فرهنگ‌ها، فرآیندها و رویه‌ها، رفتارها، فناوری‌ها و محیط‌ها در مراقبت‌های بهداشتی باشند. [۱۶]

حادثه

رویداد یا شرایطی که باعث آسیب غیر ضروری به بیمار شده یا می‌توانسته باشد

حوادث شامل رویدادها، حوادث نزدیک به وقوع، حوادث نامطلوب و رویدادهای نگهبان است.



اعتبار بخشی

فرآیند اعطا درجه و صلاحیت به موسسات پزشکی و ارزیابی سوابق و عملکرد آنها

خطا

عمل اشتباه یا قصور که منجر به وقوع یک حادثه می‌گردد.

صدمه

صدمه یا آسیب به سلامت افراد یا آسیب به اموال یا محیط زیست

سازگار با محیط زیست

مربوط به کالاها و خدمات، دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌ها که ادعا می‌کنند آسیب کمتر، حداقل یا بدون آسیب به اکوسیستم یا محیط زیست می‌رسد. [۱۶]

یکی دیگر از ایت‌های که در سال‌های اخیر به آن توجه شده است، نقش هوش هیجانی مدیران و کارکنان در تقویت عملکرد آنان است. رهبران و مدیران، با هوش‌های هیجانی بالاتر، توان بیشتری برای هدایت سازمان تحت کنترل‌شان دارند. یافته‌های جدید نشان می‌دهد کارکنانی که دارای وجدان کاری و احساس وظیفه‌شناسی بالایی هستند، اما فاقد هوش هیجانی و اجتماعی‌اند، در مقایسه با کارکنان مشابهی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند، عملکرد ضعیف‌تری دارند. از مقالات پژوهشی این‌گونه بر می‌آید که، کسانی که از هوش هیجانی برخوردارند می‌توانند عواطف خود و دیگران را کنترل کرده، بین پیامدهای مثبت و منفی عواطف تمایز گذارند و از اطلاعات عاطفی برای راهنمایی فرایند تفکر و اقدامات شخصی استفاده کنند. [۲۲]

در مدل گلمن به طور خلاصه پنج حوزه اساسی هوش هیجانی مورد بررسی قرار گرفته است:

۱- خود آگاهی: این مهارت در واقع شناخت هیجان‌های خود است؛ یعنی آگاهی از احساسات خود که شامل یک ارزیابی دقیق از زمانی است که فرد در چه زمانی به چه کمک‌ها و عواطفی نیاز دارد.

۲- خودگردانی: این مهارت به عنوان کنترل هیجان‌های خود شناخته می‌شود که باید فرد دارای مهارت کنترل و اداره هیجان‌ها، مناسب و بجا بودن آن‌ها در هر موقعیت و مدیریت هیجان‌ها باشد. در این مهارت فرد باید هیجان‌های خود را به گونه‌ای مدیریت کند که باعث ایجاد اختلاف نبوده و آرامش را در بحث و جدال‌ها حفظ کرده و همچنین از فعالیت‌های ترحم و وحشت اجتناب کند.



۳- خود انگیزشی: این مهارت نیز در واقع برانگیختن و به هیجان آوردن خود است؛ یعنی استفاده از هیجان‌ها برای هدفی خاص، تمرکز و توجه، ایجاد انگیزه در خود و تسلط بر خویشتن و خلاقیت است. در مدل گلن این مهارت باید شامل رضایت، کنجکاوی و توجه باشد.

۴- همدلی: در حالی که سه مهارت قبلی در خصوص تعامل فرد با خود بود، این مهارت درباره‌ی تعامل فرد با دیگران است. در این مرحله فرد باید دارای مهارت شناخت هیجان‌های دیگران، توانایی همدلی و یگانگی با دیگران باشد.

۵- مهارت‌های اجتماعی: این دسته شامل استفاده از همدلی و همچنین مذاکره با نیازهای دیگران است؛ در این مهارت فرد باید بتواند روابط خود با دیگران و هیجان‌های آن‌ها را تنظیم کند. [۲۴]

هوش هیجانی، به دلایل زیادی مهم است. هوش هیجانی در محل کار، بشدت مورد نیاز است زیرا افراد دارای هوش هیجانی تمایل دارند که کارها را بطور کامل انجام دهند. آنها هدفمند هستند و بطور ذاتی، توانایی رهبری دارند که یعنی می‌توانند به افراد دیگر نیز انگیزه بدهند. همچنین هوش هیجانی، اغلب به این معنی است که شما قادر به درک طرف مقابل هستید که در دنیای خدمات مشتریان، بسیار مهم است. [۲۲]

هوش هیجانی در محل کار به شما یک مزیت و خود انگیزتگی بهتری می‌دهد و امکان می‌دهد تا بر چالش‌های زندگی شخصی‌تان غلبه کنید. توجه به موضوع هوش هیجانی در بخش خدمات سلامت در حال افزایش است. شواهد پژوهشی بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد رفتارهای فردی کارکنان پیامدهای بیماران را تحت تاثیر قرار داده و بر موفقیت مرکز درمانی سهم دارد (دستیابی به ایمنی بیمار، بیمارمحوری به طور مستقیم از ثمرات هوش هیجانی هستند). تمامی سازمان‌های بهداشتی درمانی به دنبال افزایش روابط بیمارمحور هستند. علاوه بر مدل‌هایی که برای طراحی خدمات بیمار محور استفاده می‌شود (مانند شش سیگما، مدل ناب و ...) نحوه ارتباط میان ارائه‌کنندگان و بیماران در این زمینه بسیار اهمیت دارد. [۱۰]

نتیجه گیری:

برنامه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان‌ها اهداف مختلفی را دنبال می‌کنند و نتایج متفاوتی در پی دارند. در این جا به ۱۰ نتیجه کلیدی که برنامه‌های بهبود کیفیت می‌توانند داشته باشند اشاره می‌شود:

درمان سرپایی به جای درمان و جراحی بستری

بهبود مسیر درمان بیماران

مدیریت بی‌ثباتی در فرایند ترخیص بیمار و همین‌طور طول مدت اقامت



مدیریت بی ثباتی در فرایند پذیرش بیمار

کاهش پیگیری‌های بی‌مورد بیماران و انجام پیگیری‌ها در زمان درست

افزایش اطمینان به مداخلات درمانی از طریق ارائه بسته‌های خدماتی

به کارگیری رویکرد سیستماتیک در روند درمانی بیماران ،

افزایش دسترسی بیماران با کاهش فهرست انتظار خدمات ،

بهینه‌سازی جریان حرکت بیمار در مرکز درمانی

بازطراحی نقش اعضای تیم درمانی و افزایش قابلیت‌های افراد

منابع :

1-Dodwad SS. Quality management in healthcare. Indian J Public Health. 2013 Jul-Sep;57(3):138-43. [[PubMed](#)]

2-Betlloch-Mas I, Ramón-Sapena R, Abellán-García C, Pascual-Ramírez JC. Implementation and Operation of an Integrated Quality Management System in Accordance With ISO 9001:2015 in a Dermatology Department. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019 Mar;110(2):92-101. [[PubMed](#)]

3-Keßler W, Heidecke CD. Dimensions of Quality and Their Increasing Relevance for Visceral Medicine in Germany. Visc Med. 2017 May;33(2):119-124. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

4-Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Lohr KN, editor. National Academies Press (US); Washington (DC): 1990. [[PubMed](#)]

5-Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press (US); Washington (DC): 2001. [[PubMed](#)]

6-White KL. Improved medical care statistics and the health services system. Public Health Rep (1896). 1967 Oct;82(10):847-54. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]



7-Galvagno SM, Nahmias JT, Young DA. Advanced Trauma Life Support® Update 2019: Management and Applications for Adults and Special Populations. Anesthesiol Clin. 2019 Mar;37(1):13-32. [PubMed]

8-Maritz R, Scheel-Sailer A, Schmitt K, Prodinge B. Overview of quality management models for inpatient healthcare settings. A scoping review. Int J Qual Health Care. 2019 Jul 01;31(6):404-410. [PubMed]

9-Gardner DB, Cummings C. Total quality management and shared governance: synergistic processes. Nurs Adm Q. 1994 Summer;18(4):56-64. [PubMed]

10-Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: a meta-analysis. Int J Health Care Qual Assur. 2014;27(6):544-58. [PubMed]

11-Mosadeghrad AM. Obstacles to TQM success in health care systems. Int J Health Care Qual Assur. 2013;26(2):147-73. [PubMed]

12-Nunes JW, Seagull FJ, Rao P, Segal JH, Mani NS, Heung M. Continuous quality improvement in nephrology: a systematic review. BMC Nephrol. 2016 Nov 24;17(1):190. [PMC free article] [PubMed]

13-Bailie R, Bailie J, Larkins S, Broughton E. Editorial: Continuous Quality Improvement (CQI)-Advancing Understanding of Design, Application, Impact, and Evaluation of CQI Approaches. Front Public Health. 2017;5:306. [PMC free article] [PubMed]

14-Candas B, Jobin G, Dubé C, Tousignant M, Abdeljelil AB, Grenier S, Gagnon MP. Barriers and facilitators to implementing continuous quality improvement programs in colonoscopy services: a mixed methods systematic review. Endosc Int Open. 2016 Feb;4(2):E118-33. [PMC free article] [PubMed]

15-Viswanathan HN, Salmon JW. Accrediting organizations and quality improvement. Am J Manag Care. 2000 Oct;6(10):1117-30. [PubMed]

16-Hines K, Mouchtouris N, Knightly JJ, Harrop J. A Brief History of Quality Improvement in Health Care and Spinal Surgery. Global Spine J. 2020 Jan;10(1 Suppl):5S-9S. [PMC free article] [PubMed]

17-Awdishu L, Moore T, Morrison M, Turner C, Trzebinska D. A Primer on Quality Assurance and Performance Improvement for Interprofessional Chronic Kidney Disease Care: A Path to Joint Commission Certification. Pharmacy (Basel). 2019 Jul 03;7(3) [PMC free article] [PubMed]



18-Lam MB, Figueroa JF, Feyman Y, Reimold KE, Orav EJ, Jha AK. Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study. BMJ. 2018 Oct 18;363:k4011. [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#)

19-Luchette F, Kelly B, Davis K, Johanningman J, Heink N, James L, Ottaway M, Hurst J. Impact of the in-house trauma surgeon on initial patient care, outcome, and cost. J Trauma. 1997 Mar;42(3):490-5; discussion 495-7. [\[PubMed\]](#)

20-Semmelweis. Br Med J. 1893 Jan 07;1(1671):26. [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#)

21-McDonald L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. Evid Based Nurs. 2001 Jul;4(3):68-9. [\[PubMed\]](#)

22-Keßler W, Heidecke CD. Dimensions of Quality and Their Increasing Relevance for Visceral Medicine in Germany. Visc Med. 2017 May;33(2):119-124. [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#)

23-Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Lohr KN, editor. National Academies Press (US); Washington (DC): 1990. [\[PubMed\]](#)

24-Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press (US); Washington (DC): 2001. [\[PubMed\]](#)

25-White KL. Improved medical care statistics and the health services system. Public Health Rep (1896). 1967 Oct;82(10):847-54. [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#)

26-Dodwad SS. Quality management in healthcare. Indian J Public Health. 2013 Jul-Sep;57(3):138-43. [\[PubMed\]](#)

27-Betlloch-Mas I, Ramón-Sapena R, Abellán-García C, Pascual-Ramírez JC. Implementation and Operation of an Integrated Quality Management System in Accordance With ISO 9001:2015 in a Dermatology Department. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019 Mar;110(2):92-101. [\[PubMed\]](#)

28-Galvagno SM, Nahmias JT, Young DA. Advanced Trauma Life Support® Update 2019: Management and Applications for Adults and Special Populations. Anesthesiol Clin. 2019 Mar;37(1):13-32. [\[PubMed\]](#)

29-Maritz R, Scheel-Sailer A, Schmitt K, Proding B. Overview of quality management models for inpatient healthcare settings. A scoping review. Int J Qual Health Care. 2019 Jul 01;31(6):404-410. [\[PubMed\]](#)



30-Gardner DB, Cummings C. Total quality management and shared governance: synergistic processes. Nurs Adm Q. 1994 Summer;18(4):56-64. [PubMed]

31-Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: a meta-analysis. Int J Health Care Qual Assur. 2014;27(6):544-58. [PubMed]

32-Mosadeghrad AM. Obstacles to TQM success in health care systems. Int J Health Care Qual Assur. 2013;26(2):147-73. [PubMed]

33-Nunes JW, Seagull FJ, Rao P, Segal JH, Mani NS, Heung M. Continuous quality improvement in nephrology: a systematic review. BMC Nephrol. 2016 Nov 24;17(1):190. [PMC free article] [PubMed]

34-Bailie R, Bailie J, Larkins S, Broughton E. Editorial: Continuous Quality Improvement (CQI)-Advancing Understanding of Design, Application, Impact, and Evaluation of CQI Approaches. Front Public Health. 2017;5:306. [PMC free article] [PubMed]

35- Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals

36-Viswanathan HN, Salmon JW. Accrediting organizations and quality improvement. Am J Manag Care. 2000 Oct;6(10):1117-30. [PubMed]

37-Hines K, Mouchtouris N, Knightly JJ, Harrop J. A Brief History of Quality Improvement in Health Care and Spinal Surgery. Global Spine J. 2020 Jan;10(1 Suppl):5S-9S. [PMC free article] [PubMed]

38-Awdishu L, Moore T, Morrison M, Turner C, Trzebinska D. A Primer on Quality Assurance and Performance Improvement for Interprofessional Chronic Kidney Disease Care: A Path to Joint Commission Certification. Pharmacy (Basel). 2019 Jul 03;7(3) [PMC free article] [PubMed]

39-Lam MB, Figueroa JF, Feyman Y, Reimold KE, Orav EJ, Jha AK. Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study. BMJ. 2018 Oct 18;363:k4011. [PMC free article] [PubMed]

40-Luchette F, Kelly B, Davis K, Johanningman J, Heink N, James L, Ottaway M, Hurst J. Impact of the in-house trauma surgeon on initial patient care, outcome, and cost. J Trauma. 1997 Mar;42(3):490-5; discussion 495-7. [PubMed]

۴۱- کتاب استانداردهای جامع اعتباربخشی نسل پنجم

۴۲- دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی