

به نام خدا

حاکمیت بالینی

سازمانهای متولی سلامت در کشورهای مختلف همواره به نحوی به دنبال حصول به اهدافی هستند. نظام سلامت انگلستان بیش از ۴۰ سال باتصویری تلویحی از کیفیت، بر مبنای این فلسفه مشغول به کار بود که در اختیار داشتن کارکنانی برخوردار از آموزش خوب، تجهیزات و محیط مناسب، مترادف با ارائه خدمات با استاندارد بالا خواهد بود. با گذشت زمان، پیدایش برنامه های بررسی کیفیت نظیر ممیزی پزشکی و ممیزی بالینی، رویکردی نظام مندتر به سیستم بخشید. البته این برنامه ها اغلب به علت تنگ نظری ها و تحت مضامین و بهانه هایی مانند اینکه این فرایندها فواید بارزی برای خدمات سلامت یا بیماران نداشته و ندارند، مورد انتقاد واقع میشدند.

اولین و مهمترین گروهی که از نهادینه شدن این فرایندها بهره میبرند، بیماران و در واقع مشتریان اصلی نظام سلامت هستند، که خدماتی با کیفیت بهتر دریافت میکنند. نکته ای که همواره باید در نظر ارائه دهندگان خدمات سلامت باشد، این است که مردم حق دارند و باید خدماتی مطابق با بهترین استانداردها دریافت کنند. دومین گروه، خود ارائه دهندگان خدمات سلامت هستند که در صورت اصلاح سیستم در محیطی امن تر و ایمن تر به ارائه خدمات خواهند پرداخت و در نهایت مسلماً کل کشور از این برنامه بهره خواهد برد چراکه سلامت محور توسعه است. نوعی نگرش به سلامت و توسعه اقتصادی آن است که به سلامت هم ارزش ذاتی و ابزاری داده شود وهم به عنوانی که دفعایی مدنظر قرار گیرد.

در کشورهای مختلف روشها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت تا به امروز بکار گرفته شده اند. از میان این روش ها، حاکمیت بالینی برای نخستین بار در NHS انگلیس به عنوان استراتژی ارائه شده از سوی دولت و به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت های بالینی در سال ۱۹۹۸ مطرح شد.

حاکمیت بالینی

محوریت آن لایحه ای است که در اواخر دهه ۱۹۹۰ ارائه شد. این لایحه چارچوبی برای حمایت از تشکیلات محلی نظام سلامت انگلستان بود، که این تشکیلات مسوولیت قانونی ارتقای کیفیت را برعهده داشت.

حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن سازمان های ارائه دهنده خدمات بالینی، در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می پردازد. حاکمیت بالینی به طور همزمان توجهش را روی مسوولیت پذیری جهت حفظ سطح مراقبت های کنونی و نیز ارتقاء وضعیت کیفی مراقبت های آتی مبذول می دارد.

حاکمیت بالینی فرصت درک و آموختن روشهای ایجاد و گسترش اجزای مورد نیاز برای ارائه مراقبت با کیفیت را به ارمغان می آورد. همچنین مفهومی است که می کوشد روش ها و ابزارهای گذشته درسنجش و ارتقاء کیفیت مراقبت ها ادغام و یکپارچه شوند. در واقع استراتژی واحد و جامعی که بهبود مستمر کیفیت را در نظام NHS انگلیس به عنوانی مدل سیستماتیک مطرح ساخته است، حاکمیت بالینی است.

در چارچوب حاکمیت بالینی بررسی مجدد نقشها در نظام سلامت امری ضروری تلقی شده و برای رسیدن به نظام سلامتی که در آن، چیزی کمتر از ارائه بهترین خدمات، قابل تحمل نمی باشد ابزار مناسب فراهم شده است. در سال ۱۹۹۸ دونالد سون چشم انداز حاکمیت بالینی را چنین ارائه نمودند:

"چارچوبی است که از طریق آن تشکیلات نظام سلامت انگلستان برای حفاظت و ارتقا مستمر استانداردهای مراقبت، پاسخگو می گردد و این امر با به وجود آوردن محیطی که محور آن، تعالی خدمات بالینی است، تقویت میشود". در این مقوله نکته ای که همواره باید مورد توجه قرار گیرد

این است که حاکمیت بالینی صرفاً با انجام "آنچه درست به نظر میرسد" قابل تحقق نخواهد بود، بلکه سازمانهای متولی امر سلامت برای ایجاد و ارتقا کیفیت خدمات بالینی خود، به برنامه نیاز دارند. این برنامه باید بر 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. نکته حائز اهمیت دیگر وجود احساس مالکیت و تعلق نسبت به برنامه است که نه فقط در سطح هیئت مدیره، بلکه از راس تا قاعده سازمان و در تک تک گروه‌ها و افراد باید وجود داشته باشد و یا پدید آید.

این امر در بر گیرنده تمامی فعالیت‌های ارتقاء کیفی است که کادر بالینی آنها را روزانه در انجام مراقبت‌های درمانی لحاظ می‌دارند. همچنین حاکمیت بالینی چارچوبی فراهم می‌کند که در قالب آن، فعالیت‌های بهبود کیفیت بصورتی هماهنگ و یکپارچه جای می‌گیرند.

آنچه اهمیت آن روشن است لزوم بهبود کارایی، اثربخشی و ایمنی بیمار است. بدین منظور، مسئولیت‌پذیری مراکز ارائه خدمات سلامت می‌بایست افزایش یابد تا از ناهمسانی خدمات ارائه شده به بیماران کاسته شود. همچنین خطاهای پزشکی به عنوانی اصل مهم در امر حاکمیت بالینی مورد توجه قرار گرفته تا بدین طریق مراقبت‌های نامناسب، ضعیف و غیر اثربخش از بین بروند. از طرفی سازمان‌های مراقبت سلامت از پیچیدگی زیادی برخوردار بوده و ساختار، فرایندها و مدیریت آنها برای ارتقاء مراقبت‌های بالینی اهمیت زیادی دارد. حاکمیت خدمات بالینی این پیچیدگی‌ها را تشخیص داده و می‌کوشد تا برخی از این مسائل و مشکلات را از طریق ایجاد راهکاری ادغام یافته و جامع و حرکت مستمر به سمت بهبود کیفیت مرتفع سازد.

در تعریف حاکمیت خدمات بالینی دیدگاهی ادغام یافته از مراقبت‌های بالینی و نیز غیر بالینی مطرح است که کیفیتی جامع را در بر می‌گیرد. چنین ادغامی به یکپارچگی سازمانی، هماهنگی، همکاری و ارتباطات میان واحدها در سازمان می‌انجامد و با مراقبت‌های با کیفیت بالا مرتبط می‌شود. حاکمیت خدمات بالینی ادغام تمام فعالیت‌هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی

واحد تلفیق می‌کند. این استراتژی شامل ارتقاء کیفیت اطلاعات، بهبود همکاری، بهبود روحیه کار تیمی و مشارکت، کاهش دامنه تغییرات و بی‌ثباتی‌های عملکردی و پیاده‌سازی طبابت مبتنی بر شواهد است.

حاکمیت خدمات بالینی می‌کوشد عملکرد تمامی سازمان‌های مراقبت سلامت را به سوی بهترین استانداردهای قابل قبول سوق دهد به این امید که ناهمگونی‌های موجود در کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران را کاهش دهد.

حاکمیت خدمات بالینی نیازمند استقرار فرهنگی است که متخصصان حوزه سلامت را ترغیب کند تا بطور مستمر از خود بپرسند که آیا عملکردی مناسب دارند و نیز اینکه چگونه می‌توانند عملکرد خود را بهبود بخشند.

حاکمیت بالینی به طور رسمی چنین تعریف شده است:

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 می‌دهند پاسخگو میگرداند.

هدف از استقرار حاکمیت خدمات بالینی چیست؟

هدف اصلی حاکمیت خدمات بالینی ارتقاء مستمر کیفیت خدمات است و چارچوبی را فراهم می‌نماید که در قالب آن سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت می‌توانند به سمت رشد، توسعه و تضمین کیفیت خدمات بالینی برای بیماران حرکت کنند. این چارچوب در ارتباط با حوزه‌های کلیدی که در ذیل به آن اشاره شده مطرح است.

■ اطمینان از اینکه موضوع کیفیت مراقبت‌های سلامت، با استفاده از بالاترین استانداردهای مراقبتی ممکن در قلب این خدمات جای دارد.

- کمک به جلوگیری از بروز اشتباه در مسیر ارائه خدمات
 - استفاده بهینه از منابع محدود
 - افزایش اعتماد عمومی به خدمات بیمارستانی
 - تحقق مسئولیت‌های سازمانهای مراقبت سلامت که توسط دولت برنامه‌ریزی شده است
 - تدوین برنامه ای جامع در خصوص اجرایی نمودن فعالیت‌های مرتبط با ارتقاء کیفیت
 - تدوین دستورالعمل‌هایی برای تمامی متخصصان سلامت جهت شناسایی عملکردهای ضعیف و اصلاح آن
 - انجام ممیزی‌های بالینی
 - مدیریت خطرات بالینی
 - جمع‌آوری و انتشار اطلاعات مرتبط با اثربخشی فعالیت‌های بالینی
 - انجام بررسی‌های عملکردی از جمله موضوعات مرتبط با کیفیت
 - آموزش و توسعه مستمر حرفه‌ای
 - مدیریت شکایات و یادگیری از نقاط منفی آنها
 - استفاده از اطلاعات بالینی بدست آمده از بیماران
- مزایای کلیدی حاکمیت خدمات بالینی اثربخش چیست؟
- ایجاد محیطی باز و مشارکتی که در آن آموزش، تحقیق و انجام فعالیت‌های موثر و مفید ارج نهاده می‌شود
 - ایجاد تعهد به کیفیت از سوی متخصصان حرفه‌ای و مدیران

- اعمال رهبری قوی از راس سازمان
- استفاده مناسب از اطلاعات برای برنامه ریزی و پایش ارائه خدمات بالینی
- اهمیت یافتن موضوعات مرتبط با کیفیت و لزوم توجه و تاکید بر آنها
- ایجاد فرهنگ ارزش نهادن بر کار و فعالیت در قالب کار تیمی (team working)

محورهای کلیدی حاکمیت خدمات بالینی چیست؟

مدلها و الگوهای مختلفی جهت تعریف و توضیح حاکمیت بالینی در پیشینه تحقیق میتوان یافت که یکی از الگوهایی که در سیستم طب ملی انگلستان به کار گرفته شده است مدل ۷ محوری یا ۷ ستونی است که با توجه به جامعیت آن از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران به عنوان مدل پیشنهادی معرفی شده است



۱. مشارکت بیمار و جامعه

۲. آموزش و یادگیری

۳. مدیریت خطر

۴. استفاده از اطلاعات

۵. اثربخشی بالینی

۶. ممیزی بالینی

۷. مدیریت نیروی انسانی

مشارکت بیمار و جامعه (PPI – patient and public involvement):

«بیماران در طی سفرشان در سیستم سلامت حق دارند که با احترام و صداقت با آنها رفتار شده و در هر جا که امکان داشته باشد، بتوانند در تصمیم گیری در مورد درمانشان، شریکشوند.»

از آنجا که اتخاذ هرگونه خط مشی و تصمیم گیری مرتبط به خدمات بهداشتی درمانی، در نهایت بر جان و زندگی بیماران مؤثر است، بنابراین مشارکت بیماران و جامعه در امور سلامت و تدوین خط مشی های کلان سلامت در کشورهای توسعه یافته از مزه حقوق شهروندی بوده و جنبه اخلاقی و وجدانی یافته و مظهر عدالت و پاسخگویی در بسیاری از نظامهای بهداشت و درمان بشمار می آید . برنامه ریزی و ارائه مراقبتهای و خدمات درمانی بیمار- محور مبتنی بر نظرات، نیازها و ترجیحات بیماران، مراقبان آنان و جامعه، نکته کلیدی سیستمهای سلامت در کشورهای توسعه یافته و عنصر الزامی در بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی است. این خود موجب تناسب بیشتر و هزینه اثربخش بودن خدمات ارائه شده و در نهایت بهبود پیامدهای سلامت، کیفیت زندگی و

رضایتمندی بیماران میشود. لذا، پذیرفتن بیمار بعنوان شریک سیستمهای درمانی و تعمیم فرهنگ استقبال و انعطاف نسبت به نظرات و انتقادهای بیماران در سطح بیمارستانها اهرم رشد بیمارستانهای تعالی جو بوده و در سطح ملی در تدوین و تنظیم خط مشیها، طرحها و خدمات و سیاستگذاریهای کلان سلامت مؤثر است. PPI در سالهای اخیر ارتقاء یافته و در قالب واژه Engagement یا درگیر نمودن بیماران و عموم مردم ابعاد وسیع تری را در بر گرفته است. باتوجه به اینکه مشارکت افراد امری داوطلبانه است که تا زمانی که متضمن منافع فردی و یا جمعی آنان نشود، محقق نخواهد شد، لذا تبیین شفاف خط مشیها و سیاستها و درک متقابل مردم و جامعه از برنامه ها و طرحهای نظام سلامت، از اصول درگیر نمودن و جلب مشارکت فعال مردم محسوب میشود که منجر به مشارکت طولانی مدت طرفین خواهد شد

فواید مشارکت بیماران و جامعه :

مشارکت بیماران و جامعه در امر سلامت منجر به افزایش رضایتمندی و جلب اعتماد بیشتر مددجویان، کاهش اضطراب و هیجانات بیماران، درک بیشتر نیازهای فردی، ارتباط مثبت و بهتر متخصصان و اثرات پایا و مثبت بر سلامتی میشود. در صورت تحقق مشارکت بیماران و تلقی آنان بعنوان شریک درمانی با حقوق مساوی، بیماران در فرآیند درمان خود بطور فعال شرکت می نمایند و با دقت بیشتری طرح درمانی خود را پیگیری خواهند نمود و در نتیجه ی توانمند سازی آنان، حفظ سلامت بیمار بهتر تامین میشود. به همین علت نیز عموماً متخصصان نگرش مثبتی نسبت به مشارکت بیماران در امور درمانی خود دارند و این مفهوم را امتیاز خاصی هم برای خود و هم بیماران بشمار می آورند.

چه کسی/کسانی را مشارکت دهیم؟

ضروری ست که سازمانها ی ا ارائه کننده خدمات دقیقاً افرادی را که تحت تأثیر برنامه ها و طرحهای آنان قرار میگیرند را شناسایی نمایند. این فرآیند بنام « تجزیه و تحلیل ذینفعان»

یا Stakeholder Analysis شناخته میشود

Patient Information نضمین اطلاع رسانی به بیماران متناسب با تشخیص و درمان آنان
از ضروریات ارائه خدمات ایمن و کیفی است.

بررسی تجربیات بیماران و اندازه گیری نتایج ارائه خدمات از دیدگاه بیماران (**Patient Reported Outcome Measures & Patient Experience Surveys**) اطلاعاتی را فراهم مینماید که عملکرد ارائه دهندگان خدمت را از دیدگاه بیماران، بتوان مقایسه نمود. در این فرآیند، قبل و بعد از هر پروسیجر درمانی، از بیمار در ارتباط با کیفیت زندگی بعد از انجام پروسیجر از جنبه هایی نظیر میزان درد، سلامت روانی و توان و قدرت حرکت، سؤال میشود. بدین ترتیب اثربخشی پروسیجر انجام شده از دیدگاه بیماران از نظر این سه جنبه از سلامت، مشخص میشود.

(PALS) Patient Advice and Liaison Services به معنای خدمات مشاوره و ارتباط با بیمار در نظام سلامت جدید انگلیس با هدف پاسخگویی بیشتر به بیماران و مددجویان طراحی شد. این خدمت در واقع یک خدمت محرمانه بمنظور تضمین انتقال اثربخش نگرانیها و ملاحظات بیماران و گیرندگان خدمت و حل مشکل آنان با حداقل بوروکراسی است. این فرآیند که خود میتواند منجر به شناسایی خطرات و معضلات ایمنی شود، جزیی از مدیریت خطر اثربخش و حاکمیت بالینی محسوب میشود.

آموزش و مهارت آموزی (Education & Training)

حاکمیت بالینی نیازمند آن است که توسط فرهنگی که برای یادگیری مداوم ارزش قایل شده و آنرا کلید موفقیت در مسیر ارتقای کیفیت میداند، پایه ریزی شود

آموزش، مهارت آموزی و توسعه دانش پرسنلی یک فرایند ادغام یافته در حاکمیت بالینی است. این امر نه فقط به پرسنل برای ارتقای مهارتهای شان کمک می کند بلکه باعث کمک و حمایت از آنها برای انجام کار به شیوه های مختلف می شود.

هدف کلی برنامه های آموزشی کارکنان شامل موارد زیر است:

۱- ایجاد فرصت رشد و توسعه عادلانه مهارت و دانش کلی کارکنان سازمان در زمینه شغلی و کاری خود

۲- فراهم کردن برنامه های مختلف آموزشی داخل و یا خارج سازمانی

برگزاری برنامه های آموزشی مورد نیاز با توجه به نیازسنجی های انجام شده.

توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی یا CPD (continuing professional development) لازمه هر سازمانی است که می خواهد حاکمیت بالینی را به اجرا درآورد. توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی (CPD) عبارت است از فرایند یادگیری مداوم برای تمام افراد و تیم های حرفه ای، که بتوانند توانایی های خود در مواجهه با نیازهای بیماران، گسترش داده و به ارائه خدمات سلامت بپردازند.

اساس «توسعه دانش و مهارت شغلی» یا CPD آن است که مختص کارکنان بالینی مانند پزشکان نیست.

توسعه مستمر دانش و مهارت های شغلی (CPD) زمانی است که یادگیری دارای خصوصیات زیر باشد:

دانش پذیر، آشنایی قبلی با مطلب داشته باشد.

بر اساس نیازسنجی انجام شده از فرد، برنامه ریزی شود.

بر محور مشکلات او، بنا شود. (problem-centered)

مشارکت فعال فرد را در طی آموزش در برداشته باشد.

از منابع خود دانش پذیر، استفاده کرده و بر اساس تجربیات او ارائه شود.

شامل بازخوردهای به موقع و مرتبط باشد.

وقتی ارائه شود که فرد نیاز به دانستن آنرا حس و تجربه کرده باشد.

با خودارزیابی همراه باشد

یکی از ابزارهای توسعه مستمر دانش و مهارتهای شغلی (CPD) برنامه توسعه فردی یا PDP (personnel development plan) است

برنامه توسعه فردی، فرایندی مستمر برای ارزیابی نیازهای آموزشی و برنامه ریزی برای دست یافتن به آن نیازها است. این فرایند توسط سیستمی که به طور منظم این فرایند یادگیری را ارزیابی می کند، پشتیبانی شده و میزان پیشرفت و برنامه های آینده را طرح ریزی می کند. مستندسازی این فرایند همان تدوین PDP است که به کارکنان در اولویت بندی اهداف و تعیین میزان پیشرفت خودشان کمک می کند

اهداف برنامه توسعه فردی (PDP) لازم است دارای خصوصیات زیر باشد که به اختصار SMART نامیده می شود:

Specific اختصاصی و مشخص باشد

Measurable قابل اندازه گیری باشد

Achievable قابل دستیابی باشد

Realistic واقع گرایانه باشد.

Time-bound با تعیین زمان باشد

مدیریت خطر و ایمنی بیمار (Risk management & patient safety) :

مراقبت های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار همراه است.

بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آنها مطابق با بهترین شرایط و استانداردها و بر اساس آخرین شواهد علمی وبالینی باشد. ارزیابی حوادث نه به عنوان پیدا کردن مقصر و اعمال تنبیه و سرزنش است بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمانی که مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت، نشان میدهد.

انواع خطاها:

خطاها به صورت مختلف تقسیم بندی میشوند. به منظور اینکه زمینه بحث را در حوزه خطاهای پزشکی فراهم کنیم، می‌بایست تعاریفی از انواع خطاهای پزشکی ارائه نمائیم. خطاها بر طبق نظر James Reason 1990 دو نوعند :

۱- زمانیکه اقدامات و فعالیتهای انجام شده بر طبق انتظار و به شکلی صحیح و مناسب صورت نگرفته باشد.

۲- زمانیکه اقدام یا عمل انجام شده از ابتدا، پایه و اساس صحیح و مناسبی نداشته باشد.

بنابراین دو تعریف اصلی در ارتباط با خطاها مطرح است یکی در مرحله ریزی و دیگری در مرحله اجرا

خطاهای مرحله برنامه ریزی (Planning Error):

این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیتهای مرتبط با حل مسئله رخ میدهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان میسازند که پیامدهای دلخواه برای بیماران محقق نشود. این دسته از خطاها بعلت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار، روشهای درمان و تجویز دارو هستند. استراتژی کاهش خطاهای مرحله برنامه ریزی، انجام پژوهش، تحقیق، مطالعه و انجام رویه های پزشکی مبتنی بر شواهد است که در این مسیر، تدوین برنامه های مراقبتی اثربخش به منظور کاهش خطر و بهبود پیامدهای بالینی بیماران از جمله روشهایی است که توصیه میشود.

خطاهای مرحله اجرا (Execution Error):

نوع دوم خطاها، به صورت غیر عمد حین انجام فعالیت‌های بالینی رخ می‌دهند. زمانیکه این نوع از خطاها اتفاق می‌افتد، خود را در ارتباط میان بیمار و ارائه کننده مراقبت نشان می‌دهد. خطاهای اجرایی ممکن است در نتیجه عوامل متعددی رخ می‌دهند از جمله: حواس پرتی، وقفه در عملکرد های روتین، قطع ارتباط، استرس و فراموشی

خطاهای اجرایی را نیز به دو گروه تقسیم کرد:

خطاهای لغزشی که قابل مشاهده هستند و خطاهای سهوی که قابل مشاهده نیستند.

خطاهای عمدی (Intentional) / سهوی (Unintentional):

خطاهای عمدی اغلب ناشی از روحیه و عوامل انگیزشی کارکنان است که با سیستم‌های مدیریتی / رهبری یا فرهنگ سازمانی در ارتباط است.

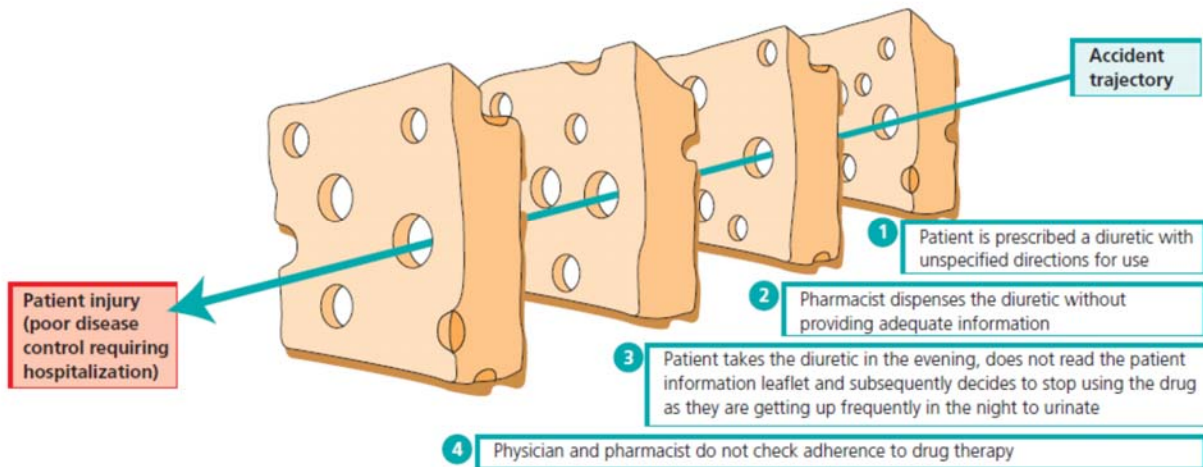
نوع دیگر دسته بندی خطا:

خطای فعال (Active) / خطای مخفی (latent):

افراد از خطاهای فعال آگاهی بیشتری دارند زیرا که این دسته خطاها بیشتر به چشم می‌آیند و نتایج فوری روی بیماران می‌گذارند. معمولاً از این خطاها تحت عنوان "خطاهای انسانی" یاد میشود. خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرایندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت بوقوع می‌پیوندند و معمولاً از این خطاها تحت عنوان "خطاهای سیستمی" نامبرده میشود.

چرا خطاها اتفاق میافتند؟

از یک رویکرد جدید بر اساس مدل‌هایی که در سیستم‌های نیروی هوایی و نیروگاه‌های اتمی وجود دارد استفاده میشود. در این رویکرد وجود چندین لایه دفاعی برای به حداقل رساندن و یا پیشگیری از بروز خطا طراحی میشود نه آنکه فقط یک عامل به تنهایی به عنوان عامل بروز خطا تلقی شود. این مفهوم، وجود سیستم دفاعی متعدد و یا **Multiple Defense** را مطرح میکند که به منظور جلوگیری یا کاهش بروز خطاها، طراحی شده است و به مدل پنیرسویسی **Swiss (Cheese Model)** معروف است. هرلایه از این مدل مانند یک لایه محافظ و دفاعی تلقی میشود. این مدل لایه‌های دفاعی سیستم را به لایه‌های پنیر تشبیه میکند که هر کدام از این لایه‌ها سوراخهایی دارند که نشان‌دهنده نقص در ایمنی هستند. حضور یک سوراخ در یک لایه ممکن است باعث حادثه ناگواری نشود چون لایه‌های دیگر به عنوان محافظ عمل میکنند. ولی اگر سوراخهای هرلایه در امتداد هم قرارگیرند، خطا به وقوع می‌پیوندد که نشان از نبود لایه‌های دفاعی برای پیشگیری از بروز خطا بوده است. در این مفهوم از دیدگاه وجود عوامل کمکی متعدد در بروز خطا حمایت میشود. در شکل زیر وقوع یک خطا را با استفاده از مدل پنیرسویسی مشاهده میکنید. پزشک و داروساز به بیمار داروی دیورتیک تجویز میکنند بدون اینکه اطلاعات کافی در خصوص مصرف دارو را به او بدهند. در نتیجه بیمار دارو را در ساعات بعدازظهر مصرف کرده و به علت بیدار شدن مکرر برای ادرار کردن در طول شب، خودسرانه دارو را قطع میکند و پزشک نیز بیمار را پیگیری نمیکند و این مسئله منجر به بستری شدن بیمار میشود.



مدیریت خطر ومراحل آن :

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه reactive یا واکنشی، بررسی میشد یعنی اینکه پس از بروز واقعه به تحلیل علل وعوامل آن پرداخته میشد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه یا proactive بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت میشود.

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که میتوانند بایکدیگ رهمپوشانی داشته باشند و معمولاً یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد

❖ مرحله اول : ایجادزمینه مناسب

برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند. برای مدیریت خطر باید مسایل اقتصادی، سیاسی وقانونی در نظر گرفته شود. معمولاً ذینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند. پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طو رمناسب پاسخ داده شود.

❖ مرحله دوم: شناسایی ریسک

متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این متدها بصورت ترکیبی وجود دارد. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیتهای لازم و نقش افراد در انجام آنها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی مینماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آنها را لیست کرده و به احتمال و شدت و وقوع خطرات توجه مینماییم. منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آنرا بطور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آنها، توسط پرسنل درمانی و یا بر اساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان میشود. حادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمترین نسبت به حادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار میشوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، خواهیم شد.

❖ مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت گیرد. ایده ال این است خطرازبین ورود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاش ها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ میدهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت. به طور مثال ممکن است امکانپذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کرد. پس باید احتمال بروز آنرا پذیرفت. گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیرقابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته میشود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر اینکه استفاده از آنها اجباری باشد.

پس فاکتورهایی را که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از:

- احتمال رخداد حادثه
- هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیر مادی)
- در دسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
- هزینه راه حل‌های موجود کاهش خطر (مادی و غیره)

❖ مرحله چهارم: برخورد با خطر:

دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید بر اساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر:

الف- کنترل خطر:

در مورد خطرهای غیرقابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکلها و سیرمراقبت (care pathways) برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

ب- پذیرش خطر:

درموردی که وقوع خطر غیرقابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیرقابل اجتناب خرابی هرگونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ج- اجتناب از خطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طورمثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرمهای کلرید پتاسیم همراه با ۰.۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۰٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که داروها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د- کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد میتوانیم عواقب و عوارض بالقوه آنرا محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب میشود و شامل آموزش (هردوگروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان.

ه- انتقال خطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه، میتوان آنها را پوشش داد.

❖ مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثربخشی رویکردهایی که برای شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر به کار رفته است، مرور و ارزشیابی میشود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش میشوند تا در جهت مطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش "low blame" ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند.

استفاده از اطلاعات (Use of Information):

بدیهی است که هر سازمانی به منظور نشان دادن بهبود کیفیت، نیازمند اطلاعات مناسب است. اطلاعات خوب برای برنامه ریزی، اجرا، مدیریت و ارزیابی خدمات ضروری است. به منظور راه اندازی و استقرار مطلوب برنامه حاکمیت بالینی نیز، نیازمند اطلاعات به روز، صحیح و باکیفیت مناسب جهت ایجاد زیر ساخت ها و امکان پایش مستمر وضعیت بر اساس استانداردها و ارزیابی و الگوگیری از بهترین خدمات هستیم. بخش کلیدی حاکمیت بالینی استفاده از اطلاعات بالینی است که شامل مراحل جمع آوری، ذخیره، تجزیه و تحلیل و استفاده از آن است. به زعم ما، داده ها (data) بیشتر به مفهوم اعداد و ارقامی است که مستقیماً مرتبط به خدمات بالینی میشود و اطلاعات (information)، داده هایی هستند که تفسیر شده و در هنگامی که از کیفیت ارائه خدمات بحث میشود حائز اهمیت و سودمند هستند. لذا برای موفقیت در برنامه حاکمیت بالینی بیش از هر زمان دیگری نیازمند آنیم که اطلاعات کاملاً صحیح بوده و با دقت و اطمینان تولید و تفسیر شده باشند.

اثربخشی بالینی (Clinical Effectiveness):

استفاده از بهترین دانش به دست آمده از پژوهش، تجربه بالینی و ترجیحات بیمار برای رسیدن به نتایج مطلوب در روند مراقبت از بیماران است. چارچوب این فرآیند را اطلاع رسانی، تغییر و پایش تشکیل می دهد. هدف اثربخشی بالینی که در قالب عملکرد بالینی مبتنی بر شواهد ایجاد می شود، بهبود در ارائه خدمات است. اثربخشی بالینی در مورد انجام کار درست، در زمان مناسب، برای بیمار مناسب بوده و با بهبود کیفیت و عملکرد ارتباط دارد.

ممیزی بالینی (Clinical Audit):

مفهوم اولیه ممیزی بالینی برای اولین بار در سال ۱۹۸۹ و تحت عنوان ممیزی پزشکی به نظام ملی سلامت انگلستان معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۹۰ برای اینکه بتواند فعالیتهای پرستاران و سایر مراقبتهای درمانی را نیز پوشش دهد، به ممیزی بالینی تغییر نام یافت. با این وجود، پیشینه ممیزی بالینی به سالها قبل از آن و فعالیت افرادی همچون ارنست کدمن و حتی قبل از آن به فلورانس نایتینگل باز می گردد. در سال ۲۰۰۲ سازمان تعالی خدمات بالینی انگلستان به شرح زیر ارائه داد:

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.

ممیزی بالینی بخشی از پاسخگویی حرفه ای در حاکمیت بالینی محسوب می شود. یعنی ارائه دهندگان سطوح مختلف خدمات سلامت در برابر ارائه خدمات با کیفیت و ارتقا مستمر کیفیت آن خدمات، مسئول و پاسخگو هستند. 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. یک تفاوت مهم میان ممیزی بالینی و سایر انواع ممیزی (داخلی، مالی، سازمانی) این است که ارائه دهندگان خدمات سلامت، ممیزی بالینی را از آن خود می دانند (در حالت ایده ال)، آنها خودشان فرایند ممیزی را انجام می دهند، خودشان در مورد یافته های حاصل از آن بحث می کنند و به نتیجه می رسند، خودشان تغییرات را اعمال نموده و منجر به ارتقا کیفیت می شوند. در حالیکه در سایر انواع ممیزی، شخصی از بیرون می آید و سازمان را ممیزی می کند. از آنجا که در نگرش جدید، همه ارائه دهندگان خدمات سلامت ملزم به حفظ و ارتقاء کیفیت و پاسخگویی در قبال آن گشته اند، حاکمیت بالینی به عنوان ابزار دستیابی به کیفیتی پاسخگو مطرح شده است. با توجه به اهمیت پاسخگویی در قبال ارتقا کیفیت در حاکمیت بالینی، ممیزی بالینی از اجزای اصلی این تفکر محسوب می شود. در واقع حاکمیت بالینی، به منظور حمایت از پزشکان و سازمانهای ارائه دهنده خدمات و در راستای ارتقاء کیفیت خدماتشان، ممیزی بالینی را معرفی کرده و ابزارهای مورد نیاز آنرا فراهم نموده است.

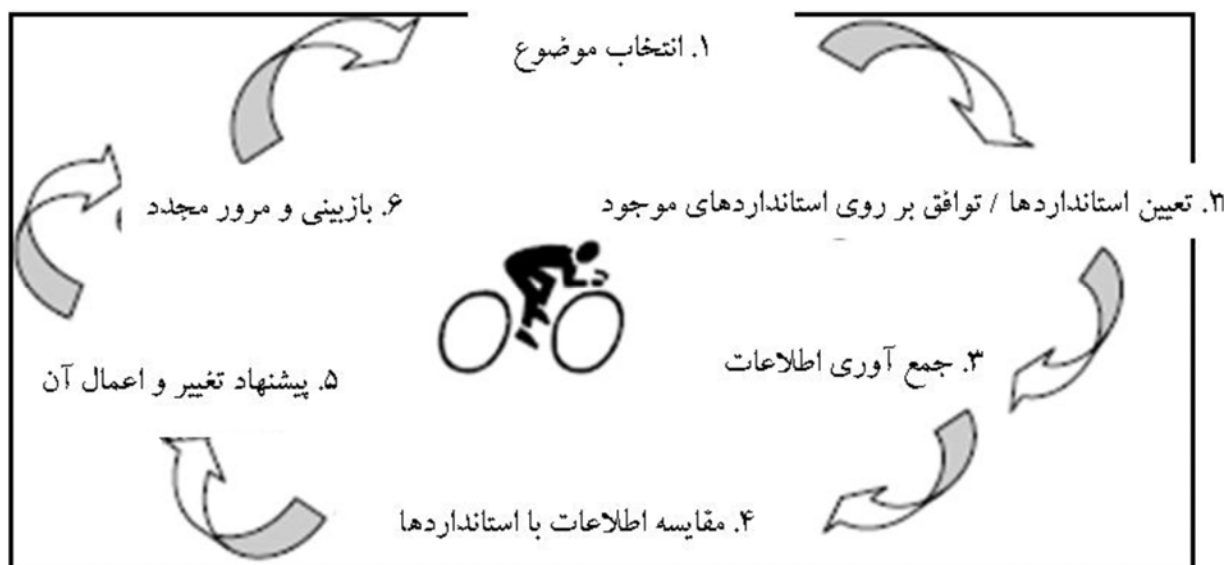
در منابع مختلف اجزا و مراحل مختلف برای انجام یک فرایند ممیزی بالینی ترسیم شده است. چرخه ممیزی بالینی می تواند اینگونه توصیف شود:

- تعیین و تدوین استانداردها
- بررسی وضعیت موجود
- مقایسه نتایج با استانداردها
- انجام مداخله و تغییر عملکرد بر اساس نتایج مقایسه
- ممیزی مجدد جهت حصول اطمینان از بهبود عملکرد

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

همانطور که در چرخه ممیزی بالینی مشهود است، برای انجام ممیزی بالینی در مورد یک خدمت، استانداردهایی باید تعیین و به توافق رسانده شوند و سپس وضعیت موجود با آنها مقایسه شده و اگر اختلافی وجود دارد، در صورت امکان با انجام یک مداخله اصلاح شود و نهایتاً با انجام یک ممیزی مجدد، از موفقیت مداخله انجام شده در ارتقاء کیفیت آن خدمت، اطمینان حاصل شود.

مراحل انجام ممیزی بالینی:



۱- تشکیل تیم ممیزی

چه کسانی باید در فرایند ممیزی بالینی درگیر شوند؟

تیم ممیزی بالینی یک تیم چند بخشی است و همه اعضای تیم بالینی را شامل می شود. این امر منجر به شناسایی و اعمال راحت تر تغییرات لازم جهت بهبود کیفیت بالینی می شود، زیرا حمایت و تعهد همه افراد و همکاران جهت پیشبرد تغییرات الزامی است.

۲- انتخاب موضوع و عنوان پروژه ممیزی

پروژه های ممیزی معمولاً باید بر روی موضوعاتی متمرکز شوند که بیشترین نتیجه را برای بیماران به همراه داشته باشند. یک چارچوب مناسب تقسیم بندی توسط دونابدين در سال ۱۹۶۶ ارائه شد که حیطه های آن به ترتیب زیر می باشد:

۱. ساختار : چگونگی دسترسی به منابع و سازماندهی منابع و کارکنان

۲. فرایند : هر آنچه که منابع صرف انجام آن می شود.

۳. نتایج : اثر نهایی فعالیتهای انجام شده بر سلامتی و کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمات، و به طور کلی تغییراتی که در اثر فعالیتهای سیستم سلامت در وضعیت افراد ایجاد شده است.

۳- تعیین اهداف عینی و استانداردها

هدف کلی چارچوب وسیعی برای پروژه ممیزی ترسیم می کند و برای مشخص کردن مراحل انجام پروژه لازم است که به اجزای عینی تری شکسته شود. به مجموعه این اجزا اهداف عینی پروژه اطلاق می شود.

استانداردهای ممیزی سطح قابل قبول کیفیت ارائه خدمت را مشخص نموده و با اهداف عینی پروژه مرتبط است. در تعریف هر استاندارد معمولاً دو جز هدف (به معنای درصدی از افراد جمعیت مورد بررسی، که حتماً باید خدمت مورد نظر را با کیفیت استاندارد دریافت کنند) و استثنا (مواردی که با دلایل موجه ممکن است خدمت استاندارد را دریافت ننمایند) تعریف می شود. استانداردها همیشه باید بر مبنای در دسترس ترین و به روزترین شواهد و مدارک موجود نگارش شوند. همیشه ابتدا باید به دنبال استانداردهایی بروید که در سطح محلی یا کشوری در قالب گایدلاینهای علمی مبتنی بر شواهد، یا پروتکلها موجود هستند و اگر استاندارد مشخصی در

این سطوح وجود ندارد خودتان باید برای تعریف آنها اقدام نمایید. قبل از شروع هر فرایند مطمئن شوید که در مورد استانداردها توافق جمعی و ناحیه ای وجود دارد.

۴- انتخاب نمونه و نمونه گیری

نمونه باید به قدری کوچک باشد که بتوان به سرعت اطلاعات آنرا جمع آوری نمود و باید به اندازه ای بزرگ باشد که نتایج آن قابلیت تعمیم به جمعیت هدف را داشته باشد.

۵- طراحی روش جمع آوری داده ها و اجرای آن

فقط آن دسته از اطلاعات را جمع آوری نمایید که برای بررسی وضعیت موجود و مقایسه با استاندارد، مورد نیاز است. جمع آوری هرگونه اطلاعات اضافی به معنای هدر دادن زمان و انرژی بدون دریافت هرگونه فایده اضافه بوده و گاهی حتی با اصول اخلاقی نیز در تقابل است.

۶- تجزیه و تحلیل اطلاعات

همه داده هایی را که به دست آورده اید با هم یکی کنید و نتایج تان را با استانداردها مقایسه نمایید. چقدر با استانداردها تطابق داشتند؟ چرا در بعضی موارد اینقدر فاصله با استاندارد وجود دارد؟

۷- گزارش یافته ها و تهیه گزارش

نتایج حاصل از بررسی تان را برای همکاران ارائه دهید و در مورد روشها یا صلاح آن به توافق برسید. در انتهای یک گزارش ممیزی باید نیاز به ایجاد مداخله و تغییر، نوع آن و نیاز به روز سازی راهنماهای بالینی یا استانداردها مشخص شود. درنوشتن گزارش باید آنقدر جزئیات رعایت شوند که مطمئن شوید اگر فرد دیگری بخواهد با خواندن این گزارش، آن پروسه را تکرار کند، خواهد توانست.

۸- اعمال تغییرات و تکرار ممیزی

اگر فرایند ممیزی نشان داد که کیفیت ارائه خدمات نیاز به مداخله و ارتقاء دارد، اعمال تغییرات مهم است.

جامعه حق دارد انتظار داشته باشد خدماتی که دریافت می کند مطابق با بهترین استانداردها باشد. توجه داشته باشید که هر تغییری منجر به ارتقا کیفیت نمی شود. تغییر را فقط برای اینکه تغییری داده باشید اعمال نکنید.

۹- انتشار نتایج

معمولا پروژه های ممیزی کارهای خوبی هستند که دیگران از دانستن آن بهره می برند. پس ماحصل کارتان را در قالب یک مقاله، پوستر یا سخنرانی در یک کنفرانس ارائه نمایید.

۱۰- در نظر داشتن اخلاقیات

بر خلاف طرحهای تحقیقاتی، در پروژه های ممیزی بالینی نیازی به تصویب طرح در کمیته های اخلاق در پژوهش و کسب تاییدیه اخلاقی وجود ندارد. ولی پروژه های ممیزی بالینی نیز باید از ابتدا تا انتها در یک قالب کاملا اخلاقی، انجام و هدایت شوند.

یک مثال عملی

خلاصه ای از یک فرایند ممیزی بالینی که در نظام سلامت انگلستان بر روی زخم پای دیابتی انجام شده بود به شرح زیر است: این بررسی تحت عنوان: ممیزی مدت زمان صرف شده جهت بهبود زخم پای دیابتی (مدت زمانی که سپری می شود تا زخم پای دیابتی بهبود یابد) انجام شد. دلیل انجام این ممیزی این بود که حدود ۵ درصد از افراد مبتلا به دیابت در طول حیات خود به زخم پای دیابتی دچار می شوند. به گونه ای که شایعترین علت پذیرش و بستری طولانی مدت در بیمارستان در این بیماران، زخم پای دیابتی است و بدیهی است که درمان به موقع، منجر به

ارتقای کیفیت سلامت این افراد و کاهش قابل توجه هزینه های تحمیلی بر نظام سلامت خواهد شد. استاندارد اینگونه تعریف شده بود: زخم پای دیابتی در طی ۶ ماه از مراجعه به تیم تخصصی مربوطه باید بهبود پیدا کند. در ابتدا وضعیت موجود مورد بررسی قرار گرفت، بدین صورت که همه موارد جدید بیماران دیابتی که به علت زخم پای دیابتی به کلینیک مراجعه می نمودند، به این پروژه ممیزی وارد شدند. اطلاعات جمع آوری شده شامل موارد زیر بود:

زمان مراجعه*

نوع زخم*

محل زخم*

اندازه زخم*

نوع پانسمان*

نوع انتی بیوتیک استفاده شده*

تعداد مواردی که هر بیمار برای پیگیری مراجعه می نمود و تاریخ هر یک*

میزان رعایت نکات آموزش داده شده.

فراوانی نسبی استفاده از کفش طبی مناسب و علل عدم استفاده از آن*

تاریخ بهبودی.

بررسی وضعیت موجود نشان داد که ۷۲ درصد مبتلایان به زخم پای دیابتی در طی ۶ ماه بهبود می یافتند و ۲ درصد قطع اندام متعاقب این بیماری وجود داشت. عواملی چون:

مراجعه دیر هنگام بیماران به علت عدم آگاهی از علائم و نشانه های ابتلا به زخم پای دیابتی - عدم حضور بیمار در ویزیت های بعدی به علت عدم آگاهی بیماران از اهمیت پیگیری بیماری - عدم

استفاده از کفش مناسب به علت عدم آگاهی به اهمیت و لزوم استفاده از آن و در دسترس نبودن کفش مناسب مهمترین علل عدم بهبود در زمان مورد انتظار برآورد شدند.

بررسی ها نشان داد که همه موارد فوق به علت عدم آگاهی بیماران بود که تا حد زیادی از اطلاع رسانی و آموزش نامناسب توسط پرسنل سلامت، ناشی می شد. سپس هدف تعیین شد که ۸۰ درصد در نظر گرفته شد. یعنی تصمیم گرفته شد که در این دوره ممیزی درصد مبتلایان به زخم پای دیابتی که در طی ۶ ماه پس از ابتلا بهبود می یابند ۸۰ درصد رسانده شود. با توجه به اینکه عدم آگاهی مهمترین علت بهبود ناکافی عنوان شد، دوره های منظم آموزشی برای بیماران و همچنین پرسنل ترتیب داده شد، همچنین یک دوره آموزشی در مورد نحوه ارائه آموزش صحیح و موثر به بیماران، برای پرسنل برگزار شد. و در انتها نیز تعدادی بروشور در مورد اهمیت این بیماری و نکاتی که در هنگام دچار شدن به آن باید رعایت گردد برای بیماران مبتلا، و علائم و نشانه های آن برای بیماران دیابتیکی که هنوز به زخم پای دیابتی دچار نشده بودند، تهیه و توزیع گردید. و در نهایت در مورد اهمیت استفاده از کفش طبی مناسب و راحت اطلاع رسانی شد و مکانهای مجازی که می توان این کفشها را از آنها خریداری نمود، معرفی گردید.

۶ ماه بعد وضعیت، مجددا بررسی شد. نتایج حاکی از آن بود که حدود ۸۵ درصد زخمها در طی ۶ ماه پس از ارجاع بهبود یافته بودند که این میزان از هدف انتخاب شده، نیز بیشتر بود. هیچ موردی از قطع اندام گزارش نشد. سپس برنامه ریزی جهت ممیزی مجدد به منظور نیل به دو هدف زیر انجام گرفت:

- بررسی اینکه آیا عملکرد در حد استاندارد حفظ شده است؟

- افزایش هدف از ۸۰ درصد به ۹۰ درصد

مدیریت کارکنان (Staff & staff management):

مدیریت کارکنان شامل به کارگیری و انتخاب کارکنان، ارزیابی و نظارت بر آنان، توسعه مهارت‌های فردی و شغلی و تامین رفاه ایشان است.

با توجه به تعریف بالا، مدیریت کارکنان شامل موارد زیر است:

۱- جای گذاری هر فرد در جایگاه خودش

۲- توسعه و پیشرفت محیط کار به طوری که کارکنان بر اساس تغییراتی که در طول زمان در تقاضاهای بیماران برای دریافت خدمات ایجاد می شود، آماده شوند .

۳- اطمینان از رضایت شغلی کارکنان

با منطبق کردن بهترین عملکرد (Best Practice) در مدیریت منابع انسانی، با بهبود مستمر رضایت شغلی کارکنان و توسعه مهارت‌های فردی و شغلی آنان، می توان باعث افزایش کیفیت ارائه خدمات به بیماران شد . این امر اهمیت مدیریت کارکنان در اجرای حاکمیت خدمات بالینی را نشان می دهد.

کار تیمی و مدیریت آن:

کار تیمی نیازمند احترام متقابل، تعهد و اعتماد است. همچنین کار تیمی نیازمند مشارکت همه اعضای تیم و فرد بیماری است که به او خدمت می دهند. اعضای تیم باید به طور روشن، از نقش و وظیفه خود در تیم مطلع باشند. کار تیمی نیازمند یک رهبری و یک کانال ارتباطی خوب است. همچنین نیازمند شناسایی مشکلات و رفع آنها به منظور ارائه خدمات بیمار- محور است. بسیاری از شکایات بیماران ناشی از وجود یک کانال ارتباطی ضعیف بین اعضای تیم است.

نقش مدیر یا مسوول یا رهبر در سیستم سلامت چیست؟

رهبری در سیستم سلامت در دو سطح عمل می کند:

۱- سطح سازمانی

۲- سطح فردی و شغلی

رهبری در سطح سازمانی:

برای مثال سرپرستار و یا پزشک مسوول هر بخش، یک رهبری شغلی و حرفه ای را فراهم می کند و دارای سطحی از مسوولیت و قدرت است که می تواند نحوه عملکرد را هدایت، پایش، نظارت و مرور کند. همچنین در یک سازمان ترتیبی وجود دارد که از رهبری حمایت کرده و آنرا در سطح یک بخش و یا یک تیم و یا یک جامعه توسعه می دهد.

رهبری در سطح فردی و شغلی:

همچنین هر فردی مسوول توسعه و ارتقای مهارتها و توانایی های خود به عنوان عضو یک تیم است و آنرا به منظور پیشرفت و به کارگیری شیوه های تازه و نو در حیطه شغلی خود انجام می دهد.

رهبر در هر سطحی که باشد، مسوول تصمیم گیری، یادگیری و بهبود است. وجود رهبران موثر و اثربخش در همه سطوح سازمانها و نه فقط در راس یک سازمان، مورد نیاز است. رهبران در هر جایگاهی که باشند قادر هستند که جهت و مسیر حرکت را مشخص نموده، تعهد لازم را در همکاران از طریق ایجاد انگیزه و الهام بخشیدن به آنان برای پیشرفت، ایجاد کنند.

اعتبار بخشی

اعتبار بخشی رویکردی است برای ارتقا ایمنی و کیفیت خدمات در مراکز درمانی و بهداشتی که در تمام دنیا مورد استقبال قرار گرفته است. تجربه استقرار این رویکرد مدیریت بیمارستانی، مدیران آینده بهداشت و درمان را بر آن داشته است که ضمن ایجاد واحدی در ساختار سازمانی به عنوان "اعتبار بخشی"، کارشناسانی را نیز در این امر آموزش داده و تربیت نمایند. با توجه به اینکه، "اعتبار بخشی"، در یک سازمان، تعهدی آشکار در جهت بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار، اطمینان از محیط مراقبتی ایمن و فعالیتی مستمر برای کاهش خطراتی که بیماران و کارکنان را تهدید می کند، فراهم می نماید، "اعتبار بخشی" توجه جدی و پیوسته است. بدین منظور "اعتبار بخشی" یک رفتار و عملکرد پایدار در سازمان محسوب می گردد.

اعتبارسنجی از طریق **ارزیابی** کیفیت فرآیندهای سازمانی و عملکرد آن بر طبق استانداردهای مکتوب، مصوب و منطبق با استانداردها به وسیله افراد مجرب و متخصص انجام میشود. سازمان یا بیمارستانی مورد ارزیابی قرار می گیرد که به صورت داوطلبانه اما رسمی، از سازمان اعتبارسنجی تقاضا نماید و گروه اعتبارسنجی، با استفاده از استانداردهای مرتبط، بیمارستان را مورد ارزیابی قرار می دهد. پس از تجزیه و تحلیل یافته ها، درجه انطباق و پیروی از استانداردها به آن سازمان اعلام می شود.

اعتبار بخشی بیمارستان به عنوان "یک فرایند خودارزیابی و ارزیابی بیرونی که توسط سازمان های مراقبت بهداشتی برای ارزیابی صحیح سطح عملکردشان در ارتباط با استانداردهای تدوین شده و پیاده سازی روش هایی برای بهبود مستمر" تعریف شده است. اعتبار بخشی لزوماً "تنظیم یکسری استاندارد نیست: ابعاد تحلیلی، توصیه ای و خودارزیابی برای این فرایند وجود دارد. مباحث موازی پیرامون پزشکی مبتنی بر شواهد، تضمین کیفیت و حقوق پزشکی وجود دارد، و

کاهش خطاهای پزشکی وظیفه ای کلیدی از فرایند اعتباربخشی است. بنابراین اعتباربخشی بیمارستان یکی از اجزاء حفظ ایمنی بیمار است.

به طور کلی دو نوع از اعتباربخشی بیمارستان وجود دارد:

۱- اعتباربخشی بیمارستان و مراقبتهای بهداشتی که در سطح ملی رخ می دهد.

۲- اعتباربخشی مراقبتهای بهداشتی بین المللی

استانداردها ۱۳ حیطه را، در دو بخش مجزا، در بر می گیرد:

بخش اول: استانداردهای بیمار محور ۷ حیطه

۱- دسترسی به مراقبت و تداوم آن

۲- حقوق بیمار و خانواده

۳- بررسی بیمار

۴- مراقبت از بیماران

۵- مراقبت جراحی و بیهوشی

۶- مدیریت دارو

۷- آموزش بیمار و خانواده

بخش دوم: استانداردهای مدیریت محور ۶ حیطه

۱- توسعه کیفیت و ایمنی بیمار

۲- پیشگیری و کنترل عفونت

۳- مدیریت رهبری و هدایت

۴- مدیریت تسهیلات و ایمنی

۵- شرایط و آموزش کارکنان

۶- مدیریت ارتباط و اطلاعات

اعتبارسنجی با یک ارزیابی درونی یا خود ارزیابی از سازمان (بیمارستان) شروع می شود؛ بعد از آن ارزیابی خارجی به وسیله یک تیم از افراد و گروههای مختلف حرفه های پزشکی با تخصص های مختلف که کلیه خدمات سازمان را پوشش می دهد انجام می گیرد. ارزیابی شامل پیمایش و بررسی کلیه زیر سیستم های بیمارستان به منظور اصلاح مستمر کیفیت خدمات بالینی، ساختار، فرایندها، نتایج و عملکرد سازمانی می باشد.

سازمان بهداشتی و درمانی که در فرایند جاری سازی استاندارد اعتبار بخشی حرکت می نماید، بطور پیوسته سازمان خود را بر اساس این استانداردها مورد ارزیابی داخلی قرار داده و پروژه های بهبود خود را بر مبنای نیازهای خود طراحی می نماید و این منطبق برای آنان یک روند پیوسته است.

تعریف واژه ها

بیمارستان

کمیته تخصصی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۲) بیمارستان را به عنوان یک بخش جامع از سازمان پزشکی اجتماعی تعریف کرده است که برای جمعیت تحت پوشش خود، خدمات بهداشتی درمانی کاملی شامل درمان، تشخیص، پیشگیری و سرپایی فراهم می کند.

استاندارد

استاندارد عبارت است از شرایطی که تعیین کننده تحقق انتظارات در عملکرد، ساختار یا فرایندهایی است که در یک سازمان قادر به افزایش یکفیت خدمات باشد.

استانداردهای ساختاری

استانداردهای ساختاری به مواردی اطلاق میشوند که ارائه خدمات را امکان پذیر می سازند؛ مانند انسان، منابع مالی و فیزیکی ...

استانداردهای فرایند

استانداردهای فرایند به مواردی اطلاق میشوند که انجام می دهیم، فعالیتهایی که مراقبت، خدمات یا مدیریت را دربر می گیرند.

استانداردهای پیامد

استانداردهای پیامد نشان دهنده نتایج (بالینی و غیربالینی) در زمینه کاری است که با امکانات در دسترس آنجا می دهیم.

پایش

عبارت است از مراقبت از دریافت نشانه های انحراف یا عدم انحراف از معیار در کوتاه مدت و در جریان عملکرد فرایندهای اصلی بیمارستانی

ممیزی

فرایندی است نظام مند، مستقل و مکتوب به منظور گردآوری شواهد عینی در تعیین میزان برآورده شدن معیارهای استاندارد.

اعتبار بخشی:

به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن « اعتبار بخشی » . تأکید دارد به کار گرفته می شود.

خط مشی مراقبت های سلامت و درک آنچه به کیفیت مراقبت مربوط می شود و تمرکز بر روی اصول بنیادی برای یکپارچه نمودن توسعه سیستم بهداشت و درمان و پویانمودن آن، اساس اعتبار بخشی را تشکیل می دهد.

مجوز (پروانه)

اعطای اجازه رسمی (قانونی) برای انجام فعالیت های مرتبط با مراقبت سلامت براساس ضوابط بهداشت عمومی، تکنولوژی و تجهیزات و شرایط لازم کارکنان است.

به بیان دیگر مجوز یا پروانه براساس یک سری ضوابط و استانداردهای پایه، توانایی و صلاحیت دارندگان آن را برای فراهم ساختن مراقبت سلامت تایید می نماید.