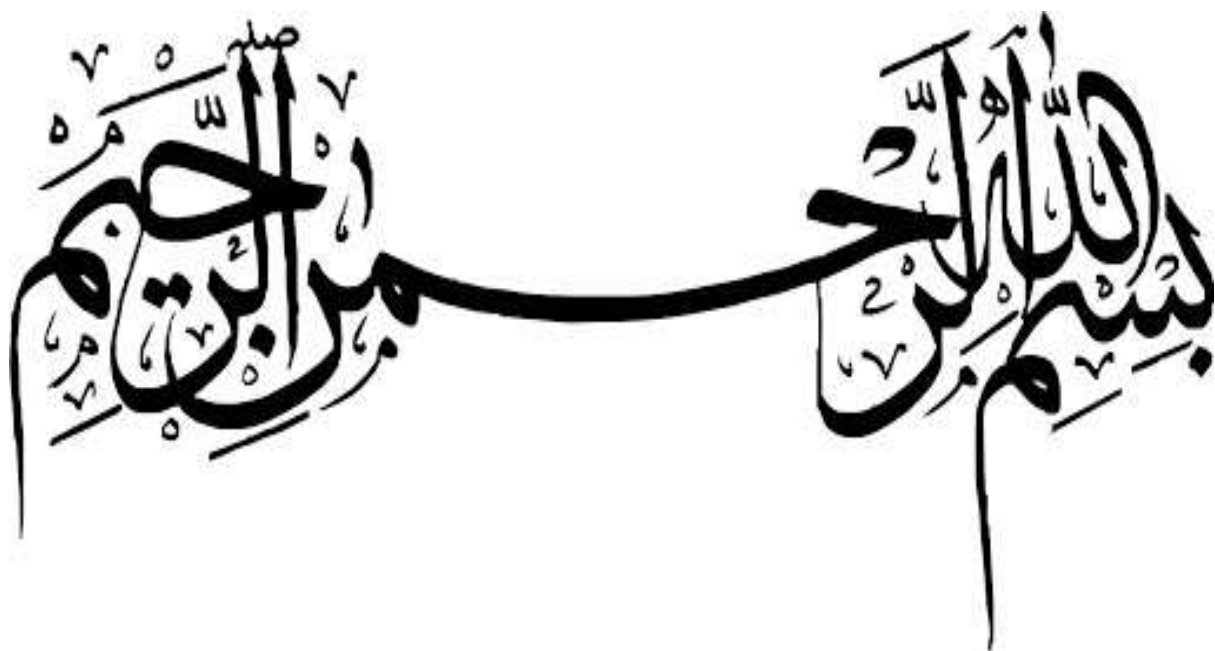




عنوان دوره آموزشی:

نهادینه سازی بهبود کیفیت در سازمان با هدف ارائه خدمات ایمن به بیماران

تابستان ۱۴۰۱



گروه هدف:

مدیر پرستاری دانشگاه، کارشناس پرستاری دانشگاه، کارشناس امور بیمارستانی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، کارشناس مامائی، کارشناس ارزشیابی موسسات درمانی، کارشناس نظارت و ارزشیابی موسسات درمانی، مدیر بیمارستان، کارشناس گردشگری سلامت، کارشناس کنترل عفونت، مدیر خدمات پرستاری، رئیس خدمات پرستاری، ماما مسئول

اهداف آموزشی:

در پایان آموزش انتظار می‌رود:

- ۱- ارائه مفهوم بهبود کیفیت در سازمان
- ۲- ارائه مدل مفهومی برای نهادینه کردن کیفیت در سازمان
- ۳- مفهوم خدمات ایمن در بیمارستان کدام است.
- ۴- مفهوم مثلث تضمین کیفیت
- ۵- عناصر اساسی در پایدار کردن کیفیت در بیمارستان
- ۶- عملکردهای حمایتی در پایدار کردن کیفیت در بیمارستان

روش و نحوه اجرای آموزش:

مدت دوره: ۱۰ ساعت

اجرای آموزش: غیر حضوری

نوع آزمون: ارزیابی کتبی

روش آزمون: الکترونیکی

مفهوم بهبود کیفیت در سازمان

۶	.....	مقدمه
۷	.....	مفهوم کیفیت
۹	.....	کیفیت در مراقبت بهداشتی
۱۱	.....	ابعاد کیفیت خدمات بهداشتی
۱۵	.....	تعیین استانداردهای کیفی
۱۷	.....	چالش هایی در زمینه وضع استانداردها

فصل دوم

۲۱	.....	مدیریت کیفیت فراگیر
۲۱	.....	مشخصه های تعیین کننده کیفیت خدمات
۲۲	.....	موانع مدیریت کیفیت
۲۳	.....	مفاهیم اصولی مدیریت کیفیت
۲۳	.....	بکارگیری مدیریت کیفیت در بهداشت و درمان
۲۴	.....	ارتقای کیفیت در بهداشت و درمان

فصل سوم

نهادینه سازی بهبود کیفیت در سازمان

۲۶	.....	مقدمه
۳۲	.....	عناصر اساسی در پایدار کردن کیفیت در سازمان
۳۴	.....	ارزشهای محوری
۳۸	.....	عملکرد های حمایتی
۴۳	.....	منابع

فصل اول

مفهوم بهبود کیفیت در سازمان

سلامت یکی از مهمترین دغدغه های بشر میباشد و نظام سلامت نقش بسزایی برای حفظ و ارتقای سلامت مردم در ابعاد مختلف آن بر عهده دارد. اهداف توسعه هزاره به خوبی گویای این مطلب است که توسعه پایدار و همه جانبه برای همه جهان، بدون تأمین سلامت ممکن نخواهد بود و خدمات بهداشتی درمانی یکی از عوامل مؤثر بر سلامت و یکی از تعیین کننده های آن است. کیفیت خدمات ارائه شده همواره به عنوان یکی از اصلی ترین شاخصهای ارزشیابی در هر سازمان جهت پیشرفت و موفقیت می باشد.

سازمان جهانی بهداشت نیز بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را یکی از اهداف دهگانه جهانی در سیاست کلان با عنوان " سلامتی برای همه " گنجانده است. کیفیت و مدیریت علمی این هدف در بهداشت و درمان، از کشورهای پیشرفته آغاز شد و کم کم به سایر کشورها تسری یافت . استانداردها و شاخص های کنترل کیفیت در زندگی انسان جایگاه اصلی خود را یافت و در این میان، بهداشت و درمان که هدفش حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه است.

کیفیت خدمت در یک مرکز بهداشتی درمانی، سازهای چند بعدی است. از این رو، اغلب مطالعات درباره سنجش کیفیت، به ارزیابی کیفیت از دو بعد فنی و عملکردی میپردازند. بعد فنی اشاره به پیامد خدمت و بعد عملکردی دلالت بر فرایند خدمت دارد . در این معنی، کیفیت خدمت عبارت است از این که مشتری در خدمت "چه" بدست می آورد و آن را " چگونه" به دست می آورد. در بعد فنی، کیفیت بر اساس استانداردهای علمی توسط متخصصان سلامت تعریف میشود. در دیدگاه دوم، مراجعان نقش کلیدی در ارزیابی کیفیت مراقبتهای بهداشتی درمانی ایفا می کنند.

نگرشهای مدیریتی جدید، کیفیت را خواسته مشتری تعریف می کند. یک سیستم بهداشتی باکیفیت، سیستمی مشتری محور، جامع، پاسخگو و هزینه - اثربخش میباشد. بر پایه ارزیابی منظم نیازها و خواسته های مردم بنا شده است و براساس فلسفه بهبود مداوم کیفیت، بر خود نظارت می کند.

مفهوم کیفیت

مفهوم کیفیت ریشه در کار متخصصین صنعتی دارد. اهمیت کیفیت از سال ۱۹۵۰ به بعد مورد توجه قرار گرفت. تلاش اولیه روی بخش تولید متمرکز بوده است و بعدها بخش‌های خدماتی را نیز در بر گرفت. مشهورترین و کلیدی‌ترین رهبران نظریه کیفیت که تاثیر اساسی در صنعت امروز جهان داشتند. فلیپ کرازبی و جوزف جوران می‌باشند.

کرازبی: کیفیت را تطبیق یک محصول یا خدمت با الزامات یا ویژگی‌ها و استانداردهای از پیش تعیین شده، تعریف می‌کند. جوران: کیفیت یک کالا یا خدمت را مناسب بودن آن کالا یا خدمت برای هدف یا استفاده خاصی که منظور شده، تعریف می‌کند. او برای ارتقای کیفیت یک رویکرد سه مرحله‌ای دارد که عبارتند از:

طراحی کیفیت: شامل شناخت و تعیین مشتری‌ها و نیازهای آنها، طراحی محصول (یا خدمت) براساس نیازها و بالاخره طراحی فرایندها برای تولید آن محصول می‌باشد.

کنترل کیفیت: عبارت است از ارزشیابی عملکرد به منظور تعیین عملکرد واقعی و مقایسه آن با اهداف.

ارتقای کیفیت: شامل ایجاد زیر ساخت مناسب و تیم‌های ارتقاء برای ارتقاء فرایندها است. همچنین جوران، برای کنترل کیفیت بر استفاده از روشهای آماری تاکید بسیار دارد.

کیفیت تعاریف متعددی دارد، ولی نکته مهم در بحث کیفیت، در خصوص اندازه‌گیری یا سنجش آن است، که این امر به دلیل ذهنی بودن کیفیت مراقبت‌ها برای استفاده‌کنندگان از مراقبت‌های بهداشتی، بسیار مشکل است. زیرا استفاده‌کنندگان از خدمات، کیفیت را براساس عوامل مختلفی از جمله برداشت آنها از مهارت و تبحر ارائه‌کنندگان خدمت، میزان معلومات خودشان، تجارب قبلی استفاده از خدمت، تجارب دوستان و آشنایان، برداشت و تلقی آنها از محیط و فضای مراقبت و ارزشهای شخصی، تعیین می‌نمایند.

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی عبارت است از درجاتی از خدمات ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد.

کیفیت تعاریف متعددی دارد، ولی نکته مهم در بحث کیفیت، در خصوص اندازه‌گیری یا سنجش آن است، که این امر به دلیل ذهنی بودن کیفیت مراقبت‌ها برای استفاده‌کنندگان از مراقبت‌های بهداشتی، بسیار مشکل است. زیرا استفاده

کنندگان از خدمات، کیفیت را براساس عوامل مختلفی از جمله برداشت آنها از مهارت و تبحر ارائه کنندگان خدمت، میزان معلومات خودشان، تجارب قبلی استفاده از خدمت، تجارب دوستان و آشنایان، برداشت و تلقی آنها از محیط و فضای مراقبت و ارزشهای شخصی، تعیین می نمایند.

کیفیت مراقبت های بهداشتی عبارت است از درجاتی از خدمات ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه ای روز باشد. کرازبی یکی از نظریه پردازان کیفیت می گوید: کیفیت رایگان است آن چه هزینه دارد کیفیت پایین است. کیفیت توسط مشتریان یک سازمان تعیین می شود.

دمینگ نیز پس از جنگ جهانی دوم با توجه به عدم موفقیت نظریه خود در امریکا به ژاپنی ها کمک کرد تا اقتصاد خود را بازسازی کنند. تجارت ژاپن و موقعیت برتر اقتصادی این کشور را به اثر گذاری آقای دمینگ نسبت می دهند.

دمینگ ۱۴ اصل را برای انجام درست کارها در بار اول و برآوردن نیازهای و انتظارات مشتریان ارائه داده است و بر آن تاکید دارد که عبارتنداز:

- برای ارتقا کیفیت خدمت یا محصول، ثبات داشته باشید و این هدف را به تمام کارکنان اطلاع دهید.
- فلسفه جدید نقص صفر را به تمام سطوح سازمان بیاموزید و آن را بپذیرد.
- متوجه باشید که بازرسی فقط مشکلات را می سنجد ولی آنرا اصلاح نمی کند، کیفیت ؛ نتیجه ارتقاء فرایندهاست.
- برای تدارک مواد اولیه ، به کیفیت اولویت دهید نه به کمیت.
- فرایندها، محصولات یا خدمات را بطور مستمر بهبود و ارتقاء دهید.
- از وسایل کمک آموزشی جدید جهت آموزش ضمن خدمت کارکنان استفاده کنید.
- نظارت در سازمان را ارتقاء دهید.
- ترس از بیان عقاید و گزارش مشکلات را از میان بردارید.
- موانع همکاری بین واحدهای مختلف را از بین ببرید و درجهت کار تیمی به منظور رسیدن به اهداف سازمان هدایت نمایید. اغلب واحدها، باهم دیگر رقابت می نمایند و یا اهدافی دارند که تضاد ایجاد می کند.

- شعارها، پوسترها و ناصیح را برای نیروی کار دور بریزید.
- سهمیه های عددی را از میان بردارید. روشهای آماری در بخش تولید را کاهش دهید و بر کیفیت متمرکز شوید نه بر کمیت.
- موانعی که غرور کارکنان را نسبت به کارمند بودنشان خدشه دار می نماید از میان بردارید. مردم مشتاق انجام کار خوب هستند، موانعی از قبیل تجهیزات ناقص، مواد معیوب و... را باید از میان برداشت.
- امکان برخورداری از برنامه آموزش مداوم و خود ارتقایی را جهت همه افراد فراهم نماید.
- همه کارکنان سازمان را جهت دستیابی به دگرگونی و تحول ایجاد شده دخالت دهید و تعهد به ارتقای کیفیت داشته باشد.

کیفیت در مراقبت بهداشتی

تعریف کیفیت مراقبت بهداشتی : درجاتی از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع می باشد که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش داده و با دانش و علوم حرفه ای سازگار باشد.

کیفیت اغلب برای نشان دادن برتری و مزیت کالاها یا خدمات به کار می رود.

کیفیت عبارت است از مجموعه ویژگی های یک کالا یا خدمت که عامل تعیین کننده ای برای پاسخ گویی به نیازهای تصریحی و تلویحی از پیش تعیین شده مشتریان به شمار می رود.

کیفیت عبارت است از اینکه مطابق با انتظار مشتری بهترین کالا یا خدمت در بهترین روش ممکن برای همیشه ارائه شود.

تعریف عملیاتی کیفیت شبیه همان ضرب المثل فیل و نابینا یا مشاهده و توصیف فیل در یک اتاق تاریک است. برای کیفیت نیز از دیدگاه های مختلف پزشکی، اجتماعی، و... تعاریف مختلفی وجود دارد. نگرش پزشکی کیفیت عبارت است از تعریف کلاسیک نتایج پزشکی: آیا بیمار مبتلا به سرطان درمان شد؟ آیا بیمار قلبی، توانایی های خود را دوباره بدست آورد؟ آیا قند خون فرد دیابتی تحت کنترل دقیق است؟ به عبارتی مفاهیم بالینی مرگ و میر، ابتلا، عوارض، آزمایشات غربالگری و ارزیابی عملکرد پزشکی در نتایج کلاسیک پزشکی گنجانده می شود.

نگرش بیمار به کیفیت همواره آن چیزی است که او از حوزه های پزشکی درک می کند. این نگرش همان چیزی است که تحت عنوان رضایت بیمار مطرح است. رضایت مندی بیمار یک ضرورت در تعریف کیفیت است.

مفهوم کیفیت در بهداشت و درمان معمولاً با دو مفهوم **دسترسی** و **هزینه** به کار می رود.

- مفهوم هزینه کانون بحث ها و تصمیم گیری های مهم در هر کشوری است.
- مفهوم قابلیت دسترسی شامل مراقبت لازم و ضروری است که باید بدون توجه به نژاد، سن، جنس و... در اختیار مشتری قرار گیرد. این دسترسی شامل دسترسی فیزیکی، موجود بودن خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و دسترسی مالی و ادراکی است.

دسترسی ادراکی نیز به اندازه موجود بودن و از عهده برآمدن مهم است که به مفاهیم دسترسی، آگاهی و ادراک نوع کیفیت بهداشت و درمان ارائه شده است. اگر مشتری خدمات را به صورت ناکافی یا متناقض با انتظارات و فرهنگش دریافت کند، این خدمات برای وی قابل پذیرش نبوده و هیچ گونه همکاری بین ارائه دهندگان خدمات و مشتری به وجود نخواهد آمد.

در مراکز درمانی هر فردی در تضمین کیفیت نقشی را به عهده دارد. باید بین کلیه کارکنان اعم از کارکنان اداری، تشخیصی، درمانی و پشتیبانی یک تعهد مبنی بر اینکه **((همیشه کار را درست انجام دهیم))** وجود داشته اهداف و سیاستهای کیفیتی باید به طور واضح و روشن بیان شوند و با تمام سطوح مرتبط باشند پایش منظم فعالیتها و فرآیندها برای اطمینان از مدیریت کیفیت ضروری است. این امر به حصول اطمینان از اینکه همیشه هر کاری در همان دفعه اول برای همیشه درست انجام می شود، کمک می کند.

گروه درمانی مهمترین گروهی هستند که با بیمار و همراهانش در تماس هستند برای گروه درمانی باید به طور واضح و روشن مشخص شود که بیمار به چه چیزهایی نیاز دارد و چگونه این نیازها در موقعیت فعلی به بهترین نحو برآورده می شود گروه تشخیصی نیز تا حدودی با بیمار در تماس مستقیم هستند. این گروه به گروه درمانی در ارائه مراقبت کیفی کمک می کنند این گروه نیز باید همواره توجه داشته باشند که کارها در همه حال درست انجام شود. گروه کمکی و پشتیبانی نیز مهم هستند اگر چه اغلب آنها در تماس مستقیم با بیمار نیستند ولی کمکهای لازم را برای ارائه مراقبت کیفی فراهم می سازند. بدون آنها گروه درمانی و تشخیصی قادر به ارائه خدمات با کیفیت بالای مورد انتظار نخواهند بود.

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 کوشش برای برتری
- ملاحظات اخلاقی
- ضرورت دریافت اعتبار مالی از طریق افزایش کیفیت

یکی از دلایل بسیار مهم برای کیفیت، برآورده ساختن نیازها و انتظارات مشتری است. بیماران به عنوان یکی از مهمترین مشتریان خارجی انتظارات و نیازهای مشخصی دارند که ارائه دهندگان خدمات نیاز به مطالعه و درک این نیازها و انتظارات دارند.

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.

یکی دیگر از دلایل مهم توجه به کیفیت به موضوع رقابت می 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.

کیفیت برای ارائه دهندگان خدمات به معنی ارائه بهترین خدمت ممکن و قابل دسترس خدمات به بیمار است. برای بیمار کیفیت به این معناست که خدمات مناسب را در زمان و مکانی که مورد نیاز وی است، توسط هر کسی که وی انتخاب می کند، به نحوی که از عهده هزینه آن برآید، در سریع ترین راه ممکن به دست آورد.

تعریف دیگری که از کیفیت در بهداشت و درمان می توان ارائه داد عبارت است از : انجام درست کارهای درست در همان بار اول و انجام بهتر آن در بار بعد.

ابعاد کیفیت خدمات بهداشتی

- **مناسب بودن خدمت** : با در نظر گرفتن دانش روز خدمات مراقبت های ارائه شده مطابق نیاز بالینی بیمار باشد.
- **دسترسی** : زمانی که بیمار نیازمند یک خدمت یا مراقبت بهداشتی است به آسانی به آن دسترسی داشته باشد.
- **تداوم خدمت** : هماهنگی های لازم بین عرضه کنندگان خدمات و بخش های دیگر برای ارائه خدمات مورد نیاز به عمل آید.
- **موثر بودن** : با در نظر گرفتن دانش روز خدمت مورد نیاز بدون اشتباه ارائه گردد.
- **کارایی** : خدمت ارائه شده با حداقل هزینه نتایج مطلوب داشته باشد.
- **ایمنی** : ارائه خدمت در محیط عاری از هر نوع خطر صورت گیرد.
- **احترام و توجه** : عرضه کنندگان خدمات به نیازها و انتظارات و تفاوت های فردی بیماران احترام بگذارند.
- **به موقع بودن عرضه خدمات**
- **سازگاری (انطباق)**
- **مرتبط با نیاز**
- **عدالت و برابری**

معیارهای ارزیابی کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی عبارتند از:

- ایمنی
- اثرات درمانی
- راحتی و آسایش بیمار
- صرفه جویی در زمان
- صرفه جویی در کوشش و تلاش
- صرفه جویی در مواد و هزینه ها
- حداکثر مهارت و قابلیت
- سادگی و قابلیت انطباق

اصول کیفی مراقبت های بهداشتی و درمانی

- 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

سیستم بهداشتی و درمانی وابسته به اجزای خود است، هیچ بخشی مهم تر از سایر بخش ها در دستیابی به نتایج بهتر برای بیمار نیست، بنابراین هنگام توجه به بهبود و کیفیت، همه اجزای سیستم باید مورد توجه قرار گیرد. یک اصل مهم این است که کیفیت بهداشت و درمان از طریق داده ها به دست می آید. بدون داده ها، کیفیت قابل اندازه گیری نیست. کیفیت بهداشت و درمان نیاز به آموزش در زمینه استفاده اثربخش داده ها از طریق روشهای صحیح و درست، جمع آوری و تجزیه و تحلیل مناسب دارد. طبق گفته دمینگ سازمان از هزاران فرایند تشکیل یافته است، بنابراین کیفیت بهداشت و درمان به دنبال شناسایی و پیگیری فرایندهای کلیدی و فرصتها برای بهبود فرایندها به منظور شروع مداخله است. دمینگ مساله تعهد رهبری را مطرح کرده و چنین بیان می کند که بدون وجود این تعهد کیفیت موفق نخواهد بود و در بهداشت و درمان این اصل تا اندازه ای درست است. تعهد رهبری هنوز هم مهم بوده، ولی یک ضرورت برای موفقیت کیفی بهداشت و درمان نمی باشد. رهبران می توانند فرایند را تسهیل کنند و موجب دستیابی سریعتر نتایج شوند ولی شروع کیفیت بهداشت و درمان باید در سطح کارکنان صورت گیرد تا نتایج مثبتی را ارائه دهد.

هزینه ها

هیچ بحثی در کیفیت، بدون توجه به هزینه ها کامل نیست. هزینه ارزش پولی کالا و خدماتی است که برای اتخاذ تصمیم و یا اجرای آن تصمیم، تامین، تقبل و یا پرداخت می شود و تکنیک های مختلفی جهت تحلیل و محدود سازی هزینه وجود دارد. هزینه ها را در بهداشت و درمان طبق یک تقسیم بندی به دو دسته عملیاتی و هزینه های غیرعملیاتی طبقه بندی می کنند.

هزینه های عملیاتی شامل کلیه هزینه هایی است که بر مبنای تخت، بیمار، نوع بیماری و... قابل محاسبه است ولی هزینه های غیرعملیاتی جدا از این هزینه ها هستند این هزینه ها شامل هزینه هدررفته نیروی کار، هزینه اضافی طول مدت بستری غیرضروری بیمار و... است.

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. فعالیت های تضمین کیفیت در سطح کارکنان، پزشکان، پرستاران، تکنسین ها، کارکنان اداری و فنی و... شروع می شود:

- برای مستندسازی و تجزیه و تحلیل فعالیت های روزانه خود
- پیگیری مسائل و مشکلات مرتبط با کیفیت
- تجزیه و تحلیل مشکلات به منظور یافتن راه حلهای موثر

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.

دونابديان 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

تضمین کیفیت و هزینه ها

پزشکان اغلب بر به کارگیری منابع بهتر برای ارائه خدمات با کیفیت بهتر تاکید دارند. از طرف دیگر مدیران سعی در کنترل روند تزیادی هزینه ها دارند. بنابراین اینجاست که برنامه های تضمین کیفیت باید قادر به برآوردن نیازهای این دو گروه باشد. واژه تضمین کیفیت که جدیداً جایگزین واژه ممیزی پزشکی شده است، باید جوابگوی این سئوالات باشد:

- بیمار چه چیزی نیاز دارد؟
- برای او چه کاری انجام می شود؟

- بعضی اوقات چه چیزهایی نیاز است که انجام شود؟

- آیا درمان مطلوب است؟ اگر نیست، چرا؟

- آیا نتایج رضایت بخش است؟ اگر نیست، چرا؟

برنامه کیفیتی، یک روند توسعه یافته سازمانی می باشد که ادراک ذهنی از کیفیت را در سازمان تعریف می کند و شرح و توصیفی از ساختار سازمانی و منابع اختصاص یافته به برنامه کیفی سازمان است. این برنامه ممکن است روشهایی برای به کارگیری استانداردهای کیفی ارائه خدمات سازمان نشان دهد.

این برنامه کیفیتی شامل ده مرحله است:

- تعیین مسئولیت ها

- تعیین وسعت خدمات

- تعیین جنبه های مهم خدمات

- تعیین شاخص ها

- تعیین روشهایی برای ارزیابی صحیح و معتبر

- جمع آوری و سازمان دهی داده ها

- ارزیابی اولیه و تعیین مشکلات و نواقص

- انجام اقداماتی برای بهبود خدمات

- ارزیابی اثربخشی اقدامات و حصول اطمینان از حفظ بهبود شرایط

- انتقال نتایج به افراد و گروههای درگیر با خدمات (افراد ذی نفع و ذی ضرر)

تعیین استانداردهای کیفی

استاندارد بخش بسیار مهم بهداشت و درمان بوده و نقش مهمی در تعیین مفاهیم کیفی درمان به عهده دارد. وقتی سازمان تعهدی در تعیین کیفیت درمان دارد باید کیفیت را در قالب مفاهیم و واژه های عملیاتی تعریف کند. استانداردها این کار را انجام می دهند. سازمان از کیفیت بالای خدمات از طریق به کارگیری دقیق استانداردها مطمئن می شود.

استاندارد چیست

استانداردها حالتی موردانتظار برای داده ها، فرایندها و نتایج سیستم های بهداشتی و درمانی است. به عبارت ساده تر استانداردها به ما می گویند برای خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بسیار بالا ما انتظار چه رویدادهایی را داریم. استانداردها مهم هستند چرا که سازمان به وسیله آنها کیفیت را به واژه های عملیاتی تبدیل می کند و سطوح کیفیت را اندازه می گیرد در بهداشت و درمان کلمه استاندارد می تواند شامل این مفاهیم باشد:

- **راهنما:** یک مرجع تخصصی انعطاف پذیر می باشد که همه چیزهایی را که ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی در یک موقعیت یا وضعیت بالینی باید یا نباید انجام دهد، را مشخص می کند.
- **پروتکل:** شامل جزئیات یک فرایند است.
- **روشهای عملیاتی:** یک حالت مورد انتظار که کارکنان سازمان در آن فعالیت های مشخصی را انجام می دهند.
- **شرح وظایف:** شامل جزئیات مربوط به یک شغل یا کار می باشد:

الف- منابع نظیر مواد داروها، ملزومات تجهیزات و پرسنل

ب- فرایندها و شیوه های ارائه

ج- نتایج مطلوب از این فرایندها

چرا از استاندارد استفاده می کنیم؟

در هر فرایندی تنوع و اختلاف وجود دارد در هر کاری که انجام می دهیم، روشی که هر دفعه برای انجام آن به کار می بریم، متفاوت است. یک جراح عمل جراحی قلب باز را هر بار به یک صورت انجام می دهد و ممکن است زاویه برش تغییر یابد یا اختلاف دیگری نسبت به دفعه قبل بوجود آید. این اختلاف و تنوع طبیعی بوده و از هر فرایندی در بهداشت و درمان قابل انتظار است. استاندارد به کاهش این اختلافات از طریق تعریف و مشخص کردن انتظارات سازمان در مورد داده ها، فرایندها و نتایج بهداشت و درمان کمک می کند. به عنوان مثال استانداردهای داده ای در جراحی باز قلب کمک می کند تا اطمینان یابیم جراحان، تجهیزات و نیروی انسانی ضروری و مناسب را در اختیار دارند. استانداردهای فرایند مثل همان پروتکل ها و راهنماها کمک می کنند تا اطمینان یابیم جراح از تکنیک ها و تکنولوژی مدرن استفاده می کند. استانداردهای نتایج نیز مشخص کننده انتظارات سازمان به عنوان نتایج این عمل جراحی است.

برای ارائه خدمات کیفی، مراکز درمانی باید بعضی از نیازمندی های خاص را مرتفع سازد. شاخص هایی که موجب برآوردن نیازها و انتظارات بیمار می شود، عبارتند از:

- بیمار فوراً خدمات را دریافت دارند.
- مراکز درمانی بهترین و کامل ترین خدمات را به بیمار ارائه دهد.
- مراکز درمانی در هر زمان خدمات خوب و کامل را ارائه دهد.
- کارکنان همواره خواستار کمک به بیمار و همراهانش باشند.
- کارکنان همیشه دلسوز باشند.
- زمانی که می خواهند یک شیوه خاص درمانی یا تشخیصی اجرا کنند، به بیمار اطلاع داده شود.
- کادر درمانی بصیر و مطلع، اطلاعات لازم را به بیمار داده و به تقاضای آنها پاسخ می دهند.
- مراکز درمانی منابع لازم و مناسب را ارائه و در سطوح مختلف به بهترین نحو از آنها استفاده می کند.
- هزینه مراقبت پزشکی قابل پرداخت توسط بیمار و خانواده وی است.
- مراکز درمانی مدارک صحیح و کامل را نگهداری نموده و هنگام نیاز در اختیار بیمار یا خانواده اش قرار می دهد

چالش‌هایی در زمینه وضع استانداردها

علی‌رغم ضرورت به کارگیری استانداردها برای انطباق خدمات با نیازها و رشد تمایل سازمان‌های بهداشتی و درمانی به سمت وضع استانداردها، هنوز چالش‌های خاصی نسبت به این فرایند وجود دارد:

- **اعتماد به صراحت معیار یا استاندارد:** برخی از متخصصین بهداشتی و درمانی عقیده دارند که استانداردها ممکن است بر پایه قضاوت‌های ذهنی توسعه یافته باشند. آنها عقیده دارند که پزشکی علم و هنر است و بهره‌گیری از نظرات علمی یک عده نمی‌تواند به تنهایی برای وضع استاندارد کافی باشد.
- **شناسایی منابع و داده‌های مناسب:** توسعه استانداردها زمان و نیروی انسانی زیادی را می‌طلبد گاهی نیاز است سازمان از متخصصین خارجی نیز برای وضع استانداردها کمک بطلبد که منجر به ایجاد هزینه برای سازمان خواهد شد، بنابراین باید ارزیابی شود که آیا این کوششها ارزش هزینه کردن دارد یا خیر؟ فرایند وضع استانداردها یک حلقه وابسته به سیکل توسعه کیفی است.

داده‌هایی برای تضمین کیفیت

۱- مدارک پزشکی:

مدارک پزشکی بیمار در صورتی که کامل، واقعی، منظم و به صورت خوانا نگهداری شود، یکی از پر استفاده‌ترین 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 می‌شود. با مطالعه مدارک پزشکی بیمار می‌توان به کشف نارسایی‌ها در ارائه مراقبت‌ها پی برد و اقدامات اصلاحی را حداقل برای موارد بعدی به کار برد.

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- بیماری اشتباهها تحت عمل جراحی قرارگیرد

ه- مرگ بیمار در بخش بدون حضور پزشک یا پرستار

و- زخم های بستر و ... ناشی از مراقبت پرستاری غلط

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 درنهایت افزایش کیفیت خدمات ارائه شده می شود. مدیریت خطرات احتمالی زیربنا و شالوده اساسی تضمین کیفیت را تشکیل می دهد.

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.

۴- بررسی رضایت مندی بیمار: رضایت مندی 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 ارائه دهندگان خدمات

ج- اذیت شدن بیمار در طول مدت بستری

د- کمبود وسایل آسایشی، رفاهی و تفریحی

ه- درمان غلط، بیماریهای پزشک زاء، تشخیص نادرست و ..

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. 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.

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.

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 و کامل بودن
- 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
- مداوم برای حصول اطمینان از بهبود فرایند
- انسجام و یکپارچگی برای سهیم شدن اطلاعات با سایر بخش ها و خدمات در سراسر سازمان

فصل دوم

مدیریت کیفیت فراگیر

مدیریت کیفیت فراگیر

مدیریت کیفیت فراگیر مرحله بعدی تکامل تضمین کیفیت است و راه حل هایی را برای بسیاری از نقاط ضعف روشهای سنتی تضمین کیفیت ارائه می دهد. هدف اصلی تضمین کیفیت، پایش کیفیت محصولات و خدمات تولید شده و ارائه شده در سازمان است تا ستاده های نامرغوب و اشخاص و مسئول آنها را شناسایی کند.

مدیریت کیفیت فراگیر یک فلسفه مدیریتی است که کیفیت را اولویت اول سازمان می داند، مدیریت کیفیت فراگیر هنر اداره سازمان برای دستیابی به بهترین ها 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 فعالیت ها در یک سازمان است.

تعهد نسبت به مدیریت کیفیت فراگیر منجر به افزایش بهره وری می شود. هنگامی که کیفیت افزایش می یابد، هزینه ها کاهش می یابد، زیرا زمان، مواد، ملزومات و خدماتی که برای اصلاح اشتباهات مورد نیاز است، کاهش می یابد. در واقع مدیریت کیفیت فراگیر متضمن این حدیث است که برای دیگران آن طور انجام دهید که انتظار دارید برای شما انجام دهند.

مشخصه های تعیین کننده کیفیت خدمات:

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

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.

موانع مدیریت کیفیت

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

- عدم تعهد مدیریت ارشد سازمان
- عدم توانایی تغییر فرهنگ سازمانی
- برنامه ریزی نادرست
- عدم وجود آموزش مستمر
- ساختار سازمانی نامناسب
- تکنیک های ارزیابی نامناسب و عدم دسترسی به داده ها و نتایج
- عدم توجه کافی به مشتریان داخلی و خارجی
- استفاده ناکافی از کارهای گروهی و مشارکت کارکنان

هفت بیماری کشنده دمینگ در مدیریت کیفیت:

- 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 بهره‌گیری 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
- 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 آموزش مداوم همه کارکنان است.
- ضروری است که از این موارد اطمینان حاصل شود:
- 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 کاملاً بداند.
 - فعالیت های بیمارستان مطابق با اهداف و سیاستهای تعیین شده است.

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.

مسئولیت اصلی مدیریت کیفی در بهداشت و درمان با هماهنگی کننده کیفیت سازمان است. وظایف و مسئولیت های هماهنگ کننده کیفیت عبارتند از:

- دعوت از کارشناسان کیفی و سخنرانی در مورد کیفیت بهداشت و درمان
- تسهیل کنترل کیفیت
- هماهنگی برنامه استراتژیک و عملیاتی برای فعالیت های کیفی بهداشتی و درمانی و تخصیص منابع
- هماهنگی در انتخاب کارکنان مناسب برای گروههای بهبود کیفی

ارتقای کیفیت در بهداشت و درمان

برای ارتقای کیفیت سه نظریه کلی وجود دارد. کلیه سازمانها با تمرکز بر این سه دیدگاه می توانند به ارتقای کیفیت بپردازند این سه دیدگاه عبارتند از:

- **قوانین و مقررات** : در نگرش قانونی، استانداردها وضع می شود. این استانداردها برای اندازه گیری کیفیت و کمیت خدمات تعیین می شوند. در ارزشیابی رسمی، کیفیت و کمیت خدمات نسبت به استانداردها مقایسه می شود.
- **رقابت** : در نگرش رقابتی، اطلاعات مرتبط با روشهای اندازه گیری کیفیت در اختیار مشتریان و موسسات بیمه ای قرار خواهد گرفت و به آنها این امکان داده خواهد شد تا خدمات موردنیاز خود را از میان ارائه دهندگان خدمات انتخاب کنند. رقابت بر سر کیفیت یک انگیزاننده قوی برای توسعه کیفی موسسات بهداشتی و درمانی است.
- **تخصص گرایی** : در نگرش تخصص گرایی، ابزارهای اندازه گیری کیفیت به عنوان بخشی از فرایند توسعه مستمر کیفی و مدیریت کیفی فراگیر مورد توجه قرار می گیرد. استراتژی تخصص گرایی یک تلاش منسجم در میان ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی است که با استفاده از داده های درون سازمانی و برون سازمانی سعی در توسعه کیفی مستمر دارند.

ابزارهای اندازه گیری کیفیت باید چهار ویژگی داشته باشد:

- الف- ابزار اندازه گیری باید در حد معقولانه از حساسیت بالایی برخوردار باشد.
- ب- اگر ابزار اندازه گیری، فرایند درمانی را ارزیابی می کند، آن فرایند باید مرتبط با ستاده موردنظر باشد.

ج- اگر ابزار اندازه گیری کیفیت نتیجه یا ستاده ای را اندازه گیری می کند، آن ستاده باید مرتبط با فرایندی باشد که با اجرای آن سعی در دستیابی ستاده و نتیجه است.

نقش کارکنان در کیفیت ارائه خدمات:

موفقیت یک سازمان بستگی به پرسنل شاغل در آن دارد و باید نسبت به کیفیت مراقبت، در سازمان خودشان آگاه باشند. پرسنل بهداشتی و درمانی، افراد ارائه کننده خدمت هستند و جزئی از سیستم بهداشتی می باشند.

مدل مفهومی برای نهادینه کردن کیفیت در سازمان

یک مدل مفهومی برای نهادینه کردن کیفیت در سازمان

مقدمه:

ما در این فصل بدنبال معرفی کردن راهکارهایی هستیم برای نهادینه کردن کیفیت و یا اقداماتی برای بهبود کیفیت طراحی کنیم که ماندگار باشند و بصورت اقدامات گذرا بصورت مقطعی اجرا و تمام نشوند.

کل مبحثی که معرفی میشود از مدلی است که سازمان توسعه بین المللی ایالت متحده امریکا و یا به اختصار USS به سفارش دولت امریکا برای نظام سلامت طراحی کرده است و در این فصل از این مدل برای نهادینه سازی بهبود کیفیت در سازمان استفاده خواهیم کرد.

در این مدل همانطوری که ملاحظه میفرمایید یک مثلث در وسط و دو دایره در اطراف قرار گرفته است. بطور خلاصه این مدل بیان می کند که برای تضمین هر بهبودی در سازمان باید ابتدا آن را تعریف کرد که اصطلاحاً Quality Definition (QD) گفته می شود. سپس آن را اندازه میگیریم، (Quality Measurement (QM) و باید تحلیل و سپس براساس نتایج آن، اقدام اصلاحی را طراحی و اجرا میکنیم که به اصطلاح Quality Improvement (QI) گفته می شود.

در اضلاع مثلث بحث اطلاعات و ارتباطات (Information & communication)، پاداش دهی کیفیت (Rewarding Quality) و ظرفیت سازی (Capacity Building) از نکات اساسی است که در مدل نهادینه سازی کیفیت معرفی شده است. و با وجود اینکه ایجاد ساختار مناسب برای نهادینه سازی نقش کلیدی را بازی می کند از عوامل محیط داخلی مثل رهبری (Leader Ship)، منابع (Resources)، سیاست (Policy) و ارزشهای محوری در سازمان (Core Values) نمی شود غفلت نمود.

در واقع اگر بخواهیم اقدامات طراحی شده منجر به برگزاری کلای های آموزشی کم اثر و بیان جملاتی از قبیل "ایجاد و هماهنگی بیشتر در بین روساء" نشود باید به مولفه های این مدل توجه خاص داشته باشیم.

در بحث کیفیت طبق مدل، اول باید بتوانیم مسئله و ابعاد آن را تعریف کنیم یعنی راس مثلث (QD).



در این مدل تعریفی که از کیفیت خدمات ارائه می شود در شش بعد است:

What Is Quality of Care?

۱. Safety : ایمنی
۲. Timeliness : بهنگام بودن
۳. Effectiveness : اثربخشی
۴. Efficiency : کارائی
۵. Equity : عدالت
۶. Patient-centeredness : بیمار محوری

طبق این مدل، خدمت باید Safe (ایمن) باشد یعنی اتفاقی برای بیمار نیفتد، خدمت باید Timeliness (بهنگام) باشد یعنی خدمت دیر ارائه نشود، خدمت باید اثربخش باشد یعنی کار بیخود برای بیمار انجام ندهیم، خدمت باید کارایی داشته باشد یعنی از منابع درست استفاده کنیم. خدمت باید عادلانه باشد یعنی بین افراد دریافت کننده خدمت تفاوت گذاشته نشود. خدمت باید بیمارمحور باشد، یعنی بیمار باید مهم باشد نه بیماری، اطلاعات کافی داده شود، آموزش داده شود، خدمات باید هماهنگ باشد، خانواده بیمار باید محترم شمرده شود و ... که اینها را در مجموع بیمار محور گویند.

این شش بعد از کیفیت را اصطلاحاً مدل STEEEP که حرف اول ابعاد است گویند.

تعریف حوزه، معیار، شاخص و استاندارد

حوزه (Domain): جنبه ای از خدمت که سنجیده می شود (مثلاً به هنگام بودن)

معیار (Criteria): جمله ای که خصوصیت مطلوب را بیان می کند (مثلاً تجویز ترومبولیتیک برای بیماران با تشخیص

سکته مغزی ایسکمیک در ۳ ساعت اول پس از شروع علائم)

شاخص / نشانگر (Indicator): فرمول ریاضیات است که رعایت معیار را می سنجد. (درصد بیمارانی که طی ۳ ساعت

ترومبولیتیک دریافت کرده اند)

استاندارد (Standard): سطحی از شاخص که مورد قبول است (مثلاً ۸۰ درصد)

تعریف فلسفی استاندارد: خصوصیتی از محصول که امکان به دستیابی به نتیجه مطلوب را به حداکثر می رساند.

منابع (ورودیها):

همانطوری که قبلاً در مدل نهادینه سازی بهبود کیفیت توضیح داده شد منابع بخشی از الگو در محیط داخلی است.

برای تضمین کیفیت و اینکه اقدامات طراحی شده در سازمان ماندگار باشد، بخشی از این فعالیت ها باید معطوف به منابع

یا ورودی های سازمان باشد. طبقه بندی منبع به ما کمک خواهد نمود که در طراحی اقدامات چیزی را فراموش نکنیم.

منابع (ورودیها) بطور کلی به دو یا سه دسته تقسیم نمود:

۱. منابع سرمایه ای: منابعی هستند که پس از استفاده از بین نمی روند و دوباره می شود از آن استفاده کرد.

a. فضای فیزیکی

b. تجهیزات

c. نیروی انسانی

در طراحی اقدامات باید به این منابع دقت شود و اینکه اقدامات طراحی شده درست اجرا گردد باید یکسری سوالات پرسیده

شود؛

آیا فضای فیزیکی مناسب بوده یا نبوده، از نظر مساحت، نور، گرما، سرما و ... چیزهایی هستند که در عملکرد افراد اثر می گذارند.

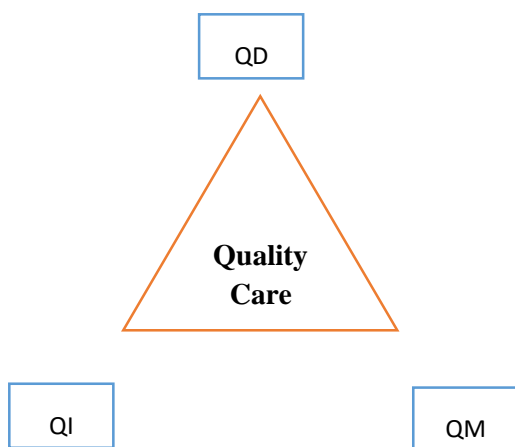
در مورد تجهیزات؛ آیا تجهیزات به روز هستند، تعمیر شده اند، آیا pm دارند و ... که در منابع تجهیزات باید مورد توجه قرار گیرد.

و از همه این منابع مهمتر، منابع نیروی انسانی است؛ نیروی انسانی باید کنترل گردد که آیا نیروی انسانی آموزش لازم را دیده است. آیا انگیزه لازم را دارند.

زمانیکه اقدامات اصلاحی طراحی می شود باید مبتنی بر این الگو باشد یعنی چه ساز و کار انگیزشی برای نیروی انسانی انجام شده است و ... مثلاً مدل انگیزشی مازلو

۲. منابع مصرفی: منابعی هستند که با استفاده از بین می روند مثل داروها، شوینده ها و آیا این وسایل سالم هستند و برای انسان و محیط زیست آسیب نمی زنند، آیا این منابع قابل تدارک پایدار و قیمت مناسب هستند.

۳. هزینه های جاری: در طراحی اقدامات اصلاحی آیا هزینه های بالاسری هم دیده شده یا نشده است از قبیل حقوق، دستمزد، بیمه، بازنشستگی، مدیریت منابع انسانی، آب، برق، تلفن، گاز، گرمایش، سرمایش، نگهداری ساختمان



مثلت تضمین کیفیت

- تعریف کیفیت
- اندازه گیری کیفیت
- بهبود کیفیت

مثلث تضمین کیفیت

تعریف کیفیت (QD) Quality Definition

اگر میخواهیم یک اقدامی که طراحی کردیم نهادینه بشود اولاً باید استانداردهای آن مشخص شود. استانداردها نباید بیرون از سازمان کپی شوند. استانداردها باید بومی سازمان شده و روش آن مشخص باشد. و همه کارکنان باید از آن مطلع باشند. نه اینکه یه عده در دفتر بهبود کیفیت استانداردها رو بدانند و هرزگاهی این استانداردها رو اطلاع رسانی بکنند و یا نکنند. این کمکی به بهبود کیفیت نمی کند.

یکسری از استانداردها در راستای تهیه و ابلاغ استانداردها باید باشد. استانداردها باید بر انواع و اقسام موارد تمرکز داشته باشد. مثلاً ورودیها. آیا ورودیها مثل تجهیزات سرمایه ای یا فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی استاندارد هستند یا نیستند و اگر نیستند باید یکسری کار بکنند تا استاندارد بشوند. استانداردهای فرایندها، خط مشی ها و روش اجرایی مشخص شوند. آیا روش انجام کار استاندارد ها مشخص شده است؟ آیا گام های اجرایی نوشته شده است و اجرا می شود؟ اینها خیلی مهم است و اگر هیچ کدام از اینها نباشد چطور انتظار داشته باشیم یک کاری نهادینه بشود. آن وقت هر کسی هر کاری را هر جور دلش بخواد انجام می دهد. و این مسلماً موجب تضمین کیفیت خدمات نمی شود. همچنین خروجی ها باید دائماً سنجیده بشود. و اگر سنجیده نشود از کجا متوجه می شوند که اقدامی منجر به نتیجه شده است یا نه؟

استانداردها باید تکرار پذیر باشند، واقعی و شفاف باشند. مهمترین منابع تدارک استانداردها، شواهد است یعنی بر اساس مطالعات و بر اساس پژوهش ها استاندارد تهیه بشود. در حداقل ترین حالت باید متخصصین در مورد چیزی به توافق برسند و البته بطور شاید کلی تر و یا بهتر، نه به اندازه شواهد ولی خوبتر. توجه به بحث ادراک و انتظارات ذینفعان، چون بخش مهمی از استاندارد آن چیزی است که مشتری می پسندد و یا مورد توجه واقع شده است.

بطور خلاصه می توان تعریف کیفیت را به شرح ذیل جمع بندی نمود:

(a) تعریف کیفیت

- استانداردها نیاز به سیستمی دارند تا
- درست شوند
- بومی شوند

- اطلاع رسانی شوند
- بازنگری شوند
- استانداردها باید تمرکز کنند بر
- ورودیها، فرآیندها و خروجی های نظام خدمات سلامت
- فعالیت های اجرائی / مدیریتی
- ابعاد کیفیت
- استانداردها باید تکرارپذیر، واقعی، شفاف باشند
- برپایه های زیر بنا شوند
- بهترین شواهد در دسترس
- ادراک و انتظارات ذی نفعان

(b) اندازه گیری کیفیت (QM) Quality Measurement

در این قسمت اشاره می کند که تا زمانی که نتوانید استانداردها و ابعاد را جمع آوری کنید و اساسا در فضای ابهام حرکت کنید مشخصا حرکت تان به نتیجه نخواهد رسید.

بنابراین در بیمارستان ها ضروری است که برخی از اقدامات در ساز و کار HIS سیستم دیده شود. آیا وقتی کیفیت استانداردها را می سنجیم آیا داده های به هنگام و معتبر را جمع آوری میکنم. آیا جمع آوری این داده ها برای ما راحت و در دسترس است و این خیلی مهم است و این موضوع شدیداً به بهبود کیفیت و نهادینه شده اقدامات طراحی شده کمک می کند. یکسری از اقدامات بهبود باید در راستای بهبود سیستم و یا ساماندهی جمع آوری اطلاعات باشد. پس جمع آوری منظم بخش کلیدی در طراحی اقدامات است و باید دقت شود.

پس بطور خلاصه در مورد اندازه گیری کیفیت می توان گفت:

- سیستم اطلاعاتی برای اندازه گیری رعایت استانداردها

- فرآیندی منظم برای جمع آوری و تحلیل داده های عملکردهای مرتبط با نشانگرها و تفسیر نتایج آن (تبدیل داده ها به اطلاعات)

- از طریق ارزیابی های سرپرستی نظیر خود ارزیابی، پایش کیفیت، مطالعات ویژه، یا ارزیابی های دوره ای مثل ممیزی

(c) بهبود کیفیت Quality Improvement (QI)

در طی کردن مسیر بهبود می شود پسیو بود و با مشاهده بی کیفیتی نسبت به آن واکنش نشان داد و فرد خاطی را تنبیه کرد. و یا می شود نظام مند حرکت کرد. مدل‌های بسیاری در دنیا برای رویکرد منظم برای تضمین کیفیت وجود دارد از قبیل مدل PDSA و مدل ارتقای اروپایی یا اصطلاحاً EFQM و لذا باید یک الگویی انتخاب نموده و نظام مند حرکت کنید و درگام های اجرایی اقدامات روشن باشد که براساس آن بتوانید یک تجربه ای را ارزیابی کنید و میزان موفقیت آن را سنجش نمایید و در صورت عدم موفقیت دوباره اقدامات بازبینی و مجددا اقدامات اصلاحی طراحی نمائید.

پس بطور خلاصه:

سیستمی برای بهبود کیفیت خوبه که:

- بر اساس اصول مدیریت کیفیت شامل: تمرکز بر مشتری، بهبود مستمر فرآیند، مشارکت کارکنان (حمایت از کار گروهی) و تصمیم گیری بر اساس اطلاعات

- استفاده از تکنیک ها و ابزار های بهبود کیفیت؛ بازخورد نسبت به عملکرد؛ حل مسئله بر اساس کار تیمی؛ و طراحی کیفیت

- FOCUS-PDSA

عناصر اساسی در پایدار کردن کیفیت در بیمارستان

محیط توانمند ساز داخلی:

توسعه پایدار کیفیت

تحت کنترل مسئولین

قویتر از عوامل بیرونی: مبتنی بر شواهد

۱. رهبری

اول به عوامل موثر در محیط داخلی یا (internal in event) می پردازیم. اگر میخواهید اقدامات نهادینه بشود نقش رهبری در سازمان مهم و کلیدی است. رهبر در یک سازمان باید حامی امر کیفیت در سازمان باشد. و این حمایتها را باید نشان بدهد. مطالعات نشان می دهند که افراد در سازمان ها بعد از مدتی کار کردن، اگر دچار کمبود منابع و توجه باشند دچار یک بیحسی و حس کمرختی می شوند و نیاز به تزریق انرژی دارند. اصولاً بهترین سبک رهبری وجود ندارد و باید در مورد انواع آن آموزش های کوتاه مدت ببینیم. سبک دیکتاتوری، سبک مشارکتی، سبک آزاد (کلاب) و .. اینطور نیست که سبک خوب داشته باشیم. شرایط اقتضا می کند که در شرایط مختلف سبک های مختلف را بکار بگیریم.

پس رهبری:

- رهبری که اولویت ها را تعیین می کند، یادگیری را تشویق می کند، و به آنها اهمیت می دهد
- رهبری توانایی برانگیختن و توانمند کردن کارکنان برای دستیابی به نتایج است
- رهبری برای نهادینه کردن تضمین کیفیت در سازمان حیاتی است
- بیش از ۸۰ توانمندی رهبری وجود دارد

اما رهبر خوب رهبری است که ویژگیهای زیر را داشته باشد:

- **صداقت:** چون تعریف رهبری حس خوب اعتماد به دیگری ناشی از قبول داشتن طرف مقابل است. مهمترین

عامل که بتواند این اعتماد را خدشه دار کند دروغ گفتن است. بنابراین رهبر اگر دروغ بگوید و صادق نباشد، اون

خصوصیت و ویژگی اصلی خودش را از دست می دهد.

- **صلاحیت:** افرادی که کاربلد هستند و از حل مشکل برمیایند و حالت‌های خارق العاده و زیادی دارند مورد اعتماد واقع می شوند و اگر هر چه از ایشان خواسته شود گوش می دهند.
- **ثبات:** یعنی هر حرفی که میزنند پای حرفش بایستد، امروز چیز بگوید و فردا چیز دیگر، طبیعتاً آن ضد اجتماع و ثبات ندارد.
- **صراحت:** در لفافه صحبت کردند موجب می شود که افراد به همدیگر اعتماد نکنند، آن انرژی که جهت انجام کار لازم ایت پیدا نمی شود. بنابراین صریح و روشن بودن یک نکته کلیدی است.
- **صفا!! _ یا وفاداری:** وفاداری تبدیل شده به واژه " صفا " برای اینکه با سایر خصوصیات رهبری هم آوا باشد و یادگیری راحت تر باشد.
- صفا یعنی هوای کارکنان را داشته باشد. بدجنس نبودن. جائیکه می شود به نفع کارکنان کار کرد اینکار رو حتما انجام دادن.

بهترین روش رهبری:

- **تعیین اهداف روشن، واقعی و دست یافتنی:** مشخص بودن اهداف است و دقیقاً باید مشخص گردد که چه چیزی می خواهد و راه دست یافتن به آن چیست
 - **الگو بودن:** یعنی اگه بگویند کاری را می خوام انجام بدم خود فرد انجام دهد. مردم دنبالش می آید. اگر حرفت با عملش یکی نباشد طبیعتاً این اتفاق نمی افتد
 - **بازخورد مشوق یا بازدارنده داشته باشد:** یعنی اگر برخلاف آنچه بیان کرده رخ داد، بازخورد باز دارندگی را اعمال بکند به شکلی که اثر گذار باشد و مکانیسم های شناخته شده را بکار ببندد. و یا مشوق هایی را بتواند ارائه بکند که مطلوب و دلپذیر باشد. و کارکنان به آن تمایل داشته باشند. و به دنبالش حرکت بکنند.
- در ادامه نکات ریزی در رهبری وجود دارد از قبیل هوای پرسنل را داشتن و ایجاد اطمینان. حرف و عملتان یکی باشد.
- چهار اصل اساسی در تضمین کیفیت وجود دارد؛** اینکه اگر اقدامی صورت می گیرد مبتنی بر نیاز مشتری باشد، هر کاری که می کنیم در راستای اصلاح فرایند باشد. استفاده از داده بحث کلیدی در تضمین کیفیت است که ما به آن توجه

می کنیم. و کار تیمی، اگر کسی یک نفری یک چیزی را ارائه کرد ما زیاد آن را قبول نمی کنیم و اینها اصولی است که رهبر باید آن را نشان بدهد و رفتار و منش و کنش رهبر باید حمایت کننده این خصوصیات در سازمان باشد.

رهبر اگر بخواهد برای تغییر کاری انجام دهد میتواند فشار را زیاد و مقاومت را کم کند، معمولا در سازمان ها توصیه میشود بجای فشار آوردن، به سوی کم کردن مقاومت ها بروند. چون اگه مقاومت زیاد و فشار هم زیاد شود سازمان کلاپس می کند. در واقع علل مقاومت کردن کارکنان باید بررسی شده و مقاومت کمتر شود. نه اینکه منابع و نیروهای انگیرشی در سازمان کنار گذاشته شوند.

رهبر باید مدیران را برای تضمین کیفیت آموزش دهد و از مدیران بخواهد که در این بحث ها شرکت کنند و برای اینکار وقت کنار بگذارند. نه اینکه بگویند آن را کنار بگذارید و کاری که بنده دستور می دهم انجام بدهید. این موضوع در راستای مشتری مداری و کار تیمی است. و رهبر از آن باید حمایت کند تا سازمان پیشرفت کند.

چهار مرحله اساسی تضمین کیفیت عبارتند از : مشتری مداری ، فرآیند محوری، استفاده از داده ها و کار تیمی

ارزشهای محوری Core Values

در محیط داخلی ارزشهای محوری وجود دارد. ارزشهای محوری یعنی عقاید و باورهایی که در رفتار کارکنان وقتی تحت نظارت نیستند، متجلی می شود این ارزشها چطور شکل می گیرند و چه چیزی آنها رو شکل میدهد. بخشی از آنها در گزینش افراد رخ می دهد. یعنی اینکه در مرحله گزینش با آزمون ها و معرفی نامه ها، بر اساس سوابق افراد و رزومه و تجربه شان میتوان افرادی را برای کار انتخاب کرد که خیلی نیاز به انگیزش آفرینی نداشته باشند و به اصطلاح پیس میکر باشند. سلولهای پیس میکر قلب این خاصیت را دارند که به شکل اتوماتیک تپش دارند بدون اینکه کسی تحریک شان بکند. اگر سازمان موقع بکار گیری و استخدام افراد دنبال چنین افرادی باشد و با گزینش، آنها را در سازمان بکار گیری کند ارزشهایی وارد سازمان می گردد که موجب پیشرفت سازمان می شود. لذا جلوه اقدامی که رهبر در این راستا برای نهادینه کردن انجام میدهد (ارزش محوری) جلوه اش در آگهی و فرایند استخدام است. اما مسلما چیزهای دیگری مثل رهبری و تخصیص منابع و سیاست و تصمیماتی که رهبر میگیرد در ایجاد ارزش های نهفته در درون سازمان خیلی موثر است. این ها عبارتند از :

- محرک رفتار هستند و انعکاس باور مردم

- ارزشهای سازمان وقتی با کلمات روشن و بدون شبهه بیان می شوند، می توانند محرک تغییر شوند، جهت حرکت را مشخص کنند و به کارکنان نیرو بدهند
- ارزش ها به صورت یک دست از اصول راهنما هستند که بر مبنای آنها اعضای سازمان می توانند تعهدشان را به دیدگاه مشترک در خصوص کیفیت بنا کنند
- به شدت از سایر عوامل تاثیر می پذیرند ولی می توانند مستقل هم باشند.
- ارزش های مثبت: رسیدگی به بیمار، ادب، احترام گذاشتن، توجه کردن به بیمار (الگوی خوب)
- ارزشهای منفی: سخن چینی، تکی کار کردن، بد اخلاقی، برای همدیگر زدن (الگوی بد)
- ولی در یک کلام کارکنان با مردم آنگونه رفتار می کنند که شما با آنان برخورد می کنید (این جمله طلایی است)

سیاست

- سیاست در واقع بیانیه ای است که تصمیم ما را برای رسیدن به یک هدف کلی بیان می کند. دیدن نکات مربوط به اخذ تصمیمات در اقداماتی که مربوط به بهبود است به شدت به نهادینه شدن کمک می کند.
- سیاست را می توان به منزله یک نقشه، روش انجام کار، یا یک دست از قوانین که توسط دولت، حرفه، یا مؤسسه که برای اثرگذاری و تعیین تصمیمات و پروسیجرها درست می شود، تلقی کرد
- سیاستها می توانند دارای سطح وسیع (بیانیه ماموریت و منابع انسانی) تا سیاست های سطح محدود (استاندارد های انجام عملیات یا استاندارد های بالینی) را شامل شوند
- سیاست رابط مهمی بین سایر اجزا محیط توانمند ساز داخلی شمرده می شود سیاستها معمولا توسط مدیران تعیین یا تحت تاثیر قرار می گیرند، می توانند ارزشهای محوری را تقویت یا تضعیف کنند و مشخص کنند که منابع برای فعالیت های تضمین کیفیت اختصاص بیابد یا نه.

نکات سیاست:

- می تواند رسمی یا غیررسمی باشد
- برای اثربخشی سیاست باید اجرا و تقویت شود

مثال:

همه باید راهنماها را اجرا کنید، این سیاست بیان میشود و اجرا می شود، اینجا به کارهای بدون راهنمای بالینی پول داده نمی شود، کدهای اخلاقی باید رعایت شود کسی که کدهای اخلاقی را رعایت نکند..... با آن فرد برخورد می شود و اینها است که نهادینه می شود.

- هر شکایتی از بیماران باید ثبت و پیگیری شود. اگر رهبر شکایتی را دریافت کرده ولی رها شده و توجه نشده باید به آن واکنش نشان دهد باید : صندوق های شکایات را باز میکنیم تلفن های شکایات را گوش می کنیم، با نتایج آن تغییر قیافه می دهیم (یعنی خوب بود خوشحال می شویم و اگر بد بود اخم می کنیم)، دستور اقدام فوری (نه لازم!!) صادر کنیم. (الگوی سیاست)
- هزینه بی مورد تراشیدن برای بیمار جرم می شود (الگوی سیاست)
- باید سنجش و اجرا کنید این می شود اجرای سیاست.
- لینک مهمی بین سایر اجزای محیط درونی وجود دارد، سیاستها توسط رهبران تعیین و تقویت یا تضعیف می شود ارزش های محوری را تقویت می کنند و معلوم می کنند پول کجا خرج می شود.

منابع:

منابع انسانی، مواد و تجهیزاتی

برای هر کاری و طراحی اقدام بهبود کیفیت باید منابعی را تعیین کنید. یعنی اگر میخواهید بهبود کیفیت رخ بدهد باید با همان تقسیم بندی منبع که قبلا مطرح شد اقدام شود. در مورد فضای فیزیکی، آیا جای کافی برای آن اقدام وجود دارد. جا از نظر ارگونومی، گرما و سرما و تهویه خوب است یا نه؟ آیا تجهیزات لازم برای این کار فراهم است یا نیست؟ آیا اگر اینها نباشند افراد چطور کارها را انجام بدهند. هرچقدر هم افراد جز افرادی باشند که ارزش محوریشان بالاست. ما باید بر اساس یکسری سیاست هایی منابعی را برای اینکار تخصیص بدهیم که آن اقدام بهبود کیفیت اجرا گردد.

نیروی انسانی به لحاظ کمی آیا کافی است یا نه؟ اگر نیرو به اندازه کافی تدارک دیده نشود اقدام طراحی شده انجام نخواهد شد. البته این نیست که هر کاری با تدارک نیروی انسانی انجام میشود و تضمین می شود.

از نظر کیفی، آیا نیروی انسانی آموزش کافی دیده است؟ چه تجربه ای دارند؟ آیا انگیزش لازم برای نیروها فراهم شده است . یک بخشی از انگیزش، نظام پرداخت است. ساز و کارهای انگیزشی بسیار متفاوتی وجود دارد و بسیار اثرگذار است. در کل وقتی اقدام اصلاحی طراحی می کنید باید به منابع هم توجه بیشتری بکنید.

بطور خلاصه در مورد منابع انسانی، مواد و تجهیزاتی باید گفت:

- زمان نیروی انسانی، سرمایه های معین، تجهیزات دفتری، منابعی که برای جمع آوری و تفسیر داده ها مصرف می شوند حمایت ها از تیم بهبود کیفیت، و آموزش مداوم رهبران در علم تضمین کیفیت
- در محدوده منابع در دسترس، چگونه می توان منابع را برای توجه به کیفیت به حداکثر رساند؟ بدون تضمین کیفیت ، آیا کسی می تواند از اثر بخشی و کارآئی استفاده از منابع اطمینان حاصل کند؟
- جدول تخصیص منابع برای امور مربوط به کیفیت

سازماندهی برای کیفیت (ساختار)

سازماندهی و ساختار هم باید حامی کیفیت باشد؛ این بدان معنا نیست که حتما باید دفتری، فردی برای یک کاری استخدام بکنیم. تا آن اقدام یا برنامه عملیاتی اجرا و نهادینه بشود. انتظار بر آن هست که در تمام مراحل چرخه مدیریت نیروی انسانی، آن کارهایی که به عنوان بهبود طراحی می کنیم و می خواهیم اجرا کنیم ردش و اثرش دیده بشود. در واقع اگر از ابتدای این چرخه که انتشار آگهی استخدام است شرایطی را بگنجانیم که جز برنامه های بهبود کیفیت باشد. انتظار داریم آن فرد در رفتارشان نشان بدهد؛ در دوره آشنا سازی و معرفی، چیزهایی را بگنجانیم و یا آزمون بگیریم که می خواهیم در رفتارشان اتفاق بیافتد و مورد تاییدمان باشد

در ارزشیابی های افراد که ماهانه یا سالانه، رخ می دهد اون چیزی هایی را در این مرحله انجام میدهم که میخواهیم نهادینه بشود. مثلا رعایت حقوق بیمار، ایمنی بیمار و .. چیزهایی را بگنجانیم که مورد انتظارمان است و یا در مسیر ارتقای شغلی کارکنان چیزهایی را بگنجانیم که دیده شود و یا در مسیر ارتقا شغلی اعضا هیات علمی. در هر مرحله از این کار،

باید ردپایی از کیفیت دیده شود تا نهادینه شود. پس فقط درست کردن دفتر بهبود کیفیت و استخدام یک نفر در آن قسمت مشکلی را حل نمی کند. و بعضا ضد ارزش هم است.

بنابراین در سازماندهی برای کیفیت:

بهترین ساختاری برای کیفیت وجود ندارد، گاهی نوعی ساختار ضد ارزش می شود.

۴ عامل اساسی موفقیت عبارتند از:

✓ مراقبت و سرپرستی

✓ هماهنگی

✓ مشخص بودن نقشها، مسئولیتها و اختیارات

✓ پاسخگوئی

- یک ساختار مناسب می تواند یک واحد بهبود کیفیت، یک تیم بهبود کیفیت، یک کمیته بهبود کیفیت با نمایندگانی از واحد های مختلف یا ترکیبی از اینها باشد
- مسئولیت های بهبود کیفیت باید در شرح شغل هر کسی وجود داشته باشد
- بهر حال افراد یا گروه های خاص باید همچنان برای سرپرستی، هماهنگی و حمایت باید مشخص گردند

عملکردهای حمایتی

اطلاعات و ارتباطات

برای نهادینه شدن بهبود کیفیت سه دسته عملکرد حمایتی را نیاز داریم که در اضلاع مثلث دیده می شود:

۱. تولید اطلاعات معتبر و بهنگام و بعد ساز و کار تبادل این اطلاعات است.

یعنی اگر میخواهید اقدامی نهادینه شود اطلاعات مربوط به استاتداردها باید مشخص بشود چگونه داده ها جمع آوری می شود. و چگونه تبدیل به شاخص می شود. از کجا باید این اطلاعات استخراج بشود. اساسا سیستم HIS آیا امکان این تغییر را دارد؟ اگر ندارد باید متقاضی ایجاد این تغییر شد. افراد چقدر می توانند با دست و مراجعه یکی یکی به فرمها، اطلاعات را جمع آوری نمایند. اطلاعات چشم بینای ما در سیستم است. در بررسی و ارزیابی ها، باید از اطلاعات شروع کرد زیرا تا زمانیکه ما ندانیم که چه جوری کاری انجام می شود، چطور می شود اقدام بهبود کیفیت طراحی و انجام داد. در اینجا علم

آمار خیلی به ما کمک می کند. اگر ما بتوانیم آمار و اطلاعات درستی را با محاسبات آماری بدست بیاوریم در پیشرفت کارها خیلی به ما کمک خواهد کرد. حالا که ما اطلاعات داریم آیا ساز و کار به اشتراک گذاری را هم داریم. یعنی این اطلاعات را می توانیم به کسی که ذینفع است به اشتراک بگذاریم و آن فرد نیز در تصمیم سازی به ما کمک بکند. آیا از اتوماسیون اداری و شبکه های مجاز اجتماعی می توانم استفاده کنم که این نتیجه تحلیلی که بر اساس اطلاعات انجام دادم تبادل هم می توان بکنم. باید یکسری اقدام در بهبود کیفیت طراحی گردد صرفا برگزاری کلاس های آموزشی و یا ایجاد هماهنگی، بیان این جملات منجر به ایجاد و نهادینه شدن آن بهبودی که مد نظرتان است نمی شود..

پس بطور خلاصه:

- "اطلاعات" جمع کردن تجارب و نتایج اقدامات تضمین کیفیت
- "ارتباطات" یک فرآیند دو طرفه تعاملی که در آن اطلاعات در دسترس بین بخش های مختلف سازمان، کارکنان، جوامعی که به آنان خدمت داده می شود و سیاست مداران به اشتراک گذاشته می شود
- اجازه می دهد که نقاط با اولویت برای تلاش بیشتر مشخص گردد ارزشهای محوری تقویت شود، زحمات شناخته شود و نمایش نتایج برای حمایت طلبی و مدیریت تغییر میسر گردد
- ثبت داده ها (بهبود مستندسازی)
- به اشتراک گذاری (انتشار نتایج و درس های آموخته شده)
- استفاده از نتایج (برای به پیش راندن تغییرات)

عملکردهای حمایتی

ظرفیت سازی

بحث کلیدی دیگر بحث ظرفیت سازی است، اگر میخواهید کسی کاری را انجام دهد باید توان و ظرفیتش را هم در آن فرد ایجاد کنید. اما این نباید صرفا به برگزاری کلاسهای آموزشی مبتنی بر سخنرانی ختم شود. در روشهای آموزشی دایرکت باید ۱۰ درصد شامل سخنرانی باشد. روشهای متعددی است برای آموزش های فعال و اثرگذار شامل منتورینگ، گویچینگ، شرکت در پروژه، بحث و مبادله، exposure and reflection کیس را مطرح کردن و درخواست بازخورد دادن. اینها همگی دوره هایی است که کمک می کند، در حال حاضر می گویند توانمندسازی حین انجام کار (Under job

training)، ۷۰ درصد از ظرفیت سازی را به خود اختصاص می دهد. روشهای موثر و کم هزینه توانمندسازی را فراموش نکنیم. نکته دیگری که در فرمها و برنامه های ارتقاء دیده بشود. Capacity bilding است که بر مبنای روشهای جدید و نوین و اثر بخش صورت بگیرد.

جرات ورزی:

یاد بگیریم به شیوه آرام و مثبت و بدون عصبانیت و پرخاشگری حقایق را بیان کنیم.

لذا در ظرفیت سازی باید موارد زیر مد نظر باشد:

- ✓ افزایش دانش، مهارتها و توانائی ها
- ✓ آموزش، مربی گری و نظارت های رسمی تضمین کیفیت در کار، ارزیابی توسط خود و دیگران، بهبود عملکرد و فعالیت های سرپرستی
- ✓ رویکردهای توانمندسازی:
- آموزش در کلاس
- مشارکت
- بر مبنای عملکرد
- آموزش از راه دور
- تمرین در حضور منتور

سه نوع اصلی ظرفیت سازی:

- تخصص های پایه ای بهبود کیفیت
- مربی گری و منتورینگ کارکنان
- نظارت و سرپرستی بر تلاش های تضمین کیفیت

عملکردهای حمایتی

پاداش دادن به کار با کیفیت

در ضلع بعدی مثلث همانطوری که مشاهده میفرمائید بحث پاداش به کیفیت است. در سازمان اگر بین فردی که خوب کار می کند و فردی که بد کار می کند تفاوتی نباشد، فردی که خوب کار می کند به مرور زمان می گوید چرا به خوب کار کردن ادامه بدهم. بنابراین باید بر اساس اطلاعات ارزیابی عملکرد، بین عملکرد خوب و عملکرد ضعیف افتراق قابل بشویم. خوب باید تشویق گردد و آن فردی که ضعیف است باید تحلیل و تقویت گردد. و اگر نشد و دیدیم ظرفیتش وجود ندارد در جایی دیگر از سیستم که احتمالاً برای آن فرد مناسب تر است بکار گیری شود.

تشویق هم صرفاً پول نیست. روشهای متعددی برای تشویق افراد داریم. اثر پول، اثر اسپایکی یا اثر چشم گیر کوتاه مدت می گذارد و بعداً تبدیل به حق و طلب می شود. روشهای متعددی دیگری از قبیل نمایش کارهای بهبود کیفیت در نمایشگاه یا جراید، معرفی کارمند نمونه در هر ماه یا واحد نمونه در هر ماه، گروه های افرادی که خوب کار کردند با جایزه نمادین مثلاً یک لگو، تابلو، سردستی کوچک که می توانند در لباس شان نصب کنند، میتوانند خیلی اثرگذار باشند. لزوماً همین که افراد دیده بشوند و مورد تقدیر قرار گیرند در بسیاری از موارد از هزینه کرد صدها و هزاران تومان پول ارزشش بیشتر است و اثر گذار خواهد بود.

در پاداش دادن به کیفیت باید:

- معرفی یا اعطای پاداش به افراد، گروه ها یا سازمانها بر اساس یک سیستم منظم ارزیابی
- راه های متعددی برای شناسایی و پاداش دادن به افراد و تیم ها وجود دارد که لزوماً منابع زیادی نمی خواهد:
 - نمایش کارهای بهبود کیفیت در نشست ها یا جراید
 - معرفی کارمند نمونه در هر ماه برای جلب توجه مشتریان مهم
 - ارج نهادن به افراد و تیم ها با جوایز سمبولیک
 - انتخاب بهترین تیم بهبود کیفیت برای شرکت در یک کنفرانس

بطور خلاصه می شود اشاره کرد که اگر می‌خواهیم اقداماتی را که در برنامه بهبود یا عملیاتی می نویسم و می‌خواهیم انجام دهیم، منجر به نتیجه پایدار شود به اصطلاح منجر به نهادینه شدن یک اتفاق در سازمان بشود بطوری که بطور اتوماتیک رخ بدهد و خیلی نیاز به کنترل و نظارت و فشار ما نداشته باشد. مجموعه این عوامل را باید در نظر بگیریم. و بدین طریق است که آن اقدام نهادینه می شود

بطور خلاصه:

رویکردهای نهادینه سازی:

(a) عوامل توانمند ساز داخلی

۱. **رهبری:** نمایش توجه و دغدغه توسط مسئول بخش، بیمارستان، دانشگاه یا وزارت: پرس و جو در بازدید ها، ورود در چک لیستهای نظارتی رؤسا و مدیران، رسیدگی خارج از نوبت، تخصیص منابع
۲. **سیاست:** بیان رسمی و غیر رسمی تصمیمات و جهت گیری های کلی در واحد و اقدام بر اساس آنها: ما در این واحد فقط بر اساس راهنماهای بالینی مصوب کار می کنیم، رسیدگی به حقوق بیمار برای ما اولویت دارد، وقوع never event ها را تحمل نمی کنیم
۳. **منابع:** تخصیص منابع لازم برای راه کار انتخابی: وقت و شیفت برای کارکنان، خریدهای تجهیزاتی مصرفی، اختصاص فضای کافی
۴. **ارزشها:** بیان ارزشهای سازمان با کلمات روشن و بدون شبهه بیان، ارزشها محرک رفتار هستند و انعکاس باور مردم
۵. **ساختار:** دیده شدن و حمایت از راه کار انتخابی در ساختار: آگهی استخدام، فرم عقد قرارداد با کارکنان، آشنایی و آموزش اولیه هنگام ورود به بخش، شرح وظائف، فرم های ارزشیابی، مسیر ارتقا شغلی (تبدیل وضعیت)، شرایط انتخاب کارمند نمونه

(b) عملکردهای حمایتی

۶. **اطلاعات و ارتباطات:** فراهم کردن امکانات لازم برای جمع آوری اطلاعات لازم برای مدیریت خطر پیش آمده و همچنین ساختار و منابع لازم برای تبادل این اطلاعات نظیر کمیته ها، جلسه ها، هات لاینها، شبکه های اجتماعی و

۷. **پاداش دهی:** طراحی ساز و کارهای متمایز و معتبر و دقیق برای شناسایی عملکردهای برتر و پاداش دهی (انتخاب کارکنان نمونه در ماه یا سال، اعطای نشان های کوچک، تشویق واحد نمونه در مراسم، اعطای اولویت در استفاده از امکانات آموزشی و ادامه تحصیل، بهبود شرایط کاری.....)

۸. **توانمندسازی:** فراهم کردن امکانات، فرصت و انگیزه برای کارکنان درگیر در اجرای راهکار جهت شرکت در دوره های توانمندسازی برای استقرار مداخله پیشنهادی

منابع:

۱. شاهین آرش، مدیریت کیفیت فراگیر، انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان، چاپ اول ۱۳۹۳
۲. محبی فر رفعت و دیگران، اولویت بندی معیارهای کیفیت در خدمات بیمارستانی از دیدگاه ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات، فصلنامه علمی و پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دوره چهارم، شماره دوم تابستان ۱۳۹۵
۳. دهنویه رضا و دیگران، کیفیت خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران، وضعیت، موانع و راهکارهای بهبود، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱۳، شماره ۵، زمستان ۱۳۹۶، صفحات ۹۸-۱۰۹
۴. امامی رویا و دیگران، بررسی کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی از دیدگاه گیرندگان خدمت، مجله تحقیقات نظام سلامت، شماره ۱، بهار ۱۳۹۹
۵. Benisheva-Dimitrova T, Brborovic O, Donev D, Mariana D, Dzakula A, Erzen I, et al. Management in Health care practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals. Lage, Germany: Hans Jacobs Publishing Company; ۲۰۰۸.
۶. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: Towards a broad definition. Int J Health Care Qual Assur ۲۰۱۳; ۲۶(۳): ۲۰۳-۱۹.
۷. Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. Health Affairs ۲۰۱۱; ۳۰(۸): ۱۴۹۸-۱۵۰۷.