

حاکمیت خدمات بالینی

نویسندگان: جان رایت، پیتر هیل

مترجمان :

آرش رشیدیان

زینب معین فر

فرزانه میرزا قایی

سحر سخاوی

رامین روانگرد

مبانی و روش‌های بهبود کیفیت
خدمات بهداشتی و درمانی در
بیمارستان و درمانگاه

سرشناسه : رایث، جان، ۱۹۶۲ - م.

Wright, John

عنوان و نام پدیدآور : حاکمیت خدمات بالینی: مبانی و روش‌های بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان و درمانگاه/ نویسندگان جان رایث، پیتر هیل؛ مترجمان آرش رشیدیان، او دیگران.

مشخصات نشر : تهران: ویستا، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری : ۳۲۰ص: (مصور) (پیشی رنگی)، جدول، نمودار.

شابک : 978-600-6754-27-7

وضعیت فهرست نویسی : فیبا

یادداشت : عنوان اصلی: Clinical governance, c2003.

یادداشت : مترجمان آرش رشیدیان، زینب معین‌فر، فرزانه میرزاآقایی، سحر افتخاری، رامین روانگرد.

یادداشت : واژه‌نامه.

یادداشت : کتاب‌نامه.

عنوان دیگر : مبانی و روش‌های بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان و درمانگاه.

ضمیمه : مهارت‌های بالینی

نوع : پزشکی -- خدمات -- کنترل کیفی

موضوع : بهداشت -- مدیریت

موضوع : پزشکی مبتنی بر شواهد

شناسه زوده : هیل، پیتر

شناسه آرد : Hill, Peter

شناسه افزوده : رشیدیان، آر - مترجم

رده بندی کنگره : ۱۳۹۱/۱۱۳۹۹

رده بندی دیویی : ۶۸۵/۳۶۲

شماره کتابشناسی ملی : ۵۰۱۵۱

حاکمیت خدمات بالینی

نام کتاب:

آرش رشیدیان، زینب معین‌فر، فرزانه میرزاآقایی، سحر افتخاری، رامین روانگرد.

ترجمه:

ویستا

ناشر:

آزاده هاشمی

مدیر تولید:

پارسا

لیتوگرافی، چاپ و صحافی:

اول

نوبت چاپ:

۱۳۹۱

سال انتشار:

جلد ۳۰۰۰

شمارگان:

۱۱ ریال

بهاء:



مرکز آموزشی-پژوهشی و نشر
دفتر نشریاتی

ISBN: 978-600-6754-27-7



کلیه حقوق این اثر برای مترجمان محفوظ است. تکثیر تمام یا قسمتی از این اثر به هر صورت ممنوع است. نقل مطالب با رعایت اصول نقل صحیح با ذکر نام کامل اثر، نویسندگان، مترجمان و ناشر آزاد است.

حق چاپ محفوظ است

دغدغه افزایش کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها، مطب‌ها و درمانگاه‌ها، و در آزمایشگاه‌ها و دیگر خدمات جانبی بالینی، دغدغه‌ای واقعی و همیشگی است. به رغم تلاش‌های همیشگی ارایه‌کنندگان خدمت، انتظارات گیرندگان خدمات بیش از آن چیزی است که ارایه می‌شود. به واقع بسیاری پزشکان و پرستاران نیز دوست دارند خدمتی بهتر از آنچه اکنون ارایه می‌دهند در اختیار بیمار و خانواده وی بگذارند.

سال‌های طولانی تلاش علمی و پشتوانه تجربی در کشورهای مختلف جهان منجر به شناخت روش‌ها و پیدایش بهت‌های مختلفی در جهت ارتقای کیفیت خدمات شده است. از تلاش در افزایش اثربخشی خدمت (مثلاً گسترش پزشکی مبتنی بر شواهد) گرفته تا پاسخ به انتظارات منطقی گیرنده خدمت (مثلاً خدمات بیمار محور)، و از استانداردهای مدیریت تا فرایند سلامت (مثل استانداردهای ایزو برای بیمارستان) گرفته تا اقداماتی که برای ارتقای کلی فرهنگ ارایه خدمت و تغییر "فضای" درمانگاه و بیمارستان (مثل ارتقای جامع کیفیت یا سازمان‌های یادگیرنده) صورت می‌گیرند، از آن جمله‌اند. هر یک از این بهت‌ها در جای خود ارزشمند و اساسی هستند. مثلاً گسترش پزشکی مبتنی بر شواهد کلیت کیفیت خدمت را به سمت سطحی مقصد نهایی آن، یعنی موثر بودن درمان در سلامت بیمار سوق می‌دهد. زیاده نیست تا انتظار رود که پزشک، دستانش را بر روی بیمار توصیه کند که اثربخشی آن در مطالعات متقن نشان داده شده باشد.

در مقام تعریفی لغوی برای حاکمیت بالینی، می‌توان از بهترین تعاریف این برنامه را پیشتر چنین ترجمه کرده‌ام: "چارچوبی که در آن سازمان‌های ارایه‌کننده خدمت، قیالاً خود دارای کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند".^۱ این تعریف ضمن آن که افق و هدف از برنامه را مشخص می‌سازد، ساز و کار و روش دستیابی به آن را به اختیار سازمان ارایه‌کننده خدمت (مثلاً بیمارستان یا شبکه یا درمانگاه) می‌گذارد. تجربیات کشورهای مختلف پیاده‌سازی برجسته فراوانی را در اثر اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی نشان داده‌اند. در کشور ما، دانشگاه علوم پزشکی تهران اولین دانشگاهی بود که در سال ۱۳۸۵ برنامه حاکمیت بالینی را به عنوان برنامه اصلی ارتقای کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی خود برگزید و اجرای آن را در سه مرحله "برنامه ریزی و اولویت گذاری"، "راه‌اندازی و پیاده‌سازی" و "تکمیل و استقرار" دنبال کرد.^۱ در مسیر اجرایی، برنامه‌های آموزشی متعددی اجرا شد و روال‌هایی برای بعضی اقدامات مهم حاکمیت بالینی طراحی و پیاده شدند. ضمن آن که اولین جشنواره حاکمیت بالینی کشور نیز در دی ماه ۱۳۸۷ در این دانشگاه برگزار شد. نتیجه این اقدامات و کارهای دیگری که در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همینطور بعضی دانشگاه‌های دیگر صورت گرفت، با تصمیم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و ابلاغ مقام محترم وزارت، حاکمیت بالینی به عنوان برنامه اصلی ارتقای کیفیت خدمات کشور ابلاغ شده است. در حال حاضر این برنامه در کنار برنامه‌های تدوین راهنمای بالینی و استانداردها، و برنامه اعتباربخشی مجموعه منسجمی را برای ارتقای کیفیت شکل می‌دهند که اگر به خوبی اجرا شوند فواید فراوانی برای جامعه و کشور به ارمغان خواهند داشت.

^۱ رشیدیان آرش. حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه علوم پزشکی تهران: ارتقای کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی (مطالعه موردی). مجله علمی پژوهشی بیمارستان. ۱۳۸۸. سال هشتم، شماره ۵، ۲۷-۲۲.

کتاب‌های متعددی به مبنای، روش‌های اجرایی و مدل‌های پیاده‌سازی حاکمیت بالینی پرداخته‌اند. البته جای کتاب مناسب بومی در کشور هنوز خالی است. تا پیش از تدوین چنین کتابی استفاده از تجربیات نویسندگان دیگر کشورها ارزشمند است. در میان کتاب‌های متعدد، کتاب حاضر به قلم رسای آقایان جان رایت و پیتر هیل به زیبایی مبنای، آزمایشگاه و تجربیات و تعاملات لازم را در اجرای حاکمیت بالینی بیان می‌کند. برجستگی ویژه کتاب وجود مثال‌های متنوع از مشکلات و چالش‌های کیفیت و روش‌های عملی حل آنها در محیط بیمارستان و یا درمانگاه است. مثال‌های شیوا در کتاب به گونه‌ای هوشمند انتخاب شده‌اند که در عمل هر پزشک و پرستار و ارایه کننده خدمت یا مدیر بهداشت می‌تواند تجربیات مرتبط با خود را در میان مثال‌ها بیابد، و البته از توصیه‌ها و دیدگاه نویسندگان بهره‌مند شود.

خواننده این کتاب را به هر کسی که دغدغه ارتقای کیفیت خدمات سلامت دارد توصیه می‌کنم. نه به این جهت که خود از جمله مترجمان آن بودم بلکه کتابی است که هر بار و به هر علت به بخشی از آن مراجعه کرده‌ام از بیان شیوای کتاب و به خصوص مثال‌های متنوع آن لذت بردم. مثال‌های کتاب به خوبی نشان می‌دهند که چرا به عنوان ارایه کنندگان خدمت، بعضاً متوجه کیفیت خدمات نمی‌شویم، و یا چرا بارها به رغم آن که زحمت فراوانی برای یک بیمار کشیده‌ایم با نگاه ناراضی و به اعتراض یا همراه مواجه می‌شویم. در کنار این راه‌حل‌های متعددی در کتاب برای برخی چالش‌های مهم ارتقای کیفیت (مثلاً مشکلات کار تیمی) ارایه شده‌اند که ارزش خواندن (و دوباره خواندن) کتاب را دو چندان می‌کند.

همکاران اینجانب در ترجمه کتاب کمک کردند که تجزیه و تحلیل و تفسیر متن اصلی اجرای برنامه حاکمیت بالینی در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال‌های ۸۸-۸۵ بوده و بسیار چالش‌ها را از نزدیک لمس کرده‌اند. ضمن آن که ترجمه کتاب با وسواس و دقت فراوان و با چندین بار بازبینی صورت گرفته است. امید داریم متنی رسا و شفاف، با رعایت اصول و قواعد زبان شیرین فارسی ارایه شده باشد. از هر گونه کاستی صمیمانه پوزش خواسته و از بازخورد شما با علاقه استقبال می‌کنیم. جای دارد در این جا از حمایت و پیگیری جدی استاد ارجمند آقای دکتر باقر لاریجانی رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران و همراهی و همکاری دوست عزیز آقای دکتر عباسی صداقت در اجرای این برنامه در دانشگاه صمیمانه تشکر شود. ضمن آن که پشتیبانی دبیرخانه تحقیقات توسعه سیاست‌های دانشگاهی، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در شکل‌گیری تجربه دانشگاه و این ترجمه نقش جدی داشتند. در پایان به همکاری و علاقه دوستان ارجمند آقایان دکتر علیرضا جدیان معاون درمان و دکتر احمدرضا سروش رئیس بیمارستان دکتر شریعتی جای تقدیر بسیار دارد و از حمایت مالی بیمارستان دکتر شریعتی در انتشار نهایی کتاب صمیمانه تشکر می‌کنم.

دکتر آرشد شریعتی

**دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران**

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه.....	۱۷
چشم‌انداز تاریخی.....	۱۸
مفهوم.....	۱۸
برداشتهای اخیر.....	۱۸
تضمین کیفیت در مراقبت سلامت.....	۱۹
دیدگاه.....	۲۵
چرا حاکمیت خدمات بالینی لازم است.....	۲۵
سایر عوامل برای.....	۲۶
توسعه حاکمیت خدمات بالینی.....	۲۷
موسسه ملی تعالی الی (NICE).....	۲۹
ارزیابی فناوری سلامت.....	۳۰
تدوین راهنمای بالینی.....	۳۰
پیشبرد ممیزی بالینی و گزارشهای محرمانه.....	۳۰
حمایت از حاکمیت خدمات بالینی.....	۳۱
کمیسیون ممیزی و ارزیابی خدمات بالینی (CHAI).....	۳۱
چه چیز ارزیابی می‌شود.....	۳۲
برای آماده‌سازی چه کاری باید کرد؟.....	۳۵
مرجع ملی ارزیابی بالینی.....	۳۵
هیات استاندارد بالینی اسکاتلند.....	۳۵
استانداردهای ملی.....	۳۶
تمدید اعتبار و ارزیابی.....	۳۶
خدمات سلامت مطلوب.....	۳۹

۳۹	.....	راه خود را در این کتاب بیابید
۴۰	.....	نتیجه گیری
۴۰	.....	منابع:
۴۳	.....	فصل دوم : حاکمیت خدمات بالینی - به کارگیری اصول در عمل
۴۴	.....	ساختار و نقش ها
۴۷	.....	بخش یا درمانگاه
۵۰	.....	اصول حاکمیت خدمات بالینی
۵۳	.....	کار اصلی باشا
۵۴	.....	تیمی کار کنید
۵۴	.....	رهبری مؤثر و سود دهی
۵۵	.....	همکاری کنید
۵۶	.....	پیشرفت را پایش کنید
۵۸	.....	منابع
۶۲	.....	برنامه های ارتقای کیفیت
۶۲	.....	بازنگری کنید، توافق کنید، اجرا کنید و نشان دهید (RAID)
۶۵	.....	برنامه، انجام، مطالعه، اقدام (PDSA)
۶۶	.....	برای مطالعه بیشتر:
۶۷	.....	فصل سوم : ارزش های اصلی در پزشکی
۶۷	.....	مشاوره - وظیفه اصلی پزشکی
۶۸	.....	حرفه ای گری
۶۹	.....	نقش پزشک
۶۹	.....	رابطه پزشک - بیمار
۷۰	.....	ارزش ها

۷۰	.....	تهدید
۷۳	.....	مراقبت
۷۶	.....	توانمندی
۷۸	.....	رازداری
۸۰	.....	نگذارد عملکرد خوب پزشکی
۸۱	.....	جیره بندی
۸۵	.....	تجربه
۸۶	.....	برخی از مشکلات مربوط به جیره بندی
۸۷	.....	مسوولیت ارزش و
۸۷	.....	زندگی خان
۸۸	.....	پزشکی در بخش
۸۹	.....	فرهنگی برای نظام سلامت آینده
۹۰	.....	نتیجه گیری
۹۰	.....	منابع:
۹۳	.....	فصل چهارم : اثر بخشی بالینی و عملکرد بر روی شواهد
۹۴	.....	یادگیری در طول عمر
۹۵	.....	شواهد اثربخشی: آیا کار می کند
۹۶	.....	کارآزمایی های کنترل شده تصادفی
۹۸	.....	مروورهای نظام مند
۱۰۱	.....	عملکرد بر پایه شواهد
۱۰۵	.....	جستجو برای شواهد
۱۰۸	.....	ارزیابی شواهد
۱۱۳	.....	ارایه شواهد

۱۱۵	 برای مطالعه و اطلاعات بیشتر:
۱۱۷	 فصل پنجم : یادگیری در طول عمر:
۱۱۸	 مسوولیت برای به روز ماندن
۱۱۸	 آموزش پزشکی پایه
۱۱۹	 آموزش بالینی
۱۲۳	 آموزش تخصصی سطوح بالاتر
۱۲۴	 یادگیری مداوم در طول عمر
۱۲۶	 اصول یادگیری
۱۲۸	 قابلیت ها و منافع هایی که پزشکان نیاز دارند
۱۲۹	 ارزیابی و باز خورد عملکرد
۱۳۴	 مربی گری
۱۳۵	 ارتقای حرفه ای مداوم
۱۴۰	 تمدید اعتبار
۱۴۱	 نتیجه گیری
۱۴۱	 منابع:
۱۴۳	 فصل ششم: پایش کیفیت مراقبت- کاهش خطاها و ارتقای استانداردها
۱۴۳	 کاهش خطاهای پزشکی و ارتقای ایمنی بیمار:
۱۴۶	 کاهش خطاها
۱۵۲	 گام های کاهش خطا در یک بخش بالینی
۱۵۸	 خطاهای تجویز
۱۶۰	 ممیزی بالینی
۱۶۲	 انتخاب موضوع
۱۶۳	 تعریف استانداردها

۱۶۳	جمع‌آوری داده‌ها
۱۶۶	تحلیل اطلاعات
۱۶۸	بازنگری عملکرد و اعمال تغییرات
۱۶۸	ممیزی مجدد
۱۶۹	تحقیق‌های ملی محرمانه
۱۷۰	تحقیق محرمانه بر مرده‌زایی و مرگ‌های طفولیت (CESDI)
۱۷۰	تحقیق ملی مرگ‌های مرگ‌های حول جراحی (NCEPOD)
۱۷۲	تحقیق محرمانه مرگ‌های مادری
۱۷۳	تحقیق محرمانه بر مرگ‌های و قتل توسط بیماران روانی
۱۷۳	عملکرد محلی
۱۷۴	کنترل آماری فرایند استفاده از نمودارهای کنترل
۱۷۶	منابع

فصل هفتم: راهنماهای بالینی و تغییر عملکرد بالینی ۱۷۷

۱۷۸	راهنمای بالینی چیست و آیا موثر است؟
۱۸۰	روش تدوین یک راهنمای بالینی
۱۸۰	گام اول: انتخاب موضوع
۱۸۱	گام دوم: شناسایی موانع و انگیزه‌ها
۱۸۲	گام سوم: انتخاب گروه
۱۸۴	گام چهارم: تعیین برنامه
۱۸۴	گام پنجم: شناسایی راهنماهای معتبر
۱۸۶	گام ششم: دستیابی به اتفاق نظر
۱۸۶	گام هفتم: آرایه و دسترسی
۱۹۱	تغییر رفتار بالینی: استفاده از شواهد در اقدامات بالینی

۱۹۴	گام‌ها و مداخلات به کارگیری
۲۰۰	محدودیت‌های راهنماهای بالینی
۲۰۱	مسیرهای مراقبت
۲۰۶	برای مطالعه و اطلاعات بیشتر
۲۰۷	پیوست فصل هفتم (اضافه شده از سوی مترجمان):
۲۰۷	نسخه فارسی ابزار نقد راهنماهای بالینی
۲۰۸	مقدمه
۲۰۹	تاریخچه
۲۱۴	ابعاد
۲۱۵	چشم‌انداز و اهداف
۲۱۷	مشارکت ذینفعان
۲۲۱	دقت و کیفیت مندوژی تعیین
۲۲۳	گویایی و ارایه
۲۲۵	قابلیت به کارگیری
۲۲۷	استقلال در ویرایش
۲۲۹	ارزیابی نهایی
۲۲۹	فصل هشتم: ارتباط با بیمار، مستندسازی و شکایات
۲۳۱	ارتباط مناسب
۲۳۲	موانع
۲۳۲	عملکرد خوب
۲۳۵	استانداردها
۲۳۸	رضایت
۲۴۰	نگهداری خوب سوابق
	کدگذاری

۲۴۲	داده‌ها برای تصمیم‌گیری بالینی: پرونده الکترونیک
۲۴۳	دست‌رسی به داده‌های بالینی به روز
۲۴۶	شکایات و دادخواهی
۲۴۸	برای مطالعه بیشتر:
۲۴۹	عمل‌نظم: پیامدهای سلامت و پایش عملکرد
۲۵۰	شاخص‌های عملکرد
۲۵۴	شاخص‌های بالینی
۲۵۸	آنچه لازم است در مورد شاخص‌های بالینی بدانید
۲۵۸	بهبود مراقبت
۲۵۹	کیفیت داده‌ها
۲۵۹	تفاوت تصادفی
۲۶۰	آمیزه بیمار
۲۶۰	حساسیت پیامدها
۲۶۴	واکنش رسانه‌های ارتباط جمعی
۲۶۴	چگونگی استفاده از شاخص‌های بالینی
۲۶۷	فصل دهم: کار تیمی
۲۶۸	کار کردن در تیم‌ها در نظام سلامت مدرن
۲۶۸	مدل‌های کار تیمی
۲۷۰	ویژگی‌های تیم‌های تاثیرگذار
۲۷۲	جنبه‌های کیفیت
۲۷۳	ارتباط با همکاران
۲۷۴	یادگیری در تیم‌ها
۲۷۸	بیمار و تیم

۲۸۲	 مشارکت بیمار
۲۸۴	 مشارکت در تصمیم‌گیری
۲۸۶	 به‌سوی مشارکت
۲۸۸	 گوش‌فرادادن به آنچه بیماران می‌خواهند
۲۸۹	 زمانی که مشکلی پیش می‌آید
۲۸۹	 یادگیری از شکایات
۲۹۱	 منار
۲۹۳	 فصل یازدهم: کار در خدمات سلامت مدیریت شده
۲۹۴	 توسعه در مدیریت
۲۹۵	 توسعه مدیریت در NIS
۲۹۷	 ساز و کار کنونی مدیریت
۲۹۷	 ساز و کار مدیریتی برای تضمین کیفیت
۲۹۸	 قصور پزشکان
۲۹۸	 راهنما برای خدمات سلامت
۳۰۰	 شورای عمومی پزشکی
۳۰۰	 ساز و کار استخدام
۳۰۱	 مدیریت کردن عملکرد ضعیف
۳۰۲	 مدیریت و رهبری
۳۰۳	 مدیران موثر
۳۰۳	 مدیریت خود
۳۰۵	 کار با مدیران
۳۰۷	 مدیریت تغییر
۳۰۷	 کارایی و اثربخشی

۳۰۹	.....	نظام‌ها به‌عنوان کلید کیفیت
۳۱۰	.....	سازمان یادگیرنده
۳۱۱	.....	نتیجه‌گیری
۳۱۲	.....	تابع:
۳۱۵	.....	واژه‌یاب
۳۱۸	.....	معادله‌نارسی واژه‌های پر کاربرد کتاب

www.ketab.ir

www.ketab.ir

فصل اول: مقدمه

حاکمیت خدمات بالینی بهنجاری است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و این محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمات پرداخته اند^۱. در قانون بهداشت سال ۱۹۹۹، وظیفه قانونی و مدون کیفیت بر دوش نظام ملی خدمات سلامت NHS قرار گرفت. این فصل از کتاب به موضوعات زیر می‌پردازد:

- چشم‌انداز تاریخی
- مفهوم حاکمیت خدمات بالینی
- تضمین کیفیت در مراقبت سلامت
- مدیریت جامع کیفیت^۲ و دیگر مدل‌ها
- چشم‌انداز جهانی
- توسعه حاکمیت خدمات بالینی
- موسسه ملی تعالی بالینی^۳
- کمیسیون ممیزی و ارزیابی خدمات بالینی^۴
- استانداردهای ملی
- حاکمیت خدمات بالینی برای پزشکان، از جمله تمدید اعتبار و بررسی
- ویژگی‌های خدمات بهداشتی مطلوب

^۱ National Health System

^۲ Total Quality Management (TQM)

^۳ National Institute for Clinical Excellence

^۴ Commission for Health Audit and Inspection

چشم‌انداز تاریخی

اصطلاح حاکمیت (governance) ریشه در تجربیات جهان تجاری و شکست برخی موسسات مشهور و از بین رفتن قابل توجه دارایی سرمایه‌گذاران آنها دارد. حاکمیت شرکت^۱، نظامی است که به وسیله آن شرکت‌ها جهت‌دهی و کنترل می‌شوند. هیات‌های مدیره، مسوول حاکمیت شرکت‌های خود هستند. نقش سهامداران، انتخاب مدیران و بازرسان و اطمینان از وجود تشکیلات مناسب حاکمیت شرکت است. این مسوولیت هیات مدیره است که اهداف راهبردی شرکت را تعیین کرده و به منظور اجرای آنها، رهبری مناسبی ارائه دهد. هیات مدیره همچنین باید بر مدیریت تجاری نظارت کند و به سهامداران در خصوص عملکرد تولییتی خود گزارش دهد. اقدامات هیات مدیره تحت نظارت قوانین و مقررات و همچنین نظارت سهامداران از طریق گزارش در مجمع عمومی سالیانه است.

در مورد بیمارستان‌ها و شرکت‌های مراقبت بهداشتی نیز به همین صورت است.

اصطلاح حاکمیت خدمات بالینی در مورد بیمارستان‌ها قدیمی‌تر بوده و به سال ۱۶۶۰ (۲) برمی‌گردد. گفته شده که می‌توان به آن بقراب ۴۰۰ سال قبل از میلاد مسیح نیز دید که حرفه پزشکی برخی از اشکال حاکمیت خدمات بالینی را اجرا کرده است.

مفهوم

بنابراین حاکمیت خدمات بالینی تا حد زیادی با جدید برای مفهومی آشنا است. می‌توان آن را به صورت تغییر فرهنگ کل سازمان تصور کرد، طوری که ابزارهایی برای توسعه قابلیت سازمانی در ارائه مراقبت‌های سلامتی پایدار، پاسخگو، بیمار مدار و با تضمین کیفیت فراهم می‌سازد.

رویدادهای اخیر

در دهه ۱۹۹۰ و اوایل هزاره جدید، گزارش‌های گسترده‌ای از چند ناکامی تکنیکی دهنده در مراقبت‌های پزشکی در انگلستان منتشر شدند. نارسایی‌های فاجعه‌آمیز در خدمات غربالگری سرطان پستان و گردن رحم، تحقیق عمومی در مورد تعداد زیاد مرگ کودکانی که به علت مشکلات قلبی در بیمارستان سلطنتی بریستول مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند، پزشکیانی که به تعداد قابل توجهی از بیماران به نامناسب رسیدگی کرده و آسیب و زیان رساندند، و دکتر شپمن پزشک خانواده معروفی که تعداد زیادی از بیماران را در طول چندین سال به قتل رساند، از آن جمله‌اند.

¹ Corporate governance

آنچه که احتمالا به عنوان نقطه شروع شناخته می‌شود، گزارش تحقیق بریستول درباره جراحی قلب کودکان است. گزارش نتیجه گرفت که در طول ۱۰ سال از اواسط ۱۹۸۰ تا اواسط ۱۹۹۰ بیش از ۳۰ مرگی بی‌مورد در کودکان زیر ۱ سال جراحی شده رخ داده و بسیاری دیگر آسیب دیده بودند. این گزارش حاکی از آن بود که کل NHS از تغییر با زمان ناتوان شده بود. گزارش نتیجه گرفت که NHS نظامی برای پایش کیفیت، داده‌هایی قابل اعتماد و توافقی درباره آنچه که کیفیت است، ندارد. در گزارش حدود ۲۰۰ توصیه ارائه شد (۱).

الزامات NHS که در گزارش بریستول مشخص شد

کادر ۱-۱

- نیاز است به:
- اولویت دادن به بیماران
- پاسخگویی
- نظامی برای پاسخگویی
- مدیریت بهتر
- ارتباط بهتر
- مشارکت عموم در تمامی سطوح

(Adapted from: Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Learning from Bristol. London: Stationery Office, 2001 (Cmnd 5207))

تضمین کیفیت در مراقبت سلامت

مقالات قابل توجهی، اکثرا از آمریکای شمالی، به موضوع دشوار ارزیابی کیفیت در مراقبت‌های سلامت پرداخته‌اند. دونابدیان به‌درستی به عنوان پیشرو در طبقه‌بندی کیفیت به‌ساختار، فایده و پیامد مراقبت (۴) شناخته شده است (کادر ۱-۲ را ببینید).

کادر ۱-۲ مدل دونابدیان از کیفیت مراقبت سلامت

مدل بر موارد زیر پایه‌گذاری شده‌است:

ساختار: جنبه‌های فیزیکی مراقبت سلامت مثل وسایل و منابع

فرایند: آن چه که بر روی بیمار اتفاق می‌افتد مثل معاینات بالینی و نسخه‌های تجویز شده

پیامدها: تغییر در وضعیت سلامت که مربوط به مراقبت‌های سلامتی باشد.

(Adapted from: Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966 ;4: 166-206.)

اما همه کارها بر روی کیفیت با افتخار همراه نبوده است. برای مثال ممیزی نظام‌مند توسط جراحی به نام ارنست کدمن^۱ در اوایل قرن گذشته برای اولین بار در آمریکا ارایه شد. کدمن احتمال ارتباط پیامد پس از جراحی با فرایند مراقبت را مطرح کرد. وی باور داشت که مراقبت بیمارستانی می‌تواند استاندارد شده و به فرایند مراقبت در بیمارستان مرتبط شود و پیشنهاد کرد سازمانی مستقل به ایفای نقش مسوول نظم‌دهنده بپردازد. از این ایده، کالج جراحان آمریکا در سال ۱۹۱۲ تشکیل شد. جراحان در عمل زمان کافی برای انضام این کار نداشتند. در نتیجه مدیر توانمندی که پزشک نبود به نام جان جی. بومن^۲ برای سرپرستی کارسوار ممیزی منصوب شد. قرار بود ۲۷۰۰ بیمارستان پیمایش شوند. بومن تصمیم داشت از معیارهای عینی برای تحلیل و تحلیل اصلی در تشخیص، مدیریت بالینی و پیامدهای درمان استفاده کند. وقتی ایده‌اش را به آزمون گذاشت متوجه شد از ۶۹۲ بیمارستان با ۱۰۰ تخت یا بیشتر تنها ۸۹ بیمارستان می‌توانند به استانداردهای سلامت دست‌یابی شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهد نتایج ناشی از پیمایش اولیه آن‌قدر غیر قابل انتظار بود. کمیته‌ای دستور داد تا اطلاعات پیمایش بلافاصله نابود شود. در اکتبر ۱۹۱۹ گزارش پیش‌نویس و پایگاه داده اولیه اعطای شورای کالج جراحان آمریکا در کوره هتل والدورف آستوریا^۳ در نیویورک سوزانده شد (۵).

دیگر مدل‌های کیفیت در مراقبت سلامت

مکسول^۴ مدلی بر مبنای شش بعد کیفی مباحثه - مباحثه پیشنهاد کرده است (کادر ۳-۱) (۶).

- دسترسی: آیا خدمت برای جمعیت هدف، قابل دسترس است؟ این شامل هم دسترسی فیزیکی و هم زمانی است که برای رسیدن به آن صرف می‌شود. (معمولاً دسترسی توان جمعیت هدف در پرداخت هزینه خدمت را نیز شامل می‌شود - مترجمان).
- متناسب با نیاز: آیا خدمات یا فرایندها همان چیزهایی هستند که جمعیت و افراد به آن نیاز دارند؟

¹ Ernest Codman

² John G. Bowman

³ Waldorf Astoria Hotel

⁴ Maxwell

کادر ۳-۱ ابعاد کیفیت مراقبت سلامت

دسترسی به خدمات

متناسب با نیاز برای کل جامعه

اثربخشی برای هر بیمار

عدالت (انصاف)

مقبولیت اجتماعی

کارایی و صرفه جویی

(Adapted from: Maxwell RJ. Quality assessment in health BMJ 1984; 288: 1470-1472)

- اثربخشی: آیا خدمات به مزیت‌ها یا پیامدهای موردنظر یا دلخواه خود برای هر بیمار یا گروه بیماران دسترسی می‌دهد؟
 - عدالت: آیا خدمات به‌طور منصفانه بین بیماران و گروه‌های مشتری توزیع می‌گردد؟
 - مقبولیت اجتماعی: آیا شرایطی در این خدمات ارایه می‌گردد، روال‌ها برای حریم شخصی، سطح ارتباط با بیماران، خانواده و بستگان و غیره حمایت‌بخش است؟
 - کارایی: آیا منابع بدون اتلاف استفاده می‌شود؟
- برخی افراد بعد دیگری نیز به آن می‌افزایند، به ایمنی. این سببه این سوال را مطرح می‌سازد که آیا خدمات (ایمن هستند) و کارکنان سلامت و کارمندان ارایه کنند خدمات همه گام‌ها را برای کاهش اثرات ناخواسته درمان بر می‌دارند یا نه. دیگر ابعاد را می‌توان افزود به این گونه استفاده می‌شده است که احترام، انتخاب و فراهمی اطلاعات باید در هر تعریفی موجود باشد.
- اولویت‌هایی که به اصول مختلف در هر مدلی داده شده با خواستگاه‌ها و تفاوت‌های ذینفعان مرتبط است. این ذینفعان شامل دریافت‌کنندگان خدمات یا درمان، کارکنانی که بیماران را به خدمات رجوع می‌کنند، کارکنان سلامت و کارمندان درگیر در ارایه خدمات، مدیران، و پرداخت‌کنندگان (پرداخت‌کنندگان مالیات، از طریق دولت با تامین مالی مشخص از طریق سازمان‌های سلامت و شبکه‌های مراقبت سلامت) می‌باشد.

مدیریت جامع کیفیت

مدیریت جامع کیفیت (TQM - همچنین بهبود کیفیت مستمر (CQI)^۱) مربوط به فرایند مدیریت می‌باشد که در آن ایجاد فعالیت‌های بهبود مداوم سازماندهی شده، و هر فرد را در سازمان در تلاش یکپارچه به‌سوی ارتقای عملکرد در هر سطح در بر می‌گیرد. TQM به واقع یک فلسفه مدیریتی و راهبرد تجاری است که ریشهایی در کار استراتژیست‌های آمریکایی و ژاپنی مانند دمینگ^۲ دارد. چهار نظریه بنیادی TQM عبارتند از:

- موفقیت سازمانی بستگی دارد به این‌که هر بخش احتیاجات افرادی را که به آنها خدمت ارائه می‌کند (مشتریان) دربرآورد کند؛ و بسیاری از این مشتریان، مشتریان درونی سازمان می‌باشند؛
 - کیفیت، نتیجه فرایندهای تولید است که در آن نظام‌ها سببی، پیچیده اما قابل فهم می‌باشند؛
 - بیشتر سازمان‌ها بر کسب سود در کار به طور ذاتی برای تلاش زیاد و انجام درست کار انگیزه دارند؛ و
 - روش‌های آماری ساده به هر مجموعه‌آوری و تحلیل دقیق داده‌ها در خصوص فرایندهای کاری، بینش قدرتمندی درباره دلایل مشکلات موجود در آن فرایندهای کاری فراهم می‌کند.
- کانون توجه TQM بیشتر بر روی فرایندهای کاری است تا خود کارگران. هدف این است که برای ارتقای کیفیت، تغییرات به‌طور یکنواخت و برای همیشه معرفی شوند. اجرای TQM دربرگیرنده موارد زیر است:
- تاکید بر فرایندهای کار - نه فقط داشتن جزئیات گسسته شفاف در مورد پیامدهای مورد انتظار؛ مدیریت باید کارمندان را برای ارزیابی، تحلیل و ارتقای فرایندهای کاری آموزش داده و تربیت کند.
 - شناسایی و سنجش دقیق نیازهای مشتری (درونی و بیرونی).
 - تحلیل تغییرات - تغییرات کنترل نشده در فرایندها پیامدهای نامطلوبی را برای تولید محصول ایجاد می‌کند؛ باید توسط کسانی که کار را انجام می‌دهند، تحلیل و کنترل شود.
 - تیم‌هایی که در عملکردهای مختلف نقش دارند مورد نیاز هستند تا مشکلات کیفیت را شناسایی و حل و فصل نمایند.
 - مدیریت با واقعیت - با کمک جمع‌آوری نظام‌مند داده در هر نقطه در فرایند حل مشکل؛ شامل مشکلات دارای اولویت زیاد، تحلیل دلایل آنها و انتخاب و آزمایش راه حل‌های تغییرات.
 - یادگیری و ارتقای مداوم - نگاه به کیفیت به‌عنوان رسالت بی‌پایان.

^۱ Continuous Quality Improvement

^۲ Demming

- استفاده از ابزارهای مدیریت فرایند برای افزایش اثربخشی تیم، مثلاً نمودارهای جریان^۱، توفان مغزی، نمودارهای علت و معلول و الگوبرداری.

مهندسی مجدد فرایند کار

- مهندسی مجدد فرایند کار^۲ تکنیکی مورد استفاده برای تغییر سازمان بوده و در اوایل دهه ۱۹۹۰ برجسته شد. مهم اصلی که مورد تأکید رویکرد مهندسی مجدد فرایند است شامل:
 - سازمان‌ها باید حول فرایندهای کلیدی سازماندهی شوند تا عملکردهای تخصصی.
 - متخصصان محدود فکر باید با کارمندان دارای مهارت چندگانه تعویض شوند، که اغلب در تیم‌های خود مدیریتی به کار گرفته می‌شوند.
 - برخلاف تک‌کارها، افزایش تدریجی مانند TQM، مهندسی مجدد فرایند شامل تغییر کلی از روش‌های کنونی و بازنگری اساسی است.
 - مسیر بازنگری اساسی مورد نیاز برای تردید از مدیریت ارشد گرفته می‌شود.
- مثالی از ارتقای کیفیت از طریق طراحی مجدد فرایند در کادر ۴-۱ نشان داده شده‌است.

¹ Flow chart

² Business Process Re-engineering (BPR)

کادر ۴-۱ ارتقای کیفیت از طریق طراحی مجدد فرایند - یک مثال

کارکنان کلینیک آندوسکوپی یک بیمارستان نگران کیفیت خدمات ارائه شده بوده و تصمیم گرفتند فرایند مراقبت را بهبود بخشند. یک تیم پروژه چندتخصصی کوچک (پزشک، پرستار، مدیر، منشی و یک خانوادۀ) پدید آمد و کار در سه مرحله پیگیری شد.

شناخت فرایند کنونی. از طریق طراحی نقشه مسیر ارجاع، میزان حضور، اداره کلینیک و توصیف مسیر بیمار^۱ یا استفاده از بازخورد و دیدگاه‌های کارکنان و بیماران.

نتایج. تاخیرهایی بین دریافت نامه ارجاع و زمان ارسال وقت ملاقات بیمار مشخص گردید: فاصله زمانی تا نوبت ملاقات‌ها طولانی بود. ۱۰٪ نوبت‌ها کنسل شده و ۲۰٪ بیماران سر نوبت نمی‌آمدند. ارجاع ۴۰٪ بیماران بی‌مورد بود. کارکنان از صرف زمان زیاد برای پیدا کردن پرونده‌ها و نتایج شکایت می‌کردند. بیماران فقدان اطلاعات و اضطراب درباره انجام آندوسکوپی شکایت داشتند.

طراحی فرایند جدید. تیم پروژه دسک طرح‌ریزی تغییراتی برای ارتقای کیفیت برآمد. اطلاعات از دیگر واحدها در کشور جمع‌آوری گردید تا نمونه‌هایی از بهترین عملکرد برای مقایسه استانداردها یافت شود. سپس تیم زمان مشخصی را برای کارکنان قفلی و طراحی خدمات مطلوب صرف نمود.

نتایج. سر راست کردن کارهای دفتری، انجام شد که قرار ملاقات در همان روزی که نامه ارجاع می‌شود برای بیمار فرستاده شود. برای نبود زمان انتظار و تعداد کنسلی هدف‌گذاری شد. دستیاران بالینی برای فراهم ساختن جلسات بیشتر، آموزش شدند. انعطاف‌پذیری بیشتری برای قرار ملاقات‌ها و معرفی قرار ملاقات‌های رزرو شده ایجاد شد. اطلاعات مربوط به بیماران پیش و پس از آندوسکوپی آماده شد و شماره تماس برای سوالات معرفی شد. راهنماهای بالینی جهت ارجاع با همکاری پزشکان خانوادۀ تدوین شد و با جلسات آموزشی حمایت شد.

پیاده‌سازی و بازبینی. کاهش عمده‌ای در تاخیرهای اداری، زمان انتظار و مناسبت عدم حضور ایجاد شد. ارجاعات بهبود یافت و رضایتمندی بیمار افزایش یافت.

هدف‌گذاری برای هریک از تغییرات، امکان پایش مرتب پیشرفت و بازخورد به کارکنان فراهم کرد. رویکرد تیمی باعث تقویت محیط کاری مثبت‌تر و اهداف مشترک گردید که رویکرد دیگری به بهبود مستمر کیفیت فراهم نمود.

^۱ Patient pathway