



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران
معاونت درمان

استانداردهای اعتباربخشی واحد بهبود کیفیت

عباس آبادی
رئیس گروه ارتقاء کیفیت
آذرماه ۱۳۹۵

مراحل استقرار سیستم اعتباربخشی

• تدوین خط مشی ها و روشهای اجرایی

• تدوین فرایندهای کاری

• تدوین شاخصها و فرم جمع آوری اطلاعات

• برنامه بهبود کیفیت

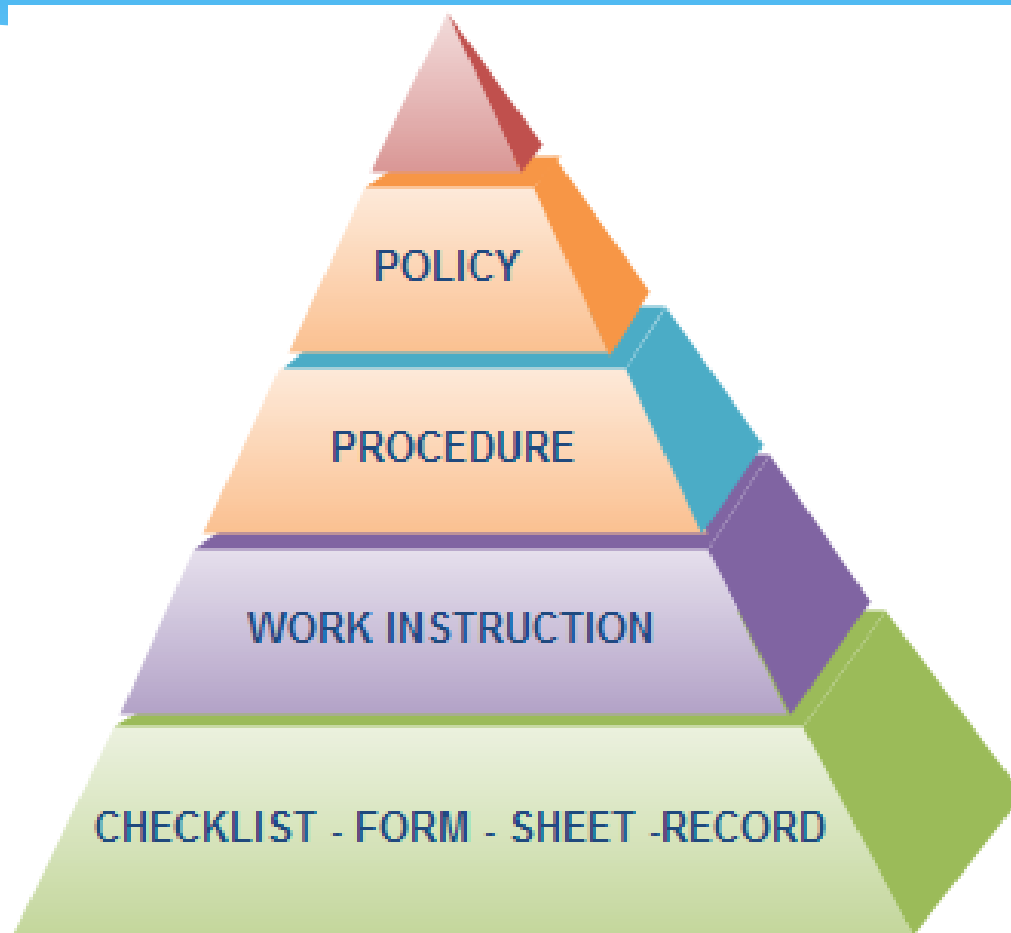
• ممیزی

ابزارهای استانداردسازی در اعتباربخشی

- برنامه استراتژیک
- برنامه عملیاتی
- خط مشی
- روش اجرایی
- دستورالعمل

استفاده از این تکنیک ها یک نظام راهنمای رفتاری را در اختیار پرسنل قرار می دهد که هر کدام مکمل یکدیگر است.

هرم مستندات در اعتبار بخشی



ترمینولوژی خود را شفاف نمائید

* خط مشی POLICY

* روش اجرایی PROCEDURE

* دستورالعمل WORK INSTRUCTION

خط مشی POLICY

Describes the general intention and Direction *

جهت گیری و مقصد سازمان شما را از یک مقوله خاص بیان می کند *

خط مشی ها از اهمیت بالایی برخوردارند زیرا بسیاری از مستندات بر پایه آن نگارش می شود *

خط مشی می گوید چه کاری را باید انجام دهیم و هدف ما از آن چیست؟ *

توسط مسئولین ارشد بیمارستان نوشته می شود. *

روش اجرایی PROCEDURE

Describes the process *

- * طریقه مشخص شده برای انجام یک فرایند است و فرایندهای سازمان را شرح می دهند
- * در پاسخ به نحوه انجام فرایندها در سازمان به کار می رود.
- * چگونگی دستیابی سازمان به خط مشی ها را بیان می کنند.
- * فرد انجام دهنده کار باید مشخص گردد.

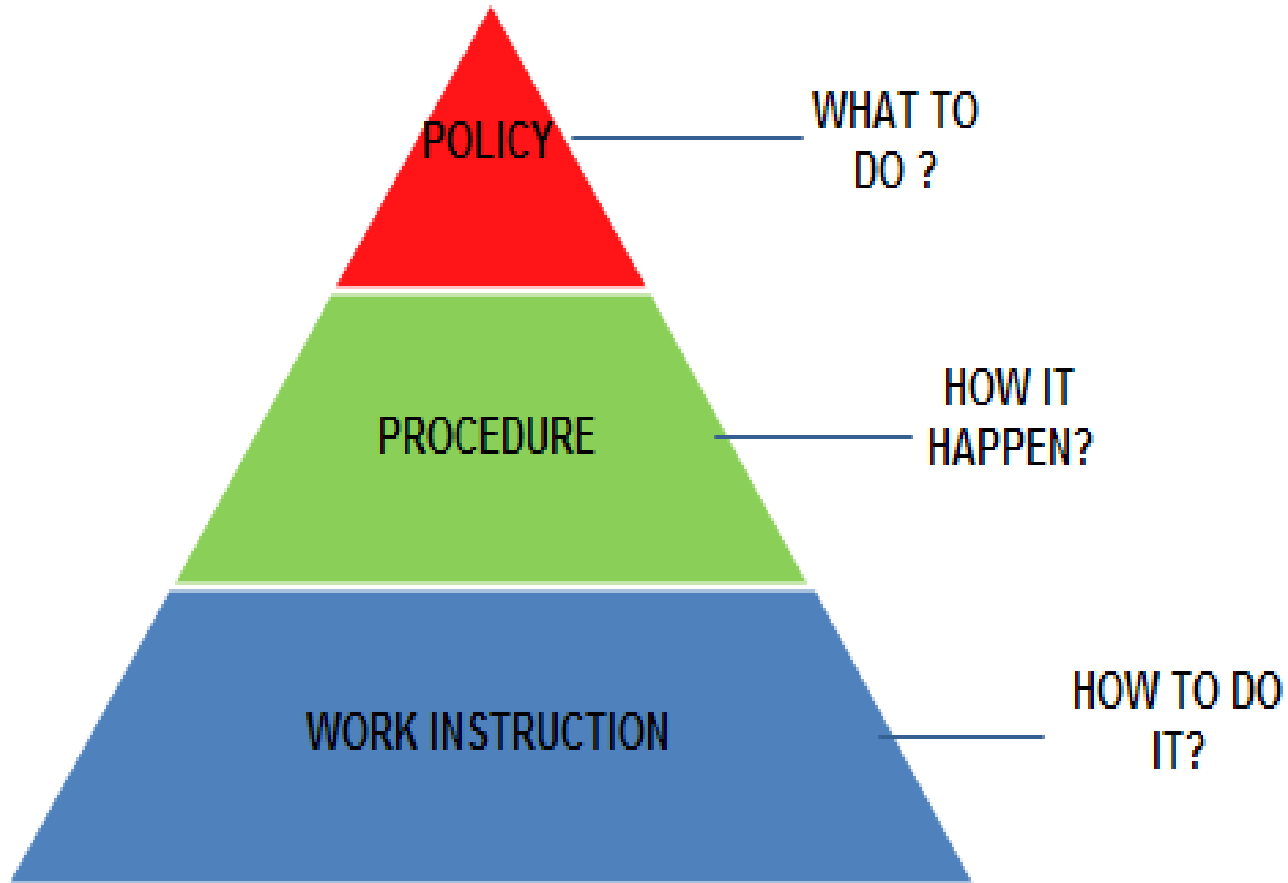
دستورالعمل WORK INSTRUCTION

The Step-by –Step Instruction for performing a single *
activity

* شرح تفصیلی چگونگی انجام و ثبت کارها که معمولاً توسط یک نفر انجام می شود را دستورالعمل گویند.

* راهنمای گام به گام توصیف یک فعالیت است

مثال: نحوه اندازه گیری فشارخون / نحوه ثبت آزمایشات در سیستم HIS / نحوه باز کردن راه هوایی در عملیات CPR



انواع مستندات در اعتباربخشی ۹۵

* خط مشی و روش

* روش اجرایی

* دستورالعمل

* نکته : جا به جایی بعضی عناوین

رعایت نکات کلی ذیل در تدوین مستندات

- شناسایی منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط
- ترتیب و توالی منطقی
- تعیین مسئول
- اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی *
- آگاهی کارکنان مرتبط** از روش اجرایی
- تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
- انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

اصول تدوین خط مشی و روش

برای آنکه آنچه تدوین می شود جامع و کامل باشد در مورد فرایندی که قصد دارید خط مشی و روش اجرایی بنویسید سؤالات ذیل را مطرح نمائید:

ساختار مورد نیاز اجرای فرایند چیست؟ (منابع، امکانات و منابع انسانی)

روش انجام فرایند چگونه است؟

آیا فرایند نیاز به آموزش دارد؟

آیا در این زمینه فرایند نظارت، ارزیابی و پایش وجود دارد؟

آیا ثبت، بایگانی و گزارش دهی در خصوص فرایند انجام می شود؟

خلاصه عملکرد واحد بهبود کیفیت

- * شناسایی فرایندهای اصلی
- * تعیین شاخص ها (بالینی و غیر بالینی)
- * پایش شاخصها و گزارش
- * گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی و بهبود کیفیت
- * گزارش عملکرد کمیته ها
- * گزارش نهایی خودارزیابی ها

برنامه بهبود کیفیت

Quality Improvement Plan

تعریف :

* برنامه بهبود کیفیت، رویکردی است در سرتاسر سازمان به منظور شناسایی نواحی مشکل دار و استقرار روش ها و فعالیت هایی برای بهبود آنها با منابع موجود.

* در این برنامه با تمام توان، سعی می شود تا به اهدافی دست یافت که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر مراقبت بیمار و رضایتمندی تأثیر می گذارند.
(Caldwell,1997)

* برنامه بهبود کیفیت، فرایندی هماهنگ شده و جامع به منظور پایش و بهبود ایمنی بیمار و کلیه عملکردها در تمامی مراقبت ها و خدمات ارائه شده به بیمار است.
(Joint commission,1997)

روش های پیدا کردن مساله

روش های غیر فعال :

- کنترل و ارزیابی توسط سرپرستان
- بازرسی
- واقعه بحرانی
- بروز شکایت و انتقاد

روش های پیدا کردن مساله

روش فعال :

کنترل آماری فرایندها (شاخصها)

مقایسه آمار ادواری

مقایسه با سایر سازمانها (benchmarking)

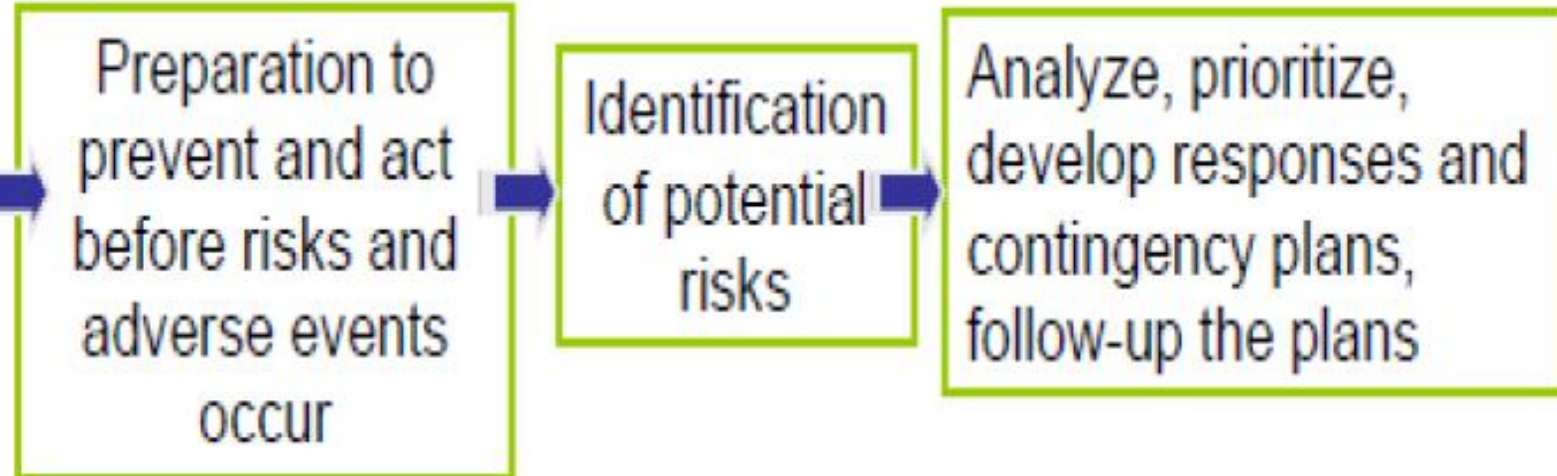
مقایسه با شاخصهای استاندارد

Reactive

→ “once it occurred” →



Proactive



داده - اطلاعات

DATA

INFORMATION

IMPROVEMENT

اندازه گیری عملکرد فرآیند ها



تجزیه و تحلیل



تصمیم گیری

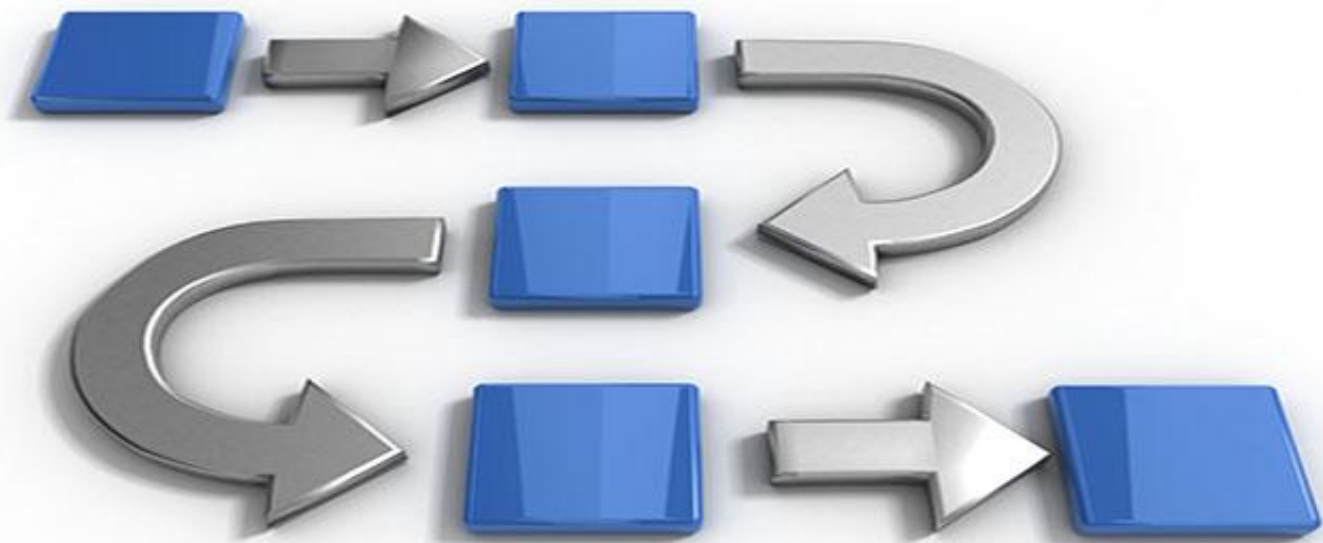


روشهای حل مسئله منطبق با اعتباربخشی جدید

* ۱- مداخله اصلاحی

* ۲- تدوین برنامه بهبود کیفیت

شناسایی و دسته بندی فرآیندها



تقسیم بندی فرایندها

* فرایندها به چهار دسته اصلی ذیل تقسیم می شوند:

■ فرایندهای هسته ای

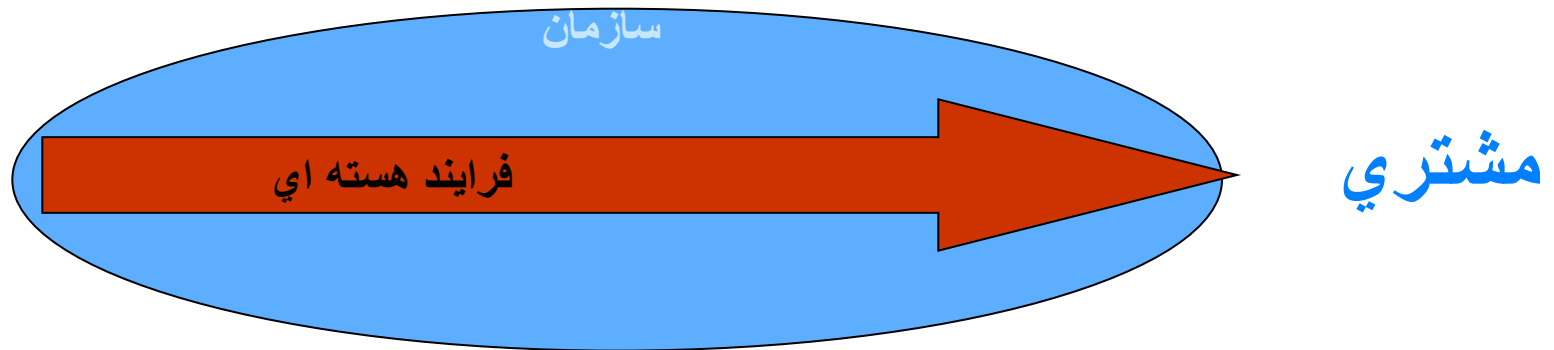
■ فرایندهای اصلی

■ فرایندهای پشتیبانی

■ فرایندهای مدیریتی

فرایندهای هسته ای

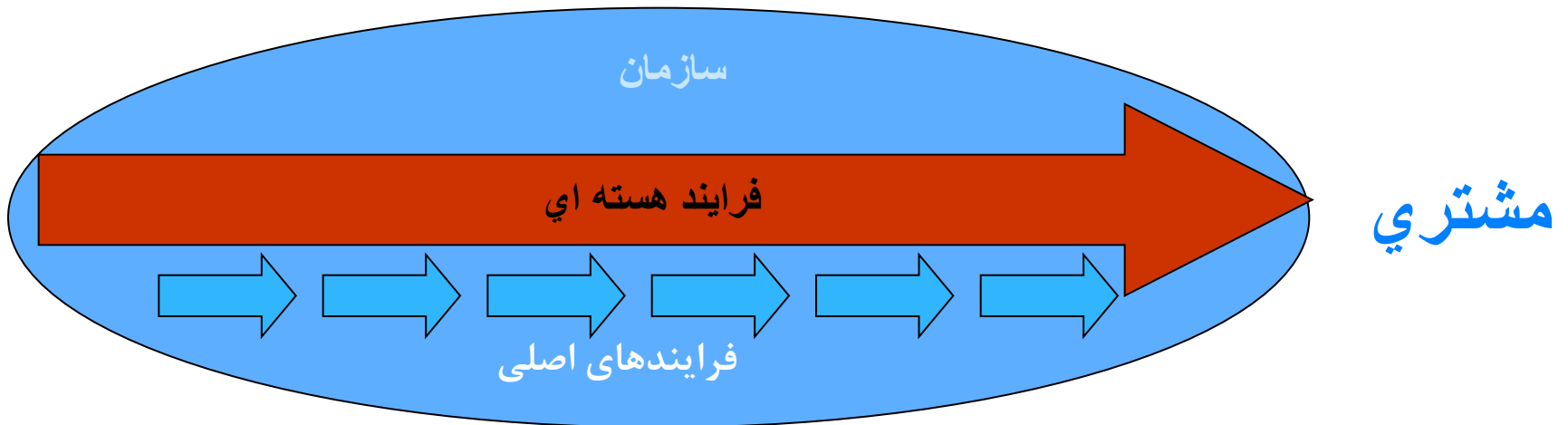
- * این دسته از فرایندها هدف اصلی از تشکیل سازمان می باشند، به عبارت دیگر این فرایندها مرتبط با محصولات تولیدی یا خدمات ارائه شده توسط سازمان هستند.
- * یک سازمان به تعداد محصولات یا خدمات ارائه شده به مشتریانش، فرایند هسته ای دارد.



فرایندهای اصلی

* این دسته از فرایندها باعث تحقق فرایند هسته ای می شوند به طوریکه اگر این فرایندها وجود نداشته باشند فرایند هسته ای محقق نمی گردد.

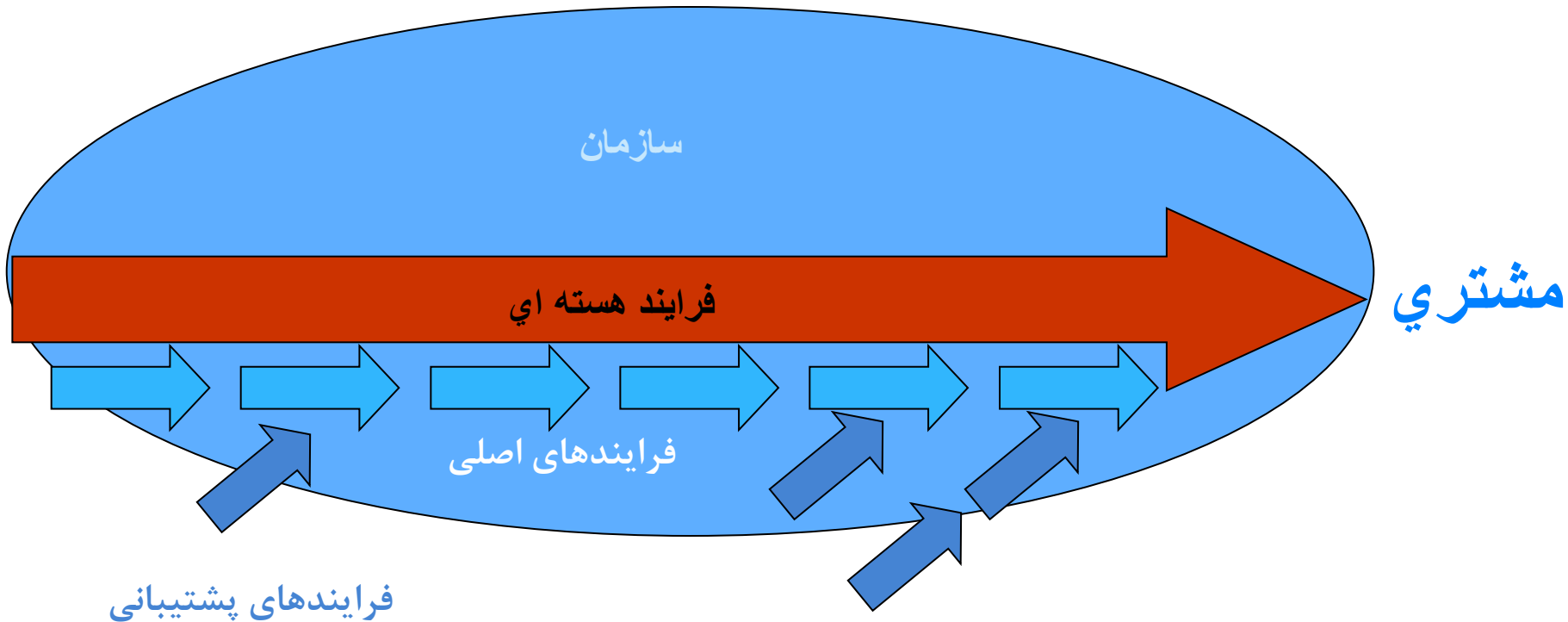
* مثال ???



فرایندهای پشتیبانی

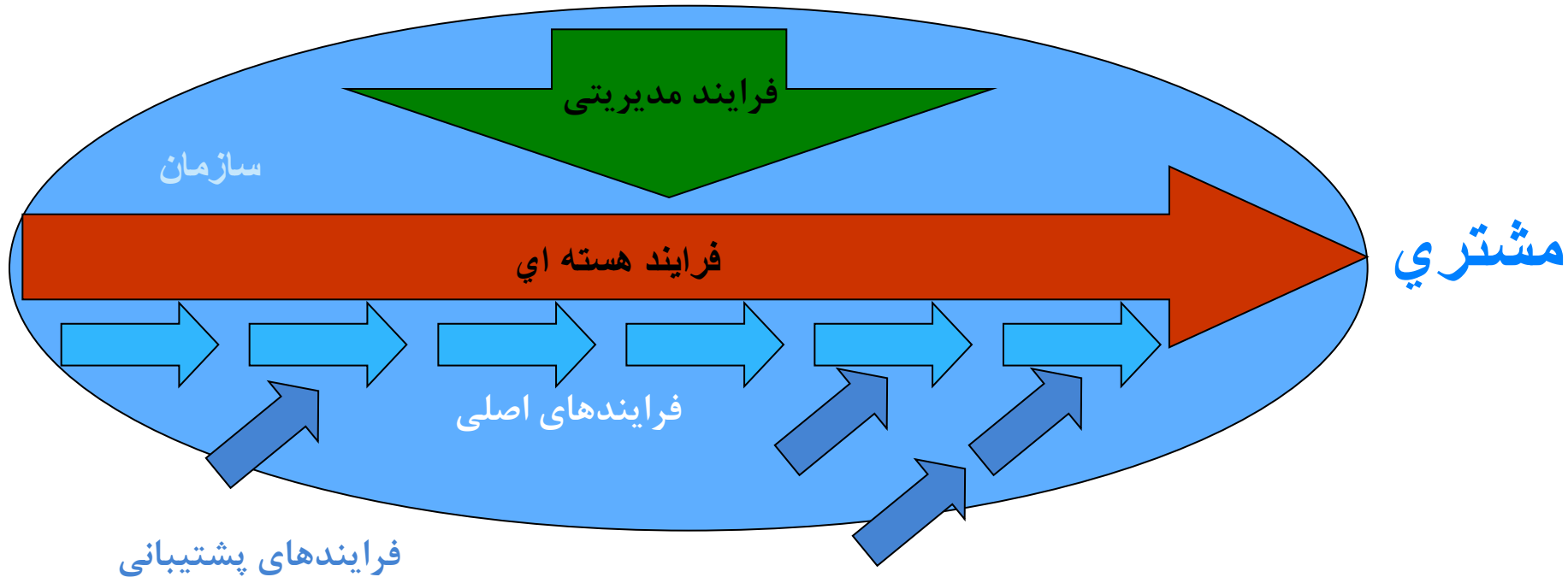
این فرایندها باعث اجرای اثربخش فرایندهای اصلی می گردند . مانند خرید ، تجهیزات پزشکی ، تغذیه ، آموزش ، انبارداری

*



فرایندهای مدیریتی

مجموعه فرایندهایی را گویند که در حیطه وظایف مدیریت ارشد سازمان می باشد. مانند تعیین اهداف سازمان ، نظارت ، ارزشیابی



**چگونه فرایندهای سازمان را
شناسایی کنیم؟**

ابتدا سازمان را بشناسیم

نحوه ثبت فرایند

- فلوجارت یا نقشه فرایند

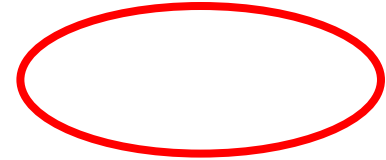
- نگارش انشائی (الگوریتم)

هر دستورالعملی که مراحل انجام کاری را با زبانی دقیق و با جزئیات کافی بیان نماید بطوریکه ترتیب مراحل و شرط خاتمه عملیات در آن کاملاً مشخص شده باشد را الگوریتم گویند.

علائم قراردادی ترسیم فلوجارت فرایند

فلوجارت یا نمودار فرایند کار، نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند برای انجام کار درست انجام می شود را نشان می دهد
از طریق مشاهده فلوجارت می توان تصویری کلی از فرایند به دست آورد و فهمید که یک فرایند چگونه کار می کند و مشکلات کیفیتی در کجا روی می دهد

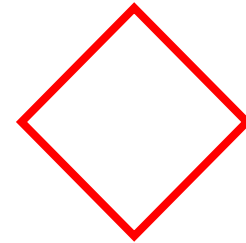
برای نشان دادن ابتدا و انتهای فرایند



برای نشان دادن انجام یک فعالیت



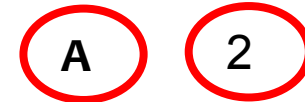
برای نشان دادن یک تصمیم گیری



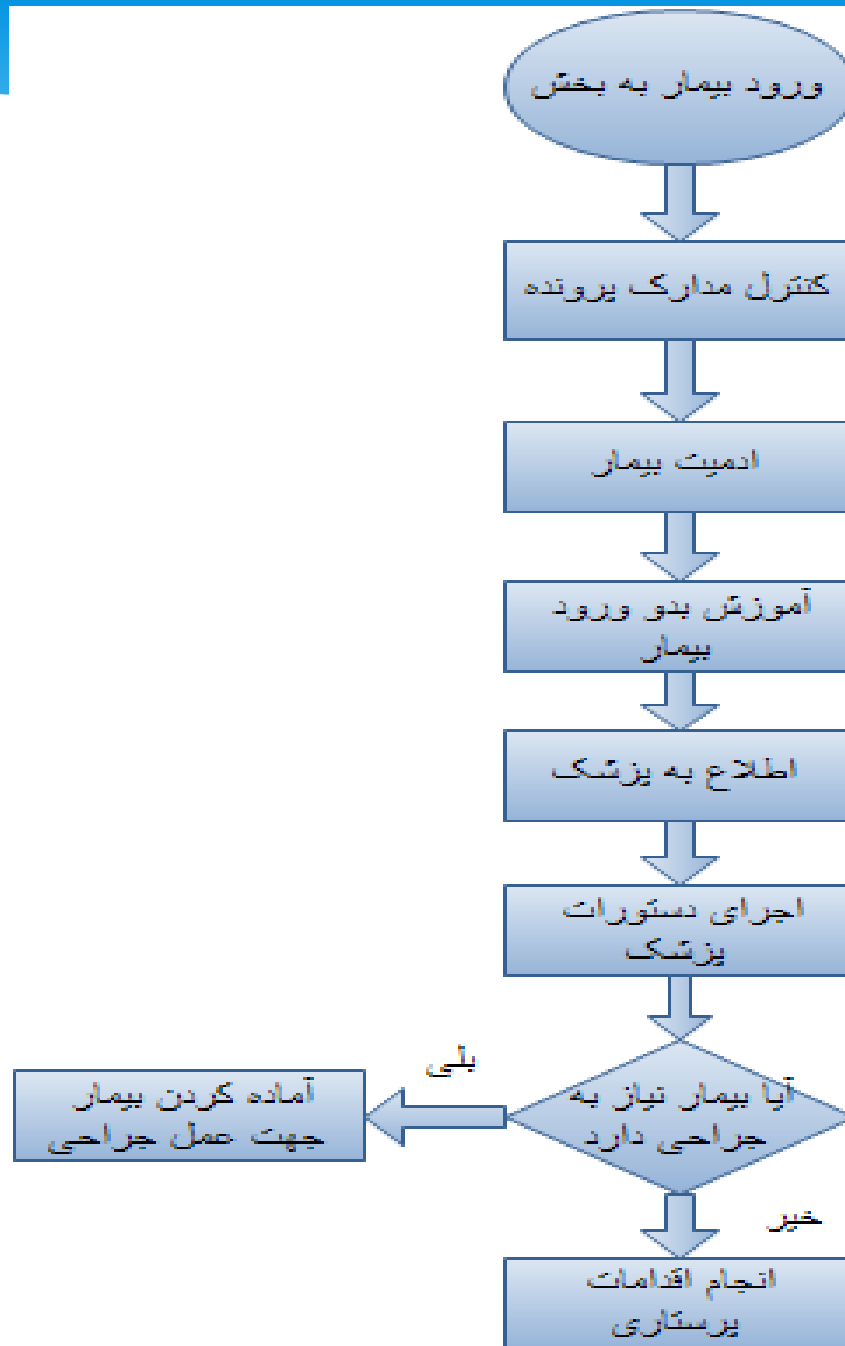
برای نشان دادن مسیر جریان



برای نشان دادن ادامه فرایند در جای دیگر



فرایند پذیرش بیمار



ورود بیمار به بخش

کنترل مدارک پرونده

ادمیت بیمار

آموزش بدو ورود بیمار

اطلاع به پزشک

اجرای دستورات پزشک

آماده کردن بیمار جهت عمل جراحی

بلی

خیر

انجام اقدامات پرستاری

کنترل مدارک پرونده : میزان پرونده هایی که مدارک آنها کامل نمی باشد. (in put)

ادمیت بیمار : میانگین زمان انتظار از ورود بیمار به بخش تا ادمیت بیمار (process)

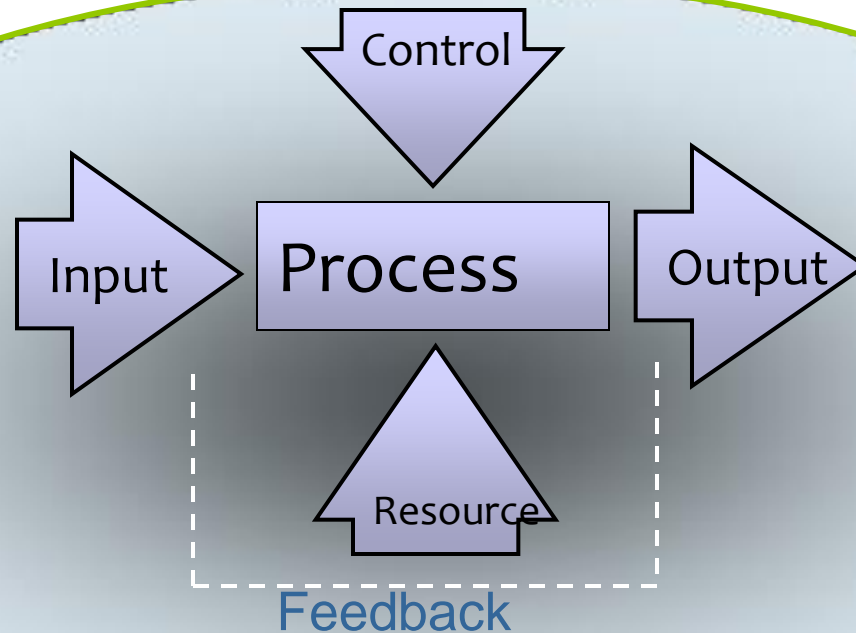
میزان بیمارانی که آموزش حین ادمیت دیده اند . (process)
میزان رضایت بیماران از آموزش حین ادمیت (out PUT)
میزان افزایش آگاهی بیماران از آموزش حین ادمیت (out put)

میزان پرونده هایی که دستورات پزشک بطور کامل اجرا نشده است (process)
میزان Error های پرستاری در اجرای دستورات پزشک (out PUT)
میانگین زمانی از زمان صدور دستور پزشک تا اجرای آن (process)

میانگین زمان انتظار از زمان تشخیص نیاز به عمل جراحی بیمار تا انجام عمل جراحی (process)
میانگین زمان آماده کردن بیمار جهت OR (process)

پایش فرآیند

* پایش عبارت است از نظارت بر نحوه تحقق فرآیند مبتنی بر هدف وجودی آن



Monitoring Scope

استاندارد الف-۳- ۱ مدیریت فرایندهای اصلی

سنجه ۱- شناسایی ، تصویب ، بازنگری و ابلاغ فرایندهای اصلی

سنجه ۲. تعیین و پایش شاخص‌های سنجش فرآیندهای اصلی

بیمارستان و تحلیل نتایج ارزیابی

سنجه ۳. تدوین اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت و در صورت لزوم،

بازنگری فرآیندها

استاندارد الف-۳-۲ ارزیابی میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت

- سنجه ۱. تعیین شاخص‌های برنامه‌ای و مسئول پایش و اندازه‌گیری* میزان پیشرفت هریک از برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت و نظارت بر آن
- سنجه ۲. گزارش مسئولین پایش برنامه‌ها، نتایج پایش و ارزیابی برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت مربوط را به صورت فصلی
- سنجه ۳. براساس گزارش نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه‌های عملیاتی تدوین اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت

فرم برنامه عملیاتی / بهبود کیفیت

شماره سند:

تاریخ ابلاغ:

بیشرفت کار												تاریخ پایان	تاریخ شروع	مسئول اجرا	عنوان فعالیتها
T12	T11	T10	T9	T8	T7	T6	T5	T4	T3	T2	T1				
اسفند	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین				

درصد تحقق شاخص				وضعیت مطلوب (شاخص هدف)	وضعیت موجود (شاخص پایه)	پسوان شاخص
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			

تهیه کننده / کنندگان :

تأیید کننده:

تصویب / ابلاغ کننده:

پایش و ارزشیابی

تعریف پایش

- یک روش ارزیابی مستمر از روند درست فعالیت های در حال اجرا

- درجه انطباق فعالیت ها با استانداردها در حین اجرا

درصد پیشرفت برنامه

وزن دهی به فعالیتها

تعریف ارزشیابی

* بررسی تحقق اهداف با اجرای برنامه در عمل است. بنابراین در ارزشیابی اثربخشی، پیامد و تاثیرنهایی برنامه در جامعه مورد مطالعه قرار می گیرد.

* رسیدن به شاخص تعیین شده

استاندارد الف-۳-۳ اندازه گیری عملکرد بالینی و غیر بالینی

سنجه ۱. تعیین و اولویت بندی شاخص های عملکردی* بالینی و غیر بالینی

سنجه ۲. بررسی شاخص های عملکردی پیشنهادی در کمیته مدیریت اجرایی و تعیین مسئول اندازه گیری هر یک از شاخص ها

سنجه ۳. دریافت و تحلیل نتایج در کمیته پایش و سنجش کیفیت و گزارش به تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی

سنجه ۴. تدوین اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت

استاندارد الف-۳-۴ شناسایی مشکلات و تدوین اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت

- سنجه ۱. شناسایی مشکلات و تعیین فرصت‌های بهبود توسط مسئولان واحدها ثبت الکترونیک و پیگیری اثربخشی اقدامات در بازه زمانی مشخص
- سنجه ۲. طرح برنامه‌های بهبود کیفیت پیشنهادی بخش‌ها/واحدها را در جلسات تیم مدیریت اجرایی و تدوین و ابلاغ برنامه

استاندارد الف-۳- ۵ مدیریت مستندات اعتباربخشی

سنجه. کدگذاری مستندات به صورت فایل الکترونیک* در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری و در دسترس بودن الکترونیکی

سنجه. دفتر بهبود کیفیت مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شده‌اند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس الکترونیکی کارکنان قرار می‌دهد.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

بررسی مستند

۱ ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط مشی‌ها و روشها، روشهای اجرایی، دستورالعمل‌های بیمارستان*

مشاهده

۲ الکترونیکی** بودن تمامی فرمت‌های خط مشی‌ها و روشها، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها

* برای تهیه فرمت مستندات اعتباربخشی هیچ قالب الزامی وجود ندارد اما در خصوص محتوای آن بایستی حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شوند.
** تمامی خط مشی و روش، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها بایستی در قابل فایل الکترونیک باشند و نیازی به امضا ندارند اما بایستی با نامه رسمی و امضای تصویب کننده از طریق اتوماسیون ابلاغ شود.

توضیحات

هدایت کننده تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

استاندارد الف-۳- ۶ ارزیابی عملکرد بیمارستان (خودارزیابی توسط تیم داخلی)

- سنجه ۱. انجام خود ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی توسط بخش‌ها/واحدها ملی و ارائه گزارش به تیم مدیریت اجرایی
- سنجه ۲. تشکیل تیم ارزیابی داخلی و ثبت نتایج نهایی در سامانه اعتباربخشی

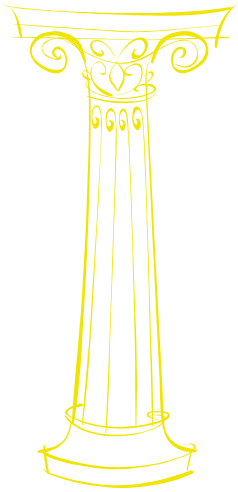
ابعاد کیفیت خدمات سلامت



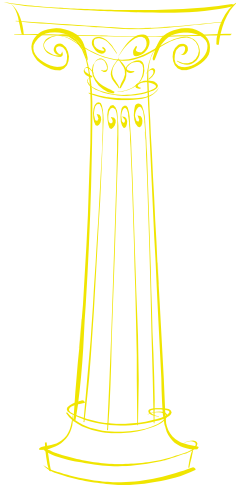
ابعاد کیفیت خدمات سلامت

دیدگاه مؤسسه پزشکی امریکا (STEEP)

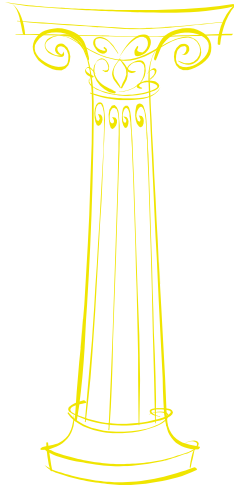

UNIVERSITY PULMONARY
AND CRITICAL CARE



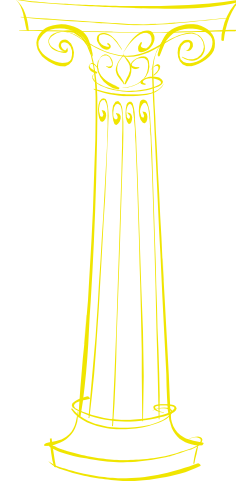
safe



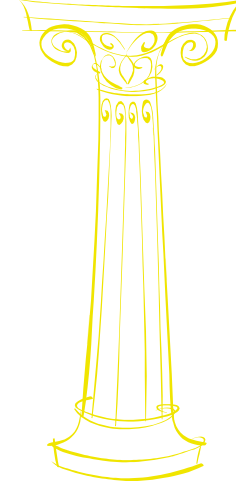
Timely



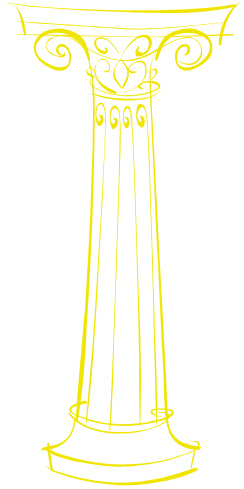
Efficient



Equitable



Effective



Patient
centered

ابعاد کیفیت خدمات سلامت

ایمنی (SAFETY) : میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار ، صدمات ، عفونتها برای بیمار می شود

به موقع بودن (TIMELINESS) : انجام خدمات تشخیصی درمانی در زمان مناسب و وضعیت لیست بیماران

اثربخشی (EFFECTIVENESS) : انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر و راهنمای طبابت بالینی

کارآیی (EFFICIENCY) : میزان هزینه های بیمار و وضعیت مصرف داروها ، فرآورده های خونی ، میزان انجام آزمایشات

عدالت (EQUITY) : انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت ، نژاد ، سن ، وضعیت بیمه ، قومیت و متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان

بیمار محوری (PATIENT CENTER ENDESS) : میزان رضایتمندی بیمار از نحوه ارائه خدمات و میزان مشارکت آگاهانه در ارائه خدمات

با شکر از توجه شما