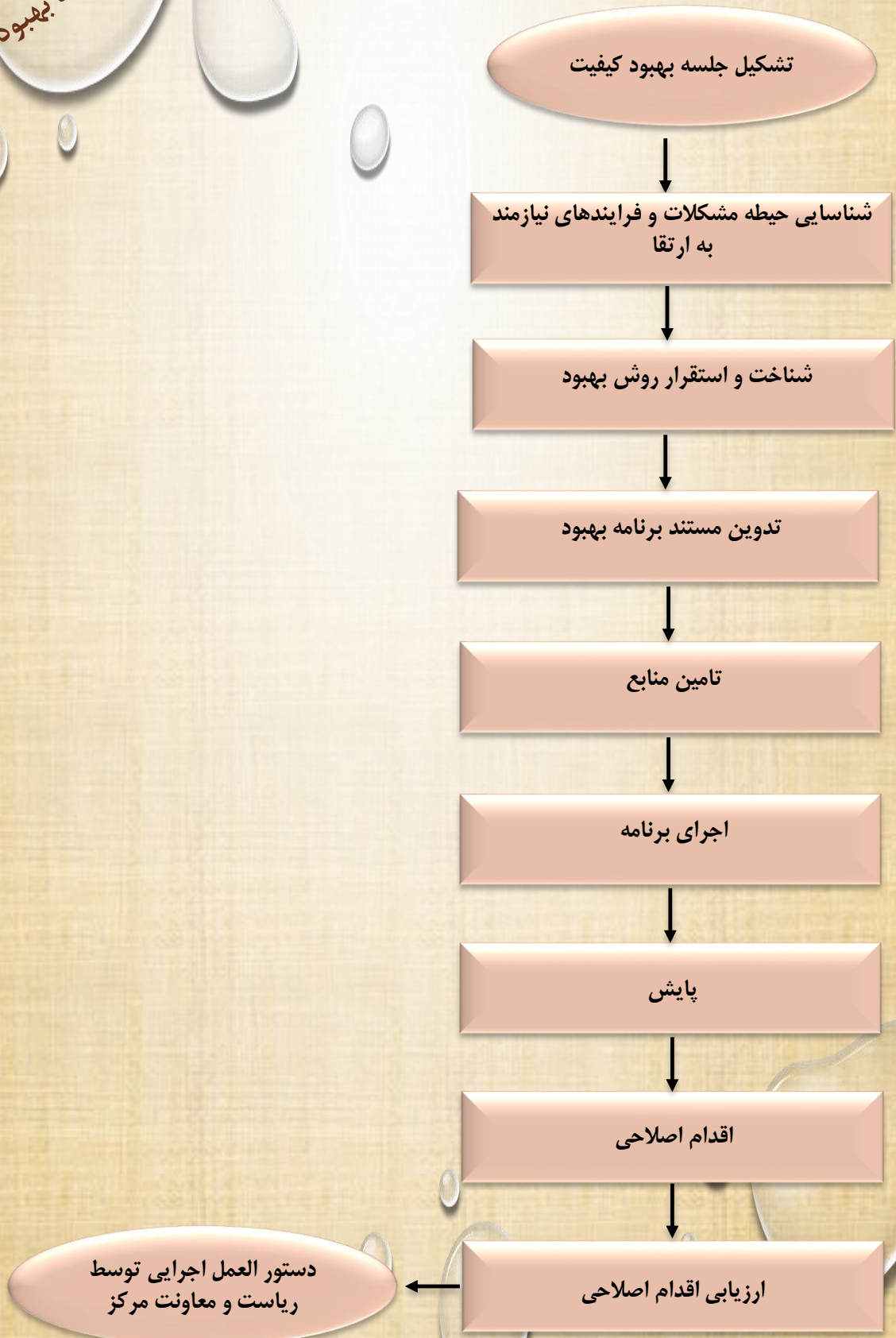


فرایند بهبود کیفیت





• بسمه تعالی

بهبود کیفیت در یک نگاه ( 6 استاندارد و 15 سنجه )

مدیریت مستمر فرآیند های اصلی

ارزیابی میزان پیشرفت و تحقق برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت

اندازه گیری عملکرد بالینی و غیر بالینی

شناسایی مشکلات و فرصت های بهبود و اجرای برنامه و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود

مدیریت مستندات مربوط به اعتباربخشی

ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتبار بخشی ملی

بهبود کیفیت مجموعه فعالیت هایی که سازمان برای افزایش مرغوبیت عملکرد و کسب نتایج بهتر انجام میدهد

**فرآیند بهبود کیفیت:**

شناسایی حیطه مشکلات و فرآیند های نیازمند به ارتقاء

شناخت و استقرار روش بهبود

تدوین مستند برنامه بهبود

تامین منابع

اجرای برنامه

پایش

اقدام اصلاحی

ارزیابی اقدام اصلاحی

**روش های شناسایی مشکلات:**

کنترل و ارزیابی توسط تیم ممیزی داخلی

• نظارت های درون بخشی

• نظرات و پیشنهادات کارکنان

• نظرات و پیشنهادات بیماران و مراجعین

• بررسی آمارهای دورهای

• بررسی شاخص های بیمارستانی

• نتایج حاصله از تجزیه و تحلیل رضایت سنجی بیماران و کارکنان

• نتایج حاصل از کمیته ها و جلسات تیم مدیریت اجرایی



## خلاصه عملکرد واحد بهبود کیفیت:

- شناسایی فرایندهای اصلی
- تعیین شاخص ها ( عملکرد بالینی و غیر بالینی)
- پایش شاخصها و گزارش
- میزان پیشرفت و تحقق برنامه عملیاتی و بهبود کیفیت
- مدیریت مستندات اعتباربخشی
- شناسایی فرصت های بهبود و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود
- ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده اعتبار بخشی ملی
- خودارزیابی ها

## روشهای حل مسئله منطبق با مدل نوین اعتباربخشی:

- 1 - مداخله اصلاحی
- 2 - تدوین برنامه بهبود کیفیت

## استاندارد الف 3-1

### مدیریت فرآیند های اصلی بیمارستان

- شناسایی ، تصویب و ابلاغ توسط تیم مدیریت اجرایی و آگاهی و اجرای کارکنان مرتبط
- شناسایی فرآیند های اصلی توسط مسئول بهبود کیفیت به عنوان نماینده تیم اجرایی با مشارکت سایر اعضای تیم مدیریت اجرائی و مسئولین واحدها / بخش ها

### مشخصات فرآیند های اصلی:

- سهم عمده در موفقیت سازمان و رسیدن به اهداف کلان دارد.
- فرآیندهایی که اثر نهایی آنها ایجاد ارزش افزوده می نماید.
- ارتباط با مشتری و ذینفعان اصلی دارد.
- فرآیند های اصلی فلسفه وجودی سازمان را نشان میدهد.



## تعیین شاخص های سنجش فرآیند های اصلی و پایش و اندازه گیری و تحلیل نتایج و گزارش به تیم اجرایی

- تعیین شاخص سنجش فرآیند های اصلی
- اندازه گیری شاخص های فرآیند های اصلی در بازه زمانی معین (یکماه)
- تدوین شناسنامه شاخص با حداقل های مندرج در کتاب راهنما
- تحلیل نتایج شاخص های فرآیندی و ارائه گزارش به تیم مدیریت اجرایی
- اقدام اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند

### استاندارد الف 2-3

#### ارزیابی میزان پیشرفت برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت

تعیین شاخص برنامه عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی و نظارت بر پایش و اندازه گیری میزان پیشرفت

در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه گیری شاخص معین شود

تحقق شاخص پیشرفت برنامه به معنای تحقق شاخص برنامه ای نیست

بررسی بصورت فصلی نتایج پایش ها برنامه عملیاتی /بهبود و گزارش به تیم اجرایی

انجام اقدام اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ و نظارت بر اجرا بر اساس نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه ها در کمیته پایش و سنجش کیفیت



### استاندارد الف 3-3

#### اندازه گیری عملکرد بالینی و غیربالینی بیمارستان

دفتر بهبود و کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئولان واحدها شاخص ها را اولویت بندی کرده و به تیم اجرایی ارائه می نماید.

1) شاخص های عملکردی الزامی:

اورژانس

ICU

CCU

2) سایر شاخص های عملکردی در حیطه های ایمنی - به موقع بودن - اثربخشی - کارایی - عدالت - بیمار محوری

پیشنهاد شاخص های عملکردی توسط کمیته پایش و سنجش کیفیت و اولویت بندی، تایید و ابلاغ توسط تیم مدیریت اجرایی

دریافت نتایج اندازه گیری شاخص ها از بخش ها توسط دفتر بهبود کیفیت و پس از تحلیل در کمیته پایش و گزارش به مدیریت اجرایی و بازخورد به بخش ها

توصیه میشود مسئول اندازه گیری شاخص ها از کارکنان آن بخش نباشد

انجام اقدام اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت و ابلاغ و نظارت بر اجرا



## استاندارد الف 3-4

### شناسایی فرصت های بهبود و اجرای اقدام اصلاحی

مسئولان بخش ها با مشارکت کارکنان فرصت های بهبود را شناسایی و پس از اولویت بندی و انجام اقدام اصلاحی و ارزیابی اثر بخشی اقدامات

این سنجه نیاز به فرم و مستند سازی ندارد و ثبت الکترونیکی در یک صفحه کفایت در این سنجه اقدام اصلاحی مستقیم انجام میشود که نیازی به منابع برون بخشی ندارد.

طرح برنامه بهبود توسط دفتر بهبود و تصویب برنامه های بهبود کیفیت توسط تیم شناسایی فرصت های بهبود و اجرای اقدام اصلاحی اجرایی و نظارت بر پیشرفت آن توسط تیم اجرایی با همکاری مسئولان واحد/ بخشها

### برنامه بهبود در 2 حالت تدوین می شود:

1- نیاز به منابع مالی و انسانی و تجهیزاتی داشته است و به تنهایی با انجام اقدام اصلاحی توسط مسئول واحد /بخش امکان رفع مشکل وجود نداشته باشد.

2-نیاز به مشارکت برون بخشی و تعامل با واحد /بخش مرتبط و تایید تیم اجرایی باشد.

### استاندارد الف 3-5

مدیریت مستندات مربوط به اعتبار بخشی

\* تهیه فرمت الکترونیکی یکسان برای خط مشی و روش ،روش اجرا و دستورالعملها در فایل الکترونیکی که نیاز به امضاء ندارد.

\* نامه رسمی و امضای تصویب کننده از طریق اتوماسیون کافی است.

\* قالب الزامی نداریم اما محتوای آن حداقل شامل موارد ذیل باشد.

فرمت مستندات:

تهیه کننده

تأیید کننده

تصویب کننده

شماره و ویرایش

شماره بازنگری



## خط مشی و روش (POLICY & PROCEDURE)

مجموعه ای از سیاست ها/اصول منتخب سازمان در یک موضوع مشخص همراه با روش انجام کار اتخاذ شده برای اجرای آن سیاست ها می باشد. خط مشی و روش مستندی است که حداقل شامل عنوان، بیانیه سیاست/خط مشی، دامنه، تعاریف، منابع/مراجع، فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش، شیوه انجام کار بصورت گام به گام همراه با مسئول، زمان و مکان اجرا می باشد.

• گام های مشترک در خط مشی و روش:

1. تدوین خط مشی و روش
2. شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش
3. رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان
4. شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
5. ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
6. تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
7. ابلاغ فایل الکترونیکی خط مشی و روش با حداقل های مورد انتظار
8. آگاهی کارکنان از خط مشی و روش اجرایی
9. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
10. انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ



## • روش اجرایی مدون (DOCUMENTED PROCEDURE)

زمانی که روش اجرایی متداول در سازمان، به دلیل اهمیت موضوع و یا به قصد افزایش هماهنگی و یا پاسخ به الزام مطرح شده در استاندارد مکتوب گردیده و در اختیار همه افراد مرتبط، قرار گیرد تا مطابق آن عمل نمایند،

"روش اجرایی مدون" نامیده می شود. یک روش اجرایی مدون، مستندی است که حداقل شامل عنوان، هدف، دامنه، تعاریف، منابع/مراجع، مسئولیت ها و اختیارات، شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود) و مستندات مرتبط می باشد.

### • گام های مشترك در روش های اجرایی

1. تدوین روش اجرایی مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
2. شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
3. ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
4. تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
5. اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
6. آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
7. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
8. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

### • دستورالعمل (INSTRUCTION)

مستندی است برای نشان دادن گام های دقیق انجام یک کار به ترتیب اجرایی آن با مشخص کردن مسئول انجام. دستورالعمل با جزئیات بیشتری نسبت به روش اجرایی، شیوه و ترتیب انجام یک کار فنی را نشان می دهد. و می تواند به صورت نوشتاری و یا تصویری باشد.



## گام های مشترك در دستورالعمل (INSTRUCTION)

تدوین دستورالعمل

شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی

آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل

انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

### استاندارد الف 3-6

#### ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتبار بخشی ملی

بخش / واحدها با رویکرد بهبود مستمر کیفیت استانداردهای اعتبار بخشی را خود ارزیابی نموده و پس از شناسایی موارد عدم انطباق و اقدام اصلاحی گزارش نهایی را به تیم مدیریت اجرایی ارائه نماید.

تشکیل گروه ارزیابی داخلی و پس از انجام ارزیابی و اقدام اصلاحی نتایج ارزیابی داخلی در سامانه اعتبار بخشی بارگذاری می شود .

تشکیل تیم با محوریت تیم مدیریت اجرایی

تعیین پاسخگو برای هر یک از محور های اعتبار بخشی توصیه میشود

تهیه کننده : محمد حسین برزگر بفرویی کارشناس بهبود کیفیت و اعتبار بخشی



## بهبود کیفیت در یک نگاه ( ۶ استاندارد و ۱۵ سنجه )

اندازه گیری عملکرد بالینی و غیر بالینی

مدیریت مستمر فرآیندهای اصلی

ارزیابی میزان پیشرفت و تحقق برنامه های  
عملیاتی / بهبود کیفیت

شناسایی مشکلات و فرصتهای بهبود و  
اجرای برنامه و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود

مدیریت مستندات مربوط به اعتباربخشی

ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی  
اعتباربخشی ملی