

به راستی بودجه و نیروی انسانی تنها معضل و مانع فرا روی کیفیت خدمات سلامت است

چند نکته در مورد حاکمیت خدمات بالینی

مسئولیت پذیری جمعی = collective responsibility در زمره اهداف آن است.
اصلاح ساختار بیمارستانی = hospital reform = نتیجه آن است.

نظام حاکمیت بالینی چی هست؟

یک نوع چینش است و هیچ چیز اضافه نمی شود و فقط چینش را تغییر می دهد. در حاکمیت بالینی افزایش نیرو و امکانات به آن صورت مورد درخواست نیست و فقط تغییر در چیدمان است. اگر خواستید به کیفیت فکر کنید موارد ذیل مد نظر باشد:

کیفیت = خصوصیتی از محصول که احتمال دستیابی به نتیجه مطلوب را به حداکثر می رساند = میزان خوب بودن

اجزاء حاکمیت بالینی

خدمات ارائه شده به مردم است. حاکمیت بالینی فرصتی است برای راههای به حرکت در آوردن افراد با وضعیت سستی ورخوت فعلی به سمت فرهنگی چالش برانگیز که در آن آموزش فعال، صحبت کردن به همراه شنیدن و گوش کردن و پرسیدن با هدف یادگیری است. همیشه این سؤالات فرا روی همگان بوده است که:

واقعا خدمات در حال ارائه راضی کننده مشتری و اقناع کننده فروشنده خدمت هستند؟

چرا همگان از ارائه این خدمات خدایسندانه و مطابق با خوی انسانی لذت وافی و کافی را نمی برند؟

چرا اینقدر تقاضای خروج از این عرصه لطیف را داریم؟ (مثال بارز: سیل تقاضای بازنشستگی پیش از موعد)

چرا خستگی بر تن مان نشسته است؟

حاکمیت خدمات بالینی



تهیه کننده گان:

دکتر سید مجتبی احمدی، دکتر قباد رضانی

حاکمیت خدمات بالینی

حاکمیت بالینی در مفهوم کلی به معنای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و افزایش پاسخگویی ارائه دهندگان و متولیان امر سلامت در قبال کیفیت

۱- مشارکت بیماران و همراهان (involving)

(patients and carriers):

مشاوره به بیماران و مدیریت خدمات ارتباطی

بیمار به عنوان شریک

فرهنگ انعطاف پذیر و مشارکتی.

۲- مدیریت خطر (risk management-)

(practicing safely) :

سلامت و ایمنی / کاهش ریسک بالینی/پایش

شکایت/ خط مشی ها و روش های اجرایی به روز

شده/سیستم های گزارش دهی/ رویدادهای

نامطلوب

شایعترین علل شکایات عبارتند از:

نارسایی / تأخیر در تشخیص، درمان/ مدیریت

ناکافی، خلق خشن، عدم توضیح / تأخیر در

ویزیت، مشکل در تجویز، مشکل در اجرا و معاینه

ناکافی.

۳- ممیزی بالینی (clinical audit):

ممیزی در واقع پاسخ به سؤال زیر است: چند

درصد از اعمال و کارهای انجام شده به نتیجه

مطلوب دست یافته است؟

۴- اثربخشی بالینی (clinical

effectiveness):

سنجش اثر مداخلات بالینی، اعم از اثرات درمانی

یا عوارض می باشد. در این بخش نتایج درمانی و

عوارض مورد انتظار از مداخلات درمانی شایع به

شکل عینی و قابل اندازه گیری تعریف و فرآیندی

متناسب و کاربردی برای جمع آوری اطلاعات

مورد نیاز و همچنین، تجزیه و تحلیل و بازخورد

مناسب به آن طراحی و اجرایی می گردد.

۵- برنامه ارتقاء اعضای گروه (professional

development for your practice team):

آموزش مداوم بر اساس نیازهای حرفه ای پرسنل

از اصول مهم CG است. اینکار را می شود با روش

های مصاحبه و پرسشنامه و در عین حال با

استفاده از نیازهای هر شغل انجام داد. داشتن

دفتر و یا دبیرخانه ای برای روشن ساختن مراحل

ارتقا شغلی و ثبت و پیگیری مدارک مورد نیاز

برای آن به انجام این امر کمک شایانی خواهد

کرد.

۶- مدیریت پرسنلی (personnel

management):

تأمین و تضمین حضور بهنگام و کافی پرسنل

ارائه کننده خدمات، بعنوان اصلی ترین ورودی در

فرآیند خدمت می باشد. وجود ساز و کار

نیازسنجی پرسنلی از نظر تعداد و تأمین موارد

کمبود یا برقراری تناسب در توزیع نیروی انسانی

در بخشهای سازمان درمانگر، مدیریت حضور و

غیاب و مرخصی پرسنل اعم از کادر پرستاری و

پزشکی، مدیریت برنامه های شیفتها و کشیک ها

(بویژه مسئله تعویض کشیک ها و کشیک های

on call) و همچنین بررسی منظم مجوز ادامه

انجام کار و گذراندن دوره های ضروری می باشد.

Royal college of nursing publication, London, 2005. 5- Authority of the House Commons. Patient and Public Involvement in the NHS. Third Report of Session 2006-07. Volume I.

- Haxby E, Hunter David H, Jaggar S. An Introduction to Clinical Governance and Patient Safety. 1 ed. New York: Oxford University Press; 2010.
- Hristine F. Patient and Public Involvement in Health: The Evidence for Policy Implementation. A summary of the results of the Health in Partnership research program. April 2004. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4082334.pdf
- International Alliance of patient Organizations. Policy Statement Patient Involvement. available from: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/312/182/IAPO%20Policy%20Statement%20on%20Patient%20Involvement.pdf>.



منابع:

- Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al, "A study of cultural changes in primary care organizations needed to implement clinical governance". Br J Gen Pract. 2002 August; 52(481): 641-645.
- Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. Br J Gen Pract. 2002 Oct;52 Suppl: S12-7. 3-Clinical Governance Policies and Procedures, NHS report, 2008
- Currie L. Morrell C. Scrivener R. "Clinical Governance: an RCN resource guide",

۷- استفاده از اطلاعات (use of information):

برقراری فرهنگ، نظام و در نهایت ساز و کارهایی است که در آن درسهای گرفته شده از اجزای مختلف حاکمیت بالینی به مشارکت با دیگران گذاشته شود. این امر می توان درون سازمان و حتی برون سازمانی باشد. جنبه دیگر از این حوزه راه اندازی ساز و کارهایی برای تأمین و تضمین دستیابی و استفاده از بهترین شواهد موجود در برخورد با مسائل بالینی است.