

# حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه علوم پزشکی تهران: ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی (مطالعه موردی)

آرش رشیدیان<sup>\*۱</sup>

پذیرش: ۱۳۸۸/۴/۲۸

دریافت: ۱۳۸۸/۱/۲۳

## چکیده:

زمینه و هدف: در سال های اخیر تلاش زیادی در سطح کشور برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت صورت گرفته است. این مطالعه به بررسی تجربه اخیر دانشگاه علوم پزشکی تهران در اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی می پردازد. مواد و روش ها: در این مطالعه به شیوه مورد کاوی به بررسی مراحل و نحوه اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی دانشگاه پرداخته شد. جمع آوری داده ها در طول اجرای برنامه و با توجه به نقش نویسنده در اجرای برنامه صورت گرفت. داده ها بر مبنای مراحل اجرای برنامه در سه بخش «برنامه ریزی و اولویت گذاری»، «راه اندازی و پیاده سازی» و «تکمیل و استقرار» تحلیل شدند. یافته ها: اجرای برنامه براساس تصمیم مدیریت ارشد دانشگاه صورت گرفته و از حمایت آن برخوردار بوده است. مرحله برنامه ریزی و اولویت گذاری شامل تشکیل دبیرخانه، تشکیل کمیته حاکمیت خدمات بالینی دانشگاه، انجام مطالعات نیازسنجی و وضعیت سنجی، بررسی تجربه های مرتبط در دانشگاه، طراحی دوره آموزشی و شناسایی و ابلاغ حیطه های اولویت بوده است. مرحله راه اندازی و پیاده سازی شامل تعیین نمایندگان واحدها جهت اجرای برنامه، برگزاری دوره آموزشی، تشکیل دفترهای حاکمیت خدمات بالینی، اضافه کردن حاکمیت خدمات بالینی به برنامه عملیاتی و طراحی روال ها و فرآیندهای منتخب بوده است. در مرحله تکمیل و استقرار گام های زیر دنیال شدند: برنامه های بازدید از واحدهای درمانی و بهداشتی، ارائه درس حاکمیت خدمات بالینی، طراحی و اجرای جشنواره حاکمیت خدمات بالینی و ایجاد ساختار و تشکیلات در سطح واحدها و دانشگاه بوده اند. نتیجه گیری: در اجرای چنین برنامه ای توجه به شاخص های توانمندی درونی، سازمان کیفیت و فعالیتهای پشتیبانی ضروری است. مهم ترین نقاط قوت برنامه در زمینه های سیاستگذاری، رهبری، ارتباط برنامه با ارزش های اصلی دانشگاه بوده است. در زمینه های شاخص های تامین منابع، ساختار، ظرفیت سازی و تشویق کیفیت موفقیت نسبی به دست آمده است. ایجاد اطلاعات مناسب در زمینه کیفیت نیازمند اقدامات اساسی در سطح دانشگاه و در سطح کشور است.

کلمات کلیدی: بهبود کیفیت، بیمارستان، حاکمیت بالینی، ممیزی بالینی

## مقدمه

در سال های اخیر تلاش زیادی در سطح کشور برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت صورت گرفته است. این تلاش ها تا حدود زیادی پاسخ به نگرانی سیاستگذاران و عموم مردم از کیفیت خدمات ارائه شده، مصرف بهینه بودجه های عمومی و میزان رضایت استفاده کنندگان از خدمات است. به رغم این تلاش ها کیفیت خدمات ارائه شده هنوز با آنچه شایسته مردم و انتظار نظام اسلامی است فاصله دارد. تجربه های قبلی در کشور و در دانشگاه علوم پزشکی تهران مدل های متعددی را در بر می گیرد که هر کدام نقاط قوت و ضعفی داشته و البته اجرای آنها در مجموع در جهت مثبت بوده است (۱-۳). از جمله پروژه های مهمی که در سال های اخیر در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده اند می توان به پروژه ارتقای کیفیت اورژانس بیمارستان امام، پروژه های اخذ استانداردهای ایزو در بیمارستان های مرکز

۱- استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ معاون پژوهشی مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت؛ دبیر کمیته حاکمیت خدمات بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران (\*نویسنده مسئول): Email: arashidian@tums.ac.ir شماره تماس: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹

کیفیت و اجرای نظام حاکمیت خدمات بالینی وظیفه‌ای است که در محیط انجام شده و عینیت می‌یابد و بروز اصلی آن ارتقای کیفیت خدمتی است که پزشک و پرستار و دیگر گروه‌های خط اول ارائه می‌دهند(۱۶).

### مواد و روش‌ها:

در این مطالعه به شیوه مورد کاوی مدیریتی به بررسی مراحل و نحوه اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی و اقداماتی که در سطح دانشگاه برای اجرای آن صورت گرفتند پرداخته شد. بازه زمانی مطالعه سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ را در بر می‌گیرد. جمع‌آوری داده‌ها در طول اجرای برنامه و با توجه به نقش نویسنده در اجرای برنامه صورت گرفت. داده‌های استفاده شده در این مطالعه از دو نوع اصلی بودند: منابع مکتوب و مشاهده‌ها. منابع مکتوب شامل نامه‌ها، صورتجلسه‌ها و گزارش‌هایی بودند که در طول اجرای برنامه به دست آمدند. مشاهده‌ها نتایج حضور مستقیم نویسنده در جلسه‌های تصمیم‌گیری، شوراها، جلسات مختلف، جلسه‌های برنامه‌ریزی و بازدیدها بوده‌اند. ضمن این‌که از بازخورد همکاران نسبت به برنامه نیز استفاده شده است. داده‌ها بر مبنای مراحل اجرای برنامه در بخش‌های «برنامه‌ریزی و اولویت‌گذاری»، «راه‌اندازی و پیاده‌سازی» و «تکمیل و استقرار» تقسیم و تحلیل شدند.

### یافته‌ها:

در پی بررسی‌های مقدماتی و بحث و بررسی موضوع در چند جلسه هیات ریسه دانشگاه، برنامه‌ای مقدماتی به هیات امنای دانشگاه ارائه گردید و در نتیجه طبق بند ۴۲ مصوبه بیست و سومین نشست هیات امنای دانشگاه (۲۵ بهمن ۱۳۸۵) به دانشگاه اجازه داده شد تا در خصوص اجرای برنامه حاکمیت خدمات بالینی اقدام نماید. به دنبال این مصوبه ریاست دانشگاه وظیفه طراحی برنامه، انجام مطالعات تکمیلی و ایجاد زیرساختها را به «مرکز توسعه سیاست‌های دانشگاهی در نظام سلامت» دانشگاه واگذار نمود تا در هماهنگی با معاونت‌های سلامت و مدیریت و توسعه منابع اقدامات لازم را صورت دهد. در نتیجه برنامه در سه مرحله اصلی طراحی و در مسیر اجرا قرار گرفت. اهم اقدامات انجام شده در هر مرحله به قرار زیر هستند.

#### الف- مرحله برنامه‌ریزی و اولویت‌گذاری

۱- تشکیل دبیرخانه نظام حاکمیت خدمات بالینی دانشگاه در مرکز توسعه سیاست‌های دانشگاهی در نظام سلامت. اهمیت این مرحله تمرکز برنامه‌ریزی و هماهنگی در سطح دانشگاه در این زمینه بود و باعث شد تا از توان گروه‌های مختلف در سطح دانشگاه به خصوص اعضای هیات علمی توانمند در گروه‌های مختلف دانشکده‌های بهداشت (علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، اپیدمیولوژی و آمار حیاتی) و پزشکی (پزشکی اجتماعی) در کنار تجربیات وسیع معاونت سلامت و معاونت مدیریت و توسعه منابع استفاده شود.

۲- تشکیل کمیته نظام حاکمیت خدمات بالینی دانشگاه و انتصاب دبیر کمیته. این کمیته با ابلاغ ریاست دانشگاه و با اعضای زیر تشکیل شد: رییس دانشگاه، معاون سلامت دانشگاه، معاون مدیریت و توسعه منابع دانشگاه، رییس دانشکده پزشکی، دو رییس بیمارستان، یک رییس شبکه، دو مدیر بیمارستان، مسئول دفتر پرستاری، یک مترون، مدیر داروخانه‌ها و چند تن

طبی، روزبه و مرکز قلب تهران، اجرای برنامه مدیریت فراگیر کیفیت در اورژانس بیمارستان ضیاییان و در بیمارستان دکتر شریعتی، اجرای پایلوت‌های حاکمیت خدمات بالینی در بیمارستان‌های دکتر شریعتی و روزبه، طرح تکریم بیمار در بیمارستان امام خمینی و دیگر بیمارستان‌های دانشگاه، پروژه بهبود مداوم کیفیت در بیمارستان مرکز طبی کودکان(۱)، برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی بیمارستان‌ها و ده‌ها برنامه بزرگ و کوچک دیگر اشاره کرد. به بیان خلاصه تعدد برنامه‌ها و استفاده از شیوه‌های متعددی که لزوماً هم‌زمان و هماهنگ نیستند از جمله شاخصه‌های تلاش وسیع برای ارتقای کیفیت خدمات بوده است(۴). اگر توجه شود که در هر بیمارستان به طور متوسط بیش از ۱۵ کمیته مختلف هر یک مسئولیت بخشی از جنبه‌های کیفیت را عهده‌دارند، پیچیدگی وضعیت برنامه‌های ارتقای کیفیت در نظام سلامت کشور بیشتر خود را نشان می‌دهد. نتیجه غیر قابل اجتناب این شرایط پراکندگی فعالیت برای کیفیت، غلبه عملکردهای مقطعی، از دست دادن دید جامع نگر، و گسستگی فرایند ارتقای کیفیت است.

بسیاری از کشورها ایجاد موسسات جدید، مکانیسم‌ها و فرآیندهای نوین را به هدف حفظ و ارتقای مداوم کیفیت خدمات سلامتی دنبال کرده‌اند (۸-۵). بسیاری از این مکانیسم‌ها و فرآیندها تئوری‌های ارزشمند و جذابی را دنبال کرده‌اند ولی پیاده‌کردن آنها همواره چالش برانگیز بوده است(۹). در این میان مجموعه‌ای از تلاش‌ها به ایجاد یک نگرش و مسیر برای ارتقای کیفیت منتهی شده است که به حاکمیت خدمات بالینی (clinical governance) موسوم شده است(۶). یکی از مشهورترین تعریف‌هایی که از حاکمیت خدمات بالینی ارائه شده است را چنین ترجمه کرده‌ام: «چارچوبی که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت در قبال بهبود دایمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می‌شود به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند»(۷). حاکمیت خدمات بالینی شامل در پیش گرفتن اقداماتی برای به حداقل رساندن خطر برای کارکنان و بیماران، شناسایی به موقع و بیطرفانه عوارض و رویدادهای مهم و دلایل آن، توجه به شکایات بیماران، استفاده از بهترین شواهد موجود در تصمیم‌گیری‌های بالینی، خودارزیابی عملکرد و نتایج مداخله‌های بالینی، به‌کارگیری روش‌های موثر برای تغییر رفتار ارائه‌کنندگان خدمت (از جمله به‌کارگیری راهنماهای بالینی) (۱۰،۱۱) و بررسی مداوم برنامه‌های ارتقای شغلی کارکنان ارائه‌کننده خدمات میباشد(۶).

سازمان جهانی بهداشت پیاده‌سازی نظام حاکمیت خدمات بالینی را به کشورهای عضو توصیه کرده است. آنچه به خصوص حاکمیت خدمات بالینی را جذاب می‌سازد قابلیت کاربرد آن نه تنها در بیمارستانها، بلکه در شبکه‌های بهداشت و درمان و سطوح اول ارائه خدمت است(۱۵-۱۲). با توجه به توافق جهانی بر جامعیت برنامه حاکمیت خدمات بالینی و توان آن در پاسخگویی به نیازهای نظام سلامت، و با توجه به وجود تجربه‌های موفق در کشورهای مختلف در اجرای برنامه، دانشگاه علوم پزشکی تهران تصمیم گرفت تا این نظام را به تدریج در کلیه واحدهای بهداشتی و درمانی تابعه دانشگاه به اجرا در آورد. در طراحی این برنامه به شاخص‌های اصلی استقرار یک نظام ارتقای کیفیت در سازمان توجه شده است. به هر روی ارتقای

شد. از بیمارستان ها خواسته شد گزارشی از فعالیت های خود در زمینه حیطة های فوق به دبیرخانه کمیته نظام حاکمیت خدمات بالینی دانشگاه ارسال نمایند تا جهت برنامه ریزی برای اولویت بندی و اجرای هر چه بهتر برنامه ها در بیمارستانها مورد استفاده قرار گیرد.

جدول شماره ۱: حیطة های اولویت در دانشگاه علوم پزشکی تهران (۸۶، ۸۷)

- رسیدگی به شکایات
- رضایت سنجی
- کد و فرآیند احیا
- تحلیل موارد مرگ
- ترخیص بیمار با رضایت شخصی
- تحلیل وقایع مهم
- خطاهای تجویز دارو

### مرحله راه اندازی و پیاده سازی

در این مرحله چند اقدام مشخص صورت گرفت.

- ۱- درخواست از روسای واحدها به تعیین و معرفی نمایندگان (یک پزشک، یک پرستار و یک مدیر) جهت فعالیت در زمینه حاکمیت خدمات بالینی
- ۲- برگزاری دوره آموزشی پودمانی برای نمایندگان واحدها (شامل حدود ۶۰ نفر در سطح دانشگاه). از تمامی بیمارستان ها و شبکه های بهداشت و درمان دانشگاه دعوت شد تا سه نفر برای شرکت در دوره آموزشی معرفی کنند (شامل یک پزشک، یک پرستار و یک نفر از بخش مدیریت و پشتیبانی). این دوره به صورت یک کارگاه نیم روزه و ۶ کارگاه یک روزه از بهمن ۱۳۸۶ تا مرداد ۱۳۸۷ برگزار گردید. در تدریس دوره استنادی از دانشکده بهداشت، دانشکده پزشکی، معاونت سلامت، دانشکده پیراپزشکی و همین طور بیمارستان های دانشگاه مشارکت داشتند. اجرای دوره به صورت پودمانی فرصت یادگیری و به کارگیری تجربه را برای شرکت کنندگان افزایش داد. همین طور کمک نمود تا بتوان در طول دوره اقدامات انجام شده در سطح دانشگاه را معرفی کرد و شرکت کنندگان نیز فرصت یافتند تا از تلاش های دیگر واحدها و همکاران خود درس بگیرند.

برنامه این پودمان آموزشی که در نوع خود اولین در کشور بوده است در جای دیگری آورده شده است (۲۱). به طور خلاصه موضوعات مرتبط با حاکمیت خدمات بالینی شامل ارتباط با بیمار، مشارکت و رضایت مشتری، رسیدگی به شکایات، خودارزیابی بالینی، احیای قلبی و تنفسی، مدیریت خطر، کاهش خطاها و تحلیل وقایع مهم، اثربخشی بالینی، رضایت و ارتقای شغلی و تغییر رفتار ارایه کننده خدمت پوشش داده شدند.

۳- ایجاد زیرساخت ها و تشویق واحدها به تشکیل دفترهای حاکمیت خدمات بالینی (به تدریج در تمام واحدها). در ایجاد ساختار در دانشگاه به عمد با احتیاط اقدام شد. نظر آن بود که ابتدا نقطه ضعف های برنامه شناسایی شوند و سپس ساختار مناسب معرفی گردد. به خصوص این فرصت به واحدها داده شد تا با توجه به امکانات موجود خود عمل کنند تا بتوان مدل های مختلف را با هم مقایسه کرد.

از اعضای هیات علمی. در تشکیل کمیته به گونه ای عمل شد تا اعضا در حد امکان از جایگاه های مختلف در کمیته حضور یابند. به خصوص روسا، مدیران و مترون بیمارستان از پنج بیمارستان مختلف بزرگ و کوچک انتخاب شدند تا بتوانند دیدگاه ها و نقطه نظرات متفاوتی را به کمیته ارایه دهند.

۳- انجام مطالعات وضعیت سنجی و نیاز سنجی در سطح دانشگاه و مطالعات نظری. در مطالعات نظری به جمع آوری دقیق تر تجربیات دیگر کشورها توجه شد. در این میان به فرآیندها و روش هایی که به نظر می رسد در ساختار کنونی نظام سلامت کشور به خوبی قابل پیاده کردن هستند توجه ویژه شد. علاوه بر این تلاش گردید تا از دیگر روش های ارتقای کیفیت که اجرای آنها در دورنمای طولانی تری نیز امکان پذیر است نیز بهره گرفته شود. از جمله این روش ها می توان از ایجاد ساختار مناسب مدیریت خطر و کاهش خطا در نظام سلامت و ساختارهای ارتقای کیفیت درمان بیمار بحرانی پیش از نیاز به احیا یاد کرد (۱۷، ۱۸).

۴- بازبینی تجربه انجام پایلوت حاکمیت خدمات بالینی در دو بیمارستان دکتر شریعتی و روزه. خوشبختانه در دو بیمارستان دانشگاه طرحی به منظور بررسی قابلیت اجرای حاکمیت خدمات بالینی به همت اعضای هیات علمی دانشگاه در قالب برنامه اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اجرا شده بود. نتایج این طرح بیانگر بعضی دشواری ها در اجرای حاکمیت خدمات بالینی بود که به آن توجه گردید به خصوص آن که مقایسه دو بیمارستان نشان می داد کارایی طرح تا حدود زیادی به ساختار بیمارستان و میزان حمایت مدیریت ارشد بیمارستان از برنامه دارد. نتیجه مهم دیگر این مطالعه این بود که اجرای بعضی روش های ارتقای کیفیت (مثلا ممیزی بالینی) می تواند در عمل دشوار باشد و توجه به ایجاد زیرساخت مناسب و فرهنگ سازی ضروری است (۱۹، ۲۰).

۴- طراحی دوره آموزشی نظام حاکمیت خدمات بالینی به صورت پودمانی. با توجه به تازگی موضوع در کشور و پیچیدگی نسبی بعضی روش ها و مفاهیمی که در حاکمیت خدمات بالینی کاربرد دارند، تربیت نیروی انسانی توانمند به طور وسیع نیاز اولیه اجرای برنامه است. طراحی دوره با همکاری سه نفر از اعضای هیات علمی دانشکده های بهداشت و پزشکی و سه کارشناس صورت پذیرفت.

۵- شناسایی و ابلاغ حیطة های اولویت دانشگاه. گستردگی حاکمیت خدمات بالینی می تواند وظیفه را در دید مجریان چنان بزرگ جلوه دهد که مانع پیشرفت در اجرا شود. با شناسایی اولویت ها این امکان فراهم شد تا بتوان در آغاز بر روی موضوعات خاصی تمرکز کرد و برنامه را به تدریج به دیگر حیطة ها گسترش داد. در شناسایی حیطة های اولویت دانشگاه به دیدگاه ها و تجربیات واحدهای محیطی در زمینه ارتقای کیفیت توجه شد. هدف آن بود که موضوعات مهم و اساسی و مورد اهتمام بیماران و مراجعان شناسایی شوند. موضوعاتی که اقدام موثر بدون نیاز به تغییر شدید ساختار و با صرف محدود منابع قابل انجام هستند. در نتیجه ۷ حیطة شناسایی شدند. ریاست دانشگاه در مهرماه ۱۳۸۶ حیطة های اولویت حاکمیت خدمات بالینی را به واحدهای درمانی ابلاغ نمود و تمرکز در جهت بهبود این حیطة ها را خواستار

ضرورت است. در اینجا به بررسی این موارد با توجه به اجزای اصلی استقرار نظام ارتقای کیفیت در سه گروه شاخص های توانمندی درونی، سازمان کیفیت و فعالیتهای پشتیبانی می پردازیم.

شاخص های توانمندی درونی شامل سیاستگذاری، رهبری، ارزش های اصلی و منابع می شوند. در اجرای برنامه دانشگاه سیاستگذاری جدی در حمایت از فعالیت های ارتقای کیفیت مشهود بوده است. پیش از شروع اجرا و در طول اجرای برنامه جلسات متعددی از هیات ریسه دانشگاه به این موضوع اختصاص داشته و در سطح مدیریت کلان (هیات امناء، هیات ریسه و برنامه های عملیاتی و استراتژیک) سیاستگذاری در حمایت از این برنامه صورت گرفته است. تصمیم دانشگاه در واگذاری موضوع به یک مرکز تحقیقاتی و توسعه ای تصمیم مهمی بود. ایجاد برنامه نوینی که خارج از روال های معمول دانشگاه است نیازمند اختصاص وقت و توجه است که البته توانمندی دانشگاه در این زمینه این فرصت را به خوبی فراهم کرد. در این زمینه توجه به تجربه اعضای هیات علمی دانشگاه در اجرای برنامه های حاکمیت خدمات بالینی در کشور و خارج از ایران ضروری است. از نظر شاخص رهبری، ارتقای کیفیت و حاکمیت خدمات بالینی اولویتی اصلی در سطح دانشگاه بوده است. برنامه با پیگیری مداوم رییس دانشگاه و مشارکت فعال و با علاقه معاون سلامت و دیگر اعضای هیات ریسه انجام شده است. در بسیاری از جلسه های روسای بیمارستان ها نیز موضوع با جدیت مطرح و پیشرفت آن پیگیری و تاکید شده است. همین مساله این پیام را به خوبی در سطح دانشگاه منتقل نموده است که حاکمیت خدمات بالینی جزو ارزش های اصلی دانشگاه با هدف ارتقای کیفیت خدمات سلامتی است. البته باید توجه شود که این مساله بدون چالش نیست به خصوص آن که در شرایط کنونی نظام سلامت کشور یکی از مهم ترین دغدغه ها، نگرانی های مالی و بودجه ای است و نگهداری ارتقای کیفیت در میان اولویت ها تلاش و پیگیری مداوم را می طلبد. مهم ترین چالش در زمینه توانمندی های درونی، تامین منابع مورد نیاز اجرای برنامه بوده است. پیشتر به اقداماتی که در جهت تامین نیروی انسانی انجام شده اند اشاره شد. این مساله همچنان یک محدودیت اصلی در اجرای برنامه است. تامین منابع مالی نیز از جمله نگرانی هاست که با ورود برنامه به فهرست برنامه های عملیاتی تلاش گردید تا حدودی این مساله نیز مرتفع گردد.

شاخص اصلی سازمان کیفیت، ساختار است. این شاخص به شناسایی نقش ها، وظایف و مسئولیت ها و ساختار پاسخگویی در قبال ارتقای کیفیت می پردازد. نظر به اهمیت موضوع از ابتدا با احتیاط با موضوع برخورد شد (۲۳). به خصوص به جد از تصویب زودهنگام ساختار در این زمینه خودداری شد. تجربه های موجود در کشور و دیگر کشورهای دنیا نشانگر ناموفق بودن تاکید بیش از حد بر ساختار به عنوان راه حل اصلاح نظام سلامت است. جدای از این موضوع می توان گفت شکل اصلی ساختار اجرایی برنامه در سطح بیمارستان ها مشخص شده است. به رغم سه نکته اصلی هنوز باقی هستند: نکته اول ایجاد ارتباط منسجم میان کمیته های مختلف بیمارستانی و به خصوص بازبینی نقش مدیر فنی، معاون آموزشی و ریاست بیمارستان در حاکمیت خدمات بالینی است. نکته اصلی مهم دیگر ساختار ستادی حاکمیت

۴- درخواست از واحدها (به خصوص بیمارستانها) برای وارد کردن برنامه های مرتبط با حاکمیت خدمات بالینی به برنامه های عملیاتی سال ۱۳۸۷ و پس از آن.

۵- طراحی روال ها و فرایندهای اجرای برنامه های منتخب. در این زمینه به خصوص بر اصلاح و شکل دهی به نحوه رسیدگی به شکایات بیماران در تمام واحدهای درمانی و بهداشتی توجه شد (۲۲) و به صورت فرم های یکسان ثبت شکایت، استانداردسازی فرآیند رسیدگی به شکایت و راهنمای اجرای برنامه به بیمارستان ها ابلاغ گردید.

### مرحله تکمیل و استقرار :

اهم اقدامات انجام شده در این مرحله تاکنون به قرار زیر هستند.

۱- برنامه های بازدید از واحدهای درمانی و بهداشتی به هدف برنامه حاکمیت خدمات بالینی از مهر ۱۳۸۷. این بازدیدها با حضور معاون سلامت دانشگاه، دبیر کمیته حاکمیت خدمات بالینی و حداقل سه تن از کارشناسان و اعضای هیات علمی دانشگاه صورت می گیرد. هدف اصلی بازدیدها آگاهی از برنامه ها و آرایه مشورت است. تمامی بازدیدها با اطلاع قبلی و با هماهنگی واحدها صورت می گیرند و از این نظر با روال بازدیدهای نظارتی مرسوم در کشور متفاوتند. در تمامی بازدیدها برنامه سخنرانی در جمع کارکنان واحد (توسط نمایندگان ستادی) و همین طور مجریان برنامه در واحد پیش بینی شده است و از فرصت بازدید برای فرهنگ سازی و گسترش برنامه استفاده می شود.

۲- طراحی آرایه درس حاکمیت خدمات بالینی به دانشجویان دوره MPH پودمانی در دو واحد درسی. با توجه به رسالت دانشگاه در سطح ملی، هدف اصلی این درس گسترش فرهنگ سازی و آموزش موضوع در سطح کشور است.

۳- طراحی و اجرای جشنواره حاکمیت خدمات بالینی در دی ماه ۱۳۸۷. توضیح مفصل این موضوع که برای نخستین بار در کشور انجام شده است در جای دیگر آورده شده است. هدف اصلی جشنواره تشویق کیفیت در قالب برنامه حاکمیت خدمات بالینی است. خوشبختانه جشنواره با استقبال فوق العاده از بخش های مختلف نظام سلامت در سطح کشور روبرو شد.

۴- ساختار و تشکیلات حاکمیت خدمات بالینی. پیرو اقدامات انجام شده در مرحله راه اندازی و پیاده سازی، مرکز نوسازی و تحول اداری دانشگاه مدل مناسب به کارگیری نیروی انسانی در قالب پست های سازمانی منصوب را طراحی و در جریان تغییر ساختار دانشگاه به تصویب رساند که برای اجرا ابلاغ شده است.

۵- برنامه ریزی در جهت ایجاد ساختار مناسب در سطح دانشگاه برای حاکمیت خدمات بالینی. با نهایی سازی این مرحله در واقع ساختار ستادی حاکمیت خدمات بالینی در سطح دانشگاه مشخص خواهد شد. این مساله در بقای درازمدت برنامه در دانشگاه تاثیر بسزایی خواهد داشت.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به تازگی اجرای چنین برنامه ای در کشور توجه به نقاط قوت و ضعف اقدامات انجام شده در سطح دانشگاه یک

انجام شده در این زمینه به راه اندازی جشنواره حاکمیت خدمات بالینی است که گزارش آن در جای دیگری آمده است (۲۱). البته باید دقت شود تشویق موثر کیفیت تا حد زیادی وابسته به اطلاعات است و با حل تدریجی مشکل اطلاعات مناسب و ایجاد ساختار مشخص و هدفمند برای اندازه گیری کیفیت، تشویق نیز بهتر صورت خواهد پذیرفت (۲۸-۳۰).

تا مرحله راه اندازی و پیاده سازی در تامین نیروی انسانی به صورت گام به گام عمل شد. تامین نیرو از منابع موجود و با ایجاد کمترین فشار بر روی منابع محدود دانشگاه صورت گرفت که البته دشواری هایی را برای تیم اجرایی ایجاد نمود. در حال حاضر برای ستاد، بیمارستان ها و شبکه ها برنامه جدی برای استخدام و یا جابه جایی نیروی انسانی به سمت حاکمیت خدمات بالینی در دست پیگیری است.

اجرای برنامه در سطح دانشگاه تا کنون با استفاده از هزینه های جاری و کمترین هزینه اضافی دنبال شده و بودجه اختصاصی برنامه صفر بوده است. این امر مشکلات و منافی را فراهم کرد. مشکلات نداشتن بودجه اختصاصی مشخص هستند. اما مهم ترین نفع آن ایجاد هماهنگی و همزمانی با دیگر بخش های دانشگاه بوده است به طوری که برنامه نه به صورت برنامه واحد خاص بلکه به عنوان برنامه جمعی دانشگاه دنبال شده است. در مرحله استقرار اختصاص بودجه در ستاد و اختیار هزینه برای برنامه های دانشگاه لازم است.

در مجموع مهم ترین نقاط قوت دانشگاه در زمینه های سیاستگذاری، رهبری، ارتباط برنامه با ارزش های اصلی دانشگاه بوده است. در زمینه های شاخص های تامین منابع، ساختار، ظرفیت سازی و تشویق کیفیت موفقیت نسبی به دست آمده است. در زمینه ایجاد اطلاعات مناسب در زمینه کیفیت اقدامات اساسی در سطح دانشگاه و ملی ضروری است. ارتقای کیفیت و اجرای نظام حاکمیت خدمات بالینی وظیفه ای است که در محیط انجام شده و عینیت می یابد. اما نیاز به سیاستگذاری جدی در سطح ملی در این زمینه وجود دارد. موفقیت دانشگاه علوم پزشکی تهران در این زمینه قابل توجه است اما تبدیل این موفقیت به سلامت و رضایت آحاد مردم رسالت اصلی نظام سلامت است. ثبت تجربه دانشگاه و تجربه های مشابه در سراسر کشور یک ضرورت است. ارزیابی مناسب و هدفمند این تلاش ها می تواند فرصتی را برای درس گرفتن و ایجاد شواهد مناسب برای تصمیم گیری و اصلاح نظام سلامت کشور و دیگر کشورها فراهم آورد (۳۲، ۳۱).

### تقدیر و تشکر:

از همکاری، همفکری و حمایت همکاران ارجمند دکتر فرید ابوالحسنی دکتر مجتبی صداقت، دکتر علی اکبری ساری، دکتر فرزانه میرزاآقایی دکتر زینب معین فر و ریاست دانشگاه آقای دکتر باقر لاریجانی صمیمانه تشکر می کنم.

اجرای برنامه وابسته به تلاش جمع کثیری از همکاران در بخش های مختلف دانشگاه و به خصوص بیمارستان ها و شبکه های بهداشت و درمان بوده است که از ایشان صمیمانه قدردانی می شود.

خدمات بالینی در سطح دانشگاه و در درازمدت در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. در این زمینه لازم است به ارتباط برنامه با روتین های کنونی نظارت و ارزشیابی، تامین مالی و بودجه و گزارش دهی ها دقت ویژه شود. نکته سوم که شاید مهم ترین نکته باشد نیاز به ایجاد روال هایی به منظور پاسخگویی در قبال ارتقای کیفیت است (۲۴). در شرایط کنونی نظام سلامت واحدها به طور مشخصی در قبال عملکرد مالی خود پاسخگو هستند. تا حد کمتری پاسخگویی در قبال اجرای برنامه ها وجود دارد که این امر در شبکه های بهداشت و درمان مشخص تر است. اما پاسخگویی در قبال ارتقای کیفیت همچنان در مراحل اولیه خود قرار دارد و بیشتر (و شاید تنها) پاسخ به شکایت ها و اعتراض ها محدود می شود.

شاخص های اصلی فعالیت های پشتیبانی شامل ظرفیت سازی، اطلاعات و ارتباطات مناسب و تشویق کیفیت هستند. در زمینه ظرفیت سازی، آموزش نیروی انسانی (۲۵) و ایجاد روال ها و برنامه های مشخص از جمله تلاش های اصلی مجریان برنامه بوده است. البته ظرفیت سازی هنوز در گام های نخست خود است. تجربه دو ساله دانشگاه نشان می دهد آموزشی بس وسیعتر ضروری است. میزان جابه جایی نیرو در سطح واحدها زیاد است و تغییر اولویت های واحدها منجر به تغییر افراد مجری می شود. ضمن آن که فرهنگ سازی عمومی (به خصوص پزشکان و اعضای هیات علمی بالینی) رکنی ضروری در موفقیت اجرای برنامه است (۲۶). شاخص اطلاعات و ارتباطات مناسب به این سوال می پردازد که آیا دسترسی مناسبی به اطلاعات ضروری در جهت ارتقای کیفیت وجود دارد یا خیر؟ در این زمینه ضعف جدی مشهود است. بسیاری از شاخص های ارتقای کیفیت در کشور یا وجود نداشته یا به دقت جمع آوری نمی شوند. مثلاً شاخص عفونت بیمارستان گزارش شده در کشور از استانداردهای بسیاری کشورهای دنیا با اختلاف زیاد بهتر است و حتی از بعضی مناطق گزارش هایی از عفونت بیمارستانی به میزان صفر نیز به دست می آید. احتمالاً مهم ترین علت این وضعیت ضعف نظام جمع آوری داده در شناسایی و ثبت و گزارش عفونت بیمارستانی است و نه شرایط ایده آل در کشور. در مورد بسیاری از دیگر مسایل مهم ارتقای کیفیت شاخص های مناسب تعریف نشده و یا هنوز اجرا نشده اند. تلاش ملی در این زمینه یک ضرورت جدی است. به خصوص باید به ضرورت به دست آوردن شاخص های پیامدی تاکید شود (شاخص های پیامد عمومی مانند تاثیر عملکرد بیمارستان در افزایش سلامت جامعه تحت پوشش، یا طول عمر بیماران بستری شده و یا شاخص های پیامد اختصاصی بیماری های مشخص مانند تاثیر عملکرد بیمارستان یا درمانگاه در کاهش میزان سکته قلبی). در حال حاضر داده های روتین و قابل اعتماد بیمارستانی در کشور به چند متغیر کلی محدود می شوند (۲۷). شاخص تشویق کیفیت به بررسی راه های تشویق کیفیت در ارایه خدمات می پردازد. مطالعاتی در کشور نشان می دهند که کارکنان انتظار تشویق مناسب در ازای ارتقای کیفیت دارند (۳). در این راستا گام های مهمی برداشته شد. نخست آن که در کل برنامه با جدیت بر معرفی موفقیت های به دست آمده در واحدها تاکید شد. در سخنرانی ها، جلسات و بازدیدها تاکید بر موفقیت ها و تشویق اقدامات انجام شده توسط واحدها و افراد با ذکر نام واضح بوده است. به طور مشخص مهم ترین اقدام

## References

- Mohammadi, SM. Mohammadi, SF. Hedges, JR. Zohrabi, M. Ameli O. Introduction of a quality improvement program in a children's hospital in Tehran: design, implementation, evaluation and lessons learned. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(4):237-43.
- Tabibi, J. Raisi, P. Nasiripur, A. Strategic management implication Possibility in Iran University of Medical Sciences' hospitals. *Ghazvin Medical Science' Journal*.2003; 27:54 - 60.
- Mohammadi, A. Shoghli, A. The employees gap between Exeption and Perception about Total Quality Management Factors, in Zangan hospitals in 2003-2004. *Zangan University of Medical Sciences journal*, 2006; 14(54): 32 - 9.
- van der Bij, JD. Broekhuis, H. Tailor-made quality systems in healthcare. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2000; 6(1):31-8.
- Institute of Medicine. Medicare's Quality Improvement Organization Program: Maximizing Potential. Washington DC: National Academies Press, 2006.
- Wright J, Hill P. Clinical governance. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003.
- Scally, G. Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317:61-5.
- Raisi, A. Asefzade, S. Iarmohadian, M. Comparative study of accreditation information models in Europe and America. *Health Information management Journal*, 2006, 3 (2).1 - 9
- Halligan, A. Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001; 322:1413-17.
- Rashidian, A. Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries. *Primary Care Respiratory Journal* 2008; 17(3):136-7.
- Rashidian, A. Eccles, M. Russell, I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy* 2008; 85(2):148-161.
- Baker, R. Lakhani, M., Fraser, R. Cheater, F. A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ* 1999; 318 (7186):779-83.
- Campbell, SM. Sheaff, R. Sibbald, B. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:9-14.
- Malcolm, L. Mays, N. New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care? *BMJ* 1999; 319(7221):1340- 42.
- Rashidian, A. Russell, IT. Towards better prescribing - a model for implementing clinical guidelines in Primary Care Organisations in the NHS. *Clinical Governance an International Journal* 2003; 8(1):26-32.
- Frank, AJ. Clinical governance as a restructuring of quality assurance processes: shifting the focus from corporate to clinical action. *British Journal of Clinical Governance* 2001; 6(4):259-63.
- Priestley, G. Watson, WE. Rashidian, A. Mozley, C. Russell D, Wilson, J. et al. Introducing Critical Care Outreach: a ward - randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive Care Medicine* 2004; 30(7):1398-404.
- Sari, AB-A. Sheldon, TA. Cracknell, A. Turnbull, A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ* 2007; 334:79-81.
- van Herk, R. Klazinga, NS. Schepers, RMJ. Casparie AF. Medical audit: threat or opportunity for the medical profession. A comparative study of medical audit among medical specialists in general hospitals in the Netherlands and England, 1970-1999. *Social Science & Medicine* 2001; 53(12):1721- 32.
- Bowie, P. Cooke, S. Lo, P. McKay, J. Lough, M. The assessment of criterion audit cycles by external peer review – when is an audit not an audit? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007; 13:352-57.
- Center for development academic policies in Health system. Clinical Governance in Tehran University of Medical Sciences & Seminar and first clinical governance festival. Tehran; Tehran University of Medical Sciences, 2009.
- Saravanan, B. Ranganathan, E. Jenkinson, LR. Lessons learnt from complaints by surgical patients. *Clinical Governance an International Journal* 2007; 12(3):155-58.
- Huntington, J. Gillam, S. Rosen, R. Organisational development for clinical governance. *BMJ* 2000; 321:679-82.
- Lim, J. Burton, T. Bowens, A. What elements should be covered in a clinical governance development plan? Leeds: Nuffield Institute, 2001.
- Som, CV. Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy* 2007; 80:281-96.
- Som, CV. Nothing seems to have changed, nothing seems to be changing and perhaps nothing will change in the NHS: doctors> response to clinical governance. *International Journal of Public Sector Management* 2005; 18 (5):463-77.
- Khatami, SMR. Kamrava, SK. Ghalehbaghi, B. Mirzazadeh, M. National university hospital discharge survey in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000; 6 (2-3):402-408.
- Hearnshaw, H. Harker, R. Cheater, F. Baker, R. Grimshaw, G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technology Assessment* 2002, 6(1):1-78.
- Freeman, T. Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Serv Manage Res* 2003; 16(4):234-50.
- Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria for Performance Excellence. Gaithersburg, MD: National Institute of Standards and Technology, 2002.
- Rashidian, A. Change management in the NHS. *Bulletin of Clinical Governance* 2004; 4(5):1-2.
- Berwick, DM. Lessons from developing nations on improving health care. *BMJ* 2004; 328:1124-29.