

مستشفى البشير
وحدة الجودة

الخطة الاجرائية (Action Plan)

لضبط وتحسين الجودة في مستشفى البشير

لعام (2017-2018)

إعداد

وحدة الجودة

إن الرغبة في تطبيق الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية هدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه عاما بعد عام، لذلك يضع مستشفى البشير الجودة في المرتبة الأولى ضمن أولوياته، وفي مسعى لمواكبة التوجُّه العالمي نحو التحسين المستمر وتطوير الخدمات الصحية، لبلوغ أعلى مستوى ممكن من جودة الرعاية الصحية، وتحقيق رضا متلقي الخدمة ومقدِّمها، على حدِّ سواء كما ووضعت هذه الخطة لتحقيق رسالة المستشفى بتقديم الرعاية المميزة الآمنة.

رسالة قسم الجودة:

إجراء التطوير والتحسين المستمر للعمليات والخدمات الصحية والتعليمية بكفاءة وفاعلية عالية وأمنه، بحيث تحقق احتياجات وتوقعات متلقي ومقدمي الخدمة من خلال كادر يتمتع بأعلى درجات المعرفة والمهارات والقدرات المتعلقة بمفاهيم الجودة والتحسين المستمر.

رؤية قسم الجودة:

أن يكون المستشفى في الموقع الريادي فيما يتعلق بجودة وسلامة المرضى وتحقيق الكفاءة والفعالية للخدمة المقدمة وبما يحقق متطلبات وتوقعات المجتمع الذي يخدم.

تعريف الجودة:

هي التماشي مع المعايير والاداء الصحيح بطريقة امنة وتكلفة مقبولة من المجتمع بحيث تؤدي إلى التحسين المستمر لمخرجات الرعاية الصحية والتطابق مع توقعات متلقي الخدمة.

هيكلية الجودة :-

وحدة الجودة:

يمثل الأداة الفعلية لتنفيذ سياسات وخطط لجنة الجودة ويناط بها تطبيق نظم وبرامج الجودة ومراقبتها ووحدة الجودة تتبع إداريا وفنيا لمدير المستشفى و تتشكل من (رئيس الوحدة – منسقين الجودة وسلامة المرضى في داخل وحدة الجودة).

صلاحية الوحدة:-

1. إعداد الخطة السنوية لتحسين الجودة في المستشفى.
 2. تحضير المستشفى لاعتمادية المستشفيات الوطنية والدولية .
 3. تنسيق خطط تحقيق معايير ومتطلبات الاعتمادية .
 4. عقد اجتماعات دورية مع لجان الجودة الفرعية .
 5. تدريب الكادر على مبادئ الجودة وسلامة المرضى في الرعاية الصحية.
 6. المشاركة والمساهمة في لجان التحسين في المستشفى والتنسيق بين اللجان .
 7. متابعة الامور التالية :
- تبالغ الحوادث العرضية واتخاذ الإجراءات المناسبة.
 - متابعة البرامج التحسينية.
 - متابعة تطبيق السياسات والمعايير .
 - متابعة جمع البيانات الخاصة بمؤشرات القياس
 - تحليل البيانات المتعلقة بمؤشرات القياس ورفع تقرير دوري للجنة الجودة.

لجنة الجودة وسلامة المرضى :-

هناك لجنة خاصة في المستشفى تتعامل مع القضايا الخاصة بتحسين الجودة وتدابير سلامة المرضى تجتمع بشكل دوري .

صلاحيات اللجنة:

- 1.إجازة الخطة المقدمة من وحدة الجودة.
- 2.متابعة تنفيذ الخطط والبرامج ذات العلاقة.
- 3.اتخاذ القرارات المتعلقة بتحسين الجودة وسلامة المرضى.
- 4.مناقشة التقارير الدورية المقدمة من وحدة الجودة واللجان الأخرى و إعداد التقارير ذات العلاقة.
- 5.تحديد القضايا المتعلقة بتحسين الجودة وسلامة المرضى.
- 6.اختيار البرامج التحسينية ومتابعة تطبيقها من خلال منهجية منظمة ومنسقة.
- 7.تحديد أولويات المستشفى فيما يخص تحسين الجودة وسلامة المرضى .
- 8.الإشراف على برامج بناء القدرات لدى الكوادر لتحسين الأداء من خلال KIRKPATRICK MODEL (reaction,learning,behavior,result)
- 9.تعزيز الأداء الجيد والتميز لكافة الكوادر والأقسام لاستمرارية الجودة.
10. تحديد واعتماد المؤشرات المختارة للإجراءات المطلوبة.
11. تحديد معدل التكرار جمع البيانات وتحليلها للإجراءات المطلوبة.
12. مراجعة تحليل البيانات بعد جمعها.
13. تحديد موعد لتسليم تقارير الجودة من قبل ضباط ارتباط ومنسقي الجودة في الأقسام واللجان .
14. المراجعة السنوية لخطة تحسين الجودة وسلامة المرضى.
15. تقييم برامج تحسين الجودة بما يضمن التعليم والابداع والابتكار لتحسين الخدمات.

ضباط الارتباط في في اقسام المستشفى :-

حيث يشكل حلقة الوصل بين وحدة الجودة ولجان التحسين لمتابعة كافة النشاطات المتعلقة بالجودة في داخل أقسام المستشفى وايجاد فرص التحسين والمشاركة في جمع مؤشرات الاداء ومتابعة تطبيق السياسات والاجراءات .

الغرض من الخطة (purpose) :-

- ضمان أن تبدي الإدارة العليا والكادر الطبي والفني مسعا ثابتا لتقديم الرعاية المثلى بحد أدنى من المخاطر.
- ضمان ادامة خطة التحسين التي تسمح بنهج منظم ومنسق ومستمر لتحسين الأداء مع التركيز على العمليات والاليات التي تعالج كافة القيم التي يسعى المستشفى لتحقيقها.

الغاية من الخطة (GOALS) :-

1. التخطيط المنهجي المستمر.
2. تصميم وقياس وتقييم وتحسين أداء الوظائف والعمليات الرئيسية لرعاية المرضى على مستوى المستشفى.

الأهداف (Objectives):

- 1- مشاركة كافة كوادر المستشفى في انجاح خطة الجودة.
- 2- توفير منهجية شاملة تضمن عمل الأفراد والادارات بشكل تعاوني لتحسين الأداء داخل المستشفى
- 3- ايجاد بيئة ملائمة للسلامة العامة وسلامة المرضى.
- 4- تطوير مهارات وقدرات العاملين وإشراكهم في التطوير واتخاذ القرارات.
- 5- تلبية احتياجات وتوقعات العملاء (متلقي ومقدمي الخدمة الصحية) والإهتمام بشكاويهم ومقترحاتهم.

القيم:

تكافؤ للفرص، العدالة، المبادرة، الإبداع، الابتكار، الالتزام، العمل بروح الفريق الواحد.

المبادئ التي توجهنا في الجودة :

1. التكامل في تقديم الخدمة:

بذل كافة الجهود لتنفيذ الخدمات داخل المستشفى بشكل شمولي ومتكامل وعلى المستويين الافقي والعامودي، والتكامل مع الشركاء عند وضع الخطط ورسم السياسات لتنفيذ الخدمات الصحية.

2. الشراكة:

تعزيز الشراكة بين أصحاب العلاقة والمصلحة بما في ذلك الوكالات والمجالس الصحية، والقطاع الخاص، والأوساط الأكاديمية، والمنظمات المهنية، المدني، وكذلك المجتمعات، من أجل تحسين التعاون وتحقيق الكفاءة والفعالية.

3. تقسيم العمل لزيادة التآزر:

تحديد مستمر للأدوار ومسؤوليات جميع المعنيين والشركاء في تنفيذ الأنشطة لزيادة التآزر.

4. الشفافية:

ضرورة الإعلان والإعلام عن الأنشطة والبرامج التي ينفذها مستشفى البشير .

5. العدالة وسهولة الوصول الى الخدمة:

تقديم الخدمة الصحية بالزمان والمكان المناسبين، وبشكل عادل ومتوازن بين كافة المتغيرات الشخصية والديمغرافية مثل (الجندر، الاثنية، العرق، الموقع الجغرافي، الحالة الاجتماعية والاقتصادية).

6. التخطيط والتنفيذ على مراحل:

تعزيز المعايير الزمنية والجداول التخطيطية التي تساهم في تحقيق نتائج أفضل، مع الاخذ بعين الاعتبار الاولويات والطارئ في تقديم الخدمة.

نطاق الأنشطة (SCOPE OF ACTIVITIES)

يشمل نطاق برنامج تحسين الأداء التنظيمي أداء وظائف الكادر الطبي التالية:

1. مراقبة وتقييم وقياس أبعاد أداء رعاية المرضى والأداء السريري لجميع الأفراد ذوي الاختصاصات السريرية من خلال اجتماعات دورية يتم من خلالها استعراض نتائج أنشطة تحسين الأداء المستمر للموظفين التي تؤثر على رعاية المرضى كما يلي:

- لجنة ضبط العدوى.
- لجنة الجودة وسلامة المرضى.
- لجنة ادارة المعلومات.
- لجنة حقوق المرضى.
- لجنة الصحة والسلامة البيئية.
- لجنة الموارد البشرية.
- لجنة السجلات المرضى.
- لجنة النفايات الطبية.
- لجنة الخدمات المساندة.
- لجنة القيادة.
- لجنة الادارة العليا.

2. مراقبة وتقييم أداء أنشطة رعاية المرضى ومراقبة الجودة في الخدمات التالية:

- الخدمات القلبية الرئوية.
- خدمات المختبرات.
- خدمات الأشعة التشخيصية / خدمات التصوير.
- خدمات الطوارئ.
- خدمات الرعاية الاسعافية.
- الطب النووي.
- خدمات التمريض.
- خدمات التغذية.
- الخدمات الصيدلانية.
- خدمات اعادة التأهيل والطب الطبيعي.
- خدمات العمل الاجتماعي.
- وحدات العناية الخاصة (ICUs,CCU).
- خدمات التخدير الجراحي.
- خدمات الأشعة العلاجية.

3. تقييم أداء رعاية المرضى والوظائف التنظيمية التالية:

1. Patient and Family Rights.
2. Access and Continuity of Care.
3. Patient Care.
4. Diagnostic Services.
5. Medication Management.
6. Infection Prevention and Control.
7. Environmental Safety.
8. Support Services.
9. Quality Improvement and Patient Safety.
10. Medical Records.
11. Information Management.
12. Human Resources.
13. Management and Leadership.
14. Education & training.

الهيكل التنظيمي:

- تحقيقاً لأهداف وغايات ونطاق خطة تحسين الأداء التنظيمي تم تصميم هيكل لعمل وحدة الجودة في المستشفى لتسهيل وجود نظم فعالة للرقابة والتقييم للرعاية والخدمات المقدمة في جميع أنحاء المستشفى.
- لجنة الجودة المركزية مسؤولة عن جودة الرعاية المقدمة للمرضى.
- تقوم لجنة الجودة المركزية بتوفير الموارد والأنظمة الداعمة ووظائف ادارة المخاطر المتعلقة برعاية المرضى وسلامتهم.
- تتولى لجنة الجودة المركزية مسؤولية تقييم فعالية أنشطة تحسين الأداء التي يتم اجرائها في جميع أنحاء المستشفى وبرنامج تحسين الأداء التنظيمي ككل.
- تقوم لجنة الجودة المركزية بتفويض اللجنة التنفيذية وضباط الارتباط في الأقسام مسؤولية القيام في عملية رصد وتقييم ورقابة خدمات الرعاية الصحية المقدمة.
- تجتمع لجنة الجودة المركزية والتنفيذية وضباط الارتباط بشكل شهري على الأقل أو عند الضرورة لمراجعة القضايا ذات الأولوية وتحديدتها في جميع أنحاء المستشفى.

هي الإطار العام لأنشطة الجودة و هي تعطي التوازن المطلوب بين الجودة و التكلفة و المخاطر. وقد تم اختيار الأبعاد التالية :-

- **الأمان (Safety):**
هي الدرجة التي تقل فيها مخاطر التداخلات الطبية ومخاطر البيئة التي تقدم فيها الرعاية الصحية للمريض وللأفراد الآخرين متضمنة كل الممارسين للمهنة.
- **ملائمة (Appropriateness):**
هي درجة من الرعاية الصحية أو التداخلات الطبية التي تناسب الاحتياجات الإكلينيكية للمريض وترتكز على خبرة توابك آخر ما توصل إليه العلم والمعرفة.
- **الفعالية (Effectiveness of care):**
إلى أي درجة تحققت النتائج (الحصيلة) المرغوبة من الرعاية.
- **كفاءة تقديم الخدمة (Efficiency of Service Delivery):**
هي العلاقة بين المخرجات (نتائج الرعاية الصحية) والموارد المستخدمة لتقديم هذه الرعاية بكفاءة .
- **الاحترام والرعاية (Respect & Care):**
وجود الثقة والاحترام والسرية واللباقة والتجارب والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمات والمستفيدين فيها.
- **التوقيت المناسب (Timeliness):**
القيام بالعمل في الوقت المناسب.

أولويات التحسين في المستشفى : Priorities for Improvement :

- الامان (safety)
- رضا المريض (patient satisfaction)
- الاكثر حجما (High volume)
- موارد للمشاكل (problem bron)

منهجية عمل وحدة الجودة :

FOCUS- PDCA (1)

1. إيجاد الفرصة للتحسين (**Find an opportunity to improve**).
يمكن تحديدها بحسب الاختلافات الموجودة في البيانات المجموعة للمؤشرات والمقاييس الرئيسية، أو بالحوادث ذات الدلالة، أو مراجعة الحوادث المرضية أو الوفيات.
2. تشكيل فريق عمل (**Organize a team**)
ويتألف الفريق من الأشخاص المعنيين بالعملية الخاضعة للتحسين.
3. بيان (توضيح) الوضع الحالي عن الاجراءات **Clarify the current knowledge of the process**
حيث يتم جمع البيانات المتعلقة بالعملية باستعمال الرسم البياني الاستمراري، أو الرسم البياني لباريتو ، أو طريقة استنباط الأفكار، و الرسم البياني الانسيابي الكامل عن ماهية العملية الحالية، ومن ثم يُحدد موضع الخلل.
4. فهم سبب المتغيرات في الاجراءات **Understand the cause of process variation**
حيث تُستعمل خريطة علاقة السبب بالنتيجة لمعرفة ما هو سبب كون العملية غير فعّالة.
5. اختيار اليات تحسين **Select the process improvement**
يختار الفريق الحل الأكثر ملائمة آخذين بعين الاعتبار التكلفة وصعوبة التطبيق.
6. وضع خطة التحسين **Plan the improvement** :-
وضع خطة عمل لكيفية تحسين العملية، كما تخطط في هذه المرحلة عملية جمع البيانات لمراقبة التحسين و التغيير.
7. تنفيذ التحسين **Do the improvement** :
في هذه المرحلة يُنفذ التحسين والتغيير.
8. التحقق من النتائج **-:Check the results**
تُقيّم مدى فعالية التحسين والتغيير من خلال جمع البيانات ومقارنتها مع البيانات الأساسية أو المجموعة قبل عملية التحسين.
9. العمل على المحافظة على النجاح **Act to hold the gain** :-
القيام بكل ما هو ضروري للمحافظة على التحسين، كالتعليم والتدريب، وتطوير السياسات، والمشاركة بالدروس العملية (تبادل التجارب).

(2) تدفق المعلومات Information flow

❖ نظام تدفق المعلومات الى الوحدة يتم من خلال :

- الكتب الرسمية عن طريق القنوات الرسمية في المستشفى ضمن التسلسل الهرمي .
- تقارير اللجان .
- تقارير الحوادث العرضية .
- تقارير نماذج المراقبة .
- شكاوى المرضى والموظفين .
- البيانات التي تم جمعها لمؤشرات القياس.
- تقارير برمجية حكيم.

❖ نظام تدفق المعلومات من وحدة الجودة:

- الكتب الرسمية عن طريق القنوات الرسمية
- تقرير وحدة الجودة الدوري لمجلس الجودة
- تقرير وحدة الجودة غير الدوري لرؤساء الاقسام
- مخاطبات البريد الالكتروني الداخلي .

(3) التقييم والمراقبة:

الغرض من عملية المراقبة للتأكد من انجاز الاهداف والمعايير المتعلقة بالاعتمادية وجودة العمل و التعرف على المشاكل والعقبات التي تتعرض الوصول الى تحقيق الاعتمادية وتمس جودة الرعاية وسلامة المرضى بالاضافة الى ملاحظة مدى التحسن المستمر والتأكد من استمراره والمحافظة عليه

❖ ولتحقيق نظام التقييم والمراقبة سيتم اعتماد الخطوات التالية :

- مؤشرات القياس – حيث سيتم تحليل البيانات التي تم جمعها وتقديم تقارير دورية (شهرية) عن النتائج للجنة الجودة المركزية لاتخاذ القرارات المناسبة .
- المرور الدوري لوحدة الجودة وسلامة المرضى ورفع التوصيات .
- تحليل الحوادث العرضية .
- تقارير اللجان السنوية .
- تقييم خطة الجودة السنوية.

مؤشرات الاداء والبيانات

❖ تعتمد وحدة الجودة وبالتنسيق مع الاقسام مؤشرات اداء سنويا بحيث تتضمن التالي:-

- رعاية وتقييم المرضى .
- التقييم التمريضي .
- التخدير والرعاية الجراحية .
- قسم الطوارئ.
- سلامة المرضى.
- ضبط العدوى .
- استخدام بنك الدم.
- استخدام الدواء .
- خدمات المختبر .
- رضى متلقي الخدمة .
- رضى الموظفين.
- الموارد البشرية .
- التوثيق واستخدام الملف الالكتروني (حكيم) .
- الخدمات المساندة .
- الادارة المالية واستخدام الموارد.

❖ تعتمد البيانات من المصادر التالية :-

- ✓ السجل الطبي الالكتروني / الورقي
- ✓ استبيانات الرضى
- ✓ سجلات الاحصاء
- ✓ تقارير الحوادث العرضية
- ✓ تقارير وملاحظات جولات الادارة العليا ووحدة الجودة وضبط العدوى.
- ✓ ادارة المخاطر
- ✓ مقاييس الأداء من قواعد البيانات الداخلية والخارجية المعتمدة من المستشفى

• يتم التحقق من البيانات من خلال :-

- ✓ مطابقة البيانات الالكترونية والورقية حال تواجدهما .
- ✓ التدقيق العشوائي لاليات للتأكد من صحة جمع وتحليل البيانات .
- ✓ في حال وجود اي انحراف او اختلاف في البيانات يتم اعادة جمع البيانات من قبل شخص اخر ومقارنة البيانات التي تم جمعها وحساب الدقة واتخاذ الاجراءات التصحيحية واعادة تصميم النماذج والتدريب ان لزم الامر وبالتعاون مع الاقسام ذات العلاقة.

خطة أهداف الجودة

مؤشرات القياس	جهة التنفيذ	زمن التنفيذ حسب الاشهر												الأنشطة	الهدف
		12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
- مستوى ادراك الأفراد لمفاهيم وتطبيقات الجودة في المستشفى - عدد الاجتماعات والدورات والمحاضرات المتعلقة بقضايا الجودة	لجنة الجودة المركزية ، منسقي الجودة، ضباط ارتباط الجودة													عقد اجتماعات على مستوى كل قسم لمتابعة أعمال الجودة في ذلك القسم.	(1) مشاركة كافة كوادر المستشفى في انجاح خطة الجودة
	منسقي الجودة													تنفيذ دورات في الجودة لكادر المستشفى بشكل مستمر	
	منسقي الجودة													تعميم خطة الجودة على كافة أقسام المستشفى وتدريب الكوادر على كيفية تنفيذها	
	المدير العام													قياس الكفاءة المعرفية لدى الموظفين حول أهداف الخطة وكيفية تنفيذها	
	فرق الجودة المتوسطة والمتخصصة													نشر رسالة المستشفى وأهداف وسياسة الجودة إلى كافة أقسام ووحدات الجودة	
- وجود خطة لسلامة المرضى وخطة مخاطر - تطبيق وقياس مؤشرات الخطط * مؤشرات ضبط العدوى * مؤشرات سلامة المريض * مؤشرات قياس كفاءة الموظفين - وجود الية للتعامل مع نماذج الحدث العرضي	فريق Hcac ومنسقي الجودة والدفاع المدني، ولجنة السلامة العامة													تقييم بيئة العمل في المستشفى من حيث السلامة العامة وسلامة المرضى.	(2) – ايجاد بيئة ملائمة للسلامة العامة وسلامة المرضى.
	لجان الجودة ومنسقي وضباط ارتباط الجودة													تنفيذ كافة الإجراءات والتدابير المتعلقة بسلامة المرضى.	
	منسقي الجودة													- تنفيذ خطط وبرامج ضبط العدوى	
	رئيس ومنسقي الجودة													تنفيذ الآلية الخاصة بجمع وتحليل النماذج الخاصة للحدث العرضي واتخاذ الخطوات لمعالجتها والتقليل من المخاطر	
	لجنة الجودة ورئيس ومنسقي الجودة													وضع خطة للتقليل من المخاطر التي تهدد سلامة المرضى.	
	لجنة وضباط ارتباط الجودة ووحدة الجودة والصحة العامة													تطبيق كافة الاجراءات لتحقيق الاهداف الوطنية بسلامة المرضى والمنبثقة عن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.	
														تحديد مسؤولية مراقبة وتقييم وقياس أنشطة تحسين الأداء	
													(3) توفير منهجية		

- استخدام معايير الأداء كمعايير للمراقبة والتقييم.
- المصدر الرئيسي للحصول على المعلومات والمراجعة والمراقبة والتقييم هي من الوحدات المتخصصة من الأقسام واللجان.
- هناك لقاءات منتظمة للمراجعة.
- مؤشرات الأداء (KPIs): تغطي المدخلات والعمليات والمخرجات وتأتي على شكل
 - رقمي
 - قائمة مهام
- استبيان لقياس رضى مقدم، ومتلقي الخدمة، ومستوى تقديم الخدمات الطبية وغير الطبية.

الخلاصة

- أن هذه الخطة الإستراتيجية هي خارطة التي ستوجه وحدة الجودة نحو تحقيق أهدافها التحسينية في المستشفى.
- تعزز روح العمل الجماعي والشعور بالملكية في هذا المستشفى، وشعور متجدد بالهدف المشترك، وهذه هي تطورات إيجابية من شأنها تنفيذ هذه الخطة.
- التحدي الأكبر الذي يواجهنا هو ضمان التنفيذ الناجح لهذه الخطة، تدرك إدارة الجودة هذا التحدي، وسوف نسعى جاهدين لخلق بيئة داعمة لتحقيق ذلك.
- في الواقع لا بد من ملاحظة هذه الوثيقة أنها تشاركية مع أقسام أخرى ويعمل الجميع بتكاملية على تنفيذها لتحقيق رسالة ورؤية المستشفى في النهاية.

انتهت

والله ولي التوفيق

❖ الموافقة عليها واعتمادها:-

تم الموافقة عليها من قبل:

أ. لجنة الجودة وسلامة المرضى:-
[?] تاريخ التدقيق

[?] تاريخ الموافقة:

ب. رئيس وحدة الجودة:-
[?] تاريخ التدقيق

[?] تاريخ الموافقة:

ج. المدير العام
[?] تاريخ التدقيق

[?] تاريخ الموافقة: