

# پروژه سوخت جت

بهبود کیفیت ساختنی است، آن را آگاهانه بسازیم

شماره ۱۲

پروژه توانمندی مدیران بهبود کیفیت



در این شماره:

## آشنایی با برنامه بهبود کیفیت





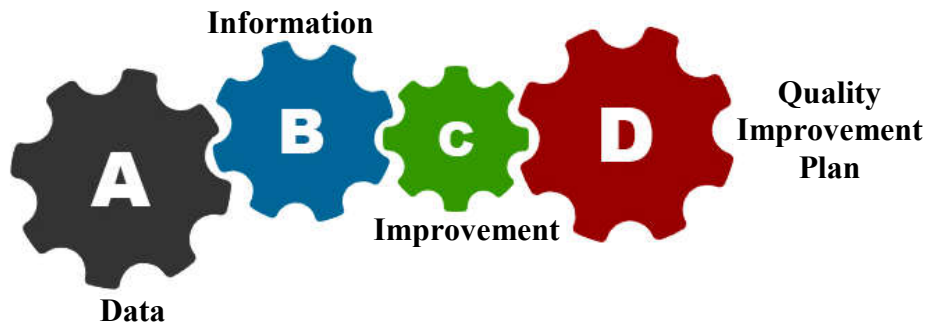
## برنامه بهبود کیفیت چیست و چگونه تدوین می شود؟

■ برنامه بهبود کیفیت رویکردی در سراسر سازمان به منظور شناسایی نواحی مشکل دار و استقرار روشها و فعالیت هایی برای بهبود آنها با منابع موجود که بصورت مستمر و فراگیر انجام می شود. که در این راستا باید بتوانیم مشکلات موجود را شناسایی نماییم. بطور کلی دو نوع روش شناسایی مشکل در سازمان ها وجود دارد:

۱- روش غیر فعال (Reactive): ساده ترین روش شناسایی مشکل می باشد. در این روش سازمان هیچ تلاشی برای شناسایی مشکلات نمی کند در حقیقت مشکلات خودشان را نشان می دهند. مانند: زمانی که بیمار شکایت می شود، حادثه ای برای یکی از کارکنان اتفاق می افتد، بیمار از تخت می افتد، در بازرسی ها و ارزیابی ها توسط سرپرستان و سازمانهای بالادستی مشکلات شناسایی و بازخورد داده می شوند. این رویکرد یکی از روشهایی است که منجر به تدوین برنامه بهبود کیفیت می شود. به این روش مدیریت آتش نشانی می گویند یعنی آتش نشانان زمانی که جایی آتش گرفته در آنجا حضور می یابند و آتش را خاموش می کنند.

۲- روش فعال (Proactive): در این روش سازمان قبل از اینکه مشکلی به وجود آید سعی در شناسایی آن مشکلات می نماید. مانند: تعیین یکسری شاخص هایی که عملکرد فرآیندها را در نظر بگیرد. ممیزی های که سازمان از بخش ها و واحدهای مختلف انجام می دهد. مقایسه آمار ادواری، مقایسه با سایر سازمانها و ...  
ما در بهبود کیفیت به دنبال روش شناسایی فعال هستیم.

واحد بهبود کیفیت بر اساس شاخص هایی که تعریف می کند عملکرد فرآیندها را اندازه گیری می کند و پس از جمع آوری داده ها آنها را تحلیل می نماید. نتیجه تحلیل به شما نشان می دهد که این مشکل آیا قابل رفع به وسیله اقدام اصلاحی هست یا باید برنامه بهبود کیفیت تدوین شود.



اگر در حل مسئله نیاز به منابع انسانی، تجهیزاتی و مالی زیادی نبود و با یک تغییر رویه ساده، با یک ابلاغ این مشکل برطرف می شود این روند بعنوان اقدام اصلاحی محسوب می گردد اما اگر نیاز به منابع مالی، تجهیزاتی و انسانی بود برای رفع آن باید برنامه بهبود کیفیت تدوین شود زیرا باید در تیم مدیریت اجرایی برای آن بودجه تخصیص داده شود.

و یا اگر مشکلی وجود دارد که چند بخش را درگیر می کند (مثلاً واحد اتاق عمل و بخش های جراحی) و مسئولین واحدها مستقیماً نمی تواند در روند سایر بخش ها مداخله داشته باشند و نیاز داریم با آنها تجمیع اطلاعات انجام و تشریک مساعی کنیم از برنامه بهبود کیفیت استفاده می شود.

پس ورودی های برنامه بهبود کیفیت عبارتند از:

۱- حل مشکلات مطرح شده نیاز به منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی دارد؛

۲- بین چند بخش و چند واحد باید مداخله اجرایی صورت گردد.



■ برنامه بهبود کیفیت با مشارکت مسئول/مسئولین مرتبط و همکاری دفتر بهبود کیفیت تدوین به تصویب تیم مدیریت اجرایی می‌رسد. تعداد برنامه های بهبود ملاک امتیازدهی نیست. بلکه نحوه شناسایی و حل مشکلات بخش ها /واحدها حائز اهمیت است.

◀ جهت شناسایی مشکلات به روش فعال می توانید از روش های زیر استفاده کنید :

الف) بررسی استانداردهای سازمانی

برای شناسایی مشکلات موجود در فرآیندها، از افرادی که تجزیه و دانش بالایی دارند استفاده نموده و چهار اولویت زیر را مورد بررسی قرار دهید :

۱- استانداردهای ساختاری یا درونداد فرآیند: آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب فرآیندها مطرح می‌شود در این قسمت باید شناسایی شود. مثلاً: استانداردهای اعلام شده، منابع مورد نیاز (نیروی انسانی، تجهیزاتی، مالی و ...)

۲- استانداردهای فرآیندی: لازمه فعالیت کارآمد و اثربخش، اجرای درست و به موقع فرایندها می‌باشد که مجموع آنها، اهداف اصلی برنامه-ها را دست یافتنی می‌سازد. محصول هر یک از این فرایندها (قطعات پازل گونه)، تصویر نهایی خواهد بود که بدون هر کدام از آنها امکان مشاهده آن تصویر وجود ندارد. برخی از موارد قابل بررسی عبارتند از: زمان ارائه خدمت، خط مشی و روش کارها، دستورالعمل‌ها، راهنماهای طبابت بالینی و ...

۳- استانداردهای پیامدی: آنچه برای مدیران ارشد و به ویژه برای تصمیم گیرندگان اهمیت دارد دستیابی به اهداف مورد انتظار از برنامه‌ها (اثربخشی) و صرف هزینه کمتر برای دستیابی به آن اهداف (کارایی) و در نهایت ترکیبی از هر دو (بهره وری) است. نتیجه، چگونگی مراقبت ارائه شده می‌باشد. به بیان دیگر، نتایج مطلوب و نامطلوب مراقبت، کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار را نشان می‌دهد. مواردی که در این مبحث مورد بررسی قرار می‌گیرد توجه به ابعاد مختلف کیفیت است که پیامد و یا برونداد فعالیت فرایندها را مشخص می‌نماید به عنوان مثال :

● اثربخشی: میزان بهبودی بیماران، مرگ و میر و عوارض

● کارایی: هزینه ها در مقابل خروجی‌ها

● رضایتمندی: میزان رضایتمندی بیماران، همراهان و کارکنان

● دسترسی عادلانه و بدون تبعیض

۴- مطالبات ذینفعان اصلی: فرایندهایی که باید به سازمانهای بالادستی گزارش دهید را شناسایی و در اولویت قرار دهید. مانند: نتیجه اعتباربخشی، مطالبات دانشگاه، بیماران و ...

ب) شناسایی ائتلاف ها در فرآیندهای سازمانی

هر عمل یا فعالیتی که برای انجام آن تلاش صورت گیرد زمان و هزینه صرف می‌شود، ولی ارزش افزوده ایجاد نکند و یا به نوعی، هر فعالیتی که ارزشی را به محصول نهایی نمی‌افزاید و مشتری مایل به پرداخت هزینه های ناشی از آن نمی‌باشد ائتلاف گفته می‌شود. برای شناسایی ائتلاف ها ی توانید از جدول زیر استفاده نمایید.

نوع ائتلاف	تعریف	مثال
انتظار	ائتلاف ناشی از انتظار خدمات، کالا و یا کارکنان در محیط کار	- انتظار جهت دریافت سوابق - انتظار جهت تخصیص وقت - زمان معطلی برای دریافت امضاء - سیکل طولانی عقد قرارداد - بازیابی اطلاعات از بایگانی
جا به جایی	ائتلاف ناشی از حمل و نقل وسایل، تجهیزات و ارباب رجوع	- رفت و آمدهای حاصل از بروکرسی اداری - ارائه خدمات به صورت مرکزی - جا به جایی فرم‌های کاری



نوع اتلاف	تعریف	مثال
حرکت	اتلاف ناشی از حرکتها و رفت و آمدهای بی مورد کارکنان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- جستجوی سوابق ارباب رجوع، گزارشات و فرم های کاغذی</li> <li>- طولانی بودن مسیرها به خاطر چیدمان اتاق ها</li> <li>- عدم وجود پرینتر در محل صدور احکام</li> <li>- رفت و آمد بین اتاق کپی و دفتر</li> <li>- گشتن به دنبال فرمهایی که در محل خود نگهداری نشدهاند.</li> </ul>
فرایند و نوع روش کار	اتلاف ناشی از فرایند و نوع روش کار	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سیستمهای کاغذی (کاغذبازی)</li> <li>- روشهای کاری ناکارآمد</li> <li>- چند مرحله ثبت نام (پذیرش)</li> <li>- اخذ امضاهای بی مورد</li> </ul>
خطاها	اتلاف ناشی از لزوم به دوباره کاری خدمات و یا اصلاح آنها	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اشتباه در انجام امور</li> <li>- طراحی خدماتی که بانیز ارباب رجوع تطبیق ندارد</li> <li>- تکمیل فرمهای ناقص، نادرست</li> <li>- ورود اشتباه اطلاعات</li> </ul>
خدمات بیش از حد مورد نیاز	اتلاف ناشی از ارائه خدمات بیش از حد مورد نیاز	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارائه خدماتی که ارزشی برای مراجعه کننده ایجاد نمی کند</li> <li>- تحقق و ارائه خدمات یا اطلاعاتی که مراجعه کننده به آن نیازی ندارد</li> <li>مثل : سطح بالایی از تشریفات</li> <li>- پرینت گزارشات و نتایجی که کاربردی ندارد.</li> </ul>

### ج) شناسایی مشکلات به روش کایزن

در نگاه کایزنی برای تحقق بهبود تدریجی و مستمر در سازمان ها باید سه اقدام اساسی زیر صورت بگیرد :

۱- کلیه فعالیت هایی که هزینه زا هستند ولی ارزشی تولید نمی کنند (Muda) باید حذف شوند. مودا در زبان ژاپنی به معنای اژدهاست که وقت و سایر منابع شما را در سازمان می خورد. مودا یعنی اتلاف و به آن دسته از فعالیتها گفته می شود که منابع و ذخایر را مصرف می کند ولی با این حال هیچ ارزشی را بوجود نمی آورد. به عبارتی دیگر، مودا از نگاه ژاپنیها به هر فعالیتی اطلاق می شود که برای سازمان ایجاد هزینه می کند ولی ارزش افزوده تولید نمی کند و مشتری تمایلی به پرداخت پول برای این فعالیت ندارد.

۲- فعالیت هایی که به شکلی در جای دیگری به صورت موازی انجام می شوند (Muri) با یکدیگر تلفیق شوند. موری یعنی فشار بیش از حد و غیرطبیعی یا رفتار بی دلیل و بی پایه است و به فرایند و فعالیتی اطلاق می شود که فشاری بی مورد و غیرمنطقی برای تکمیل فرایند یا انجام فعالیت های بی ارزش به انسان یا ماشین وارد می کند. یا انجام کارهای موازی در یک سازمان که باید با یکدیگر تلفیق شوند.

۳- آن دسته از فعالیت هایی که برای تکمیل و بهبود سطح کیفی خدمات لازمند (Mura) به فعالیت های سازمان افزوده شوند. مورا یعنی عدم تعادل، غیرطبیعی بودن یا نابرابری در سازمان و به فرایند و فعالیتی اطلاق می شود که شرایط را بدون بوجود آوردن نتایج ارزشمند، پیچیده تر می کنند. این لغت به معنی مخالف وضعیت معمولی یا طبیعی است. مورا همچنین می تواند به حرکت، عمل، یا روش فکری غیر طبیعی اشاره داشته باشد. مورا به معنای وجود نوسانات و تغییرات در کار است و اغلب به دلیل برنامه ریزی های نامناسب در تولید ایجاد می گردد. مانند تغییر فشار کاری پرسنل در شیفت های مختلف.

این حرکت یا نهضت 3Mu اساس اقدامات کایزن عملی را تشکیل می دهد.

اما به طور خلاصه می توانید برای شناسایی مشکلات و مسائل اساسی مثلث زیر را بررسی کنید :

### از مشتری های خود سوال کنید



اکنون شما گام های اولیه ارتقای کیفیت را برداشته اید. یافتن مشکلات کلیدی در کارتان، تعیین تغییرات لازم و اولویت بندی آنها منجر به فرایندهای بهسازی شده ای خواهد شد.

◀ برای اولویت بندی مشکلات شناسایی شده می توانید از معیارهایی زیر استفاده نمایید :

- مطالبات سازمان های بالا دستی (مانند وزارت بهداشت، دانشگاه، سازمانهای بیمه گر و ...)
- موثر در پیشبرد اهداف سازمان
- مطالبات بیماران و کارکنان (ذینفعان)
- شایع (فرایندهایی که زیاد اتفاق می افتد مانند پذیرش و ترخیص بیماران)
- پر هزینه
- مستعد به مشکل یا گلوگاه (مانند تحویل و تحول بیماران، انتقال بیماران از یک بخش به بخش دیگر)
- پر خطر

در پایان برای جمع بندی این گام می توانید از جدول زیر استفاده کنید.

شماره اولویت (درجه اهمیت)	جمع امتیاز (رتبه)	امتیازدهی جهت اولویت بندی (امتیاز از ۱۰)						مشکلات شناسایی شده	ردیف
		پرخطر	پر هزینه	شایع	مستعد به مشکل یا گلوگاه	مطالبات بیماران و کارکنان	مطالبات سازمان های بالا دستی		

◀ در گام بعد باید هدفگذاری نموده و به این سؤال پاسخ داد که کجا هستیم و به کجا می خواهیم برسیم؟

	مشکل شناسایی شده
	هدف اختصاصی
	شاخص تحقق برنامه
	معیار جاری
	معیار مورد انتظار



تدوین برنامه بهبود کیفیت

برای تدوین برنامه از جدول طراحی شده ذیل استفاده می کنیم :

برنامه بهبود کیفیت																	
هدف کلی :																	
هدف اختصاصی :																	
عنوان برنامه :																	
جدول پیشرفت زمانی												بودجه / منابع	تا تاریخ	از تاریخ	مسئول اجرا	عنوان فعالیت	ردیف
T12	T11	T10	T9	T8	T7	T6	T5	T4	T3	T2	T1						

پایش شاخص ها برنامه بهبود کیفیت					
درصد تحقق شاخص				میزان هدف (Target)	عنوان شاخص / مسئول پایش و اندازه گیری
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم		
					عنوان شاخص
					مسئول پایش و اندازه گیری
درصد پیشرفت برنامه بر اساس اجرای شدن گام های طراحی شده					

تهیه کننده امضاء مسئول واحد	تصویب کننده امضاء نماینده تیم مدیریت اجرایی
--------------------------------	--

نظارت بر روند پایش شاخص توسط مسئول بهبود کیفیت			
تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی	تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی	تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی	تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی

مثال :

<p><b>افزایش درصد اعمال جراحی کنسل شده</b></p> <p>بستری بیمار در بیمارستان برای یک عمل جراحی، از وقایع مهم برای وی محسوب می شود. در صورتی که عمل با تاخیر مواجه یا لغو شود، ضمن ایجاد اثرات منفی متعدد بر بیمار، موجب هدر رفتن هزینه ها نیز می شود. با توجه به پایش شاخص درصد اعمال جراحی کنسل شده و روند رو به صعود آن و در راستای افزایش ایمنی و رضایت مندی بیماران جهت کاهش شاخص، فرایندهای ارائه خدمات بستری و ارائه خدمات جراحی بیمارستان مورد پایش قرار گرفت که به شرح ذیل می باشد:</p> <p>کلیه بیماران بستری در ساعت ۶ صبح در بخش های بستری پذیرش شده و اقدامات لازم کلینیکی و پاراکلینیکی جهت انجام عمل جراحی بیماران انجام می گیرد. بیماران به ترتیب اولویت و مطابق برنامه زمانبندی پزشکان جراح، ساعت ۷:۳۰ به اتاق عمل منتقل می شوند. اما جواب آزمایشات بیماران در زمان پذیرش در اتاق عمل آماده نبوده که این امر باعث گردیده که با توجه به نظر پزشکان بیماران بدون آزمایش عمل شده و یا در بدو ورود عمل جراحی کنسل می شود و این روند باعث نارضایتی بیماران و جراحان گردیده است. در بعضی از موارد مشاهده شده است که به دلیل کمبود کادر پرستاری و تأخیر در آماده سازی و انتقال بیمار به اتاق عمل، پزشک برنامه عمل بیمار را کنسل نموده و به روز دیگری موکول می نماید همچنین بعضی از بیماران به دلیل عدم حضور در کلینیک بیهوشی و انجام ویزیت به دلیل مشکلات موجود و مشاوره های مورد نیاز کنسل شده و یا مجدداً به بخش بستری ارجاع می شوند.</p>	<p><b>مشکل شناسایی شده</b></p> <p><b>تشریح مشکل و جمع آوری اطلاعات</b></p>	<p><b>برنامه ریزی و شناسایی چالش ها و فرصت های بهبود</b></p>
 <p>۱- هماهنگی با پزشکان جراح جهت ارجاع بیماران به بیمارستان شب قبل از عمل جراحی                  ۲- هماهنگی با پزشکان جراح جهت ارجاع بیماران به کلینیک بیهوشی روز قبل از عمل جراحی                  ۳- هماهنگی با بخش های بستری جهت مدیریت تخت                  ۴- افزایش نیروی کادر پرستاری در شیفت شب                  ۵- افزایش نیروی واحد آزمایشگاه در شیفت شب                  ۶- آماده سازی بیماران در بخش های بستری در روز عمل مطابق برنامه زمانبندی واحد اتاق عمل</p>	<p><b>شناسایی و اولویت بندی فرصت های بهبود</b></p>	
<p><b>کاهش درصد اعمال جراحی کنسل شده از ۵٪ به ۳٪ تا پایان سال ۱۳۹۵</b></p> <p><b>درصد اعمال جراحی کنسل شده (به تفکیک علت)</b></p> <p>۵٪</p> <p>۳٪</p>	<p><b>هدف اختصاصی</b></p> <p><b>شاخص تحقق برنامه</b></p> <p><b>معیار جاری</b></p> <p><b>معیار مورد انتظار</b></p>	



### تدوین گام های اجرایی برنامه

برنامه بهبود کیفیت																			
هدف کلی: حفظ و ارتقای سطح کیفی خدمات درمانی																			
هدف اختصاصی: کاهش درصد اعمال جراحی کنسل شده از ۵٪ به ۳٪ تا پایان سال ۱۳۹۵																			
عنوان برنامه: مدیریت انجام اعمال جراحی																			
ردیف	عنوان فعالیت	مسئول اجرا	از تاریخ	تا تاریخ	بودجه / منابع	جدول پیشرفت زمانی													
						T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12		
۱	مکاتبه با جراحان جهت ارجاع بیماران روز قبل از عمل جراحی به کلینیک بیهوشی و پذیرش بیماران در بیمارستان شب قبل از عمل جراحی	ریاست بیمارستان	۹۵/۹/۱	۹۵/۹/۱	—														
۲	مکاتبه با دفتر پرستاری جهت هماهنگی با سوپروایزرین و بخش های بستری جهت مدیریت تخت ها	ریاست بیمارستان	۹۵/۹/۱	۹۵/۹/۱	—														
۳	ضافه کردن یک نفر پرستار به شیفت شب در بخش های بستری جراحی زنان و مردان	مترون	۹۵/۹/۵	۹۵/۹/۵	دو نفر کادر پرستاری								۱						
۴	ضافه کردن یک نیروی آزمایشگاهی به شیفت شب	سوپروایزر آزمایشگاه	۹۵/۹/۵	۹۵/۹/۵	یک نفر علوم آزمایشگاهی														
۵	پایش و بررسی بیماران پذیرش شده جهت عمل جراحی در بخش های بستری و گزارش ماهیانه به دفتر پرستاری	سرپرستاران	۹۵/۹/۵	۹۵/۱۲/۲۹	—														

### پایش و ارزشیابی برنامه

پایش شاخص برنامه بهبود کیفیت				
عنوان شاخص	مسئول پایش و اندازه گیری	توالی اندازه گیری	معیار جاری	میزان هدف
درصد اعمال جراحی کنسل شده	سرپرستاران بخش های بستری	ماهیانه	۵٪	۳٪
نتایج اندازه گیری شاخص				
	آذر	دی	بهمن	اسفند
نتیجه اندازه گیری	۴/۵٪			
درصد تحقق	۲۵٪			
درصد پیشرفت برنامه	۵۶/۲۵٪			

\* توضیحات:

نحوه محاسبه درصد تحقق		نحوه محاسبه درصد پیشرفت برنامه	
معیار هدف - معیار جاری	۱۰۰	۸ = کل فعالیت ها	۱۰۰
۵-۳=۲			
نتیجه اندازه گیری - معیار جاری	X=25%	۴/۵ = فعالیت های اجرا شده	X=56.25%
۵-۴/۵=۰/۵			





◀ کنترل و انجام اقدامات اصلاحی

نظارت بر روند پایش شاخص توسط مسئول بهبود کیفیت			
تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی	تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی	تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی	تاریخ پایش / پیشنهادات اصلاحی
			<p style="text-align: center;"><b>۹۵/۹/۲۵</b></p> <p>با توجه به بالا بودن تعداد اعمال جراحی سزارین و انجام زایمان های متعدد در مرکز و بالا بودن خونریزی های بعد از عمل جراحی پیشنهاد می گردد برای اعمال جراحی سزارین و زایمان طبیعی حداکثر تا ۳۰ دقیقه بعد از پذیرش بیمار در زایشگاه و یا بخش های بستری آزمایش پلاکت خون توسط آزمایشگاه انجام و جواب آزمایش بلافاصله برای بخش های بستری ارسال گردد.</p>