

حاکمیت خدمات بالینی؛ راهکاری برای اجرایی‌سازی آن در بیمارستان‌های کشور*

فاطمه هادی‌زاده^۱، پیمان ادیبی^۲

نوع مقاله: نامه به سردبیر

پدیرش مقاله: ۹۱/۵/۱

دریافت مقاله: ۹۱/۴/۱۱

ارجاع: هادی‌زاده فاطمه، ادیبی پیمان. حاکمیت خدمات بالینی؛ راهکاری برای اجرایی‌سازی آن در بیمارستان‌های کشور. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۳): ۳۰۹-۳۰۵.

مقدمه

مستندات علمی موجود و بر اساس تجربیات داخلی در این زمینه، مدلی برای اجرایی‌سازی این ساختار مهم در بیمارستان‌های کشور ارایه نموده‌اند. یکی از اولین نکات حایز اهمیت در این زمینه، لزوم توجه به این مقوله است که سیر استقرار مفاهیم حاکمیت بالینی و نهادینه شدن پاسخ‌گویی در برابر ارتقای مستمر کیفیت در نظام ملی سلامت انگلستان به عنوان طلایه‌دار حرکت در این زمینه، سال‌ها به طول انجامیده است (۷، ۶، ۲). بنابراین به نظر می‌رسد که عملیاتی نمودن آن در کشور ما نیز با بهره‌گیری کامل از تمامی تجارب و دستاوردهای کشورهای دیگر و به خدمت گرفتن کلیه نیروها و امکانات موجود، جهت استقرار واقعی و با زهدی مناسب به زمانی چند ساله نیازمند است؛ چرا که عملیاتی‌سازی این برنامه در حدی که به ارتقای کیفیت واقعی و ملموس منجر گردد، بیش از همه نیازمند ایجاد احساس نیاز در تمام ذی‌نفع‌ها و کاهش مقاومت‌های موجود است (۱۶)، که این فرایند فرهنگ‌سازی به صورتی که با تمام اجزای یک سازمان ممزوج گردد و بتواند به تغییر در عملکرد منجر شود، خود به سال‌ها فعالیت نظام‌مند نیازمند است (۱۸، ۱۷). همچنین تجربیات سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که اجرای

از سال‌ها قبل جنبش‌ها و حرکت‌هایی با هدف ارتقای کیفیت خدمات سلامت در نظام سلامت انگلستان آغاز شد (۱) و پس از عبور از موانع مختلف و امتحان فرضیه‌های فراوان و کسب تجربیات بسیار (۳، ۲)، در سال ۱۹۹۷ حاکمیت بالینی که عصاره‌ی آن ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و پاسخ‌گویی در برابر آن است (۵، ۴)، متولد گردید (۸-۶). تاکنون الگوها و اجزای مختلفی به عنوان اجزای یک مرکز حاکمیت خدمات بالینی مؤثر معرفی شده‌اند (۱۰، ۹، ۵). از آن میان می‌توان به الگوی شش ضلعی با اجزای ممیزی بالینی، مدیریت خطر، آموزش، اثربخشی بالینی، پژوهش و توسعه، باز بودن سیستم و انتقادپذیری (۱۱) و الگوی ۷ ستون مشتمل بر ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت خطر، مشارکت استفاده‌کنندگان از خدمات و جامعه، آموزش، مدیریت اطلاعات و مدیریت کارکنان اشاره نمود (۱۳، ۱۲). البته همه‌ی این ستون‌ها بر پایه‌های محکمی چون کار تیمی، آگاهی از سیستم‌ها، احساس مالکیت، رهبری و ارتباطات صحیح استوار هستند (۱۳). در کشور ما نیز در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به ارتقای کیفیت خدمات سلامت و راه‌اندازی مراکز حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور معطوف شده است که این خود مبین نیاز فراوان به پرداختن به مباحث تئوریک، علمی و زیربنایی این مبحث در کشور است. تاکنون مدل‌های مختلفی برای پیاده‌سازی این مفهوم در شرایط و محیط‌های مختلف پیشنهاد شده است (۱۴، ۱۵). در این مقاله نویسندگان با توجه به مطالعه‌ی

۱. پزشک، کارشناس پژوهشی، مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استاد، بخش گوارش، بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات جامع‌نگر

عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(نویسنده‌ی مسؤل)

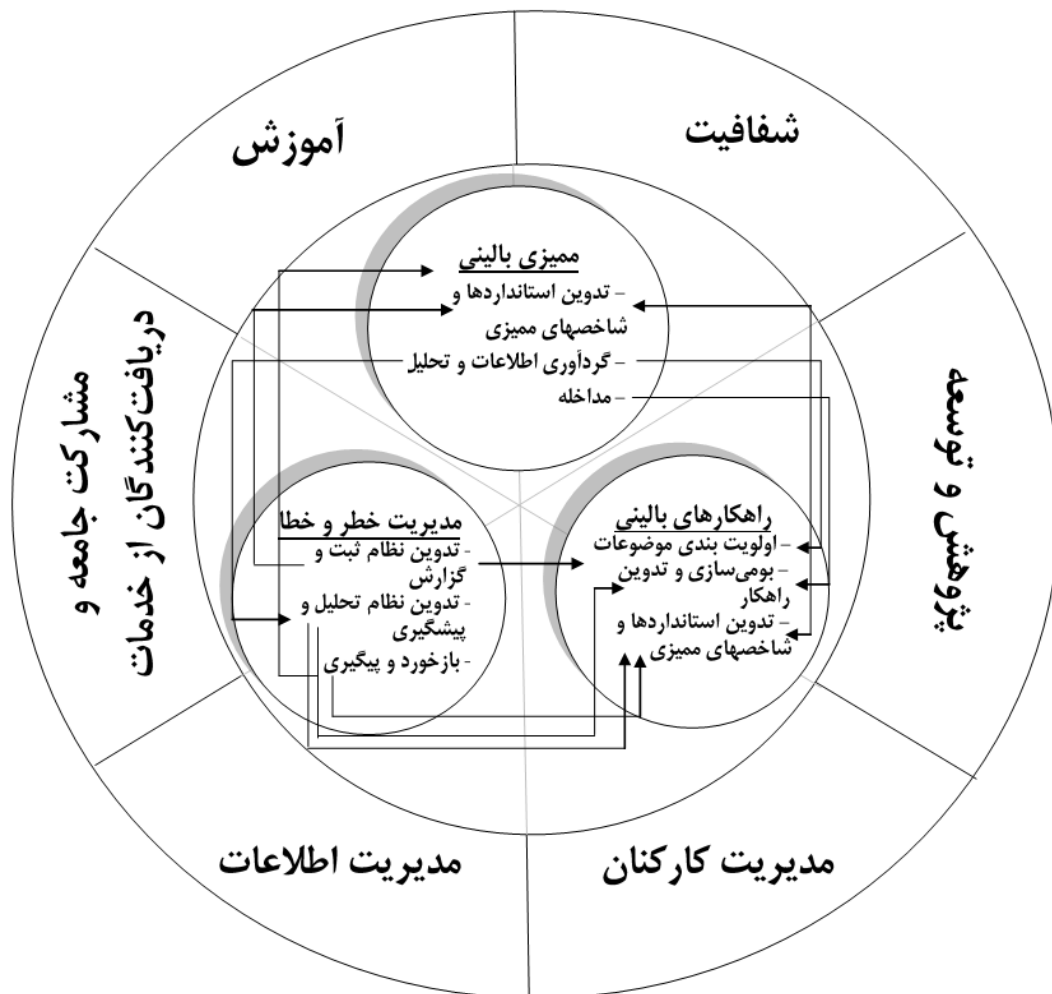
Email: adibi@med.mui.ac.ir

این برنامه به زیرساخت‌های فراوانی نیاز دارد که بدون فراهم ساختن آن‌ها، امید به تحقق واقعی ارتقای کیفیت، انتظاری بیش از واقع خواهد بود (۱۹). از سوی دیگر توجه به این نکته حایز اهمیت است که کلیه‌ی این اجزاء در عین اهمیت، از یک جنس نیستند، برخی بیشتر نقش اجرایی دارند و برخی عملکرد بسترساز و پشتیبان را ایفا می‌نمایند. در این راستا شاید بتوان برای سه جزء «ممیزی بالینی»، «مدیریت خطر و خطاهای تیم پزشکی» و «اثربخشی بالینی» نقشی متفاوت نسبت به سایر اجزاء قابل شد. بدین صورت که اگر بخواهیم عمل‌گرایانه‌تر به بحث ارتقای کیفیت پردازیم، لازم است که ابتدا اشکالات و نقایص موجود در کیفیت سازمان مورد نظر استخراج شود و بر مبنای یک اولویت‌بندی منطقی بر اساس اهمیت آن اشکالات، مداخله‌ای در جهت ارتقای کیفیت آن قسمت طراحی گردد (۲). جزیی که در ساختار حاکمیت خدمات بالینی جهت جستجوی مکان‌های ایجاد بالقوه و بالفعل آسیب و نقص طراحی شده است، ساختار مدیریت خطر و خطاهای تیم پزشکی است (۲۲-۲۰). بدیهی است که تا زمانی که این ساختار شکل نگیرد و مشکلات و منقذهای آسیب‌پذیری سیستم را به صورت نظام‌مند مشخص ننماید، امکان رویکردی منطقی به حل مشکلات و ارتقای کیفیت سازمان وجود ندارد و احتمال به هدر رفتن منابع و اتخاذ رویکردهای غیر اثربخش بسیار زیاد خواهد بود. پس از مشخص شدن شکاف‌های موجود در کیفیت سازمان، دومین سؤالی که مطرح می‌شود این است که اگر وضعیت موجود خوب و ایده‌آل نیست، وضعیت ایده‌آل چیست؟ یا به عبارت دیگر سیستم باید به چه سمتی هدایت شود و چگونه باید باشد تا این شکاف‌ها از بین بروند و کیفیت مطلوب حاصل گردد؟ پاسخ این سؤالات با تعیین نمودن استانداردها در زمینه‌ی مورد نظر، مشخص می‌شوند. ابزارهای متعددی برای تعیین استانداردها وجود دارد که از مهم‌ترین آن‌ها برای تعیین استانداردهای بالینی، راهکارهای بالینی می‌باشند (۲۳، ۷). البته در ساختار حاکمیت بالینی نیز به طور دقیق همین جزء در زیرمجموعه‌ی اثربخشی بالینی برای این منظور پیش‌بینی شده است. در استفاده از راهکارهای بالینی برای تدوین استانداردها،

لازم است که این راهکارها تا حد امکان بر اساس شرایط موجود بومی‌سازی شده باشند و بدیهی است که در صورت وجود راهکارهای ملی، این راهکارها بر راهکارهای منطقه‌ای و راهکارهای اخیر بر راهکارهای استانی و شهرستانی ارجح هستند و در صورت فقدان راهکاری در تمام سطوح پیشگفت، بیمارستان مذکور می‌تواند راهکار معتبری را بر اساس شرایط خود بومی‌سازی نماید و پس از تصویب مراجع ذی‌صلاح مورد استفاده قرار دهد. مشخص است که تدوین و بومی‌سازی راهکارهای بالینی بر عهده متخصصین علمی حیطه‌ی مربوطه می‌باشد و هر راهکار در نهایت باید در تیم‌هایی متشکل از کلیه‌ی ذی‌نفع‌های آن و کارشناسان متدولوژیک تدوین راهکارها نهایی گردد. راهکارها نه تنها منبع استخراج استانداردها هستند که مرجعی برای یکسان‌سازی ارایه‌ی خدمات به بیماران، ارتقای کیفیت خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های تحمیلی بر نظام سلامت و ابزاری مداخلاتی برای فرایند ممیزی بالینی محسوب می‌گردند (۲۳). پس از تعیین مشکلات موجود و اولویت‌بندی آن‌ها بر اساس متغیرهای مختلف هر سازمان، باید مداخله‌ای جهت ارتقای کیفیت آن قسمت طراحی و اجرا گردد. این بخش که در واقع ابزار اصلی و گلوگاه ارتقای کیفیت در نظام سلامت محسوب می‌گردد، در ساختار حاکمیت خدمات بالینی تحت عنوان ممیزی بالینی معرفی شده است. ممیزی بالینی برخلاف عنوان آن، تنها به ممیزی محدود نبوده است و به طور مستقیم با انجام مداخله منجر به ارتقای کیفیت در حیطه‌ی مورد نظر می‌گردد (۲۴). ممیزی بالینی با توجه به نتایج حاصله بر فرایندهای ارایه‌ی خدمات متمرکز است و بر اساس اولویت مشکلات و نارسایی‌های موجود در سیستم که از ستون مدیریت خطر و خطا منتج گردیده است و بر مبنای استانداردهای منتج از راهکارهای بالینی، به مقایسه‌ی وضعیت موجود با استانداردها پرداخته است. بر اساس میزان تفاوت میان این دو و با توجه به شرایط و امکانات موجود، مداخله‌ای جهت ارتقای کیفیت حیطه‌ی مورد نظر طراحی می‌نماید و گاه با توجه به میزان اختلاف، مجبور است با انجام چندین مداخله‌ی پیاپی و در طی

زمانی به نسبت طولانی، شرایط را به وضعیت استاندارد و مطلوب نزدیک نماید (۲۴، ۲۵). ممیزی بالینی به خصوص در محیط بیمارستانی از حدود سال ۱۹۹۰ مورد توجه ویژه قرار گرفته است (۱۴، ۱۰). اهمیت ممیزی بالینی به عنوان رایج‌ترین جزء موجود در اکثر مدل‌های حاکمیت بالینی (۲۷)، به حدی است که برخی آن را قلب اثربخشی بالینی در نظر می‌گیرند (۲۸) و به نظر نویسندگان این مقاله نیز این فرایند محور اصلی ارتقای کیفیت و جزء کلیدی حاکمیت بالینی است. بنابراین به نظر می‌رسد که سه جزء فوق به صورت مستقیم بیش‌ترین نقش عملکردی را در ارتقای کیفیت خدمات سلامت که همان فلسفه‌ی تشکیل مراکز حاکمیت خدمات بالینی هستند، بر عهده دارند. از سوی دیگر کارکرد صحیح این اجزاء بر مبنای وجود و کارایی مناسب سایر اجزای ۶ گانه و یا ۷ گانه‌ی پیشنهاد شده برای یک مرکز حاکمیت خدمات بالینی استوار است. بدیهی است که تشکیل این مرکز نیاز به فرهنگ‌سازی و آموزش تمام افراد درگیر در ارایه‌ی خدمات سلامت در یک سازمان دارد. پس از آن تشکیل هر یک از زیرمجموعه‌های مذکور بدون آموزش عمومی تمام نیروها و آموزش تخصصی افرادی که در آن واحدها مشغول به فعالیت هستند، امکان‌پذیر نخواهد بود و حتی در بسیاری از موارد مداخله‌ی طراحی شده برای بخش ممیزی بالینی منحصر به آموزش مخاطبین می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که لازم است هر یک از این بخش‌ها خود به واحدی جهت آموزش افراد آن بخش و نیز ذی‌نفعان خارجی مجهز باشند. همچنین انجام فرایندهای شناخت خطرات و خطاهای موجود در سیستم و رویکرد نظام‌مند به آن‌ها و به طور کلی ارتقای کیفیت خدمات سلامت، بدون وجود سیستم‌های کارآمد مدیریت اطلاعات و کارکنان و مشارکت استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت و جامعه امکان‌پذیر نخواهد بود. از سوی دیگر پژوهش و توسعه و باز بودن سیستم و انتقادپذیری جهت جلوگیری از بروز خطاهایی که اغلب پشت دیوارهای بسته اتفاق می‌افتند (۱۱)، لازمی هر سیستم پویا و رو به جلویی است. بنابراین در

مجموع به نظر می‌رسد که برای راه‌اندازی یک مرکز حاکمیت خدمات بالینی مؤثر در یک بیمارستان، باید به سه جزء «مدیریت خطر و خطاهای پزشکی»، «اثربخشی بالینی» و «ممیزی بالینی» به عنوان سه جزء عملکردی مرکز توجه شود و این سه جزء در قالب کارگروه‌های مجزا و مشخصی برنامه‌ریزی و هدایت گردند. در کنار آن‌ها می‌توان به سایر اجزاء به عنوان بخش‌های زیربنایی و پشتیبان نگریست و از ساختارها و امکانات موجود در بیمارستان (مانند سیستم‌های مدیریت اطلاعات و کارکنان و یا بخش‌های پژوهش و توسعه‌ی موجود در سازمان) برای پرداختن به آن‌ها بهره‌گرفت تا از ایجاد ساختارهای موازی در سیستم و پیچیده شدن فرایند راه‌اندازی و فعالیت مراکز حاکمیت خدمات بالینی در بیمارستان‌ها جلوگیری شود (مدلی پیشنهادی برای پیاده‌سازی حاکمیت بالینی در سطح بیمارستان‌های کشور در شکل ۱ ارایه شده است). همچنین دوباره تأکید می‌شود که حاکمیت بالینی به عنوان ابزار اصلی ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت، مبتنی بر فعالیت صحیح و هماهنگ همه‌ی اجزاء می‌باشد و نیاز به یک رهبری مناسب دارد (۲۹) و البته لازم است که در طی تمامی مراحل پیشگفت، به در نظر گرفتن مشوق‌های مناسب توجه شود (۳۰). در مجموع و با توجه به لزوم مدل‌سازی‌های مختلف در شرایط واقعی و بر مبنای تجربیات موجود جهت پیاده‌سازی این ایده و ابزار ارزشمند ارتقای کیفیت خدمات سلامت، در این مقاله به صورت خلاصه به ارایه پیشنهاداتی در جهت تسهیل تأسیس و راه‌اندازی مراکز حاکمیت خدمات بالینی در بیمارستان‌های کشور پرداخته شده است. لازم به ذکر نیست که راهکارهای پیشنهادی با ساز و کارهای لازم برای نهادینه ساختن این برنامه در سطح ملی و استانی متفاوت می‌باشد. بی‌شک نقد صاحب‌نظران و اندیشمندان منجر به ارتقای کیفیت این نوشتار و پیدایش راهکاری عملی و واقعی برای این مورد خواهد شد. امید است که این مقاله سرآغازی برای پرداختن هر چه بیشتر متخصصین و صاحب‌نظران کشور به این مقوله از زوایای مختلف علمی و عملی آن باشد.



شکل ۱: یک مدل پیشنهادی برای پیاده‌سازی حاکمیت بالینی در سطح بیمارستان‌های کشور

References

1. Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. Clinical governance: its origins and its foundations. Clin Perform Qual Health Care 2000; 8(3): 172-8.
2. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. BMJ 2001; 322(7299): 1413-7.
3. Shapiro J. The NHS: the story so far (1948-2010). Clin Med 2010; 10(4): 336-8.
4. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. Br J Gen Pract 2002; 52(481): 641-5.
5. McSherry R. Practice development and health care governance: a recipe for modernization. J Nurs Manag 2004; 12(2): 137-46.
6. Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HT. Clinical governance and the learning organization. J Nurs Manag 2004; 12(2): 105-13.
7. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. BMJ 2005; 331(7525): 1121.

8. Khalighinejad N, Ataei M, Hadizadeh F. An introduction to clinical excellence and clinical governance. 1th ed. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2008.
9. Goodman NW. Clinical governance. *BMJ* 1998; 317(7174): 1725-7.
10. Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. *BMJ* 2004; 329(7467): 679-81.
11. Starey N. What is clinical governance? Hayward Medical Communications. 1999. Available from: <http://proxy.racine.ra.it/epiinfo/Glossario/Documenti/WhatisClinGov.pdf>
12. Shakeshaft AM. A study of the attitudes and perceived barriers to undertaking clinical governance activities of dietitians in a Welsh National Health Service trust. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21(3): 225-38.
13. Willdridge DJ, Hodgetts TJ, Mahoney PF, Jarvis L. The Joint Theatre Clinical Case Conference (JTCCC): clinical governance in action. *J R Army Med Corps*. 2010; 156(2): 79-83.
14. Walshe K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. *Qual Health Care* 2001; 10(4): 250-6.
15. Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F. A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ* 1999; 318(7186): 779-83.
16. 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. *Int J Publ Sect Manage* 2005; 18(5): 463-77.
17. Huntington J, Gillam S, Rosen R. Clinical governance in primary care: organisational development for clinical governance. *BMJ* 2000; 321(7262): 679-82.
18. Hackett M, Lilford R, Jordan J. Clinical governance: culture, leadership and power--the key to changing attitudes and behaviours in trusts. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12(2-3): 98-104.
19. Berger A. Why doesn't audit work? *BMJ* 1998; 316(7135): 875-6.
20. Karsh BT, Escoto KH, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Appl Ergon* 2006; 37(3): 283-95.
21. Walshe K, Shortell SM. When things go wrong: how health care organizations deal with major failures. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23(3): 103-11.
22. Beasley JW, Escoto KH, Karsh BT. Design elements for a primary care medical error reporting system. *WMJ* 2004; 103(1): 56-9.
23. Hadizadeh F, Kabiri P, Kelishadi R, Adibi P, Changiz T. A Guideline for Development and Adaptation of Clinical Practice Guidelines. Isfahan: Isfahan University of medical sciences Publication; 2010
24. Taylor L, Jones S. Clinical governance in practice: closing the loop with integrated audit systems. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13(2): 228-33.
25. Hadizadeh F, Naji H. Clinical Audit. Isfahan: Isfahan University of medical sciences; 2008.
26. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999; 8(3): 184-90.
27. Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, de LS, Love T, et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust* 2010; 193(10): 602-7.
28. Burnett AC, Winyard G. Clinical audit at the heart of clinical effectiveness. *J Qual Clin Pract* 1998; 18(1): 3-19.
29. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317(7150): 61-5.
30. Campbell S, Roland M, Wilkin D. Primary care groups: Improving the quality of care through clinical governance. *BMJ* 2001; 322(7302): 1580-2.