

QPI.01			رقم المعيار
برنامج إدارة الجودة			العنوان
الأول	رقم الإصدار	2024/10/1	تاريخ الإصدار
P/ECC.QPI.01	كود السياسة	2024/10/15	تاريخ التفعيل
18	عدد الصفحات	2027/10/14	تاريخ المراجعة

❖ مقدمة البرنامج:

- يوفر هذا البرنامج لمركز عناية العيون Eye Care إطارًا شاملاً متكاملًا لنظام إدارة الجودة بما تشمله من تحسين الأداء وسلامة المرضى وإدارة المخاطر على أن يكون مناسباً لحجم المركز ونطاق الخدمات المقدمة به.
- يؤمن قادة مركز عناية العيون Eye Care إن تطبيق برنامج جودة فعال يؤدي إلى تحسين الأداء المستمر عن طريق إيجاد طرق فعالة لإنجاز المهام حتى يتمكن المركز من تعزيز رعاية المرضى وزيادة الرضا وتحقيق نتائج أفضل.
- يساعد برنامج الجودة في عملية توثيق ومراجعة الأداء الحالي وبالتالي يساعد المركز أن يرى بوضوح مجالات التحسين المستهدفة ويمكن قادة المركز من المشاركة الفعالة في وضع خطط التقدم.
- يتولى الإشراف على إدارة برنامج الجودة مدير كفؤ مؤهل ذو مهارة وخبرة في استعمال أدوات الجودة المتنوعة للتواصل مع قادة المركز حول أنشطة الجودة.

➤ يتناول البرنامج ما يلي:

- الالتزام بالمتطلبات التنظيمية ومعايير الاعتماد.
- تحديد أهداف برنامج إدارة الجودة.
- اختيار مقاييس الأداء (الكلينيكية والتشغيلية).
- تحديد أنشطة إدارة الجودة
- أدوات الجودة وتحليل البيانات.
- التدريب على مفاهيم وأدوات الجودة.
- يتم مراجعة وتحديث البرنامج (على الأقل سنوياً).

❖ الغرض:

- تنفيذ استراتيجية شاملة تضمن التعرف على المخاطر التي تهدد سلامة المرضى وإدارتها والوقاية منها.
- ضمان توافر برنامج جودة فعال لتحسين الأداء الإكلينيكي والتشغيلي (الإداري) بالمركز يضمن دعم القيادة الفعال والمشاركة الفعالة لمديري الأقسام وجميع العاملين كما يضمن القياس الفعال للأداء والإدارة الفعالة للبيانات بما يتماشى مع رؤية ورسالة المركز و الخطة الاستراتيجية وتوجهات مجلس إدارة المركز.
- تعزيز رعاية المرضى وزيادة الرضا وتحقيق نتائج إكلينيكية أفضل لهم.
- توثيق ومراجعة الأداء الحالي للأقسام باستخدام مؤشرات الأداء.

1 ش دمشق - ميدان سوارس - المعادي - م: 01066602662/3/4-01000015004

1 Dimask St., off Sawaris Square , Maadi – Cairo, Egypt- fax : 23580687

23580687/ف

mob : 01066602662/3/4 - 01000015004

www.eyecare-center.com

- تعزيز ثقافة الإبلاغ لتحقيق السلامة والمسئولية والمساءلة.
- ضمان أن القيادة التنفيذية والطواقم الطبية وطواقم التمريض وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية يلتزمون بتقديم الرعاية المثلى في بيئة لا تمثل سوى الحد الأدنى من المخاطر.
- إشراك جميع العاملين في التحسين المستمر المتعلق بسلامة المرضى.
- الالتزام بمعايير السلامة الوطنية.

❖ التعريفات :

- العميل : الشخص الذي يتلقى المنتج أو الخدمات (داخليا أو خارجيا)
- العميل الداخلي : الموظفون (جميع العاملين بمركز عناية العيون Eye Care)
- العميل الخارجي : مثل المرضى والأقارب والموردين
- مؤشر الأداء : هي أداة كمية توفر معلومات حول كيفية أداء عملية معينة أو بعبارة أخرى " هي متغير كمي يقيس بشكل مباشر أو قد يعكس بشكل غير مباشر جودة الرعاية
- التباين : الحيدود أو الانحراف عن المعيار المحدد المقبول
- المعيار هو مستوي معين من الجودة أو الإنجاز ، خاصة ذلك المستوي الذي يعتبر مقبولا
- تحسين الأداء :-عملية تستخدم المعلومات من مصادر متعددة لزيادة احتمال تحقيق النتائج المرجوة وتلبية احتياجات وتوقعات المرضى بشكل أفضل .
- سلامة المرضى: تعرف من قبل معهد الطب (IOM(2000) على أنها منع تعرض المريض للأذى.
- اعتماد : هو أداة فعالة لإدارة الجودة لإجراء تقييم موضوعي قائم على معايير محددة و توفر إلتزام واضح من قبل المركز بتحسين جودة الرعاية الصحية والعمل على تقليل المخاطر.
- التحقق من البيانات : هي عملية التأكد من أن البيانات المدخلة دقيقة ومناسبة وذات صلة ومفيدة ويمكن الاعتماد عليها .

❖ النطاق(مجال البرنامج):

- ينطبق هذا البرنامج على جميع الخدمات المقدمة للعملاء الداخليين والخارجيين ، وتشمل خدمات الرعاية لمرضى جميع الأقسام والوظائف بالمركز (الطبية والإدارية) والجهات المتعاقدة مع المركز.
- يكون كل مقدم خدمة بالمركز مسئول عن الجودة و يشارك في خطة تحسين الجودة.
- تكون مسئولية أعضاء لجان الجودة بالمركز التواصل مع الأقسام لإبلاغ التوصيات والاستنتاجات والإجراءات التصحيحية وتأثيرها.

❖ البرنامج:

- الالتزام بالمتطلبات التنظيمية ومعايير الاعتماد:
- برنامج إدارة الجودة يساعد المركز على الإلتزام بجميع القوانين واللوائح والمتطلبات التنظيمية المعمول بها في جمهورية مصر العربية.

- برنامج إدارة الجودة يساعد المركز على تطبيق معايير الاعتماد الصادرة من هيئة الاعتماد والرقابة الصحية GAHAR2022
- رسالة ورؤية وقيم المركز:
 - رؤية المركز: تقديم أفضل رعاية طبية بالعيون في مصر والشرق الأوسط وأفريقيا.
 - رسالة المركز: توفير خدمات شاملة للرعاية بالعيون وبأسعار معقولة وبطريقة أخلاقية وآمنة وفقاً لأعلى معايير الجودة في بيئة صديقة للمرضى.
 - قيم المركز: التميز / الرحمة / الإخلاص في العمل / الاهتمام / الاحترام.
- رؤية ورسالة إدارة الجودة :
 - رؤية إدارة الجودة: التميز في الجودة وسلامة المرضى وجودة الخدمات والتوافق مع القوانين والمعايير و حصول المركز على الاعتماد المحلى و الدولي .
 - رسالة إدارة الجودة:
- يعمل فريق الجودة بمركز عناية العيون Eye Care كل جهده لنشر ثقافة الجودة بالمركز من خلال مراجعة سياسات و إجراءات العمل والقياس المستمر لمؤشرات الأداء و المراجعات الداخلية لجميع الأقسام والعمل على الحصول على الاعتماد المصري لجودة الرعاية الصحية وذلك كله كي يصل المركز الى الامتياز في كافة المجالات لضمان سلامة و أمان المرضى والزائرين والعاملين.
- أهداف برنامج إدارة الجودة:
 - أولاً : الأهداف التشغيلية (الإدارية):
 - التخطيط المستمر والمنهجي والتصميم وقياس وتقييم وتحسين أداء الوظائف والعمليات الرئيسية المتعلقة برعاية المرضى في المركز وذلك من أجل :
 - تحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى من خلال تقييم الوظائف والعمليات والنتائج التي تؤثر على رعاية المرضى.
 - وضع توقعات لتحسين الجودة من خلال تحديد أدوار الحوكمة والإدارة ورؤساء الأقسام الطبية.
 - زيادة المشاركة في برنامج تحسين الجودة على نطاق المركز ككل من خلال إنشاء فرق متعددة التخصصات لتحسين الجودة في الأقسام عند الحاجة وذلك لتقييم الوظائف وتحسينها .
 - التركيز على الأداء في جميع أنحاء المركز وكيفية تنفيذ العمليات الخاصة بتقديم الرعاية الصحية من خلال تطبيق أبعاد الجودة :

- لنشر أنشطة تحسين الجودة ونتائجها والإجراءات وتأثيرها من خلال رفع التقارير للجنة الجودة.
- تقليل التباين في العمليات الاكلينيكية والإدارية من خلال وضع معايير واضحة وواقعية وقابلة للقياس ومربوطة بوقت معين لتنفيذها.
- تقييم توقعات المريض والموظفين والطاقم الطبي من خلال تحسين طرق التواصل .
- تقديم برنامج يضمن استخدام المركز أدوات تحسين الجودة لتحقيق نتائج الرعاية الصحية المثالية في إطار تعاوني بين مختلف التخصصات في المركز :
 - الحد من الممارسات الخاطئة من خلال تبادل المعلومات بين لجان المركز المختلفة مثل لجنة تحسين الجودة ، لجنة السلامة والصحة المهنية ، لجنة مكافحة العدوى لتحديد تكامل خدمات الرعاية من خلال تحديد نطاق خدمة كل قسم ، وما يقدمه من خدمات و لمن وكيف وكيفية تفاعل باقي الأقسام معه لتقديم الخدمة .
 - تقييم جودة الخدمة التي تقدمها الجهات الخارجية المتعاقد معها من خلال طلب تقارير قياسية منتظمة من تلك الجهات
 - استخدام مؤشرات الأداء طبقاً لمعايير الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية GAHAR بهدف القياس المستمر للأداء ومراقبة تطبيق المعايير
 - استخدام FMEA كأداة استباقية لتقييم المخاطر للحفاظ على سلامة المرضى
 - تطبيق منهجية FOCUS PDCA بجميع أقسام المركز
 - تطبيق منهجية S5

ثانياً : الأهداف الاكلينيكية:

- توحيد الرعاية الطبية والخدمات التي يقدمها المركز لعملائه عن طريق الوصول إلى الحوكمة الاكلينيكية (اختيار البروتوكولات وأدلة العمل الاكلينيكية evidence-based medicine والتدريب عليها و متابعة نسب التطبيق دورياً)
- تقليل المخاطر المتعلقة بعملية تقديم الخدمة الطبية.
- مسئوليات القيادة في تحسين الجودة:
 - دور لجنة تحسين الأداء وأمان المريض وإدارة المخاطر :
 - التأكد من مشاركة جميع مجالات الرعاية الصحية
 - تحديد أولويات التحسين على مستوى المركز
 - التأكد من مراقبة جميع القياسات المطلوبة بما في ذلك معدل تكرار جمع البيانات
 - مراجعة تحليل البيانات المجمعة
 - اتخاذ إجراءات استجابة لمشاكل تحسين الأداء أو سلامة المرضى التي تم تحديدها

- رفع تقرير بالمعلومات إلى مجلس الإدارة و قيادات المركز وإلى العاملين المعنيين بشأن الأداء وأنشطة تحسين الجودة
- تقييم أداء اللجنة سنويا
- دور الهيئة الحاكمة للمركز (مجلس الإدارة) في دعم الجودة:
 - تحديد الإتجاه العام للمركز وضمان الموائمة بين أنشطة المركز وأهدافها .
 - مراقبة الأداء والتنمية المستقبلية .
 - التأكد من أن الرعاية المقدمة للمرضى عالية الجودة.
 - دعم وتوجيه أنشطة تحسين الأداء بالمركز و تطبيق معايير الجودة.
 - اعتماد ومراجعة ومراقبة وتقييم واعتماد خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى سنويا.
 - تفويض مسؤولية تنفيذ خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى إلى مدير المركز.
 - توفير الموارد الكافية لتطبيق معايير الاعتماد المصري GAHAR.
- دور مدير المركز في دعم الجودة :
 - يشرف على أنشطة لجنة الجودة و هو المسئول الأول عن ضمان جودة الرعاية المقدمة للمرضى و ذويهم والزوار والعاملين
 - توفير الدعم المستمر للالتزام بالمركز بالجودة .
 - اختيار النهج الذى يستخدمه المركز لقياس وتقييم وتحسين الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر بمشاركة مدير الجودة و رؤساء الأقسام
 - الموافقة على خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى
 - توفير الموارد اللازمة لدعم الأداء المناسب لأنشطة الجودة.
 - التأكد من مشاركة رؤساء الأقسام في تنفيذ خطة تحسين الأداء وسلامة المرضى
 - اعتماد سياسات وإجراءات المركز.
 - حث رؤساء الأقسام لضمان تطبيق السياسات والإجراءات المعتمدة بالمركز.
 - دعم مبادرات تحسين الأداء بالمركز .
- رؤساء الأقسام الطبية والإدارية :
 - تقديم خدمة طبية آمنة للمرضى وبيئة عمل آمنة
 - تحديد الأولويات لتنفيذ أنشطة تحسين الأداء
 - تحديد مؤشرات الأداء الفعالة بأقسامهم واتخاذ اللازم نحو قياس البيانات وجمعها
 - وضع سياسات الأقسام الخاصة بهم بما يتماشى مع المعايير المصرية لاعتماد المراكز الطبية المتخصصة وجراحات اليوم الواحد.

- مراقبة تطبيق العاملين بالقسم للمعايير المصرية لاعتماد المراكز الطبية المتخصصة وجراحات اليوم الواحد وخطة تحسين الأداء وسلامة المرضى.
- تشجيع العاملين بالقسم على المشاركة في مبادرات تحسين الأداء
- عمل التهيئة اللازمة وتدريب للعاملين الجدد فيما يتعلق بوظيفتهم المحددة من الناحية الفنية داخل أقسامهم
- مسؤوليات إدارة الجودة:
 - تطوير وتطبيق خطة تحسين الجودة للمركز بما يتوافق مع الرسالة والأهداف الاستراتيجية للمركز.
 - تخطيط وتطبيق برنامج الجودة وفقا لخطة الجودة المعتمدة من قبل إدارة المركز.
 - تحفيز الإدارة العليا لإعداد السياسات التي تسهل العمل و بما يتفق مع أنشطة إدارة الجودة.
 - تثقيف و تدريب القيادات و العاملين حسب خطة تحسين الجودة ، ومسؤوليات كل منها في تنفيذ برنامج تحسين الجودة.
 - إعداد وتطبيق الخطط التي تساعد المركز للحصول على الاعتماد من قبل الهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
 - تطبيق معايير متطلبات السلامة الوطنية
 - تطوير وتطبيق نظم وسياسات وإجراءات تحديد ، جمع وتحليل بيانات قياس الأداء.
 - تحديد الحوادث التي تؤثر على أداء المركز وتؤثر على سلامة العميل من خلال استخدام تقرير وقوع الحادث والتواصل الفعال.
 - تجميع وتلخيص بيانات الأداء ، وتحديد فرص التحسين ، وتقديم النتائج إلى لجنة الجودة وسلامة المرضى.
 - المشاركة في تطبيق أهداف وغايات واستراتيجيات المركز ، و مراجعة وتنفيذ السياسات والإجراءات الإدارية.
 - تخطيط وتطبيق ومتابعة أنشطة الجودة التي تضمن:
 - برنامج تهيئة العاملين وتحديد الاحتياجات التعليمية الخاصة بالجودة وتقييم أداء الموظفين.
 - تحديد احتياجات القسم من العاملين وتعريفهم بالبرنامج التعليمي .
 - تطوير البرامج التي تساعد على تطبيق معايير الاعتماد ودمجها مع برامج الجودة.
 - تقديم برامج تعليمية عالية الجودة لجميع موظفي المركز.
 - التأكد من أداء القسم وفقاً لبرنامج جودة المركز و معايير إدارة الجودة للهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية.
 - ضمان الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية لضمان الأداء الأمثل في القسم وتقديم تقارير بالتوصيات اللازمة لتحقيقها.

- تحليل بيانات مراجعة العملاء لتحديد فرص التحسين و تقديم الحقائق إلى الإدارات المناسبة.
- القيام بعملية التيسير و القيادة و تقديم المشورة و النصح لفرق تحسين الجودة داخل المركز
- متابعة و تقييم مهام لجان المركز و تقديم التوصيات الضرورية لصياغتها للإدارة العليا
- يشارك او ييسر أنشطة اللجان مثل: لجنة لجودة و سلامة المرضى.
- أداء أي مهمة و مسؤولية أخرى ضمن اختصاصه.

○ مسئوليات جميع العاملين :

- تعلم مبادئ الجودة و تطبيقها
- الإبلاغ عن أي مشكلات/مخاطر محتملة إلى إدارة الجودة باستعمال نموذج OVR
- المشاركة في مشاريع التحسين
- رصد الإجراءات المتخذة لضمان الجودة المستمرة

○ تحديد أولويات المركز:

- المريض أولاً
- الاهتمام بالعاملين
- إشراك القادة في عملية تحسين جودة الخدمات المقدمة
- اتخاذ القرارات بناء على المعلومات و الاحصائيات
- التدريب المستمر

○ تحديد أولويات تحسين الأداء : يتم اختيار أولويات تحسين الأداء من خلال :

- التخطيط الاستراتيجي و تحليل نقاط الضعف و القوة الداخلية و الفرص و التهديدات الخارجية
- تحليل شكاوى العملاء و العاملين و استطلاعات قياس رضا المرضى
- تحليل تقارير الإبلاغ عن واقعة و الاحداث الجسيمة
- تقارير المرور
- تحليل مؤشرات الأداء السابقة

○ اختيار مؤشرات الأداء التي يتم قياسها :

- يقوم أعضاء لجنة الجودة بتحديد المؤشرات المطلوب قياسها طبقاً لأولويات محددة
- أن تكون وثيقة الصلة برسالة المركز وخطتها الاستراتيجية
- ان تقيس احدى العمليات التالية :

○ العمليات عالية التكرار (High Volume)

○ العمليات التي تسبب مشاكل (Problem Prone)

○ العمليات ذات الخطورة العالية (High Risk)

○ العمليات عالية التكلفة (High Cost)

- تؤثر على هدف استراتيجي (Strategic)
 - أن تكون مطلوبة بمعايير GAHAR
 - يقيس المؤشر واحداً أو أكثر من جوانب الجودة (الملاءمة ، التوفر ، التوقيت ، الفعالية ، الكفاءة ، الاستخدام الأمثل للموارد، الأمان ، الاستمرارية ، الاحترام والرعاية ، الوقاية / الكشف المبكر.
 - يقيس المؤشر المدخلات والعملية والنتائج.
 - يقيس المؤشر تنفيذ أدلة العمل والمسارات الاكلينيكية في المركز.
 - يقيس المؤشر تطبيق الأهداف الدولية لسلامة المرضى.
 - تغطية الأماكن التي حددتها المركز كأولويات للتحسين (لرصد التحسين في هذه الاماكن).
 - يمثل المجالات الاستراتيجية الرئيسية للمركز.
- **مؤشرات الأداء:**
 - تقوم القيادة بعمل المؤشرات بالتعاون مع الإدارات المختلفة بالتوافق مع رسالة المركز و مجال الخدمات التي تقدمها، وذلك لمراقبة الخدمات وتحسين الأداء.
 - كل مؤشر أداء يجب أن يكون لهدف (SMART) محدد specific، قابل للقياس measurable ، قابل للتحقيق achievable ، ذات صلة relevant ، له اطار زمني محدد time – bounded ، تقوم الإدارات المختلفة بمهمة جمع بيانات صحيحة valid (تقيس حقاً نتيجة المعايير) ، واضحة clear (مفهومة من قبل أي شخص معني، غير قابلة للتحريف أو سوء التفسير) ، واقعية realistic (موارد جمع البيانات متاحة) ، قابلة للقياس measurable (معبّر عنها بالرقم يجب أن تكون محددة بحيث يمكن قياسها) وموثوق بهاreliable (إذا تم حسابها في أي وقت تحت نفس الظروف تعطي نفس النتيجة)، بيانات تعكس الأداء الفعلي على أساس منتظم (شهرياً).
 - **يتم عمل كارت تعريف لكل مؤشر يتضمن ما يلي :**
 - اسم المؤشر - تعريف المؤشر - مصدر البيانات - معدل جمع البيانات - طريقة أخذ العينة - النسبة - طريقة تجميع البيانات و تحليلها - النتائج المرجعية .
 - من خلال جودة تحليل البيانات , يتم تحديد المستوى الحالي للأداء ، ومدى استقرار العمليات الحالية ، والحاجة إلى مزيد من التحليل المكثف ، و الأماكن التي في حاجة إلى تحسين ، واستراتيجيات لتحقيق الاستقرار وتحسين الأداء الفعال وتصميم مواصفات العملية الجديدة.
 - يتم اتخاذ الإجراءات وفقاً لتحليل المؤشر في مناقشة مع العاملين المعنيين ومناقشة أفضل طريقة لتنفيذ هذه التغييرات.
 - تتم مشاريع التحسين بالتعاون بين أعضاء القيادة الذين لديهم دور قيادي في تحديد أماكن التحسين بناءً على رسالة ورؤية المركز ووفقاً للخطة الاستراتيجية - وتحديد الأولويات وفقاً للأهمية ، والإلحاحية ، وتوافر الموارد.

- تتم المتابعة باستخدام المؤشر نفسه ومع تحليل خطوات تنفيذ الإجراء المتخذ و مقارنة النتائج وتعديل خطوات العمل.
- يجب أن تقدم فرق التحسين تقاريرها إلى لجنة الجودة بشكل منتظم للمناقشة و التوصية بالإجراءات اللازمة وفقاً لذلك.
- الجودة هي مسئولية كل فرد في المركز وبالتالي يجب مشاركة المعلومات حول أنشطة الجودة بين جميع موظفي المركز.
- **عملية جمع البيانات وتحليلها والتأكد من صحتها:** هي الطريقة المستخدمة لجمع وتحليل البيانات
- **جمع البيانات:** عند جمع البيانات المطلوبة لمؤشر الأداء تقوم إدارة الجودة بالمشاركة مع صاحب العملية (Process owner) التي سيتم قياسها بالخطوات التالية:
 - تحديد مصدر أخذ البيانات (ملف طبي-سجل -.....)
 - تحديد العناصر المطلوب قياسها
 - تصميم نموذج جمع البيانات date collection sheet
 - تحديد حجم العينة وطريقة أخذ العينة
 - تحديد معدل جمع البيانات: شهري- ربع سنوي -سنوي -.....الخ
 - تحديد وتدريب القائم بجمع البيانات
- تحديد الهدف المراد الوصول إليه ,ويتم تحديد الهدف إما عن طريق المقارنة المرجعية عبر الوقت , بأفضل أداء داخل المركز ، أو المقارنة بجهة خارجية مشابهة في نفس المجال ، أو المقارنة بهدف معروفة عالميا Benchmark و مرغوب في الوصول إليه مثل معدلات الوفاة
 - إصدار نموذج وصف مؤشرات الأداء
 - عمل اختبار تجريبي لجمع البيانات – والتحقق من صحة البيانات
 - عمل تجميع للبيانات وتحويلها إلى معلومات مفيدة
 - يتم جمع البيانات بأحد الطرق (إما بأثر رجعي من بيانات ماضية – أو متزامن من بيانات حالية)
 - أدوات جمع البيانات:
 - قائمة تحقق - مراجعات – نماذج جمع البيانات الورقية ، نماذج اكسل ، سجلات .. الخ
 - يتم جمع البيانات باستخدام طريقة المراجعة أو المقابلة أو الملاحظة.
- **طرق جمع العينات**
 - الطرق الأربع الأكثر شيوعاً لأخذ العينات الاحتمالية في الطب هي أخذ العينات العشوائية البسيطة (simple random sampling) وأخذ العينات المنهجية (systematic sampling) ، وأخذ العينات الطبقيّة (stratified sampling) وأخذ العينات العنقودية (cluster sampling).
 - و الطرق المستخدمة في المركز هي: العينات العشوائية البسيطة simple random sampling حيث يكون لكل موضوع فرصة متساوية لاختياره للدراسة .

- اختيار حجم العينة التمثيلي: **SAMPLE SIZE SELECTION**
- العينة هي : مجموعة فرعية من المجموعة الكلية، و تؤخذ العينة لصعوبة الوصول إلى المجموعة بأكملها .
- للحصول على بيانات نموذجية صالحة إحصائياً ، ينبغي تحديد حجم العينة بعناية وينبغي اختيار عينة عشوائيا بطريقة الحالات الفردية ، يكون فيها جميع أفراد المجموعة الكلية لديهم فرص متساوية للاختيار، عندما تمثل العينة جميع أفراد المجموعة يكون بيانات قياس الأداء للعينة هادفة ومفيدة.
- نظام القياس في المؤشر هو الذي يؤكد تطبيق طرق اخذ العينات ، لذلك تحديد حجم العينة هو امر مهم للغاية لان العينات الكبيرة جدًا قد تضيق الوقت والموارد والمال، بينما العينات الصغيرة جدًا قد يؤدي إلى نتائج غير دقيقة.
- يجب أن يستوفي جمع العينة متطلبات :
 - إتاحة العينة availability
 - حجم العينة sample size
- حجم العينة : يتحدد بناء على الحجم الكلي للمجموعة وفقا لما ذكر بمرجع جانت براون الإصدار 30 :

حجم العينة	الحجم الكلي
128	640 ≤
20% من العدد الكلي	320:639
64	64:319
لا ناخذ عينات ، ونعمل على 100% من إجمالي العدد	64 >

- تحليل المؤشر و تفسيره:
- يقوم العاملين بالأقسام الطبية و الغير طبية واللجان والفرق بتجميع وتقييم وتحليل المعلومات من خلال المشاركة في لجنة تحسين الجودة وفرق التحسين.
- تقوم الفرق بعمل مؤشرات معروفة وقابلة للقياس و لها أهداف محددة ، تعكس الوضع الحالي للأداء لاستخدامها في تقييم جودة الرعاية الصحية الحالية ، ستقدم اللجان المساعدة في تجميع المعلومات حسب الحاجة و تحليل البيانات المستمدة من مراقبة الخدمات المختلفة.
- يقوم إدارة الجودة بعمل تحليل للمؤشرات و عرضها بصورة مفهومة ومشاركة النتائج والاستنتاجات والتوصيات و خطط العمل وخطط المتابعة مع الاشخاص او اللجان المناسبة
- يقوم إدارة الجودة بتقديم استشارات لدعم جهود تحسين الأداء في جميع الإدارات.
- تقوم الأقسام بتقديم النتائج إلى إدارة تحسين الجودة شهريا أو حسب المعمول به
- يقوم إدارة الجودة بتحليل البيانات بعد جمعها من قبل المسؤولين عن جمع البيانات و إعداد تقارير لتقديمها إلى لجنة الجودة.

○ الأساليب المستخدمة في التحليل :
التحليل الوصفي:

- يعرض البيانات في صورة أرقام وإحصاءات
 - عرض للبيانات في صورة مخططات مثل (مخطط الأعمدة bar chart ، مخطط دائري pie chart ، مخطط خطي line chart ، مخطط تحكم control chart)
- مؤشرات الاداء بالمركز و تشمل المجالات الاكلينيكية و الإدارية

ثانيا: المجالات الادارية:

- 1-التوافق مع اللوائح و القوانين
- 2-رضاء المرضى و عائلاتهم
- 3-شكاوى المرضى
- 4-رضاء العاملين
- 5-شكاوى العاملين
- 7-شراء الأدوية و المستلزمات الروتينية
- 8-تقييم الموردين
- 9-أداء العاملين
- 10-مؤشر العمليات المؤجلة

أولا: المجالات الاكلينيكية:

- 1- أوقات الانتظار 2- الوقت المستقطع
- 3- الأوامر الشفهية والتليفونية
- 4 – التسليم والتسلم
- 5- استخدام المضادات الحيوية
- 6- استكمال السجلات الطبية
- 7-مكافحة العدوى ، الترصد ، التطعيمات
- 8-الأخطاء الدوائية ، الخطأ القريب ، و الحوادث العرضية
- 9- مؤشر النتائج الحرجة
- 10- تقييم المرضى المعرضين للسقوط
- 11- التثقيف الصحي 12 – غسل الأيدي
- 13- الأمراض المعدية و الأمراض الغير معدية
- 14 – تعريف المريض

○ معايير تحديد الأولويات الخاصة بالمشاريع التي تتطلب التطوير و التحسين المستمر :

- المشكلة الأكثر أهمية
- المشكلة الأكثر تكرار
- المشكلة الممكن حلها و سهولة التغيير .
- المشكلة التي تؤثر أكثر علي أداء الخدمة .
- التكلفة التي يتطلبها حل المشكلة .
- الوقت اللازم لحل المشكلة.
- المشكلة التي تسبب عدم رضاء العملاء .
- المشكلة المتعلقة بهدف استراتيجي

المنهج العلمي المستخدم في مشروعات التحسين
يتم استخدام نموذج التحسين المستمر للأداء FOCUS P-D-C-A

F	<ul style="list-style-type: none"> Find a process to improve Review related standards & documents Analysis of collected data Identify problems & desired outcome 	<ul style="list-style-type: none"> مراجعة المعايير والوثائق المرتبطة بالمشروع تحليل البيانات التي تم جمعها تحديد المشاكل والنتائج المرجوة اوجد فرصة للتحسين
O	<ul style="list-style-type: none"> Organize a team to Improve 	<ul style="list-style-type: none"> نظم فريق التحسين
C	<ul style="list-style-type: none"> Clarify the process CURRENT PROCESS & DESIRED OUTCOMES Fully understand the current process by all team member Draw flow chart to clarify the process variation/problem Collect data from all affected areas relevant to process & desired outcomes 	<ul style="list-style-type: none"> وضح العملية الحالية والنتائج المرجوة منها فهم كامل للعملية الحالية من قبل جميع أعضاء الفريق ارسم مخطط انسيابي لتوضيح تباين ومشكلة العملية جمع البيانات من جميع المناطق المتأثرة والمرتبطة بالعملية أو النتائج المرجوة منها
U	<ul style="list-style-type: none"> Understand sources of variation 	<ul style="list-style-type: none"> افهم مصادر التباين
S	<p>Select an improvement</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyze alternative solutions related to process improvement Choose the best solution that will achieve desired outcome 	<ul style="list-style-type: none"> اختر أحد التحسينات تحليل الحلول البديلة المتعلقة بتحسين العملية اختر الحل الأفضل الذي سيحقق النتيجة المرجوة تطوير الموافقة مع ملخص للمعلومات المطلوبة حول النتائج المتوقعة والموارد المطلوبة والإطار الزمني والمسؤوليات...إلخ
P	<p>Plan the improvement</p> <ul style="list-style-type: none"> Assign tasks with agreed criteria checklist & set time frame 	<ul style="list-style-type: none"> خطط للتحسين تعيين المهام مع قائمة مراجعة المعايير المتفق عليها وتحديد الإطار الزمني لها .

	<ul style="list-style-type: none"> Allocate resources, determine responsibilities & gain support from all who will be affected by implementation. Establish monitoring system to collect necessary data to keep project on the track 	<ul style="list-style-type: none"> تخصيص الموارد وتحديد المسؤوليات واكتساب الدعم من جميع الذين سيتأثرون بالتنفيذ . إنشاء نظام مراقبة لجمع البيانات اللازمة لإبقاء المشروع على المسار الصحيح
D	<p>Do the improvement</p> <ul style="list-style-type: none"> Implement the best solution stated in FOCUS process on pilot bases Empower all people involved by training, education & moral support Collect data & update checklist 	<p>نفذ التحسين</p> <ul style="list-style-type: none"> تنفيذ أفضل الحلول المنصوص عليها في عملية التركيز على نطاق صغير على سبيل التجربة تمكين جميع الأفراد من خلال التدريب والتعليم والدعم المعنوي جمع البيانات وتحديث وقائمة التحقق
C	<p>Check results</p> <ul style="list-style-type: none"> If the desired outcome is obtained & lead expected improvement Compare data collected from FOCUS process with that during DO Check for any unexpected, undesired consequences or outcomes 	<p>تحقق من النتائج</p> <ul style="list-style-type: none"> إذا تم الحصول على النتيجة المرجوة ويؤدي إلى التحسين المتوقع قارن البيانات التي تم جمعها من عملية FOCUS. تحقق من أى عواقب أو نتائج غير متوقعة وغير مرغوب فيها
A	<ul style="list-style-type: none"> Act to maintain the gain for further improvement 	<ul style="list-style-type: none"> حافظ على المكاسب للمزيد من التحسين ونشره في اقسام اخرى

تطبيق منهجية 5S (: 5S)

- هذا المفهوم يعتر نقطة انطلاقة أساسية لأي تحسينات في بيئة العمل، وذلك لسهولة فهمه وتطبيقه، ومدى إمكانية تطبيقه في مختلف بيئات العمل
- جاء تسمية هذا المفهوم بالتأت الخمس S5، لأن الأحرف الأولى من الخطوات (المبادئ) المكونة لهذا المفهوم تبدأ بحرف S أو ت.

أهداف 5S :

- تعزيز كفاءة وفاعلية الأفراد بما ينعكس على الأداء العام للمركز
- تحسين جودة الخدمات من خلال سهولة الوصول للمطلوب بكفاءة وفاعلية
- المساهمة في تعزيز سلامة بيئة العمل بما ينعكس ايجاباً على سلامة وصحة العاملين

- تطوير وتنمية الأفراد وتحفيزهم على تبني أفكار كايزن *Kaizen
- تحسين جودة المنتجات من خلال مساعدة العاملين على التركيز في العمل
- دعم الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة

اليابانية	المرادف بالإنجليزية	المرادف بالعربية
Seiri	Sort	تصنيف، فرز
Seiton	Set in Order	ترتيب، تنظيم
Seiso	Shine, Systematic Cleaning	تلميع، تنظيف
Seitketsu	Standardize	تنميط، تقييس
Shitsuke	Sustain	تثبيت

الخطوة الأولى: التصنيف (Sort)

- التركيز على التخلص من العناصر الغير ضرورية في مكان العمل
- من الطرق الناجحة للتصنيف طريقة Red Tag وهي لاصقات تستخدم لتحديد وتصنيف العناصر المهمة التي نحتاجها والعناصر غير المهمة التي يجب التخلص منها

خطوات طريقة Red Tag

- تجهيز اللاصقات
- وضع اللاصقات على العناصر غير الضرورية
- نقل جميع العناصر الملصق عليها إلى مرحلة المراجعة
- تقييم وترتيب العناصر الملصق عليها

الخطوة الثانية: الترتيب والتنظيم (Set in Order)

- تجهيز مكان لكل شيء (مواد، أدوات، معدات، الخ) ووضع كل شيء في مكانه الصحيح
- التركيز على كفاءة وفعالية طريقة التخزين

الخطوات:

- معرفة المعدات والأدوات والمواد واللوازم الأساسية
- تحديد مكان مناسب لكل عنصر لسهولة الوصول إليه
- وضع رمز لكل عنصر
- تحديد الكميات المطلوبة
- استخدام الملصقات لمعرفة كل مجموعة من العناصر

○ توثيق العمل في مستندات

الخطوة الثالثة: التلميع والتنظيف (Shine)

- التركيز على تنظيف مكان العمل بشكل يومي
- التفتيش على الأماكن لتحديد الوضع والحاجة إلى الإجراءات التصحيحية

الخطوات:

- معرفة النقاط الأساسية للتحقق من الأداء السليم
- تحديد الأداء المقبول
- تحديد المؤشرات البصرية والضوابط
- وضع خطة للتنظيف وتحديد الوقت والمسؤول
- إجراء تنظيف وتفتيش يومي

الخطوة الرابعة: الترميم (Standardize)

- التركيز على تطبيق منهج ملائم للإجراءات والمهام
- التأكد من أن جميع الموظفين مشاركين في وضع المعايير للعمل

الخطوات:

- توثيق الاتفاقية الحالية للعمل والتحقق المستمر
- وضع وتوثيق أساليب موحدة في جميع مجالات العمل
- توثيق الأساليب القياسية الجديدة

الخطوة الخامسة: التثبيت (Sustain)

- الحفاظ على ماتم إنجازه والسعي للتقدم المستمر
- التحسينات المستمرة تصبح ثقافة

الخطوات:

- تحديد ما تم إنجازه من الخطوات السابقة
- التحقق والمراجعة
- تحليل النتائج
- قياس ما تم إنجازه والتخطيط للتحسينات المستمرة.

تدفق البيانات وإعداد التقارير

- يقوم المسؤولين عن جمع البيانات بإرسال جميع البيانات المطلوبة لمؤشرات الأداء إلى إدارة الجودة الذي يرفعها بدوره بعد تحليلها وتجهيزها للعرض على لجنة الجودة لاتخاذ القرارات المتعلقة بها
- تقوم إدارة الجودة بإرسال جميع النتائج والاستنتاجات والتوصيات وخطط العمل وخطط المتابعة إلى الأفراد / اللجان المناسبة.

- يتم توصيل المعلومات من خلال التقارير والمذكرات والنشر والرسائل الإخبارية.
- يتم توثيق النتائج والاستنتاجات والتوصيات والإجراءات المتخذة لتحسين الأداء ، ونتائج الإجراءات المتخذة والإبلاغ عنها من خلال القنوات القائمة.
- سيتم الإبلاغ عن نتائج نتائج أنشطة تحسين الجودة التي تقوم بها لجان الطاقم الطبي ولجنة التمريض ولجنة السلامة ونشاط فريق تحسين الجودة إلى لجنة تحسين الجودة على أساس شهري.
- تقوم إدارة الجودة بتقديم تقرير ربع سنوي إلى لجنة الجودة لإلقاء الضوء على الاتجاهات والإجراءات والخطط والأماكن التي تتطلب التحسين.
- يقوم إدارة الجودة بتقديم التقرير السنوي للجنة الجودة للتقييم السنوي لخطة تحسين الجودة.

○ يجب أن يعكس الأداء التحسن في أبعاد الجودة التالية: STEEEP

- السلامة العامة والسلامة الصحية **Safety** : تجنب حدوث أذى للمرضى و مقدمي الرعاية الصحية اثناء الرعاية الصحية التي تهدف إلى مساعدتهم .
- في الوقت المناسب **Timeliness** القيام بالعمل في الوقت المناسب.
- الفاعلية **Effective** : تقاس بدرجة تحقيق النتائج المرغوبة .
- الكفاءة **Efficiency** : تقديم أفضل رعاية صحية ممكنة عن طريق الاستثمار الأمثل للموارد المتاحة بدون هدر.
- المساواة **Equity** : توفير الرعاية التي لا تختلف في الجودة بسبب الخصائص الشخصية مثل الجنس والعرق والموقع الجغرافي والحالة الاجتماعية والاقتصادية.
- تركز على المريض **Patient Centered** - المريض أو متلقي الخدمة هو محور النظام الصحي التعامل مع المريض بأسلوب يحفظ كرامته ويُراعي مشاعره ويُخففُ من معاناته.

○ التدريب على مفاهيم وأبعاد الجودة:

- الغرض من الأنشطة التعليمية هو تعريف العاملين بأساسيات الجودة وخلق الفرص للأعضاء للمشاركة في أنشطة تحسين الجودة .
- تقوم إدارة الجودة بالتدريب على مفاهيم وأبعاد الجودة وتحسين الأداء وإدارة المخاطر لجميع العاملين ضمن برنامج التهيئة العام.
- يقدم إدارة الجودة التدريبات في صورتين :
 - ضمن برنامج التدريب على مستوى المركز
 - تدريبات على رأس العمل

الخطة التدريبية لمفاهيم وأبعاد الجودة وتحسين الأداء وسلامة المرضى

م	الموضوع	النطاق	المجموعة المستهدفة	التكرار	المدة الزمنية
1	مفاهيم الجودة وأبعاد الجودة	المفاهيم العامة للجودة و ابعادها	جميع العاملين	نصف سنوي	ساعة و نصف
2	تحسين الأداء باستعمال أدوات الجودة	مفاهيم إدارة الجودة ، أدوات الجودة ، تطبيق منهجية FOCUS-PDCA استخدام البيانات	رؤساء الاقسام و فرق التحسين	نصف سنوي	ورشة عمل
3	تحسين بيئة العمل	منهجية 5ت (5S)	رؤساء الاقسام و فرق التحسين	نصف سنوي	ورشة عمل
4	ادارة المخاطر	تعريف - تحليل المخاطر الحوادث العرضية	جميع العاملين	نصف سنوي	ساعتان
5	امان و سلامة المرضى	تدريب على سياسات امان و سلامة المرضى	جميع العاملين	نصف سنوي	ساعتان

○ المراجعة والتحديث الدوري (مرة في السنة على الأقل):

- يقوم مدير الجودة بمراجعة وتحديث البرنامج سنوياً أو عند حدوث تغييرات في اللوائح والقوانين أو عند دخول خدمة جديدة بالمركز ، وفقا لمؤشرات الأداء التالية :
 - نسب الالتزام بمتطلبات السلامة الوطنية .
 - مدى الالتزام بتنفيذ مشاريع تحسين الأداء طبقا للخطة الزمنية الموضوعه .
 - مدى التزام العاملين بتنفيذ البرنامج التدريبي.
- يقوم مدير الجودة برفع تقرير بالمعوقات و فرص التحسين للعام القادم و تحديد أهداف و غايات البرنامج في العام الجديد.

❖ المسئول عن التنفيذ:

- مدير المركز
- لجنة الجودة
- جميع العاملين

❖ المرفقات :

- نموذج كارت تعريف مؤشرات الأداء.
- نموذج التهيئة

❖ الاختصارات:

- ECC= Eye Care Center
- PP= Policy & Procedure
- QPI = Quality Performance Improvement
- FMEA = Failure Mode & Effect Analysis
- PDCA = Plan, Do, Check, Act.
- GAHAR= General Authority for Healthcare Accreditation and Regulation

❖ المراجع:

- معايير اعتماد المراكز الطبية المتخصصة و جراحات اليوم الواحد 2022 GAHAR
- THE Janet A. Brown HEALTHCARE QUALITY HANDBOOK
- Ambulatory Healthcare Center Performance Indicator Guide by HIO,2013

التاريخ	التوقيع	الوظيفة	
		مدير الجودة	الإعداد والمراجعة
		مدير عام المركز	الاعتماد