USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PRIMARY HEALTH
CARE PROJECT

وزارة الصحة
دائـــرة الصحـــة العامـــة

البرنامج المطور

لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية في العراق

DISCLAIMER
This guideline has made possible through support provided by the U.S. Agency for International Development (USAID) under Primary Health Care Project in Iraq (PHCPI) implemented by University Research Co,. LLC. This guideline has been developed in Iraq in close collaboration with the Ministry of Health (MoH) in February 27, 2012

المحتويات

المحتويات 2
قائمة الملاحق 4
الاختصارات 5
مسرد المصطلحات 6
1. مقدمة 8
1.1 الخلفية 8
1.2 تعريفات وأبعاد الجودة وتحسين الجودة 9
1.3 العناصر الشائعة بين نماذج تحسين الجودة 11
1.4 خبرة وزارة الصحة العراقية في إدارة الجودة 12
2. منظمة تحسين الجودة 14
2.2 الخطوات اللازمة في تحسين الجودة 17
2.3 إطار عمل لقياس مدى تحسين جودة الرعاية الصحية الأولية 19
2.4 المؤشرات المستخدمة في قياس مدى تحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية 20
2.5 الجدول الزمني لتنفيذ تدخلات تحسين الجودة 21
2.6 الاتصال/النشر 21
3. التحسين التعاوني 21
3.1 الغرض من التحسينات التعاونية 23
3.2 وصف العلاقة بين تحسين الجودة والتحسين التعاوني 24
3.1 عناصر التحسينات التعاونية 27
3.1.1 ما هي الأهداف التي نحاول تحقيقها؟ 27
3.1.2 كيف نعرف أن أحد التغييرات يسفر عن تحسين؟ 28
3.1.3 من المعني بالقياس؟ 28
3.1.4 كيف ستتم مشاركة البيانات؟ 29
3.1.5 ما هي التغييرات التي يمكننا القيام بها والتي قد تسفر عن تحسن؟ 29
3.1.6 دائرة التخطيط والتنفيذ والدراسة والتصرف (PDSA) 29
4. كيف تتم إدارة التحسين التعاوني أو دعمه؟ 31
4.1 المستوى المركزي – اللجنة العليا لإدارة الجودة 31
4.2 مجموعة عمل تحسين الجودة 32
4.3 المشرفون/المدربون 34
4.4 ما هو فريق تحسين الجودة؟ 37
4.5 ما هو الموقع؟ 38
4.6 ما هي حزمة التغيير (أو التنفيذ)؟ 39
4.7 ما هي فترات الإجراء؟ 41
5. بناء القدرات الفنية لفريق العمل لتنفيذ أطراف التحسين التعاوني 41
5.1 ما هي مراحل تنفيذ التحسين التعاوني؟ 42
5.1.1 مرحلة الإعداد 42
5.1.2 مرحلة التنفيذ (الإثبات) 43
5.1.3 مرحلة التوسع 43
5.2 إستراتيجيات الحفاظ على مكاسب التحسينات التعاونية 45
5.3 تكاليف التحسين التعاوني 46
5.4 الشروط المسبقة للازمة للتعاون في العمل 46

6 الملحقات 47
7. المراجع 58

قائمة الجداول

الجدول الأول: أمثلة لاهتمامات الجودة عند مزود الخدمة. 12
الجدول 2: أمثلة لاهتمامات الجودة عند المريض..... 13
الجدول 3: أعمدة إدارة الجودة..... 14
الجدول 4: تدخلات صحة الأمهات/حديثي الولادة/وصحة الطفل الموزعة بالتزامن مع الرعاية المتواصلة.....26
الجدول 5: لمحة عن التحسين التعاوني وفريقه.....36

قائمة الأشكال

الشكل 1: دائرة تحسين الجودة..... 15
الشكل 2: الخطوات الرئيسية اللازمة لوضع برنامج لتحسين الجودة وتنفيذه..... 18
الشكل 3: تسلسل الأحداث وتوقيتها في التحسين التعاوني 22
الشكل 4: مثال ميداني بخصوص: تمثيل بياني من أفغانستان..... 29
الشكل 5: نموذج للتحسينات 30
الشكل 6: الهيكل التنظيمي للكيانات المسؤولة عن إدارة جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وتحسينها 31
الشكل 7: الإكوادور؛ النسبة المئوية لحالات الولادة التي يتم فيها تناول الأوكسيتوسين لمنع النزف (المرحلة الثالثة من المخاض) في المرافق الصحية المشاركة في مركز عمليات الطوارئ..... 43

قائمة الملاحق

ملحق I. قائمة المؤشرات 47
الملحق II. مشروع تحسين الرعاية الصحية السابقة للولادة - المؤشرات المستخدمة لتحسين استخدام خدمات الرعاية السابقة للولادة وجودتها 51
الملحق III. الاختصاصات: مجموعة عمل - تحسين الجودة 52
الملحق III. الاختصاصات: مجموعة عمل - تحسين الجودة 53
الملحق .IVاتوثيق تحسين الجودة في مركز الرعاية الصحية الأولية 53
الملحق .IVاتوثيق تحسين الجودة في مركز الرعاية الصحية الأولية 54
الملحق :Vمثال على الرسم التخطيطي لسير الأعمال 56
الملحق :Vمثال على الرسم التخطيطي لسير الأعمال 57

الاختصارات

AIDS	متلازمة العوز المناعي المكتسب
AMTSL	الإدارة النشطة للمرحلة الثالثة من المخاض
BTS	سلسلة التغييرات السريعة
COPE	الخدمات الموجهة للعملاء والقائمة على كفاءة مقدميها
CQI	تحسين الجودة المستمر
EONC	الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية الأطفال حديثي الولادة
HCI	تحسين الرعاية الصحية
HIV/AIDS	فيروس العوز المناعي البشري/متلازمة العوز المناعي المكتسب
IHI	معهد تحسين الرعاية الصحية
MoH	وزارة الصحة
NGO	منظمة غير حكومية
PDSA	التخطيط، والتنفيذ، والدراسة، والتصرف
PHCPI	مشروع الرعاية الصحية الأولية بالعراق
PHCC	مركز الرعاية الصحية الأولية
QA	ضمان الجودة
QAP	مشروع ضمان الجودة
QI	تحسين الجودة
QM	إدارة الجودة
TQM	إدارة الجودة الشاملة
URC	University شركة Research Co., LLC
US	الولايات المتحدة
USAID	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

مسرد المصطلحات

المصطلح	التعريف
فترة العمل	هي الفترة بين جلسات التعلم والتي تعمل فيها الفرق على التحسين في منشآتهم مدعومين بزيارات (وفي بعض الأحيان بمكالمات) من مدربيهم.
أفضل الممارسات	طريقة تشغيلية أو سريرية لتنفيذ المهام (مثل نماذج الرعاية، الترتيبات التنظيمية، الممارسات، استخدام الأدوات والمواد) والتي أدت بالدليل القاطع إلى نتائج جيدة.
حزمة التغييرات	تشير عادة إلى حزمة التغييرات الأولية وهى مجموعة من التغييرات التي تحسن من الجودة عند تنفيذها. جميع المواقع تستخدم نفس الحزمة. لا يستخدم جميع المتعاونين هذا المصطلح. والتغييرات يمكن أن تكون الممارسات الأفضل المبنية على دليل، إرشادات أو إعادة تصميم لعملية ما. وتقدم حزمة التغييرات قائمة أساسية لتوجيه عمل الفرق على المستوى المحلي بشكل نموذجي. وتقوم الفرق باختبار تغييرات مبتكرة محددة في موقعها المحلي باستخدام دائرة "PDSA" وتكييف تلك التغييرات حسب الحاجة.
المعايير	معايير الرعاية الطبية هي عناصر محددة مسبقًا مقابل ما يمكن أن تقارن به مظاهر جودة الخدمة الطبية.
حزمة التغييرات المعززة	هي النتيجة الخاصة بالعمل الذي تم بناءًا على دليل. بعدما يتم اختبار التغيير ويتم إثبات فعاليته في موقع محلي بواسطة فريق، فإن التغيير يضاف إلى مجموعة من التغييرات الناجحة الخاصة بجميع الفرق والتي يتم تجميعها لاحقًا في حزمة محسنة وتم تجريبها من التغييرات التي سوف يتم نشرها.
إثبات التحسين التعاوني	يهدف إثبات التحسين التعاوني إلى اختبار/تنفيذ حزمة التغييرات وينتهي بالوصول إلى حزمة أوضح محددة بشكل أفضل وعادة ما يتبع ذلك مرحلة انتشار مخطط لها.
الإرشاد	بيان بواسطة الخبراء يقوم بوصف إجراءات مقترحة أو موصى بها. وهى تصف بشكل ممنهج ما يتوجب على المستخدم فعله أو عدم فعله في كل خطوة من خطوات نشاط ما (مثل الرعاية الصحية السابقة للولادة).
التحسين التعاوني	هو عبارة عن مبادرة قصيرة إلى متوسطة الأجل (من 12 إلى 24 شهر) تعمل على وضع هيكل لفرق مزودي الخدمات التي تعمل على تحقيق الأهداف المشتركة بحيث تتواصل مع بعضها البعض في شكل منتظم.
المؤشر	يتم استخدامه لقياس مدى النجاح في تحقيق أهداف برامج الصحة ذات الجودة العالية – عادة ما تكون قياسات رقمية تساعد على مقارنة النتائج المتوقعة بالنتائج الحقيقة في شكل دوري.
مؤشرات المدخلات	هي قياس للموارد البشرية والمالية المطلوبة لتشغيل برنامج ما (وتشمل قياسات الأموال المدفوعة والموظفين الذين تم توظيفهم والمعدات التي تم شراؤها).
جلسة التعلم	هي عبارة عن اجتماع لأعضاء محددين من الفريق والخبراء الفنيين وخبراء تحسين الجودة بهدف تعلم التغييرات الرئيسية في الموضوع المطروح وأساليب تحسين الجودة ومشاركة تجاربهم الناجحة في تنفيذ التغييرات والتغلب على العوائق. تقوم الفرق بإحضار البيانات الخاصة بها للمشاركة ثم يعودون إلى باقي زملائهم أعضاء الفريق ومعهم خطة عمل للفترة المقبلة ومعلومات جديدة

إستراتيجية القياس	هي عبارة عن مخطط يقوم بوصف كيفية تجميع وإدارة البيانات التي سوف يتم استخدامها لقياس مدى التقدم والانجاز في عملية التحسين الخاصة بمجالات محددة. وعادة ما تشتمل على وجود اتفاق حول مؤشرات قليلة شائعة متعلقة بالنتائج المرغوبة لحزمة التغيير؛ وبنية لجمع البيانات، وخطة لتحليل البيانات، واتفاق حول إبلاغ تلك البيانات (مثل مخططات التشغيل).
القاعدة	قواعد تقييم الرعاية الطبية هي قياسات رقمية وإحصائية للأداء المألوف الخاضع للملاحظة.
النتيجة	حالة مريض ناتجة عن تقديم الرعاية الصحية – وقد تشمل القياسات مؤشرات بدنية أو نفسية أو وظيفية (على سبيل المثال التوظيف).
مؤشرات النتائج	يتم من خلالها قياس النتائج الخاصة بالعملية
دائرة " PDSA" أو "التخطيط، والتنفيذ، والدراسة، والتصرف"	هي طريقة تستخدم لاختبار التغييرات لرؤية ما إذا كانت تلك التغيرات تؤدي إلى التأثير المرغوب فيه.
مؤشرات الأداء	عادة ما تستخدم في قياس الدرجة التي تتحقق عندها النتائج المرغوبة والتأثير. وهي مقسمة في الغالب إلى مستويين: تأثير البرنامج المتوسط ومؤشرات التأثير طويل الأجل.
العملية	ما يتم فعله للمريض أو لأجله أو بواسطته (الامتثال على سبيل المثال).
مؤشرات العمليات	يتم استخدامها في قياس مدى التقدم الحاصل في تنفيذ أنشطة المشروع مثل إنتاج المواد التدريبية وأعداد الموظفين الذين تم تدريبهم وعدد اللقاحات التي تم تناولها.
البروتوكول	هو عبارة عن خطة دقيقة مفصلة بشكل أكبر موضوعة من أجل عملية ما، مثل التعامل مع حالة سريرية. تتضمن احتياجًا أقوى من الإرشاد مثل بروتوكولات منظمة الصحة العالمية لإدارة حالات الإسهال.
ضمان الجودة	تعبر عن عمليات التخطيط للجودة وتشمل وضع أهداف للجودة وتحديد مواصفات للمعايير ونشر ذلك بفعالية ووضع المؤشرات وتعيين الحدود وجمع البيانات بغرض مراقبة الامتثال للمعايير/المواصفات.
تحسين الجودة	في مجال الرعاية الصحية، هي عملية جعل الرعاية أفضل بشكل مقصود بطريقة ما (مثل الفاعلية والكفاءة وغير ذلك) في ظل وجود هدف أسمى وهو تحسين النتائج لعملاء الرعاية الصحية.
مؤشرات الجودة	هو قياس متفق عليه لعملية أو نتيجة ما يستخدم لتحديد مدى الالتزام بالمعيار أو لتحديد المستوى الذي حققته الجودة؛ وهو مقياس متنوع (أو مطابق) يعبر عنه عادة في هيئة أرقام (حسابات) ومتوسطات ونسب (نسبة أو معدل).
مخطط التشغيل	هو عرض بياني للبيانات المرسومة في ترتيب من نوع معين. ويطلق عليه أيضًا مخطط التوجه أو مخطط التسلسل الزمني. وهو سهل في عمله وبسيط في تحليله ولهذا يعتبر واحدًا من أهم الطرق في نشر التنوع واستيعابه.
منظور التحسين التعاوني	هو مدى اتساع أو ضيق المنطقة المحددة للتحسين، على سبيل المثال إحدى عمليات الرعاية (الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة) مقابل نظام أكبر (الرعاية التوليدية الأساسية).
الانتشار (أو الارتقاء)	هو التوسع العمدي والمنهجي لعدد وفئة الأشخاص أو المنشآت أو المنظمات التي تستفيد من عمليات التحسين. وتأتي نظرية الانتشار وتطبيقها من المطبوعات الخاصة بنشر الابتكار.

التحسين التعاوني المنتشر	هو التحسين التعاوني الذي توجد فيه نية لتوسيع ("انتشار") عدد المنشآت أو المنظمات أو أية وحدات أخرى باستخدام عمليات التحسين.
صاحب المصلحة	هو الشخص الذي يمتلك سهمًا أو مصلحة فيما يتعلق بالتحسين التعاوني
المعيار	هو بيان لتعبيرات موضوعة بحرفية خاصة بنطاق التنوع المقبول من قاعدة أو معيار؛ وهو أيضًا التوقعات الخاصة بالمدخلات والعمليات والسلوكيات والنتائج الخاصة بالنظام الصحي. (أخبرنا عما هو متوقع منا فعله من أجل الحصول على خدمات صحية عالية الجودة).
المهارات الفنية	المهارات السريرية
الموضوع	منطقة تحسين الرعاية الصحية
الموجة	كتيبة مختلفة من الفرق في تحسين تعاوني والتي بدأت في وقت مختلف عن الفرق الأخرى وقد تكون شاركت، ولكن ليس بالضرورة، أثناء مرحلة الانتشار أو الارتقاء.

1. مقدمة

لقد كانت إعادة بناء الخدمات الأساسية في العراق بما فيها الرعاية الصحية أولوية أساسية بعد عام 2003 حيث كان الوصول للخدمات الصحية الأساسية والاستفادة منها مشكلة كبرى تتخللها الحالة الرديئة للبنية التحتية ومشاكل الانفلات الأمني. ولذلك فإن الأولوية الكبرى تتمثل في العمل على تقديم إستراتيجيات وتدخلات ينتج عنها نتائج صحية محسنة في أقصر فترة زمنية ممكنة. ويتطلب الأمر وضع وتنفيذ منهج فعال لتحسين جودة الخدمات والتي يمكن توسيعها بشكل سريع وسوف تشكل قاعدة لدعم مبادرات الاعتماد التي ترأسها وزارة الصحة. يجب أن يتم حشد الجهود المبذولة لتحسين الجودة في الوقت المناسب لضمان تلقي العراقيين الرعاية المستدامة التي يستحقونها. يهدف مشروع الرعاية الصحية الأولية في العراق إلى الإعلان عن بداية انطلاق عملية تحسين جودة تتناول العوامل القابلة للتغيير في الفترة الزمنية القصيرة إلى المتوسطة الأجل عن طريق حشد فرق تحسين الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية ليكونوا بمثابة وكلاء للتغيير وإصلاح الرعاية الصحية المحلية. يهدف هذا المنهج إلى دعم الجهود على المستوى المركزي لتقديم أدوات إدارة الجودة بما فيها تقديم عملية تقييم لتحديد الفجوات في الوفاء بمعايير الاعتماد.

1.1 *الخلفية*

لقد قدم إعلان ألما آتا "توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000" الصادر عام 1978[1]متبوعًا بتأسيس الأهداف الإنمائية للألفية في عام 2001[2] قوة دافعة للرعاية الصحية الأولية. فقد أصبح هناك توجهًا متزايدًا حول العالم من أجل زيادة تغطية خدمات الرعاية الصحية مع توجيه موارد هامة نحو تأسيس منشآت الرعاية الصحة وتنمية الموارد البشرية من أجل الصحة. وقد تم إنجاز تلك الأنشطة الخاصة بتطوير الصحة بشكل رئيسي من خلال تنفيذ برامج الرعاية الصحية الأولية من أجل التغلب على أوجه القصور الوخيمة في توزيع

[1]منظمة الصحة العالمية. 1981. سلسلة توفير الصحة للجميع، رقم 3.

[2]الأهداف الإنمائية للألفية. www.un.org/millenniumggoals/

الموارد الصحية وتحسين عملية توافر خدمات الرعاية الصحية الأساسية وإمكانية الوصول لها لمواطني الدولة. فالهدف الأسمى لجميع تلك المبادرات هو تحسين مؤشرات الحالة الصحية. حيث أن ذلك مكن دولاً عديدة من خلق أنظمة رعاية صحية تعمل على خدمة الاحتياجات الأساسية للسكان. وتشرع الدول في جميع أنحاء العالم في تقديم مفهوم الجودة في أنظمة الرعاية الصحية الخاصة بهم لأن التركيز على كيفية الوصول وحدها أصبحت أمرًا غير كاف أو مرض. فالمرضى ومزودي الخدمات على حد سواء يطالبون الآن بتوفير الرعاية المتسمة بالجودة. ولذلك فإن تحسين الجودة في مجال الرعاية الصحية الأولية تتميز بوظيفة مزدوجة ـــوهى تحسين جودة الرعاية وأيضًا دعم تطوير الخدمة التي تكون قادرة على تحمل نطاق أعم من المسؤوليات.

1.2 *تعريفات وأبعاد الجودة وتحسين الجودة*[3]

فيما يلي خصائص وأبعاد الرعاية الصحة المتسمة بالجودة التي يمكن تطبيقها في مجموعة متنوعة من منشآت الرعاية الصحية بما فيها مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات وعيادات الأطباء الخاصة. وتصف البيانات التي تم تجميعها من العديد من التقارير الاستقصائية القومية والعالمية لمستهلكي الجودة ومزوديها الجودة بطرق مختلفة من وجهة نظر مزود الخدمة والعميل والمسدد/المشتري التابعون للرعاية الصحية.

أولا ونظرًا لوجود تعريفات متعددة للجودة، في إطار الغرض من هذا الدليل، يتم تعريف جودة الرعاية على أنها الدرجة التي تزيد من إمكانية تحقيق النتائج الصحية المرجوة للخدمات الصحية للأفراد والسكان ومدى تناغمها مع المعرفة المهنية الحالية. ومن منظور مزود الرعاية الصحية، فإن الجودة تعني فعل الصواب (اتخاذ الإجراء الصحيح) باستخدام الممارسة الطبية المبنية على الأدلة والتي تكون ملائمة وفعالة مع تنفيذها بشكل آمن ومنظم وتوصيلها في شكل جدير بالاحترام إلى العميل. ولذلك فإن جوانب وأبعاد مفهوم الجودة من منظور المزود تشمل بشكل نموذجي ثلاثة أبعاد:

- اتخاذ القرار؛
- التنفيذ؛
- التواصل.

جدول 1 أدناه يوضح أمثلة على اهتمامات الجودة من منظور مزود الخدمة في ظل أبعاد الجودة ذات الصلة.

الجدول 1: أمثلة على اهتمامات الجودة عند مزود الخدمة

اهتمامات الجودة عند مزود الخدمة		مظاهر أبعاد الجودة		
		اتخاذ القرار؛	**التنفيذ؛**	**التواصل**
نوعية البيانات المستخدمة في قياس الجودة	**العملية**	وصف مضادات الكورتيكوستيرويد لحالات الربو المعتدلة إلى الحادة	عمل فحص بدني للتحقق من معدل التنفس وفحص الصدر بالتسمع	توضيح التأثيرات الجانبية للدواء
	النتيجة	تقييم/تقدير ما إذا كانت الأعراض قد قلت	السيطرة على نوبات الربو؛ وتقليل زيارات المريض لقسم الطوارئ.	المريض تعرف على العلامات التحذيرية لشدة المرض ومتى يمكنه الاتصال بمزود الخدمة

[3] دونابيديان أيه.1972. Exploration in Quality Assessment and Monitoring. آن آربور، أم آي Health Administration Press

الجودة من منظور المريض تتضمن بشكل نموذجي فعل ما يهم المريض. تركز اهتمامات المريض على: 1) الشعور بالرضا؛ 2) أن يتمكن من الوصول إلى المنشأة ومزود الخدمة بداخل المنشأة؛ 3) الإعلام والتثقيف؛ 4) التواصل والاحترام والاهتمام؛ 5) استمرارية الرعاية وتنسيقها. جدول 2 يوضح أمثلة على أبعاد الجودة من منظور المريض.[4]

الجدول 2: أمثلة على اهتمامات الجودة عند المريض

اهتمامات الجودة عند المريض		مظاهر أبعاد الجودة		
		الشعور بالرضا	**الاتصال**	**الوصول**
نوعية البيانات المستخدمة في قياس الجودة	**العملية**		هل قام الطبيب بالتحدث بطرق لم يقدر المريض على فهمها	كم كانت مدة الانتظار لرؤية الطبيب؟
	النتيجة	ارتياح لقلة أنظمة الربو ارتياح لتقليل فترة الوجود في غرفة الطوارئ. ارتياح لأن الزيارة إلى المركز الصحي نتج عنها انخفاض أعراض الربو.	هل فهم المريض التعليمات الخاصة بتناول الدواء الذي تم وصفه؟	عدد المرضى الذين تلقوا علاجًا فوري مناسبًا لأعراضهم المتعلقة بالربو.

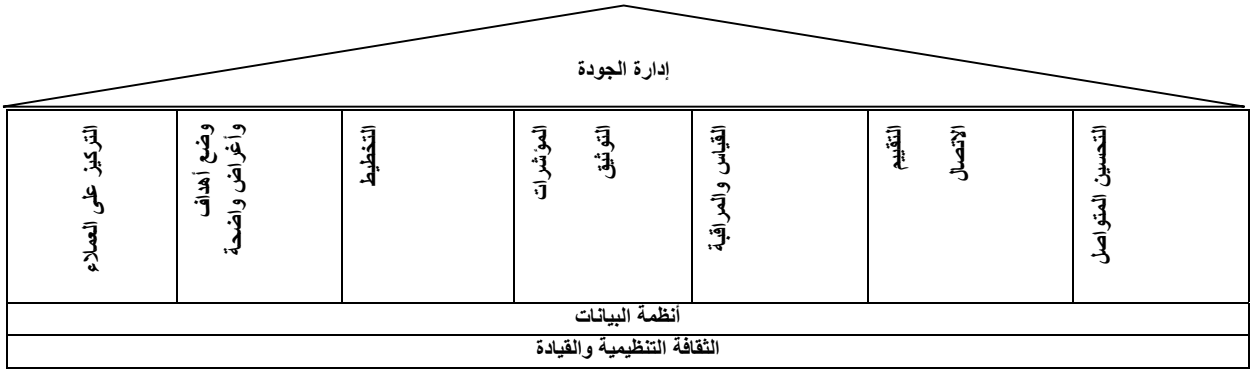
إن الجودة من منظور المشتري/المسدد (مثل وزارة الصحة) تتعلق بالمحاسبة والكفاءة (أي تجنب الإسراف) والحصول على الخدمة التي تم دفع تكاليفها مقابل القيمة. استخدام وصفة جوران[5] لتحقيق جودة أفضل للرعاية، يقترح ثلاث مناطق للتركيز عليها:

- **تخطيط الجودة**: وهو تحديد العملاء واحتياجاتهم وآمالهم ووضع خطة للاستجابة لها (تخطيط إستراتيجي). تتولى الوحدة المركزية مثل اللجنة العليا لإدارة الجودة المسئولية عن هذه المنطقة.
- **ومراقبة/ضمان الجودة**: وهي عملية مراقبة وقياس الخدمات المقدمة والسعي نحو تقليل نسبة التفاوت في الرعاية المقدمة (كثيرًا ما يكون مكتب المفتش العام)؛
- **وتحسين الجودة**: وهو إعادة التصميم المتواصل للعمليات الأساسية المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية (توجد في جميع المستويات ولكن تتضمن تدخل قوي من فريق المنشأة ومشرفيهم على مستوى المقاطعة/مديرية الصحة).

[4] لانجيلي جي وآخرون. 2009. The Improvement Guide. A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance, النسخة الثانية. Jossey-Bass.

[5] كتيب معايير الجودة ليديفيو جي. وجوران جيه **وجوران: The Complete Guide to Performance Excellence**. 2010.

الجدول **3: يمكن تصوير أعمدة إدارة الجودة بالأسفل كما يلي:**



1.3 *العناصر الشائعة بين نماذج تحسين الجودة*

تم تطبيق نماذج مختلفة لتحسين الجودة (QI) في المجال الصحي. من هذه الأمثلة الخدمات الموجهة للعملاء والقائمة على كفاءة مقدميها (COPE®)،[6] والإدارة والتمييز اللذان يستندان إلى معايير (SBMR)[7]، والتحسين التعاوني. فكل منها يهدف إلى تحسين جودة الرعاية الصحية، ولكن لكل منها أسسها وخطواتها ومصطلحاتها الخاصة. وهذا الاختلاف يوحي بوجود اختلافات جوهرية بين النماذج، ولكن في حقيقة الأمر عند النظر عن قرب إلى محتوياتها الرئيسية سيتم اكتشاف عناصر كثيرة مشتركة بينها. توفيق وسيجال[8] أحد عشر نموذج شبيه ومتضاد لتحسين الجودة في محاولة للبحث عن أرضية مشتركة: وهو المكان الذي يمكن فيه لمن يطبقون نماذج مختلفة لتحسين الجودة مناقشتها بلغة مشتركة وفهمها.

يمكن لهذه الأرضية المشتركة توضيح التشابه بين النماذج المختلفة ومن ثم تسهيل الحوار والتنسيق فيما بين الشركاء والمتبرعين وأصحاب المصالح الذي يستخدمون النماذج المختلفة أو يدعمونها.

ومن ذلك تم استنباط أنه على الرغم من الاختلاف الظاهر فيما بين النماذج، ولكن هذه النماذج تشترك في كثير من العناصر التالية:

- **المعايير**: نماذج تحسين الجودة عبارة نقاط مرجعية مقتبسة من إرشادات دولية أو قومية مخصصة لمجموعة محددة من الخدمات الصحية التي يتم دراستها بواسطة نموذج تحسين الجودة.
- **المسببات التنظيمية**: قد تكون عبارة عن أشخاص و/أو فرق و/أو منظمات تعمل على تسهيل ودعم عملية تحسين الجودة.

[6] www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php

[7] http://www.jhpiego.org/media/focuson/sbmr_ovw200702.htm

[8] توفيق ي، سيجال إم، ونيكوتشيا إي، وجاكوبس تي 2010. إيجاد أرضية مشتركة: التوفيق بين تطبيق نماذج مختلفة لتحسين الجودة في برامج الصحة الخاصة بالأمهات وحديثي الولادة والطفل. التقرير الفني. تم نشره بواسطة مشروع المنظمة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. بيثيسدا، ميريلاند: شركة URC (University Research Co., LLC).

- **تحليل الوضع**: هو تقييم مبدئي يتم إجراؤه دائمًا لتحديد أوجه القصور أو الانحرافات أو الفجوات بين المعايير والممارسات الفعلية.
- **الأهداف المحددة**: لكل نموذج أهداف أو أغراض محددة تضع تفسيرًا وأهدافًا لما يتطلع الجهد المبذول في تحسين الجودة إلى تحقيقه. وفي العديد من النُهج، مؤشرات بعينها يتم تحديدها للمساعدة في تتبع مدى التقدم نحو الوصول إلى الهدف العام.
- **تحديد التدخلات واختيارها**: تحتوي نماذج تحسين الجودة على أدوات متنوعة لتسهيل تحديد التدخلات/التغييرات واختيارها لتضييق فجوة الأداء.
- **تنفيذ التدخلات**: تطبق نماذج تحسين الجودة تدخلات أو تغييرات مختارة، يصاحبها عادة مجموعة مدروسة من الخطوات، لسد الفجوة الموجودة بين المعايير والممارسات الفعلية التي يتم توثيقها أثناء تحليل الوضع.
- **المراقبة وتوثيق النتائج**: تشتمل نماذج تحسين الجودة على نظام لتتبع الاختلافات في الأداء التي تنشأ من التدخل بمرور الوقت. وهذا النظام يقيس مؤشرات العملية المختارة و/أو النتائج الصحية. تشتمل أدوات مراقبة وتوثيق نتائج تحسين الجودة على عمليات التقييم الذاتي المتكررة والتدقيقات الخارجية ومخططات التشغيل.
- **المشاركة المجتمعية:** نظرًا لأن النماذج تعالج صحة الأمهات وحديثي الولادة والطفل في الدول النامية، فإن معظم نماذج تحسين الجودة التي تم استعراضها في هذه الورقة تشتمل على مقوم لإشراك المجتمع في أنشطة مثل الدعم ورفع الوعي الصحي والمشاركة الفعالة في عملية تحسين الجودة
- **الدوافع والتحفيز**: بعض نماذج تحسين الأداء تتضمن مكافآت مالية وغير مالية لتشجيع مزودي الخدمات على التغيير والمحافظة على السلوكيات والممارسات طبقًا للمعايير.
- **خطة رفع المستوى**: بعدما اتضاح أن إحدى التدخلات قد أدت إلى تحسين الأداء وفقًا للمعايير و/أو النتائج الصحية، فقد يتم عمل خطة رفع مستوى لنشر هذه التدخلات.
- **خطة الاستدامة**: بالإضافة إلى ذلك، قد تتم المباشرة في خطة الاستدامة لضمان أنه لم يتم رفع مستوى التدخل فحسب ولكنه أيضًا تم وضعه بشكل مؤسسي، وذلك حتى يتمكن مزودو الرعاية الصحية من مواصلة العمل على المدى البعيد طبقًا للمعايير.

يؤمن المؤلفون بأن المنظمات الدولية التي تضع نماذجها وترقيها يتحملون مسئولية تنسيق جهودهم في تحسين الجودة مع الشركاء الآخرين وتقديم توجيهات وإرشادات إلى الدول ليتم توضيح التشابهات والاختلافات بين النماذج والمساعدة في التوفيق بين نماذج مختلفة في دولة واحدة. يجب على المنظمات القائمة على تنفيذ برامج تحسين الجودة أن تتمتع بالمرونة في النهج المتبع لتحسين الجودة. يجب عليها الاطلاع على النماذج التي يتم وضعها من قبل منظمات أخرى والتفكير حول المصطلحات التي يمكن أن تختلف من نموذج تحسين جودة إلى آخر ومحاولة فهم الفكرة الأساسية التي ربما لا تختلف بشكل كبير. ويجب على أصحاب المصلحة القائمين على تنفيذ مناهج تحسين الجودة إيلاء أهمية خاصة بشأن رصد أثر تدخلات تحسين الجودة. يساعد قياس مدى التقدم ومؤشرات النتائج بمرور الوقت على تقديم الدليل حتى يتم تقييم تدخلات تحسين الجودة ما إذا نتج عنها التغير المأمول أم لا كما أنها سوف تساعد في توجيه الجهود للعمل على تعديل وتحسين التدخلات.

1.4 *خبرة وزارة الصحة العراقية في إدارة الجودة*

يرجع اعتراف دولة العراق بأهمية الجودة إلى وقت بعيد حتى قبل إعلان ألما آتا[9]. فقد قامت وزارة الصحة العراقية بتنظيم خدماتها من خلال المستوصفات (والتي ارتقت إلى مراكز صحية) والمستشفيات. ولكن التركيز كان في الأساس على تقديم خدمات طبية. ولذلك لم يتضمن نهج الجودة الخدمات الوقائية وبرامج التوعية (مثل التطعيمات ضد الجدري والتيفود ولقاحات السل؛ والحملات الهادفة للاكتشاف المبكر لمرض السل وغيرها).

[9]إعلان ألما آتا، المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية، ألما آتا، الاتحاد السوفيتي، من 6 إلى 12 سبتمبر 1978.

فبعد مؤتمر ألما آتا الذي تم انعقاده بعام 1978، قامت وزارة الصحة بتغيير رؤيتها نحو خدمات الرعاية الصحية وأعادت مرة أخرى تنظيم خدماتها الطبية لتقديم خدمات صحية شاملة. وفقًا لتعريف منظمة الصحة العالمية، فإن الصحة هي حالة اكتمال العافية البدنية والاجتماعية والعقلية وليست مجرد عدم وجود مرض أو عجز فقط.[10] وقد تبنت بعد ذلك وزارة الصحة مناهج وأفكار لتطبيق ذلك التعريف. وقد أعادت تنظيم الخدمات الصحية – بتغيير المستوصفات إلى مراكز رعاية صحية أولية مسئولة عن أنشطة خدمات العيادات الخارجية في منطقة خدمة طبية محددة. وقد اشتمل التوجه نحو الجودة بعد ذلك على تحديد أهداف الأداء لكل مركز رعاية صحية أولية، وتمديد الخدمات الوقائية المقدمة بالتنسيق مع خدمات الرعاية العلاجية والإحالة إلى المستشفيات القريبة والمستشفيات الثالثية.

وفي عام 1997، تم إنشاء برنامج لضمان الجودة بمساعدة مستشار منظمة الصحة العالمية د. سامي جاد الله من مصر. وقد أجرى رئيس البرنامج د. محمد جابر تحليلاً لنقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات (SWOT) فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية. وقد استهل البرنامج بنشر أفكار التثقيف بشأن الجودة إلى موظفي الطب والصحة والتمريض وغيرهم في وزارة الصحة على كلا المستويين المركزي والمطرف. وقد تم تطبيق البرنامج في أرجاء العراق وألقى التركيز على الدورات التدريبية التي تهدف لتقوية المهارات الإدارية والإشرافية لموظفي الصحة في جميع المحافظات – ومن ثم بناء القدرات البشرية والمؤسسية الخاصة بتطبيق فكرة ضمان الجودة.

وحيث أن البرنامج تم الارتقاء به، تم الاتفاق على إنشاء قسم خاص بضمان الجودة في إدارة الصحة الوقائية بوزارة الصحة. وكان الأساس المنطقي لذلك هو أنه سيكون بمثابة نقطة البداية وسيقود في النهاية إلى إنشاء وحدات لضمان الجودة في كل محافظة. وقد تم الانتهاء أخيرًا من إنشاء تلك الوحدات في عام 2011.

وقد عمل قسم ضمان الجودة بالاشتراك مع إدارة التفتيش حيث أن كلا الإدارتين تدرك أن الميدان الخاص بضمان الجودة يشتمل على تقييم الجودة باعتباره من الجوانب الهامة في دائرة الجودة واعتبار التفتيش أحد الأساليب التي تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية وليست فقط مجرد طريقة للعقاب.

فمن عام 2001 إلى عام 2009 كان قسم ضمان الجودة في الإدارة هو الجهة الرئيسية التي تركز على الجودة، بالاتحاد مع إدارة تقييم الأداء التابعة لإدارة التفتيش العام وبدعم من مديريات الصحة. وفي عام 2010، تم إنشاء أقسام في إدارات أخرى على المستوى المركزي في وزارة الصحة مع أقسام لتقييم الأداء. وقد كان هناك إدراكًا متزايدًا للحاجة إلى إدارة الجودة ولأهميتها في حل المشاكل الصحية والمساعدة في تسهيل إصلاح النظام الصحي العراقي وتحديثه.

وقد انعقد مؤتمر لإصلاح النظام الصحي في يومي 20 و21 يونيو عام 2008. وقد أعاد فيه المشاركون التأكيد على أهمية إدارة الجودة وعلى الحاجة إلى تحويل أقسام تقييم الأداء في وزارة الصحة سواء المركزية أو المحيطية إلى أقسام لإدارة الجودة بما في ذلك قسم ضمان الجودة الأصلي في إدارة الصحة العامة. وقد تم تغيير اسم قسم ضمان الجودة إلى قسم إدارة الجودة.

وقد حدثت تلك التغييرات معًا مع إنشاء اللجنة العليا لإدارة الجودة في وزارة الصحة برئاسة النائب الإداري لوزير الصحة ونائب مدير عام إدارة الصحة العامة. ونظرًا لإنشاء اللجنة العليا لإدارة الجودة، فقد تم تنفيذ العديد من الأنشطة منها إطلاق ندوة عن إدارة الجودة والمؤتمر الأول للجودة الصحية. وقد تم إجراء تلك الأنشطة تحت شعار "الجودة هي الاستثمار الأفضل للصحة".

وبعد مؤتمر إصلاح النظام الصحي، تم إنشاء اللجنة العليا لاعتماد المنشآت الصحية برئاسة النائب الأول لوزير الصحة. تعمل تلك اللجنة بالتنسيق مع اللجنة العليا لاعتماد كليات الطب في وزارة التعليم العالي والبحث العلمي. وقد قامت الهيئة الطبية الدولية (IMC) برفقة خبراء عالميين بتقديم الدعم إلى اللجنة العليا لاعتماد المنشآت الصحية. وقد نتج عن ذلك قيام اللجنة العليا بإجراء العديد من المؤتمرات والاجتماعات ووضع مجموعتين من معايير الاعتماد، إحداها تخص اعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية والأخرى لاعتماد المستشفيات. وقد تم اقتباس تلك المعايير من المعايير تم إصدارها بواسطة جامعة الدول العربية ومن المعايير المصرية الأمريكية. وهذه الإرشادات تم التوصية بها وتعريفها من خلال نفس محرري إرشادات الاعتماد بجماعة الدولة العربية وقد تم تطويعها لتحظى بالفاعلية

[10] مركز تعزيز الصحة المتعاون مع منظمة الصحة العالمية، جامعة سيدني، أستراليا، يناير 1989، صفحة 1. وميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة منظمة الصحة العالمية، جينيف، 1986.

في اعتماد المنشآت الصحية العراقية. وتحتوي تلك الإرشادات على معايير عملية خاصة بالوقاية والتوعية وتشتمل على مسألة جديدة مهمة تتعلق بحقوق المرضى والمستفيدين.

وفي الوقت ذاته، وحيث أنه تم إدراك الحاجة إلى إدارة الجودة على المستوى الحكومي، فقد تم إنشاء اللجنة الوطنية للجودة بها ممثلون من جميع الوزارات والأجهزة المعنية. وتعتبر وزارة الصحة عضوًا فاعلاً في هذه اللجنة. ويرأس اللجنة الوطنية للجودة رئيس الجهاز المركزي للتقييس والسيطرة النوعية (COSQC) التابع لوزارة التخطيط. والغرض من هذه اللجنة هو تنفيذ إستراتيجيات وطرق لإدارة الجودة في جميع الوزارات وضمان التكامل بين الوزارات. ويتمتع دور وزارة الصحة في هذه اللجنة بالأهمية نظرًا للنهج الاستراتيجي الذي تتبعه وزارة الصحة في التركيز على حملة "الصحة الجميع" مع التعاون والشراكة المتقاطعة مع المجتمع. فمن المعروف أن هذه الطرق لا يمكن تحقيقها إلا إذا كان هناك تطبيقًا فعالاً لإدارة الجودة الشاملة وإدارة الجودة المتواصلة مع الحاجة إلى الارتقاء بأنشطة اللجنة الوطنية للجودة.

2. منظمة تحسين الجودة

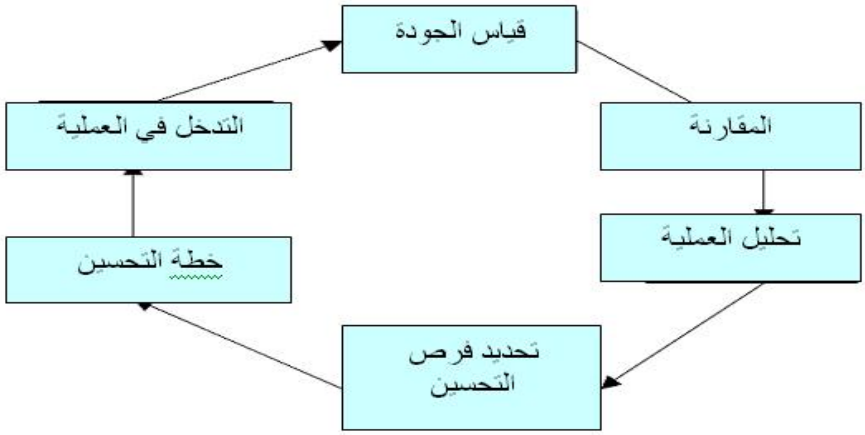
من الأهمية بمكان أن نقوم بنشر الأفكار الرئيسية الرئيسية والنطاق والمفهوم الرئيسيين للجودة وتحسين الجودة بين الأشخاص الذين نتعامل معهم في منشآت الرعاية الصحية الأولية – وذلك ليتم بناء ثقافة الجودة من الأسفل إلى الأعلى – وفريق المنشأة والمقاطعة ومستويات مديريات الصحة (الإقليمية) للوفاء بجهود المستوى المركزي لإدارة الجودة. تشتمل إستراتيجية تحسين الجودة على: 1) الاتفاق على هدف/غرض برنامج تحسين الجودة؛ 2) مهمتها ورؤيتها؛ 3) إشراك وتدريب الموظفين في المنشأة ومشرفيهم حتى يتم تعزيز مشاركة فعالة. من أجل ضمان تقديم خدمات عالية الجودة، هناك حاجة لتخطيط دقيق.

أولا، يحتاج المديرون على المستوى المركزي (مثل اللجنة العليا لإدارة الجودة) إلى معرفة ماهية الوضع الحالي، والحالات الصحية السائدة، والموارد البشرية المتاحة لذلك المسعى.

والخطوة الثانية هي وصف الهدف بشكل واضح وتطويعه للموقف الحالي. ويقتضي ذلك أن يقوم المديرون على المستوى المركزي بوضع رؤية مستقبلية واضحة وصياغة بيان بالمهام واقتراح أهداف وإستراتيجيات لتحقيق تلك الأهداف. مع أخذ جميع هذه العناصر بوضوح في الاعتبار، يجب على الجهة المركزية صياغة الهيكل التنظيمي لتحسين الجودة. إن الهيكل التنظيمي في العراق الخاص بتحسين الجودة في مختلف المستويات بشأن الرعاية الصحية الأولية مبين في الشكل 5 (جلسة رقم 4 من هذا المستند. تم وضع الهيكل لتلبية رؤية وزارة الصحة في العراق وخصائصها وهو يعتمد على مجموعة فعالة وملتزمة على المستوى المركزي وأيضًا على هياكل على مستويات مديريات الصحة والمقاطعات والمنشآت باستخدام منهج التحسين التعاوني.

يسمى الإجراء الخاص بقياس التغييرات وتنفيذها ومراقبة تأثيرها بـ "دورة الجودة". ومكوناتها هي "التخطيط ،والتنفيذ ،والدراسة، والتصرف." ومن المقترح على وزارة الصحة اتباع تلك الدائرة ليتم تنفيذ تحسينات الجودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية في العراق. وكما يظهر الشكل 1، فإن كل خطوة تعتمد على الخطوة السابقة وتقوم عليها.

الشكل 1: دائرة تحسين الجودة



2.1 الدور الخاص بتحسين الجودة.

انحصر النهج التقليدي لتحسين جودة الرعاية الصحية في تطبيق الإرشادات القائمة على دليل، وإجراء تدريبات في الإجراءات أو العمليات الجديدة وتقديم وسائل مساعدة للعمل ومواد ومعدات وإشراف وقواعد مثل الترخيص والاعتماد. ولكن طرق تحسين الجودة العصرية قد أضافت تحليل مجموعة العمل وعملية التدريب ورصد بيانات النتائج والتركيز على العملاء. وإن التحسينات التعاونية هي إحدى طرق تحسين الجودة التي تضيف سمات الفرق المتعددة التي تعمل على أهداف مشتركة وتقاسم الخبرات والمنافسة الودية والارتقاء السريع إلى منشآت جديدة.

وقد نشأ مفهوم إدارة الجودة أو تحسين الجودة في المجالين الهندسي والصناعي حيث تم الجمع بين نظرية الأنظمة، والضبط الإحصائى للعمليات، والتحسين المتواصل للجودة مع طرق الإدارة العامة. وقد تم تبني فكرة تحسين الجودة وتكييفها من قبل أنظمة الرعاية الصحية في كثير من البلدان المتقدمة والدول النامية ويستلزم تحسين الجودة فحص العمليات حتى يتم تحسينها. ويتم توجيه عملية تحسين الجودة بمبادئ العمل الجماعي والتركيز على العميل، والأنظمة والعمليات، وقياس النتائج. يقتضي التركيز على فكرة العمل الجماعي قيام أعضاء الفريق بتقديم رؤى قيمة بشأن العملية المراد تحسينها وذلك لمعرفتهم وخبرتهم في هذا الشأن، وهم من المرجح أن يقوموا بتنفيذ التحسينات التي ساعدوا في وضعها. ويقتضي التركيز على الأنظمة والعمليات وجوب فهم مزودي الخدمة لنظام الخدمة وعمليات الخدمة الأساسية الخاصة به لكي يتم تحسينها؛ وحل المشكلة الخاصة بالعمليات أو الأنظمة المبهمة أو الزائدة عن الحاجة أو غير المكتملة لحصد نتائج أفضل بدلاً من إلقاء اللوم على الأفراد. ويقتضي التركيز على العميل أن الخدمات يجب تصميمها لتلبية احتياجات وآمال العملاء والمجتمع. ويعني التركيز على القياس أن البيانات ضرورية من أجل تحليل العمليات وتحديد المشكلات وقياس الأداء. ويعزز هذا التركيز اتخاذ إجراء بناء على حقائق وليس على افتراضات. ومن الجيد تذكر أن من أحد أبسط التعريفات الخاصة بالجودة هو "فعل الصواب بشكل بصحيح من المرة الأولى" حيث أن هذا التعريف يشتمل على مكونين رئيسيين للرعاية وهما "فعل الصواب" وعملية "إجراءه بشكل صحيح". وتتضمن أنشطة تحسين الجودة تحديد الجودة من ناحية الإرشادات القائمة على الدليل وقياس مؤشرات الجودة بناء على تلك الإرشادات وتحسين الجودة حيثما توجد فجوات. ويعمل نظام تقديم الرعاية الصحية على الوفاء بتلك الإرشادات حتى يحقق المرضى المكاسب الصحية المثلى. ويستخدم تحسين الجودة وسائل متنوعة لسد الفجوات بين مستويات الرعاية الحالية والمأمولة؛ باستخدام أدوات ومبادئ إدارية لمعرفة موطن الخلل في النظام والتعامل معها. تتعدد طرق إجراء أنشطة تحسين الجودة وتتراوح من البساطة إلى التعقيد. وتشتمل تلك الطرق على حل المشاكل الفردية، والحل السريع لمشاكل الفريق، والحل المنهجي لمشاكل الفريق، وتحسين العمليات، وتقاسم الخبرات من خلال التحسين التعاوني.

ومن المقرر إدارة تحسين الجودة بواسطة موظفي البرنامج الصحي، من المديرين ومزودي الخدمة. ويتم دعم هذا النهج بواسطة فرق تحسين الجودة، وهم في العادة عبارة عن مجموعات ذاتية التوجيه من العاملين في مجال الصحة بالمنشأة. يتم تطوير الفرق ودعمها من

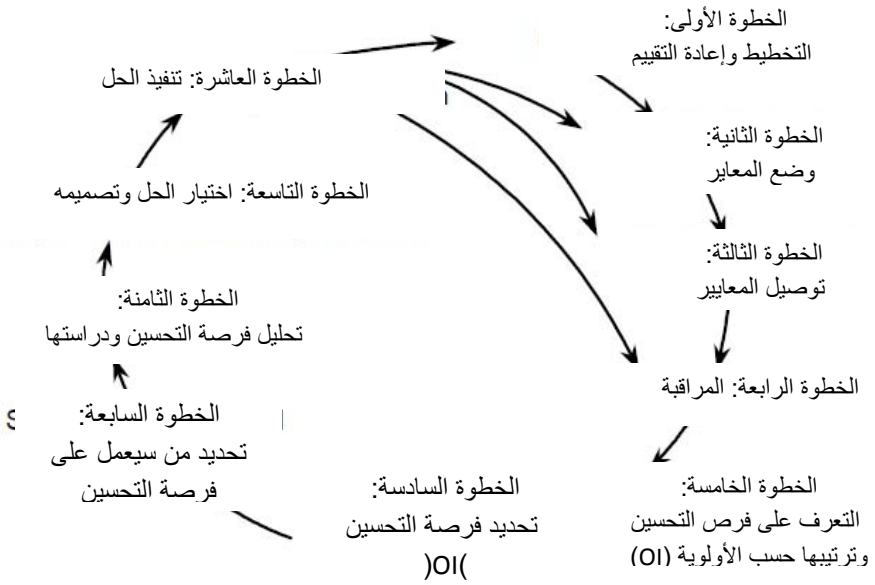
قبل المشرفين/المدربين الذين يوفرون لهم التدريب الرسمي وفي الوقت المناسب على تحسين الجودة — العملية والأدوات والطرق — وعلى الأمور الخاصة بسير الفرق مثل سمات أعضاء الفريق وأدوارهم؛ ومهارات التواصل (مثل الاستماع الفعال وتقديم التعقيبات وتلقيها)؛ وصناعة القرارات؛ وممارسة التخطيط؛ وتوثيق اجتماعات الفريق، وتقديم نتائج الفريق إلى المديرين. تستخدم الفرق عملية تحسين الجودة ليحددوا ما يريدون تحسينه، ولذلك فهم ممكنون لتحسين ظروف عملهم ونتائجه، وذلك ينتج عنه في الغالب تحولات نظامية لبيئة عملهم. يتم اختيار أعضاء فريق تحسين الجودة بناء على مشاركاتهم في العملية الجاري تحسينها وخبرتهم المعرفية بها أو بناء على مهارات خاصة أخرى. ويعطي هذا الخليط من المعرفة والمهارات للفريق الحنكة التي تمكنه من التعامل مع الأنظمة والعمليات المعقدة. وفي الغالب يتحمل فريق تحسين الجودة كامل المسئولية عن العملية التي يقوم بتحسينها (فرق تحسين العمليات). ويمكن لهذه الفرق البحث المستمر عن فرص للتحسين بالإضافة إلى تصميم حلول وتجريبها وتنفيذها بدون طلب البدء في هذا المسعى من سلطة أعلى.

2.2 الخطوات اللازمة في تحسين الجودة

فيما يلي الخطوات الرئيسية اللازمة لوضع برنامج لتحسين الجودة وتنفيذه:

- إطلاق توعية/فهم حول القضايا المتعلقة بالجودة بين صناع السياسة ومديري البرنامج ومزودي الخدمة.
- تحديد الفرق الخاصة بالجودة متعددة الاختصاصات على مستوى منشأة الرعاية الصحية الأولية والمقاطعة والإقليم/المحافظة الذين سيتحملون المسئولية عن مبادرات تحسين الجودة.
- تحديد موضوع لتحسينه عن طريق استعراض الإحصائيات الصحية أو خطة الصحة القومية أو "جولة تفقدية" للمنشآت.
- إجراء تقييم أساسي لتقييم الفجوات وتحديد فرص التحسين والتأكد من المواضيع التي تم تحديدها.
- تحديد مؤشرات يتم تتبعها لتحديد مدى التقدم في سد فجوة خاصة بالأداء (استعراض البيانات التي تم جمعها على مستوى المنشأة مقابل تقديم جهود جديدة لجمع بيانات).
- تحديد/ابتكار تدخلات يمكنها المساعدة في سد الفجوات الخاصة بالجودة (حزمة تغيير ليتم تجريبها)
- وضع خطة تنفيذ: من سيقوم بتنفيذ التدخل، وكيف ،ومتى، وأين
- تنفيذ التدخلات التي تشتمل بالتحديد على الآتي:
  - تحسين المعرفة/المهارات عن طريق إجراء دورات تنشيطية/تدريب أثناء العمل.
  - رفع الكفاءة/الفعالية عن طريق إعادة تصميم العمليات، ودمج الخدمات.
  - رفع قدر امتثال المزود بالإرشادات عن طريق تقديم/التدريب على الخوارزميات ومساعدات العمل.
  - زيادة قدر الامتثال من خلال التعقيبات الذاتية/التقييمات الإشرافية.
  - تتبع الأداء من خلال مراقبة/تقييم المؤشرات ومخططات التشغيل واستعراض فرق الجودة مع المقارنة بين الفرق.
- القيام بمراجعة دورية (شهرية/ربع سنوية) للأداء باستخدام دائرة (PDSA) "التخطيط، والتنفيذ، والدراسة، والتصرف"

- استعراض النتائج في مكان المجموعة/الفريق – اجتماع جميع المنشآت المشاركة معًا ومشاركة النتائج. يمكن استخدام غرفة التدريب في مركز الرعاية الصحية الأولية النموذجي على مستوى المقاطعة بواسطة إحدى فرق تحسين الجودة التابعة لعيادات مشاركة في هذه المقاطعة. إذا كانت المبادرة تشتمل على ربط مع المستشفى (مثل تجريب نظام الإحالة الذي تم تعديله)، فتأكد من تضمين مستشفى المقاطعة. يمكن إجراء الاجتماعات بصفة ربع سنوية عند الانتهاء من إجراء تقييمات ومناقشة نتائج سابقة وتغيير حزمة تحسينات وفقًا للحاجة. تعتبر الاجتماعات السنوية التي تدعوا جميع المنشآت لمشاركة النتائج وتقديم ملخص عن التجربة طريقة ممتازة لتوصيل النتائج وتحفيز الآخرين على عملية المشاركة.
- ضبط التدخلات من خلال تحليل المشكلة.
- تحديد المشاكل الإضافية التي ربما تتطلب تدخلات للتحسين.



مقتبس من مشروع ضمان الجودة التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

الشكل 2: الخطوات الرئيسية اللازمة لوضع برنامج لتحسين الجودة وتنفيذه

يتعهد مشروع الرعاية الصحية الأولية بالعراق بالعمل مع وزارة الصحة من أجل تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وتزكية طريقة التحسين التعاوني كمنهج للتحسين السريع للرعاية الصحية والارتقاء بالخدمات التي تتسم بالجودة في العراق.

---

[9] http://www.hciproject.org/improvement_tools/improvement_collaboratives

[10] توفيق ي، وسيجال إم، ونيكوتشيا إي، وجاكوبس تي 2010. Finding Common Ground: Harmonizing the Application of Different Quality Improvement Models in Maternal, Newborn, and Child Health Programs. *التقرير الفني*. تم نشره بواسطة الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية [11] مشروع تحسين الرعاية الصحية. بيثيسدا، ميريلاند: شركة URC (University Research Co., LLC).

12 مسعود، وآر إم وآخرون. 2001. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. QA Monograph Series 1(1) Bethesda, MD: الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) بواسطة مشروع ضمان الجودة.

2.3 *إطار عمل لقياس مدى تحسين جودة الرعاية الصحية الأولية*

الجودة قابلة للقياس. النظام عادة ما يتألف من ثلاث مكونات: المدخلات والعمليات والمخرجات. يمكن قياس جودة المدخلات (الهيكل). يشمل ذلك جودة الموظفين والموردين والمعدات والموارد المادية. يمكن أيضًا قياس جودة العمليات. يمكن أيضًا قياس جميع إجراءات وبروتوكولات التشخيص والعلاج ورعاية المرضى وتحديد كميتها. ونفس الشيء مع محصلات النظام أو نتائجه. حيث يمكن قياسها أيضًا. على سبيل المثال، تعتبر معدلات العدوى ومعدلات المراضة والوفاة ورضا المريض والموظف أيضًا قياسات للنتيجة وتعتبر جميعًا متغيرات قابلة للقياس. لذلك، فإن مكونات النظام الثلاثة وهي المدخلات والعمليات والمخرجات لها سمات جودة معينة قابلة للقياس وتتسم بالأهمية في قياس جودة أي نظام. وقد تم في دراسة للنتائج الطبية أجريت بواسطة مركز راند/جامعة كاليفورنيا بلوس أنجلوس (UCLA) (إحدى أقدم الدراسات الشاملة) استخدام إطار العمل التصوري التالي لقياس جودة الرعاية.

الهيكل	**العملية**	**المحصلات**
خصائص النظام • التنظيم • مزيج التخصص • الحافز المالي • عبء العمل • الوصول/الملائمة *صفات مزود الخدمة* • السن • النوع • التدريب التخصصي • الحافز الاقتصادي • الاعتقادات / التوجه • التفضيلات • الرضا الوظيفي *صفات النظام* • السن • النوع • التشخيص والحالة • الخطورة • الظروف المرضية المتزامنة • العادات الصحية • الاعتقادات/التوجه • التفضيلات	*الأسلوب الفني* • الزيارات • الأدوية • حالات الإحالة • طلب الاختبار • الإقامة في المستشفى • النفقات • استمرارية الرعاية • التنسيق *أسلوب العلاقات بين الأفراد* • طريقة التعامل مع العلاقات بين الأفراد • مشاركة المرضى • الاستشارة • مستوى الاتصال	*نقاط النهاية السريرية* • الأعراض والعلامات • القيمة المخبرية • الوفاة الحالة الوظيفية • البدنية • النفسية • الاجتماعية • الدور *العافية العامة* • الإدراك الصحي • الطاقة/التعب • ألم • الرضا عن الحياة *الرضا عن الرعاية* • الوصول • الملائمة • التغطية المالية • الجودة • عام

2.4 *المؤشرات المستخدمة في قياس مدى تحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية*

كان عبر السنوات يتم استخدام طرق مختلفة لتقييم جودة الرعاية الصحية. وتشتمل تلك الطرق على:

- التسجيل والمراجعة والتدقيق.
- التتبع - سواء بأثر رجعي أو بشكل متزامن.
- مقابلات مع مزودي الرعاية الصحية.
- فحوصات كتابية وشفوية.
- مقابلات ومجموعات تركيز مع السكان.
- مقابلات ومجموعات تركيز مع المرضى.
- المراقبة المباشرة على تقديم الخدمات الصحية.
- المرضى البدلاء.
- المراجعة الاستعادية للنتائج العكسية.

يتم في معظم الدول المتقدمة قياس جودة الخدمة باستعراض السجلات الطبية وغيرها من السجلات الكتابية. ولكن هذه الطريقة لم يثبت نفعها في البيئات التي تكون بها السجلات الطبية غير مكتملة أو متعارضة أو حتى غير موجودة. ولذلك، فإن النية من استخدام مؤشرات لتحسين الجودة هي تنفيذ تغييرات. هناك مجموعات مختلفة من المؤشرات يمكن استخدامها في مختلف الأوقات، بناء على ما يتم قياسه ولمن سيتم تقديم القياسات. يوضح الملحق رقم 1 المؤشرات التي تعتبر مقاييس مناسبة للجودة في الرعاية الصحية الأولية والتي تناسب أكبر فئات الهيكل والعملية والحصيلة. وتلقي لافيزو موري (1994) الضوء على سمات مجموعة مثالية من مؤشرات الجودة، يمكن تطبيق الكثير منها على الرعاية الصحية الأولية. يجب أن تتقيد المؤشرات بالمعايير التالية:

- **مهمة**: يجب أن يكون لممارسات أو علاجات الرعاية الأولية أثرًا على صحة الفرد و/أو السكان أو الأمة.
- **شاملة**: يجب أن تتيح المقاييس عندما يتم أخذها سويًا إجراء تقييم كامل عن خدمات الرعاية الصحية الأولية وأن تكون قابلة للتطبيق على جميع الفئات العمرية والسكان المعينين.
- **مختصر**: حتى يكون لدى جميع الأطراف المعنية الوقت الكافي للاطلاع على جميع المقاييس وتحليلها
- **مستقلة عن بعضها البعض**: حيث أن المقاييس المعتمدة على غيرها أو المتصلة أو المرتبطة ببعضها البعض، ستقدم صورة غير دقيقة عن الرعاية الصحية الأولية.
- **موثوقة**: يجب أن يكون المقياس دقيقًا ويجب أن "يتمتع دومًا بالفاعلية."
- **صحيحة**: يجب أن تقيس المؤشرات ما يُدعي مقدرتها على قياسه.
- **مدققة:** تشكل التدابير غير المختبرة خطورة بغض النظر عن كيفية إدراكها.
- **بدون أعباء**: إذا تطلب المؤشر مجموعة كبيرة من البيانات أو تداولها أو كان مكلفًا، فإنه يكون بلا جدوى.
- **قابلة للتفسير**: ينبغي أن يكون المستهلكون والمرضى ومزودو الخدمات على جميع مستويات الرعاية الصحية الأولية قادرين على إدراك التدابير واستيعابها.

2.5 *الجدول الزمني لتنفيذ تدخلات تحسين الجودة*

مهام التنفيذ	الشهر											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
تحديد المنشآت في المنطقة	■											
عقد الاجتماع الأول مع المنشآت لتحديد الخدمات ذات الأولوية	■											
إجراء التدريب على ضمان الجودة للفرق		■										
إجراء الاستبيان الأساسي في المنشآت		■										
تحليل البيانات وتحديد/تحديد أولويات المشكلات		■										
وضع / إنهاء باقة التغيير / التدخلات مع دعم الخبراء		■	■									
بدء تطبيق باقة التدخلات / التغيير			■									
التخطيط والتنفيذ والدراسة والتصرف / المراقبة			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
تقديم الدعم للفرق على مستوى المنشأة والمنطقة			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
إجراء جلسات مراجعة ربع سنوية لتوفير التدريب والإرشاد			■									■
توعية المجتمع للحث على تقديم الدعم				■	■	■	■	■	■	■	■	■
تقييم تدخلات تحسين الجودة												
نشر النتائج (باستمرار)					■	■	■	■	■	■	■	■

2.6 *الاتصال/النشر*

بالرغم من أن كل منشأة مسؤولة عن تدخلات تحسين الجودة الخاصة بها، إلا أنها تبقى على اتصال مستمر مع غيرها من المنشآت الواقعة ضمن إطار مشروع التحسين. وقد يحدث هذا الاتصال من خلال الاجتماعات التي تنعقد وجهًا لوجه (بصورة شهرية أو كل ثلاثة أشهر) أو من خلال تبادل المعلومات عن طريق المشرفين بين المنشآت أو من خلال المكالمات الهاتفية أو زيارات المواقع إلى المنشآت الأخرى المشاركة في برنامج التحسين.

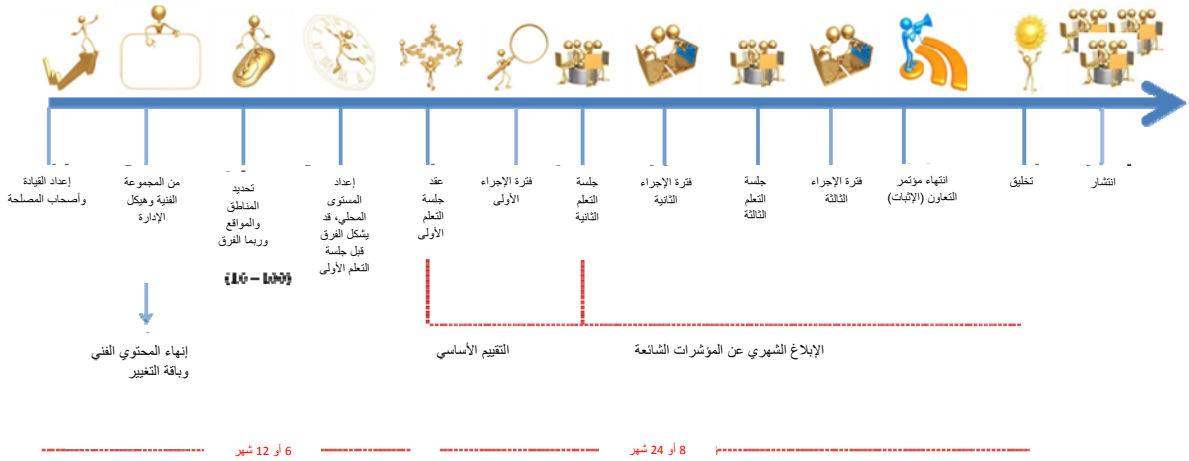
3. التحسين التعاوني

قام معهد تطوير الرعاية الصحية (IHI) في مدينة بوسطن بولاية ماستشوستس بالولايات المتحدة الأمريكية في منتصف التسعينيات بإعداد برنامج **التحسين التعاوني** لأول مرة. وكان الغرض من هذا البرنامج معالجة الحالات التي يوجد بها فجوة كبيرة بين الممارسات القائمة والجودة المرغوبة للرعاية أو النتائج، بالإضافة إلى الأوقات التي لم تحقق فيها المؤسسات المستوى المرجو من عملية التحسين نتيجة لتدريب الفرق باستخدام مناهج تقليدية لتحسين الجودة[11]. وكان الهدف من هذه الفكرة المبتكرة، والمسماة "سلسلة التغييرات السريعة" (The Breakthrough Series)، هو تسهيل عملية التعلم المنظم ومشاركتها بين ممثلي العديد من المؤسسات، وبالتناوب مع فترات العمل عندما يشرعون في المشاركة في التغييرات التي تطرأ على مستوى النظام، الأمر الذي يؤدي إلى تحسينات هائلة في مستوى الرعاية. كما قاموا بإشراك الخبراء لخدمة مجالات سريرية معينة بالإضافة إلى الخبراء في مجال تحسين الجودة، والتي من شأنها مساعدة المؤسسات في تحديد التغييرات التي تطرأ على عملية الرعاية واختبارها وتنفيذها. وتلك المؤسسات ملتزمة بالعمل لعدة أشهر والتناوب بين "جلسات التعلم" التي يجتمع فيها ممثلو المؤسسات المشاركة للتعرف على موضوع الجلسة وكذا من بعضهم البعض ولرسم خطة لتلك التغييرات، وبعد ذلك يعودون إلى مؤسساتهم للقيام "بفترة العمل" حيث يقومون باختبار تلك التغييرات في بيئات سريرية. ومنذ ذلك الحين، قام IHI بدعم آلاف الفرق في تطبيق هذه المنهجية داخل الولايات المتحدة وخارجها. يقوم مشروع تحسين العناية الصحية (HCI) الممول من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) بالتوسع في استخدام التحسين التعاوني والتعلم في البلدان النامية والبلدان متوسطة الدخل في جميع أنحاء العالم. وتعتبر شركة (University Research Co., LLC (URC إحدى

[11] www.ihi.org

الشركات الرائدة في هذا النهج في البلدان النامية، حيث نفذت أكثر من 80 تحسين تعاوني في 16 دولة منذ عام 2000.[12] يمثل التحسين التعاوني جهدًا منظمًا للتعلم المشترك عن طريق شبكة من المواقع أو الفرق لتطوير مجموعة مؤكدة من التداخلات و/أو التغييرات بهدف تحسين خدمات أو نتائج صحية معينة. تقوم الفرق الفردية في المنشآت المختلفة بإجراء اختبار سريع لتأثير التداخلات المختلفة لجعلها ملائمة من الناحية العملية، ومشاركتها للخروج بأفضل التغييرات والتداخلات لتحقيق التحسين المرجو. وكثيراً ما يطلق على ذلك "أفضل الممارسات"، وتم تحديدها على أنها طريقة سريرية أو تشغيلية للقيام بالأمور التي لها دليل مؤكد على نتائجها الجيدة. لكل فريق حق ملائمة التغييرات تبعًا لحالته المحلية لإضفاء الطابع المؤسسي على تنفيذه في منشأته الصحية أو موقعه بهدف تحقيق التحسن الدائم. وأثناء عملية التحسين التعاوني، تجتمع الفرق من مختلف المنشآت الصحية سويًا في "جلسات التعلم" لمشاركة أفكارهم المتعلقة بعملية التحسين (التداخلات والتغييرات لتحقيق التحسن المرجو) والنتائج التي حققوها. الفترات الفاصلة بين جلسات التعلم، المعروفة باسم "فترات العمل"، عبارة عن فترات من النشاط المكثف حيث تقوم الفرق بتنفيذ التغييرات وقياس نتائجها.

عادة، هناك مرحلتان من التحسين التعاوني: الإثبات والنشر. غالبًا ما يتم إثبات التحسينات التعاونية في غضون فترة تتراوح من 18 إلى 24 شهرًا. وتعتمد الفترة الزمنية لنشر التحسينات التعاونية على العديد من العوامل، منها نوع إستراتيجية النشر (سيتم مناقشتها لاحقًا) وعدد المواقع التي سيتم النشر فيها وعدد التداخلات التي سيتم نشرها ومدى تعقيدها. وهناك شرح مفصل حول هذا الأمر في القسمين 5.1.2 و5.1.3.



الشكل 3: تسلسل الأحداث وتوقيتها في التحسين التعاوني

تم تصوير مثال على أحداث أحد التحسينات التعاونية في الشكل أعلاه. يبدأ التحسين التعاوني مع الرغبة في تحسين خدة معينة أو حل مشكلة معينة. في مجال الرعاية الصحية الأولية، من الممكن استخدام نهج التحسين التعاوني لمعالجة أي خدمة تقع ضمن إطار استمرارية الرعاية. فيما يلي، توضيح لاستمرارية الرعاية لصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة والأطفال على صعيد المقاطعات.[13] يمكن أن تساعد هذه النظرة الشاملة في تضييق بؤرة التركيز عند تحديد الموضوع أو الهدف. وقد يكون من الرائع التركيز على مجموعة واحدة من المشكلات، مثل تنفيذ الإدارة النشطة للمرحلة الثالثة من المخاض (AMTSL)، ومن ثم نشر التعلم وإكمال التحسين التعاوني في فترة أقصر، قبل الانتقال إلى المشكلات الأخرى، وذلك بدلاً من محاولة معالجة موضوع واسع النطاق، مثل جميع عمليات الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية الأطفال حديثي الولادة (EONC) على مدار فترة زمنية أطول.

[12] فرانكو وآخرون. 2009.
[13] www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html

الجدول 4: تدخلات صحة الأمهات/حديثي الولادة/الأطفال الموزعة طوال فترة استمرار الرعاية

تحسين جودة استمرار رعاية صحة الأمهات/حديثي الولادة/الأطفال على مستوى المقاطعات*		
المجتمع	**الرعاية الصحية الأولية**	**مستوى المقاطعات**
-حشد مجموعات مجتمعية ولادة آمنة مع حضور أخصائيين مهرة (ولادة نظيفة، تمثيل بياني، الوقاية من العدوى، الإدارة النشطة للمرحلة الثالثة من المخاض (AMSTL) إنعاش حديثي الولادة، إحالة -ولادة آمنة (حضور أخصائي ماهر، ولادة الولادة، إحالة ملائمة وفي الوقت المناسب) -بعد الوضع (رعاية الحبل السري، رعاية حرارية، -الرضاعة الطبيعية، الإحالة، المباعدة بين الولادات) -رعاية الطفل – برامج صحة الأطفال	الرعاية السابقة للولادة (ANC) (التأهب للولادة) ذوفان الكزاز - -بعد الوضع (رعاية الحبل السري، الرعاية الحرارية، الرضاعة الطبيعية، الإحالة، المباعدة بين الولادات، علاج العدوى النفاسية عند الأم)	رعاية التوليد وحديثي الولادة في الحالات الطارئة بالاشتراك مع حملات الاتصال لتغيير السلوك (BCC) رعاية خاصة للرضع منخفضي الوزن أثناء الولادة إدارة المرض الشديد لحديثي الولادة (تجفاف، حمى)
*التدخلات المستمدة من وزارة الصحة/العراق حزمة الخدمات الصحية الأساسية		

تجرى التحسينات التعاونية عمومًا في مرحلتين متعاقبتين. حيث تبدأ بمرحلة الإثبات، وغالباً ما تسمى إثبات التحسين التعاوني، والتي تم تخصيصها لاكتشاف طرق جديدة واختبارها بهدف التغلب على التحديات الموجودة في عملية تنفيذ عمليات جديدة للرعاية وتحديد التغييرات التي تحسن النتائج الأكثر فعالية. وغالباً ما يتبع إثبات التحسين التعاوني مرحلة ثانية تعرف بنشر التحسين التعاوني، وتهدف إلى نشر إستراتيجيات التحسين أو الارتقاء بها من المواضع الأولية إلى بقية النظام الصحي.

3.1 *الغرض من التحسينات التعاونية*

أثبتت التحسينات التعاونية قدرتها ونجاحها في عملية تحسين فعالية الخدمات الصحية في العديد من البلدان ومن ثم ينبغي اختبارها على نطاق واسع في جميع أنحاء العراق. يقدم إطار العمل هذا والدليل التوجيهي توجيهًا للعاملين في مجال الصحة، لاسيما المشرفين ومديري مراكز الصحة في العراق ممن يرغبون في استخدام هذا النهج لزيادة فعالية خدمات الرعاية الصحية الأولية (PHC) وبرامجها المقدمة من مختلف أنواع مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHC). ومن ناحية أخرى يوضح هذا الدليل الهيكل والتنظيم والخطوات والعمليات الخاصة بتصميم التحسين التعاوني والتعلم وتنفيذهما فضلاً عن قياس مدى تأثيرهما. ستعمل كل من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)/مشروع الرعاية الصحية الأولية بالعراق (PHCPI) على مساعدة المكاتب الصحية بالمحافظات على الشروع في التحسينات التعاونية لإغلاق الثغرات المنهجية في كل محافظة. كما سيتم التماس مواضيع التركيز من مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCs) المشاركة في تلك المحافظات وإنشاء التحسينات التعاونية الأولى حول أكثر المواضيع الملحة التي تم تحديدها (تحسين الرعاية السابقة للولادة للسيدات الحوامل، تحسين رعاية الأطفال المرضى، وغيرها) مما يضمن وجود موضوع واحد على الأقل من كل عنصر لتمكيننا من إظهار المكاسب السريعة في كل مجال من المجالات. هذا وقد أظهرت شركة URC نجاحًا في تطبيق أسلوب التحسينات التعاونية بهدف إحداث تغييرات إيجابية في كل من أنظمة الإدارة والأنظمة السريرية على حد سواء على مستوى المنشأة والمقاطعة/المحافظة. وسيكون هدف المشروع مع وزارة الصحة رعاية التحسينات التعاونية التي تركز على النطاق الكامل لمسائل الرعاية الصحية الأولية (PHC) المتعلقة بكل من الأنظمة السريرية وأنظمة الإدارة.

ستقوم الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)/مشروع الرعاية الصحية الأولية بالعراق (PHCPI) بإعداد التحسينات التعاونية على مستوى المقاطعات بهدف توحيد الجهات المعنية حول الهدف المحدد للتوصل إلى تحقيق الهدفين 4 و5 من الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs) من خلال عدم التسامح مع حالات وفيات الأمهات أو الأطفال حديثي الولادة. كما سيتطلب عملهم على تحسين جودة الرعاية وتعزيز عمليات الإحالة إيلاء الاهتمام لإدارة المنشأة والبيانات لمراقبة التقدم المحرز (على سبيل المثال من خلال عمليات التدقيق الخاصة بالأمهات قبل الولادة) بالإضافة إلى وعي المجتمع المتزايد بالأوقات التي ينبغي فيها طلب رعاية صحة الأم والوليد (MNH) ومن أي منشأة ومدى توفر السلع الأساسية الخاصة بالرعاية التوليدية وحديثي الولادة. وسوف يعمل نهج الفريق جنبًا إلى جنب مع التحسينات المحددة ذاتيًا واستخدام البيانات لمراقبة التقدم نحو أهداف معينة على زيادة الملكية وتعزيز الاعتماد على الذات داخل كل مقاطعة.

داخل المنشآت، ستقوم الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)/مشروع الرعاية الصحية الأولية بالعراق (PHCPI) على تأسيس فرق تحسين الجودة لمعالجة الثغرات المحددة التي تسفر عن نتائج سيئة. وستعمل هذه الفرق على تحسين السلامة، وسد الفجوات في المهارات بالتنسيق مع مكاتب الصحة في الدوائر لضمان التدريب المناسب للموظفين فضلاً عن مراقبة النتائج الصحية. وستعمل هذه الفرق أيضًا على تحسين تثقيف المريض حول العديد من القضايا الصحية، على سبيل المثال، مثل غسل اليدين وتعقيمهما.

يعمل هذا النهج على تعزيز القوى المحركة للارتقاء بالمستوى بشكل كبير. وقد تم تحديد أفضل الحلول بشكل مشترك من خلال اتباع طريقة منهجية قائمة على الأدلة، حيث يشعر جميع أعضاء التحسين التعاوني بملكية قوية لتلك الحلول ودافع قوي لتنفيذها. وبمجرد أن يحدد التحسين التعاوني حلاً قويًا لمشكلة معينة، فإنه عادة ما يتم مشاركة الأخبار على نطاق واسع لضمان معرفة المنشآت غير المشاركة بالطريقة الجديدة. ومن المرجح ميل المنشآت غير المشاركة إلى تبني الطرق الجديدة نظرًا لأن البيانات القائمة تظهر نجاح تلك الطرق فضلاً عن وضع هذه الحلول بصورة عضوية، كما تميل إلى ملائمة السياق الإقليمي والقطري المحدد بشدة. وسيتم توجيه الدعوة إلى جميع جهات التحسينات التعاونية المدعومة لمشاركة وجهات نظرهم والدروس المستفادة وأفضل الممارسات الناشئة في القمة السنوية لمراكز الرعاية الصحية الأولية.

علاوة على ذلك، ومن أجل وضع برنامج موسع لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية في العراق، سوف يتشاور فريق مشروع الرعاية الصحية الأولية بالعراق (PHCPI) مع قسم ضمان الجودة التابع لوزارة الصحة والجهاز المركزي للتقييس والسيطرة النوعية (COSQC) بالإضافة إلى الشركاء الآخرين المعنيين لاستعراض سياسات الجودة الحالية والممارسات التي تطبق في عيادات الرعاية الصحية الأولية (PHC) في العراق. وسوف يعمل الفريق جنبًا إلى جنب مع وزارة الصحة والجهات المعنية الأخرى من أجل تحديث ممارسات الجودة وأدواتها للوصول إلى مبادئ تحسين جودة حديثة ومساعدة وزارة الصحة لوضع برنامج تحسين جودة الرعاية الصحية الأولية حيز التنفيذ وذلك من خلال فرق تحسين الجودة المكونة من العاملين بالعيادات والتحسينات التعاونية التي تتم بين العديد من العيادات.

- تقرير ما هي المشكلة ذات الأولوية للعمل عليها.
- التحرك داخل المنشأة كمريض/عميل.
- عقد اجتماع مع الفرق المشاركة لصياغة رؤية وبيان مشتركين حول المشكلة.
- إجراء تقييم أساسي سريع لتحديد الخدمات التي تحتاج إلى تحسينات.
- إعداد حزمة تحسينات.
- تحديد القياسات والنتائج.
- إجراء جلسات مراجعة كل ثلاثة أشهر.
- إعداد لوحة عمل تسلط الضوء على أهداف البرنامج والتدخلات والنتائج.

3.2 وصف العلاقة بين تحسين الجودة والتحسين التعاوني

هناك العديد من الطرق التقليدية لتحسين الجودة منها الأخذ بالمعايير والتدريب والإشراف. وتشمل الأساليب الحديثة نماذج تحسين الجودة التي تركز على العمل الجماعي والأنظمة والعمليات والتركيز على العميل والاختبارات وقياس التغييرات، وقد استخدمت في أوضاع البلدان النامية لعدة سنوات. وتظل تلك الأساليب أساس عملية التحسين. تعمل الفرق في المنشآت والمجتمعات المحلية، والتي تحاول تحسين الرعاية التي يقدمونها إلى عملائهم، على استيعاب الأنظمة الحالية الخاصة بتقديم الرعاية، وهكذا فإنهم يستخدمون تدابير موضوعية لتغيير النظام الخاص بهم إلى نظام أفضل قادر على تلبية احتياجات العملاء.

تشكل القواعد، التي تساعد الموظفين على العمل معا كفريق، أمرًا جديدًا على قطاع الصحة في العراق، ولذلك فإن الفرق في العراق ستحتاج إلى الدعم. فهم بحاجة إلى الدعم من مديري المنشأة التي يعملون بها ومن مشرفين مدربين على مستوى المقاطعات ووزارة الصحة بالإضافة إلى دعم من المسؤولين في الوزارة على المستوى المركزي.

تم إنشاء التحسينات التعاونية في الهياكل القائمة بهدف دعم الفرق وتقديم هيكل للفرق لتتواصل فيما بينها وتتعلم من بعضها البعض، وهكذا تنتشر الأفكار الجيدة من أحد الفرق بسرعة في جميع أنحاء المؤسسة.

على الساحة الدولية، وقبل تطبيق التحسينات التعاونية، كانت تحسينات الجودة تقع داخل المنشآت الفردية عن طريق الجماعات الفردية، وكانوا يقومون بالتركيز على تحسين الجودة داخل منشأتهم أو إدارتهم، لكن ليس بالضرورة تبادل نتائجها مع الآخرين. وفي حين يستخدم

نهج التحسينات التعاونية أيضًا أدوات تحسين الجودة المؤكدة، فإنه يضيف بعدًا جديدًا؛ حيث يستغل قوة مختلف فرق تحسين الجودة الواقعة في منشآت صحية مختلفة بالإضافة إلى العمل على تحقيق نفس هدف التحسين ومشاركة نتائج تلك الفرق والتعلم من بعضها البعض. وتعتبر هذه السمة إحدى المزايا الرئيسية لنهج التحسين التعاوني. هذا ويحق للفرق تنفيذ مبدأ توجيهي سريري قائم على الأدلة (على سبيل المثال: قائم على ملاحظات أدلة علمية) أو القيام بممارسة إدارية إلى جانب جميع التحديات التي تستلزم تعريف ذلك التغيير، وبالرغم من ذلك فعند مشاركة جميع الفرق لحلولها المبتكرة بالمقارنة مع التحديات، يجب أن لا يعتمد كل فريق على حدة على نفسه فقط لإيجاد الحلول الممكنة؛ وبدلاً من ذلك، ينبغي أن تشارك جميع الفرق ما تعلمته أثناء جهودها في عملية التحسين. وهناك ميزة أخرى لهذا النهج هو تركيزه على الانتشار أو الارتقاء الذي يمكن أن يحدث بوتيرة أسرع. ويرجع السبب في التعجيل بمستوى التحسين إلى عدة عوامل، منها التركيز على الجمع والتوحيد المنهجي للمعلومات حول ما هي التغييرات التي تم العمل عليها بصورة أفضل بين جميع الفرق، مما يؤدي إلى إدخال تحسينات تتمثل في مشاركة ما تعلمته فرق تحسين الجودة الأولية مع المواقع الجديدة والاستفادة من بعض المنفذين ذوي الخبرة من الفرق الأولية في العمل كداعمين للممارسات الجديدة وحتى القيام بتدريب الفرق الجديدة ودعمها.

وبعد ذلك، من الممكن تمرير الدروس المستفادة للفرق في جهود التحسين الأولية إلى الفرق الجديدة التي تعمل على نفس المسائل. وكما يمكن أن يلاحظ في بعض مخططات التشغيل المجمعة من التحسينات التعاونية بعد نشر التداخلات من المواقع الأولية إلى المواقع الإضافية، يستطيع المرء أن يرى أن فرق المواقع الإضافية غالباً ما تصل إلى نفس المستوى من الأداء مثل الفرق الأولية ولكن بمعدل أسرع. وتتحقق أسباب وتيرة الإنجاز المتسارعة للفرق في المرحلة الثانية على الأرجح نظرًا لقيام المواقع الاسترشادية بتطوير الابتكارات التي سبق نشرها عن قصد إلى المواقع الجديدة أو الابتكارات التي عملت المواقع الجديدة على الارتقاء بها مما يتيح لها الوصول إلى تلك الإنجازات بوتيرة أسرع.

قد تبين أن إشراك فرق تحسين الجودة في مواقع متعددة، حيث يعمل الجميع من أجل تحقيق هدف مشترك، وتمكينهم من تبادل ما تعلموه يؤدي إلى الاستفادة من قوة نموذج تحسين الجودة بهدف رفع جودة الرعاية الصحية عبر العديد من المواقع وحتى على الصعيد الوطني.

وثمة عامل آخر لم يثبت بالبحث ولكنه مسلم بصحته عمومًا ألا وهو أولئك الذين يدعمون فرق المراكز الصحية (عادة من المشرفين) الذين تلقوا تدريبات في تحسين الجودة ويقومون بأعمال التدريب ويعملون في فرق، فإنهم أقدر على مساعدة الفرق بشكل أفضل لإجراء تغييرات في كيفية تقديم الرعاية وتيسير عملية التبادل بين المواقع.

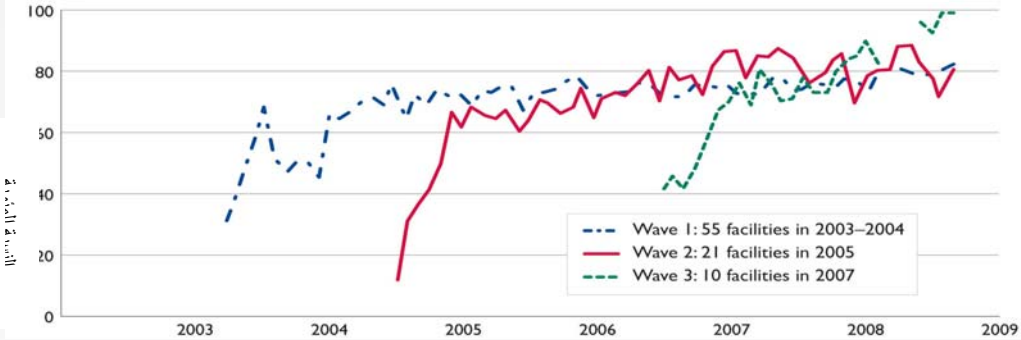
في معظم الحالات، يعاني الموظفون والمدربون من نقص الخبرة في بداية المرحلة الاسترشادية، وبعد ذلك تكون لديهم خبرة لمدة عام أو عامين بمرور الوقت.

متى يشكل التحسين التعاوني النهج الصحيح لعملية تحسين تقديم الرعاية الصحية؟
عندما:

- توجد ثمة فجوة كبيرة بين الوضع الحالي والنتائج الصحية المرجوة، وهذه الفجوة شائعة لدى عدد كبير من المنشآت الصحية.
- يوجد دليل على المعايير أو نماذج الرعاية أو النماذج التنظيمية الخاصة بتحسين النتائج: على سبيل المثال، الأمر الذي يصلح لرأب فجوة الجودة معلوم؛
- يكون من الممكن، مع الموارد المتاحة، للعاملين في مجال الصحة تطبيق حزمة التنفيذ؛ و
- يتوفر دعم القيادة التنظيمية بهدف إدخال تغييرات ونشرها خارج المواقع الأولية.

وبفضل الدعم الفني من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، شرعت وزارة الصحة الإكوادورية (MOH) في مشروع التحسين التعاوني عام 2003 لمعالجة الرعاية التوليدية الأساسية. وقد بدء التحسين التعاوني في ثمانية مواقع وفي العام الأول منه ازدادت هذه المواقع لتصل إلى 55 موقعًا، تعمل جميعها على تحسين الرعاية السابقة للولادة وأثناء عملية الولادة. وقد تم تشكيل فرق تحسين الجودة وتدريبها بهدف مراقبة مؤشرات الجودة واختبار التغييرات لضمان تنفيذ الممارسات القائمة على الأدلة بصورة روتينية. وفي عام واحد تقريبًا، بدأت النسبة المئوية للزيارات السابقة للولادة التي تجرى وفقًا للمعايير في الاستقرار قرب 80%.

الإكوادور: نسبة النساء الحوامل اللاتي يتلقين الرعاية السابقة للولادة طبقًا للقواعد
التسلل المتتالي لعدد 85 مستشفى في 12 محافظة تشترك في التحسين التعاوني



وقد تلي هذه الموجة الأولى من التنفيذ في عام 2005 موجة ثانية من المواقع التي انضمت إلى التحسين التعاوني واستفادت من التعلم الناتج عن الموجة الأولى. وقد حصلت مواقع الموجة الثانية على دعم أقل من المستشارين الفنيين الخارجيين وأكثر من ذلك من وزارة الصحة. وفي عام 2007، ودون دعم فني خارجي، شرع موظفو وزارة الصحة في إنشاء موجه أخرى من أنشطة التحسين في 10 مواقع جديدة. وكما تظهر الخطوط، وباستخدام التعلم من الموجة السابقة، حققت جميع الموجات المتعاقبة الارتقاء السريع بأفضل الممارسات. وبنهاية عام 2007، كانت جميع المنشآت البالغة 86 منشأة في 12 محافظة تقدم تقارير بالبيانات وتحقق نتائج متسقة مع حصول معظم السيدات على الرعاية وفقًا للمعايير. وجدير بالذكر أنه في عام 2007، قامت وزارة الصحة بالارتقاء بعنصر الإدارة النشطة للمرحلة الثالثة من المخاض (AMTSL) لجميع المحافظات المتبقية وبدءً من تاريخ هذه الأسطر (2009)، تقوم الوزارة بتوسيع حزمة التوليد وحديثي الولادة الأساسية بأكملها في خمس محافظات أخرى مع وجود تمويل خاص بذلك الأمر.

[15]مشروع تحسين الرعاية الصحية التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). 2008. التحسين التعاوني: عبارة عن نهج لسرعة تحسين الرعاية الصحية والارتقاء بالخدمات المتسمة بالجودة. مشروع تحسين الرعاية الصحية التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID). بيثيسدا، ميريلاند: شركة(University Research Co., LLC (URC.

3.1 *عناصر التحسينات التعاونية*

رغم أنه قد يختلف كل تحسين تعاوني عن الآخر بشكل بسيط اعتمادًا على الجوانب الفريدة للمكان أو الحالة السريرية التي يتم التعامل معها، إلا أنها معرفة ببعض العناصر الأساسية المشتركة. وغالبًا ما يستخدم التحسين التعاوني والتعلم المشترك نهج "التخطيط، والتنفيذ، والدراسة، والتصرف" (PDSA) المذكور آنفًا لاختبار التدخلات المقترحة وتعقب فعاليتها.

3.1.1 ما هي الأهداف التي نحاول تحقيقها؟

تتطلب الإجابة على هذا السؤال تحديد الأهداف. ويشمل الهدف والمعايير الخاصة بهدف معين وصفًا قابلاً للقياس ومحدد زمنياً للإنجازات المتوقعة نتيجة جهود التحسين والتعداد السكاني المحدد (على سبيل المثال: الأمهات بعد الولادة وحديثي الولادة وغير ذلك). الذي سيتأثر بذلك (ديك وهلتيبيتل، 2009).

قد يختار المرء إطلاق محاولة تحسين عندما تكون هناك فجوة كبيرة بين أداء النظام الصحي الحالي والأداء المطلوب. وقد يتم تحديد التركيز على التحسين التعاوني، وبالتالي هدفه، استنادًا إلى نفس المعايير مثل أي من مواضيع تحسين الجودة الأكثر شيوعًا، نظرًا لأن صحة السكان ورفاهيتهم يتعرضان لخطر حقيقي أو متضرران بالفعل كما تشير إلى ذلك البيانات.

عادة ما يحدد الأشخاص الذي يطلقون برنامج التحسين التعاوني محور هذا البرنامج، مثل صانعي السياسة أو صانعي القرارات رفيعي المستوى في المؤسسة؛ وبالرغم من ذلك، قد يقوم فريق الإدارة بكتابة بيان الأهداف، ويقوم هذا الفريق بعد ذلك بإرسال ذلك البيان إلى صانعي القرار رفيعي المستوى للتصديق عليه.

مثال ميداني
الهدف (رعاية حديثي الولادة)

الهدف: سوف نعمل على تحسين نظام الرعاية لحديثي الولادة عن طريق تحسين الرعاية العاجلة لحديثي الولادة الذين يولدون داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تضم غرف ولادة أو في المجتمع (ولادة منزلية) في مقاطعات محددة من خلال العمل الجماعي وتحديد الممارسات الجديدة التي تتم في غضون 12 شهرًا*:

- سيحصل 80% من حديثي الولادة على الرضاعة الطبيعية العاجلة بعد ولادتهم مباشرة.
- سيتم تخفيض معدل العدوى الوليدية إلى 5%
- سيحصل 95% من الأطفال الذي يعانون من انخفاض الوزن عند ولادتهم (LBW) على توجيهات بالإضافة إلى تطبيق نموذج رعاية أم الكنغر بعد الولادة.
- سيحصل 100% من الأمهات الجدد على فيتامين أ بعد الولادة.
- سيتم تقديم إحدى طرق منع الحمل لـ 100% من الأمهات بعد الوضع في أول زيارة تتم بعد الولادة.

إذا كانت القيم الأساسية معروفة، فمن المفيد إدراجها، على سبيل المثال، تخفيض معدل العدوى الوليدية من 30% إلى 5%.

يتم إدراج توضيح المعايير في الهدف

الإنجازات: الرضاعة الطبيعية العاجلة، معدل عدوى منخفض، حصول الأمهات الجدد على فيتامين أ، وغير ذلك

قابلية القياس: 80% و5% و95% وغيرها.

محدد *الزمن:* 12 شهرًا

قطاع سكاني محدد: الأمهات اللاتي تلدن في المنازل أو في مراكز الرعاية الصحية الأولية المزودة بغرفة ولادة

3.1.2 كيف نعرف أن أحد التغييرات يسفر عن تحسين؟

هناك طريقة أخرى لطرح هذا السؤال، "ماذا نقيس؟" تستخدم الفرق مقاييس كمية لتحديد ما إذا كان التغيير المحدد يشكل تحسنًا.

يستطيع الشخص الإجابة على هذا السؤال بالقول: إننا نقيس تقدمنا باستخدام مؤشرات عامة (مشتركة). في الملحق II، هناك قائمة مؤشرات للتحسين التعاوني تهدف إلى تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية السابقة للولادة المقدمة إلى السيدات الحوامل في الدوائر الريفية في كينيا وزيادة جودتها. تم تحديد المؤشرات استنادًا إلى تلك التدابير التي جمعتها المراكز الصحية بصورة روتينية مع الحاجة إلى إضافة عدد قليل فقط من التدابير الجديدة (بصورة أساسية في مجال التعاون المجتمعي).

مثال ميداني

المؤشرات:

- النسبة المئوية للسيدات اللاتي يلدن في المنزل أو في مركز الرعاية الصحية الأولية المزود بغرفة ولادة ويقمن بالرضاعة الطبيعية العاجلة (من نصف ساعة إلى ساعة)
- النسبة المئوية للعدوى في حديثي الولادة
- النسبة المئوية لأمهات الأطفال، الذي يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة (LBW)، اللاتي يشرعن في تطبيق طريقة رعاية أم الكنغر (KMC) بعد الولادة
- النسبة المئوية للأمهات بعد الوضع اللاتي في صحة جيدة، واللاتي يحصلن على جرعة موصى بها من فيتامين أ قبل مغادرة مركز الرعاية الصحية الأولية المزود بغرفة ولادة أو قبل مغادرة القابلة لمنزل الأم التي وضعت حديثًا.
- النسبة المئوية للأمهات بعد الوضع اللاتي يحصلن على وسيلة لمنع الحمل في أول زيارة بعد الوضع.

3.1.3 من المعني بالقياس؟

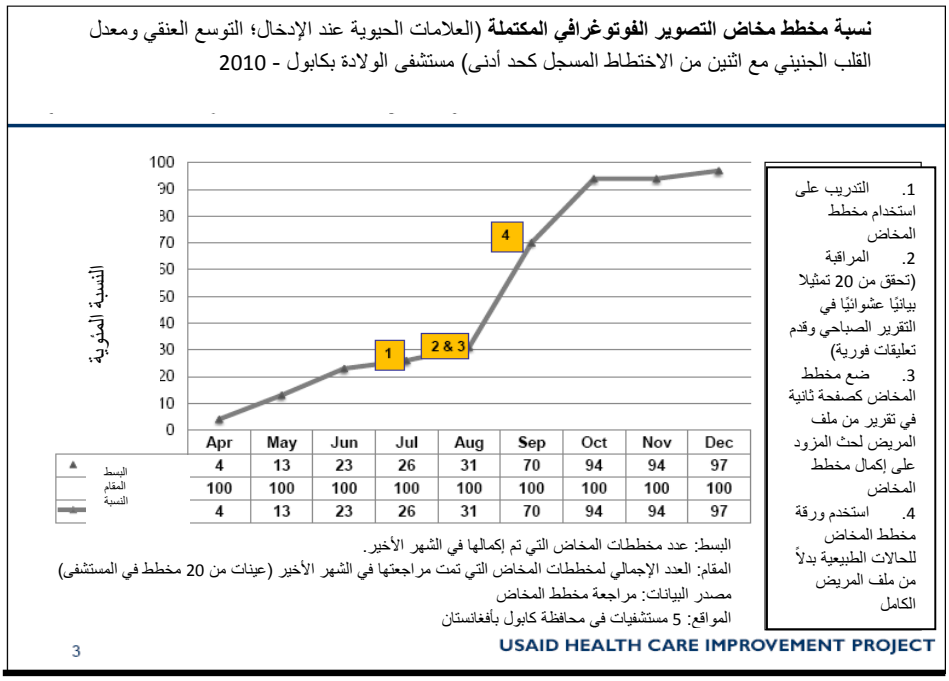
سيقوم كل فريق من فرق تحسين الجودة بتعيين عضو بالفريق للقيام بجمع البيانات الخاصة بمؤشرات الفريق بصورة شهرية. يقوم مشرف تحسين الجودة أو أي شخص آخر معين بالتحقق من جودة البيانات. يقوم عضو الفريق، الذي يتم تحديده لإدارة التحسين التعاوني، وعادة ما يكون المدير أو المنسق أو موظف الدعم، بتسليم البيانات إلى موقع مركزي (على مستوى المقاطعة أو المحافظة) وتجميعها بداخله.

3.1.4 كيف ستتم مشاركة البيانات؟

تشكل البيانات مفتاحًا أساسيًا لإظهار اتجاهات التحسين على مدار الوقت. كما يشكل التمييز بين الهدف من استخدام البيانات ومن يستخدمها أهمية كبيرة. يتعين لفت نظر كبار المسؤولين وصانعي السياسات إلى البيانات التي تخدم الدفاع أو المساءلة أو الوظائف الدفاعية بعين الاعتبار. ومن الأهمية بمكان اطلاع المسؤولين رفيعي المستوى وصانعي السياسات على أحدث البيانات الخاصة بالتحسين للحصول على دعمهم للمبادرة. وهناك أيضًا البيانات التي تستخدمها فرق المواقع لأمور إدارية، غير أنه ليس من الضروري مشاركة تلك البيانات مع المسؤولين رفيعي المستوى. كما تشكل البيانات أهمية لفريق إدارة التحسين التعاوني، حيث تمكنهم من معرفة الموضع الذي يحتاج إلى تدخلهم عند إخفاق أي من فرق التحسين التعاوني في إحراز تقدم.

من الأفضل عرض البيانات كمخططات تشغيل حتى نتمكن من الرؤية السريعة للاتجاهات أو نقصها. حيث تعمل البيانات الفردية للنتائج الرئيسية والعمليات الرئيسية لكل فريق على مساعدته في ملاحظة تقدمه. يؤدي إظهار مواقع فرق تحسين الجودة بالمواقع الفردية مقارنة بالفرق الأخرى إلى توفر الحافز وتقديم التعقيبات. وتعمل البيانات المجمعة عن طريق المؤشر الخاص بجميع الفرق على تسهيل ملاحظة فريق إدارة التحسين التعاوني للتقدم الإجمالي.

الشكل 4: مثال ميداني بخصوص: تمثيل بياني من أفغانستان



3.1.5 ما هي التغييرات التي يمكننا القيام بها والتي قد تسفر عن تحسن؟

إنه إبداع الفرق الذي يعد أمرًا حاسمًا. تحصل الفرق على الأفكار من مصادر عدة. وفيما يتعلق بالأفكار الأَصلية التي تحدث تغييرات والتي تعتقد الفرق أنها على الأرجح سوف تسفر عن تحسينات، تستخدم الفرق مجموعة متنوعة من الطرق لتشجيع التفكير الإبداعي مثل العصف الذهني. وفي بعض الأحيان تتكشف الأفكار أمام الفرق وذلك عن طريق حضور جلسات التعلم وغيرها من الاجتماعات الأخرى؛ فقد يسمعون عن تلك الأفكار أثناء زيارات من مشرفيهم/مدربيهم الذين تعرفوا على تلك الأفكار من فرق أخرى؛ وفي بعض الأحيان عن طريق المكالمات الهاتفية ومشاركة المستندات أثناء الزيارات الميدانية. وهناك وسيلة بارعة لبعض الفرق في الحصول على الأفكار، وذلك عن طريق مشاركة المرضى وغيرهم من مقدمي الخدمات الذين يحدثون تغييرات إضافية يتم اختبارها.

3.1.6 دائرة التخطيط والتنفيذ والدراسة والتصرف (PDSA)

جميع التحسينات هي نتيجة لإجراء بعض التغييرات؛ ومع ذلك، لا تسفر جميع التغييرات عن تحسينات. ولذلك، يتم اختبار التغييرات والابتكارات التي أحدثتها الفرق باستخدام طريقة تسمى دائرة "التخطيط والتنفيذ والدراسة والتصرف" والتي تتبع منطق المنهج العلمي:

- (التخطيط) تخطط الفرق لإحداث تغيير أو لإجراء اختبار كما تخطط لجمع بيانات حوله
- (التنفيذ) ينفذون التغيير أو الاختبار (على نطاق صغير في البداية) كما يقومون بجمع بعض البيانات والبدء في تحليلها
- (الدراسة) يلاحظون النتائج عن طريق الانتهاء من تحليل البيانات وتلخيص ما تم تعلمه
- (التصرف) يتصرفون بناء على ما تعلموه (هل نحن مستعدون لإجراء تغيير؟ التخطيط للدائرة التالية) من خلال طرح الأسئلة التالية:

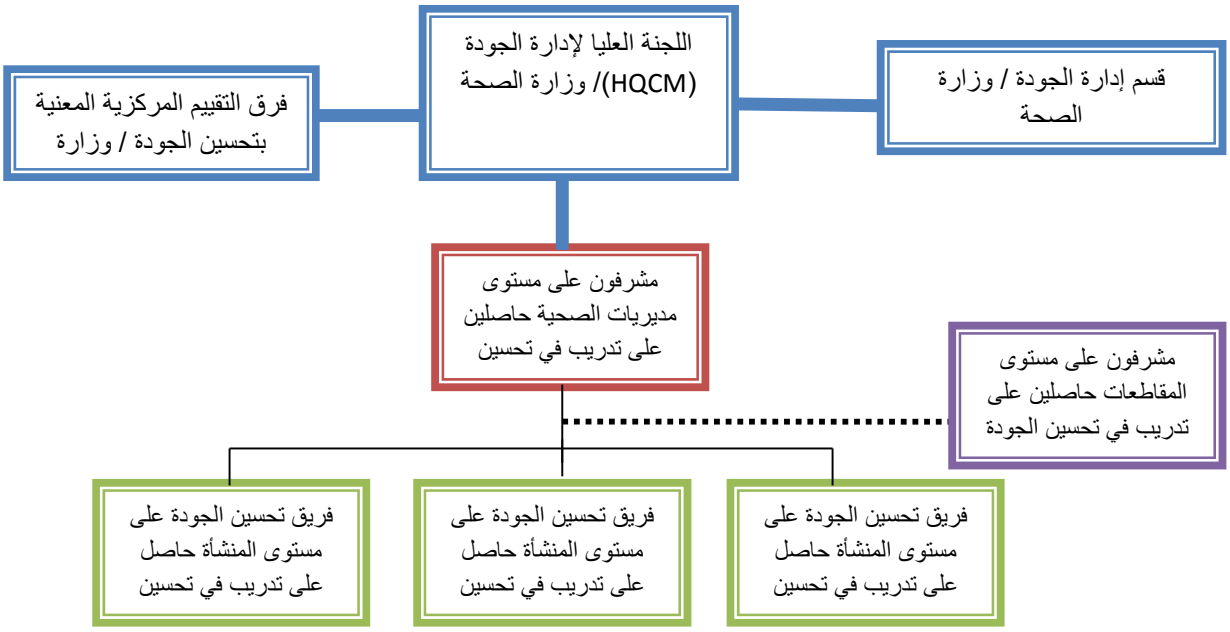
  - هل التغيير الناتج كبير بالدرجة الكافية؟ إذا كانت الإجابة نعم، قم باعتماده ليتم تطبيقه على نطاق أوسع.
  - هل التغيير الناتج إيجابي، غير أنه ليس كبيرًا بالدرجة الكافية؟ إذا كان الأمر كذلك، لا تتخلص منه، ولكن قم بإدخال بعض التغييرات عليه لترى هل من الممكن أن يسفر عن نتيجة أفضل.
  - ألا يوجد تغيير حقيقي في النتيجة؟ إذا كان الأمر كذلك، تخلص من هذه الفكرة.

الشكل 5: نموذج للتحسينات

بعد معايشة النجاح نتيجة إحداث تغييرات طفيفة، وربما إدخال تحسينات على التغييرات للحصول على نتيجة أفضل، يتسنى للفريق تطبيقه على نطاق أكبر ومشاركته مع الفرق الأخرى. وفي وقت لاحق، أثناء مرحلة النشر، يتم تسجيل التغييرات التي أدخلتها الفرق في حزمة التغييرات المحسنة الخاصة بالتغييرات التي تم اختبارها والتي سيتم نشرها إلى الأجزاء الأخرى من المؤسسة. كذلك عندما يكون السبب واضحًا أو عندما يكون المعنيون بحل المشكلة على دراية كافية بالعملية التي تهدف إلى استنباط التخمينات المستنيرة المتعلقة بالسبب، فإن هذا النهج تسفر عنه نتيجة أسرع. لا تنتهي تحسينات الجودة مع انتهاء الخطوة الأخيرة؛ ولكنها عملية مستمرة أو متواصلة.

4. كيف تتم إدارة التحسين التعاوني أو دعمه؟

يبين الشكل 5 الهيكل التنظيمي لمختلف المجموعات/الكيانات المسؤولة عن إدارة جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وتحسينها، يليه وصفًا للواجبات والمسؤوليات.



الشكل 6: الهيكل التنظيمي للكيانات المسؤولة عن إدارة جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية وتحسينها

4.1 *المستوى المركزي – اللجنة العليا لإدارة الجودة*

على المستوى المركزي في العراق، من المقترح إدارة عملية التحسين التعاوني من قبل عدد قليل من الشخصيات الرئيسية. وسيتولى عملية إدارة تحسين جودة الخدمات ومراقبتها وتقييمها فريق يتكون من نائب وزير الصحة للشؤون الإدارية ومدير إدارة الجودة جنبًا إلى جنب مع العاملين معه في اللجنة العليا لإدارة الجودة وبالتواصل مع مكتب المفتش العام. ومن المقترح قيام قسم إدارة الجودة بإدارة عملية التحسين التعاوني والمساعدة في تسهيل تحديد أهداف/أغراض التحسينات التعاونية على مستوى مديريات الصحة والتأكيد على قياس المؤشرات والمساعدة في تحديد التدابير الإضافية الخاصة بعملية جمع البيانات حول مؤشرات محددة إذا لزم الأمر. وسوف تشرف الهيئة المركزية على عملية تحديد تدريب المشرفين في مجال تحسين الجودة وإدارتها، بالإضافة إلى ضمان دفع العملية إلى الأمام وعدم توقفها نتيجة لعدم وجود التزامات رفيعة المستوى. كذلك، فإن قسم إدارة الجودة سيقوم بمراجعة بيانات الأداء الواردة من التحسينات التعاونية فضلاً عن التغييرات التي تم تسجيلها وضمان مشاركة المعلومات المتعلقة بأفضل الممارسات الجديدة التي تم اختبارها في جميع أقسام وزارة الصحة. ومن بين الموظفين الرئيسيين على المستوى المركزي: المدير والمنسق ومقدم الدعم الفني الخاص بإدخال تحسينات على الجودة. هناك حاجة لتحديد المشرفين/المدربين ومن ثم تدريبهم على تحسين الجودة فضلاً عن المهارات التي ستمكنهم من دعم أداء فرق تحسين الجودة وتعزيزه. ونظرًا لأن أعمال الإدارة تستغرق المزيد من الوقت، فقد تجد وزارة الصحة أنه من الضروري تخصيص شخص بنظام الدوام الكامل للقيام بمهام معينة مثل، المنسق.

الواجبات/الأدوار الرئيسية على المستوى المركزي:

تتضمن هيئة العاملين بالمستوى المركزي فريق الإدارة الذي يتألف من المدير والمنسق وفريق الدعم الفني الخاص بالجودة. ويتكون أعضاء اللجنة العليا لإدارة الجودة من: نائب الوزير للشؤون الإدارية (رئيس) والمفتش العام لوزارة الصحة والمديرين العموم ببعض إدارات وزارة الصحة. وهذه اللجنة مسؤولة عن إعداد المعايير والإرشادات وتكوين لجان التقييم المركزي في وزارة الصحة.

مهام إدارة التحسين التعاوني:

- توفر دعمًا قياديًا رفيع المستوى للتحسين التعاوني
- توفر دعمًا أساسيًا للعمل التعاوني (تتمتع بنفوذ سياسي).
- تتمتع بنفوذ ومصداقية لضمان تماشي أهداف التحسين التعاوني مع أهداف وزارة الصحة (مناسبة ووفقًا للأولويات)؛ حيث يتسنى لها التحدث إلى الإدارة العليا بهدف ترويج فكرة أن نجاح جهود التحسين التعاوني تلك تمثل أحد الأهداف المهمة لوزارة الصحة، وبالتالي التأثير على أفراد وزارة الصحة لعرض التحسين التعاوني على أنه أمر مهم.
- تستعرض تقارير دورية عن الإنجازات التعاونية والعقبات التي تواجهها، وتقدم تقارير إلى مكتب المفتش العام حول النتائج التي حققتها التحسينات التعاونية.
- يتسنى لها تمكين الموارد البشرية وتعبئتها حسب الحاجة؛ حيث تمنح الأذون اللازمة لإجراء الأنشطة التعاونية أو تمهد الطريق لنشر الموارد.
- تضم إدارة تشغيلية تعاونية خاضعة للمساءلة للوفاء بالالتزامات المتفق عليها.
- تشارك في صنع القرار رفيع المستوى.
- يحق لها تعيين فريق الإدارة التشغيلية التعاونية أو تخويله فضلاً عن الموافقة على الهيكل التنظيمي.
- تعمل على تيسير الصلات بين الأنشطة التعاونية وسياسة وزارة الصحة.

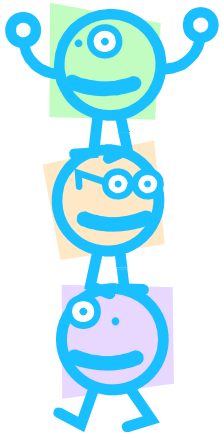
4.2 *مجموعة عمل تحسين الجودة*

في العراق، تقوم مجموعة عمل تحسين الجودة أيضًا بدعم الهدف الخاص بتطبيق منهجية التحسينات التعاونية، (انظر الملحق II للاطلاع على الاختصاصات)، كما تعمل بالاشتراك مع قسم إدارة الجودة في المديرية العامة للشؤون الصحية. فيما يلي نماذج لطرق قيام مجموعة عمل تحسين الجودة بتقديم المساعدة: 1) إعداد حزمة تغييرات تضم تفاصيل أفضل الممارسات ذات الصلة أو 2) اتخاذ قرار بشأن أفضل المؤشرات لقياس التقدم المحرز أو 3) استعراض كيفية إدخال مؤشرات جديدة وضمان عرضها بشكل منتظم بمجرد الانتهاء من المرحلة التجريبية الخاصة باختبار جدواها. والأهم من ذلك، هو التزام تلك المجموعة وقيادتها لعملية دعم تحسين الجودة وتقييمها في جميع أنحاء العراق. قد تضم مجموعة عمل تحسين الجودة بين أعضاءها خبراء مشهورين في مجالاتهم، يمكنهم تقديم الخبرة الفنية فضلاً عن تطوير أفكار حزم التغيير الأولية وكذلك من خلال المشاركة كأعضاء هيئة تدريس للتدريب في مجال التدريب على المهارات السريرية والتحديثات الفنية في جلسات التعلم. نماذج على مدى إمكانية نفع مجموعة عمل تحسين الجودة:

- المساعدة في إعداد حزمة التغيير التي تضم تفاصيل أفضل الممارسات.
- اتخاذ قرار بشأن أفضل المؤشرات لقياس التقدم المحرز في حزمة التغيير.
- العمل كأعضاء هيئة تدريس للتدريب في المحتوى أثناء جلسات التعلم.
- تقديم الدعم الفني والسياسي.
- تنظيم الإستراتيجية بالكامل وتنفيذها.

- تقديم الموارد.
- المساعدة في تخطيط إستراتيجية النشر.
- تحفيز مشاركة الآخرين.

جدول 5: نظرة عامة على التحسينات التعاونية والفرق

أعضاء الفريق في اجتماع 	التحسينات التعاونية عادة ما يكون لها هيكل وموقع إداري مركزي، حيث تشرف على أعمال فرق متعددة من العاملين في مجال الصحة في مختلف المنشآت الصحية، ويعمل الجميع من أجل هدف مشترك. ويقوم فريق الإدارة المركزية بجمع السجلات والبيانات من جميع الفرق والاحتفاظ بها لتتبع التقدم المحرز والتأكد من مشاركة الابتكارات الناجحة مع الفرق الأخرى فضلاً عن إضافتها إلى حزمة التنفيذ النهائية قبل نشرها إلى مواقع أخرى. وفي بعض الأحيان، قد يضم مشروع التحسين التعاوني أكثر من خمسين أو مائة موقع مختلف، وتنتشر هذه المواقع على نطاق كبير، لذا فقد ترى الإدارة أن تقسيم الفرق على الأقاليم الفرعية سيكون أكثر جدوى حيث تجمع فيما بينها عدد أكثر قابلية للإدارة عند عقد جلسات التعلم. ويمكن أن يقدم المدربون الدعم إلى العديد من الفرق داخل مقاطعتهم أو منطقتهم.

التحسينات التعاونية عادة ما يكون لها هيكل وموقع إداري مركزي، حيث تشرف على أعمال فرق متعددة من العاملين في مجال الصحة في مختلف المنشآت الصحية، ويعمل الجميع من أجل هدف مشترك. ويقوم فريق الإدارة المركزية بجمع السجلات والبيانات من جميع الفرق والاحتفاظ بها لتتبع التقدم المحرز والتأكد من مشاركة الابتكارات الناجحة مع الفرق الأخرى فضلاً عن إضافتها إلى حزمة التنفيذ النهائية قبل نشرها إلى مواقع أخرى. وفي بعض الأحيان، قد يضم مشروع التحسين التعاوني أكثر من خمسين أو مائة موقع مختلف، وتنتشر هذه المواقع على نطاق كبير، لذا فقد ترى الإدارة أن تقسيم الفرق على الأقاليم الفرعية سيكون أكثر جدوى حيث تجمع فيما بينها عدد أكثر قابلية للإدارة عند عقد جلسات التعلم. ويمكن أن يقدم المدربون الدعم إلى العديد من الفرق داخل مقاطعتهم أو منطقتهم.

الإدارة اليومية للتحسينات التعاونية - واجبات المنسق:

- يدير عمليات التخطيط التشغيلي والتنسيق والإشراف والتنفيذ. يتحمل مسؤولية المهام سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة.
- يحدد المواقع لإجراء التحسين التعاوني.
- يضمن الاحتفاظ بقاعدة بيانات مركزية لتخزين البيانات الواردة من جميع فرق المواقع وتجميع التقارير لتقديمها إلى الإدارة العليا وأصحاب المصالح الرئيسيين.

- يشرف على عمليات اختيار المدربين وتدريبهم والإشراف عليهم.
- ينظم جلسات التعلم بما في ذلك تنظيم الخبراء الفنيين وخبراء تحسين الجودة.
- يشجع الأفراد و يحمسهم على تقبل الأفكار وطرق العمل الجديدة.
- ينظم اجتماعات دورية لفريق إدارة التحسين التعاوني.
- ينسق مع وزارة الصحة وباقي الشركاء.

ونظرًا للالتزام بقضاء فترة طويلة للوفاء بتلك المهام، فقد يكون من الضروري تخصيص موظف بدوام كامل لأداء تلك الواجبات، ولكن قد يبدأ الأمر بتعيين شخص لديه واجبات أخرى بدلاً من توظيف شخص إضافي ورؤية كيف تسير عمليات التقدم الأولية.

الدعم الفني لعملية تحسين الجودة

تضم بعض مشاريع التحسين التعاوني شخصًا متخصصًا لديه خبرة في عملية تحسين الجودة وذلك لتقديم دعم فني قوي حول كيفية القيام بعملية تحسين الجودة. ويشكل هذا الأمر دورًا مهمًا في تقديم الخبرة لعقد تدريبات تحسين الجودة وبناء قدرات المدربين والفرق وغيرهم من المشاركين في التحسين التعاوني في المهارات التالية: مواضيع تحسين الجودة وبناء الفرق؛ مهارات الاتصال؛ كيفية استخدام المخططات الانسيابية لتحليل النظام الحالي؛ كيفية جمع البيانات وعرضها وتحليلها؛ كيفية تخطيط اختبار وتنفيذه لإجراء تغيير مقترح؛ كيفية استخدام أدوات تحسين الجودة الأخرى مثل العصف الذهني وأساليب صنع القرار وتحليل الأسباب الجذرية. توجيه المدربين الجدد؛ وفي بعض الأحيان تدريب الفرق.

4.3 *المشرفون/المدربون*

من المعني بتقديم الدعم إلى فريق تحسين الجودة؟ من هو المدرب؟

- يأتي مفهوم المدرب من السياق الرياضي، ولكنه يستخدم اليوم في تنمية الأعمال والأفراد. وفي سياق تحسين الجودة، يشبه المدرب إلى حد كبير المراقب الذي يصيغ كيفية إجراء تحسين الجودة. حيث يقدم الدعم إلى رئيس الفريق وباقي أعضاء الفريق عندما يواجهون صعوبات في العمل سويًا أو عندما يكونون غير قادرين على التقدم بشكل أكبر أو يعانون من الحيرة إزاء ما ينبغي فعله في بعد أو يكونوا بحاجة إلى تعلم مهارات جديدة: مثل المهارات السريرية (إذا لم تكن لديهم الخبرة، فحينها يتيحون الفرصة لخبير يمتلكها)، ومهارات البيانات ومهارات التعامل مع الآخرين. كما يقومون بمساعدة الفريق ورئيسه ليتحلوا بالكفاءة الذاتية في استخدام الأدوات والإجراءات المناسبة للقيام بالمهام وحل المشاكل بأنفسهم. يمتلك المدرب ذو الكفاءة القدرة على فهم كيفية عمل الأشخاص مع بعضهم البعض في فريق وكيفية تحسين فعالية العمل داخل الفريق.
- كما يساعد المدربون رؤساء الفرق على تخطيط اجتماعات الفرق وعقدها وتقييمها؛ ومراقبة اجتماعات الفرق لرؤية مدى جودة عمل الفرق؛ وفحص بيانات الفرق للتحقق من مدى دقتها؛ ونقل المعرفة وبناء المهارات بين أعضاء الفريق الواحد ومع الفرق ككل. كما يمكنهم تقديم دورات المهارات أثناء جلسات التعلم.
- قد يكون مدرب تحسين الجودة من فريق الإدارة الصحية على مستوى المقاطعة أو الإقليم مثل، مسؤول الصحة بالمقاطعة، هو المكلف بتوفير الدعم لعدد من الفرق في المنطقة الجغرافية التابع لها. وبإمكان الجهة التنظيمية المشرفة على البرنامج التعاوني أن تقوم بتحديد وتدريب الأعضاء المناسبين من طاقم الموظفين الخاص بهم أو من الخبراء المحليين المهتمين بشدة بتحسين الجودة لأداء تلك الوظيفة. الأشخاص الذين يتم تحديدهم ليكونوا مدربين ينبغي أن يكونوا "متمرسين" في مجال تحسين الجودة وواسعي الإطلاع (أو مدربين) في مجال تحسين الجودة ومهارات التدريب. وحتى إذا كان المدرب الجديد لديه بالفعل مهارات تحسين جودة فسوف يكون في حاجة إلى التدريب على مهارات التدريب وعلى الأرجح تدريب إضافي في تحسين الجودة.
- فالمدرب المتخصص في تحسين الجودة هو شخص يمتلك مهارات تحسين الجودة (التخطيط والتنفيذ والدراسة والتصرف (PDSA) والبيانات والعمل في فرق إلخ.) التي سيتم استخدامها في توفير الدعم لفرق تحسين الجودة في مختلف الأماكن أو المواقع والتي تعمل بشكل حقيقي على تنفيذ عمل تعاوني.

- من الضروري أن تكون هناك علاقة عمل طيبة بين المدرب ورئيس الفريق. فيجب أن يكون هناك تفاهم متبادل بينهم فيما يتعلق بالأدوار والمسؤوليات لكل من المدرب ورئيس الفريق والمسؤوليات المشاركة فيما بينهم.
- دورهم هو مساعدة الفرق في تعلم كيفية العمل معًا كفريق واحد مستخدمين وسائل وطرق تحسين الجودة مثل عقد اجتماعات وتجميع وعرض وتفسير البيانات وعمل دوائر بخطوات PDSA وتوثيق ما يتم من تغييرات.
- تعتبر الزيارات الدورية من المدربين أمرًا هامًا للكفاءة الوظيفية للفرق.
- إن الهدف عند المدرب هو أن يتحلى الفريق ورئيسه بالكفاءة الذاتية في استخدام الأدوات والإجراءات المناسبة.
- يقوم المدربون بتوجيه قادة الفرق ومساعدتهم على تخطيط وإتمام وتقييم الاجتماعات، وملاحظة العمليات الجماعية وتقديم التعقيبات الداعمة والبناءة معًا.
- يقدم المدربون نموذجًا في كيفية "تنفيذ" تحسين الجودة للفرق بما يتيح مشاركة ما يتمتعون به من معرفة وقدرات مع بعضهم البعض

واجبات ومسؤوليات المشرفين أثناء القيام بزيارات الموقع

- تقييم ما إذا كانت فرق تحسين الجودة بالموقع تؤدي وظيفتها؛

  - مراجعة تشكيل الفريق وتقديم المساعدة للموقع على النحو الملائم.
  - الأدوار والمسؤوليات المنوط بها أعضاء الفريق.
  - عدد الاجتماعات التي تم عقدها وفترات المراجعة.
  - مستوى إتمام خطط الأعمال التي تم وضعها في نهاية تدريب تحسين الجودة (جلسة التعلم 1).
  - توثيق التغييرات/جهود تحسين الجودة عن طريق استخدام سجل التوثيق.

- مساعدة الفرق في ضمان تجميع مستمر للبيانات؛

  - التأكد من أن فرق تحسين الجودة تستوعب المعلومات اللازمة للمؤشرات التي تراقب الأداء.
  - مراجعة خطط الموظفين الخاصة بتجميع البيانات وتقديم المساعدة طبقًا لذلك للتأكد من أن البيانات يتم جمعها بشكل منتظم.
  - مراجعة البيانات التي تم جمعها والتغييرات التي تمت من أجل تحسين الرعاية.
  - تحديد ومناقشة التحديات المصاحبة لتجميع البيانات.
  - التأكد من أن أدوات (سجلات) وزارة الصحة مكتملة على النحو الملائم ومحدثة بانتظام

- لتسهيل عمل فرق المواقع على بدء تحسين الرعاية قم بما يلي:

  - التأكد من أن المواقع قامت بتجميع المعلومات من السجلات لسد الثغرات الموجودة في تقديمهم للخدمات.
  - تسهيل عمل المواقع في تحديد المشاكل وتحليلها وتقديم حلول لها.
  - مراجعة سجل التوثيق ومساعدة فرق الموقع على ربط التغييرات بالأداء.

مثال: يحتاج عقد تدريب إلى تقييم مستوى الإنعاش لمقدمي الرعاية المشتركين في الرعاية بحديثي الولادة وذلك بإجراء ما يلي:

- تقييم جميع العاملين في الرعاية بحديثي الولادة داخل الوحدة الصحية من حيث القدرة على الإنعاش بصورة صحيحة لحديثي الولادة.

- تحديد الفجوات الفردية وإعطاء تعقيبات للفريق على الفور.

- تحديد موظفي المنشأة ليكونوا روادًا في تعليم الأعضاء الآخرين خطوات إنعاش حديثي الولادة.

- إيجاد اجماع في الآراء على الخطوات التالية (من جانب أعضاء فريق الموقع والمدربين الزائرين)

الطريقة المقترحة لعمل المشرفين:

- الاجتماع بإدارة المنشأة أو المسؤول عنها وتقديم ملخص عن سبب الزيارة.
- الاجتماع بأعضاء فريق تحسين الجودة بالموقع ومناقشة النقاط المذكورة بالأعلى.
- توضيح كيفية القيام بتجميع البيانات وتمثيل ذلك على المؤشرات المختلفة.
- التأكد من صحة المعلومات التي تم جمعها (البيانات وأعضاء الفريق ومدى الكفاءة الوظيفية للفريق).
- تقييم جميع مزودي الرعاية لحديثي الولادة لمهارات الإنعاش.

المستندات المفيدة للمشرفين:

- نسخة من خطط العمل الموضوعة أثناء LS1 (انظر الملحق III. وثائق تحسين الجودة في مركز الرعاية الصحية الأولية.
- دليل تدريب الموقع.
- إرشادات توجيهية أو قائمة تحقق سريرية لتحسين الممارسة (على سبيل المثال، إرشادات الرعاية السابقة للولادة).

4.4 *ما هو فريق تحسين الجودة؟*

يتم إجراء تحسين تعاوني لعددٍ من فرق تحسين الجودة، والتي يمكن أن تحقق تحسينات مثيرة على صعيد الجودة ونتائج الرعاية في وقت قصير. يتألف كل فريق تحسين جودة من عاملين في المجال الصحي من أحد المواقع أو الوحدات داخل إحدى المؤسسات. تجتمع تلك الفرق بصورة منتظمة لفترة من الزمن للتركيز على تحسين شيء ما جميعهم مشتركين فيه، مثل الطريقة التي يقدمون بها خدمة الرعاية الصحية. وهي تجتمع بصورة أسبوعية أو نصف شهرية أو شهرية لمدة ساعة أو ما يقارب ذلك للحفاظ على اطلاع الجميع على التقدم المحرز وتقرير الاحتياجات المطلوب القيام بها فيما بعد. فرق تحسين الجودة هي الوحيدة التي تقوم بالعمل الفعلي من إجراء للتحسينات. ومع استخدام خبراتهم، فهم يقدمون اقتراحات لإجراء تغييرات يعتقدون أنها ستشكل تحسينات. ثم يقومون بعد ذلك باختبار التغييرات على نطاق صغير وتجميع البيانات لمعرفة ما إذا كانت تلك التغييرات ستؤدي إلى النتيجة المرجوة. يتتبع كل فريق لتحسين الجودة نفس المؤشرات شهريًا لإظهار مدى فاعلية تحسيناتهم. كما أن لكل فرد في الفريق دورًا يلعبه؛ وتشتمل الأدوار عامةً على القائد والمسجل ومراقب دخول العاملين والعضو. ومعًا، تعمل جميع فريق تحسين الجودة نحو إجراء تحسينات في مجال سريري واحد، مثل صحة الأم - حيث اختبرت الفرق التغييرات الخاصة بها لمعرفة ما إذا كانت تعمل بالفعل، وقد تكون الفرق الأخرى قادرة على سرعة تطبيق التغييرات المعتمدة دون اختبارها مجددًا.

4.4.1 فرق تحسين الجودة؟

من ينبغي أن يكون عضوًا في فريق تحسين الجودة؟ من يحدد فريق تحسين الجودة؟

- يتألف الفريق من ممثلين عن الموظفين والأشخاص الآخرين المشتركين، كما يكون على إطلاع جيد بأي عملية يجري تحسينها. على سبيل المثال، عندما يكن الموضوع خاصًا برعاية الأمهات، فقد يشتمل الفريق على طبيب وقابلة وممرض وربما قابلة تقليدية وأي موظفين آخرين مشتركين في رعاية الأمهات في هذا الموقع.
- يُحدد الفريق وقائده عادةً من جانب مدير الموقع.
- تشتمل العديد من الفرق، وليس جميعها، على مريض أو عميل حيث يقدمون وجهة نظر متفردة. قد يحضر المريض فقط الاجتماعات المحددة حيث يُتطلب وجوده.
- في بعض الأماكن، هناك فرق تحسين جودة، يتم اختيار أفرادها من مجموعات مجتمعية مثل اللجان الصحية والمجموعات النسائية والمجموعات الدينية وغيرها، وقد تشتمل على أحد العاملين في صحة المجتمع أو أكثر وممثل عن العاملين في المجال

الصحي من منشأة قريبة. في بعض البلدان، مثل تلك الموجودة في أمريكا اللاتينية، قامت "فرق المنطقة" بتضمين متخصصين من المركز الصحي علاوة على العاملين في الصحة المجتمعية من البيئات المحيطة.

مثال ميداني **كينيا: هيكل الفريق والمنطقة** ***لفريق تحسين جودة تعاوني لتحسين الوصول للرعاية السابقة على الولادة ومستوى جودتها:***	
*يتألف **فريق الجودة** من منسق لإدارة المشرفين المدربين المتعاونين، وخبير في الإحصاء لتتبع تجميع البيانات والتقدم المحرز في تحسين المؤشرات المحددة.*	*عادة ما تتألف **فرق تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية** من جميع الموظفين (بما في ذلك موظفي الاستقبال والمتعلمين) في عيادات أصغر (حتى 10 موظفين) أو في فرق الرعاية الصحية الأولية الأكبر التي تم تشكيلها مع أحد الممثلين لكل كادر وجميع الخدمات ومن هم في موقع المسؤولية (على سبيل المثال، أخصائي، ممرض، فني مختبر، صيدلي، مساعد طبي، وغير ذلك) (وبصورة إضافية، المستشفيات التي تستخدم لجنة جودة موجودة مسبقًا بالمستشفى، مؤلفة من مدير المستشفى والمسؤولين عن طب التوليد والنسائيات والتمريض، بهدف مراجعة تقدم فريق تحسين الجودة وتوفير الدعم لهم.)*

4.4.2 ما الذي يقوم به فريق تحسين الجودة؟

يقوم الفريق بالعمل الفعلي لتحسين جودة الرعاية. يقوم الفريق بما يلي:

- قياس عدد المؤشرات لقياس التقدم المحرز.
- تحديد ما إذا كان هناك فجوات أو مشكلات في تنفيذ معايير الرعاية الجديدة.
- ابتكار تغييرات أو تعديلات (تحسينات) مبتكرة.
- اكتشاف طرق جديدة للتغلب على العوائق داخل موقعهم (هذه تغييرات تشغيلية).
- اختبار كل تغيير بواسطة دورة "التخطيط والتنفيذ والدراسة والتصرف" لمعرفة ما إذا كان التغيير قد أدى إلى إجراء تحسين.
- تنفيذ التغييرات الناجحة

4.5 *ما هو الموقع؟*

- موقع فريق تحسين الجودة الفردي.
- وفي أغلب الأحيان، تكون هذه هي منشآت الرعاية الصحية في أي مستوى بمؤسسة ما، حيث يتم التركيز على جهود التحسينات، المستويات الأولية والثانوية والثالثية.
- عندما تتطلب الحاجة وجود أكثر من مستوى رعاية واحد لتحسين جوانب الرعاية، فمن المهم تحديد المرافق التي تحيل بين مستويات الرعاية، على سبيل المثال، رعاية الأمهات وأنواع المواقع التي قد تشتمل على مرافق رعاية أولية والتي توفر الرعاية السابقة للولادة والمستشفيات التي توفر خدمات المخاض والولادة العادية والإحالة أو مستشفيات الرعاية من الدرجة الثالثية.
- يمكن للمجتمعات أيضًا تكوين فريق تحسين جودة ومن ثم يمكنك اعتبار المجتمع كموقع. نظرًا لاشتمال أحد الجوانب المهمة للجودة على تعزيز استمرارية الرعاية، فإن ضمان أن ممثل الرعاية الصحية من إحدى منشآت الرعاية الأولية القريبة والعامل

في مجال صحة المجتمع أعضاءً في فريق موقع المجتمع يعد مهمًا لإنشاء روابط قوية بين المجتمع والنظام الصحي والحفاظ عليها

4.5.1 ما هي الاعتبارات الرئيسية لتحديد موقع؟

- ترتبط اعتبارات تحديد المواقع التي من أجلها سيتم إنشاء فرق جودة بالعديد من الأمور: إستراتيجية النشر ومستوى المنشآت الصحية المتأثرة بالتغييرات المقترحة وإستراتيجية التدريب، إذا كان المشرفون/المدربون سيسافرون لزيارة الفرق، فيجب أن تكون سهلة الوصول (ضمن إطار جغرافي معقول).

- في كثير من الأحيان، يتم اختيار "شريحة" من النظام في منطقة مخصصة؛ على سبيل المثال، اثنان من مواقع الرعاية الأولية ومستشفى الرعاية الثانوية ومستشفى إقليمي. عند بدء مرحلة النشر، يستطيع موظفون من مواقع التوضيح مساعدة الفرق في المنشآت الجديدة عند انضمامهم.

- الإحصائيات الصحية (المنشآت ذات معظم الحالات أو أقصى درجات الاحتياج)؛ أو المواقع ذات التجربة السابقة مع تحسين الجودة أو عندما تكون المنطقة السريرية المستهدفة جديدة، أو أولئك الذي يعملون بالفعل في المنطقة السريرية المستهدفة أو المنشآت التي يكون دور المدير العام والمديرين المحليين بها داعمًا أو العمل مع المجتمع أو الأماكن التي تكون بها القيادة المجتمعية أو تاريخ ارتباط المجتمع قويًا.

- تشتمل الاعتبارات الأخرى على أمور خاصة بالموقع الجغرافي ومستويات الرعاية وأنواع المواقع (على سبيل المثال، المواقع العامة أو الخاصة أو الدينية أو منظمة غير حكومية). في حال زيادتها لاحقًا، يجب اتخاذ القرارات بشأن ما إذا كان الأفضل أن تتوافر مجموعة كبيرة من المواقع (على سبيل المثال، حضرية وريفية، صغيرة وكبيرة) ليتسنى توفير الحلول لجميع الأماكن.

4.6 *ما هي حزمة التغيير (أو التنفيذ)؟*

- حزمة التغيير الأولية هي مجموعة التغييرات التي تستخدم قاعدة المعرفة الحالية ودمج الممارسات المبنية على أفضل الأدلة والتغييرات والمبادئ والإستراتيجيات التشغيلية بهدف تحسين طريقة الرعاية التي يتم إجراؤها، سواء كانت عملية رعاية جديدة أم حالية.

- قد تتألف الحزمة من تدخلات أو تغييرات على النظام أو تغييرات على العمليات أو المهارات الجديدة لمقدمي الخدمات. يمكن أن تشتمل التغييرات على تغييرات البنية التحتية والسياسة. على سبيل المثال، للتحفيز على الرضاعة الطبيعية ورعاية الأم بوضعية الكنغرو للأطفال ذوي وزن الولادة المنخفض في اليمن، علاوة على التدريب على المهارات الجديدة، تم تجديد غرفة خاصة هادئة بالقرب من الحضانة مع كرسي هزاز وأثاث لطيف.

- تعد هذه التغييرات أساسية لتحقيق هدف التحسين والنتائج المرجوة.

- ويتم تطويرها عادةً من قبل مجموعة من الاستشارات الفنية المتخصصة في المحتوى الفني، على أساس المعرفة المتعمقة بالعوائق في المنطقة المحلية.

- وتوفر القائمة الرئيسية لتوجيه عمل الفرق على المستوى المحلي

أمثلة على حزمة التغيير المبدئي في كينيا

لزيادة الوصول إلى الرعاية السابقة للولادة ومدى جودتها، فقد تم اختبار العديد من التدخلات:

- اصطحاب العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية إلى القرى وتوفير الخدمات السابقة للولادة المحدودة ورسائل الاتصال لتغيير السلوك.
- وضع الطرق لشراء فولات الحديد ومكملات حمض الفوليك التي تم حذفها من قائمة الأدوية الأساسية.
- ترتيب إيجاد فريق العمل المخصص لرعاية الأم الحامل عند زيارة عيادات الرعاية الصحية الأولية مع أطفال كبار لأسباب أخرى (رعاية المرضى، التمنيع).

4.6.1 كيف يمكن وضع حزمة التغيير المبدئية؟

- إنها نتاج الأهداف والأغراض ذات الطابع التعاوني. وتشتمل على التغييرات السريرية و/أو التنظيمية و/أو تغييرات السياسة في الرعاية التي تشكل التركيز على الجانب التعاوني.

- عادةً ما يتم تحديد حزمة التغيير من قبل مجموعة من أصحاب المصالح، بما في ذلك الخبراء الفنيين أو مجموعة الاستشارات الفنية، الذين يقومون بتحديد الهدف.

- تضمن حزمة التغيير (التدخل) التي تم وضعها واختبارها مبدئيًا خلال المرحلة الأولى (إثبات التحسين التعاوني) وجود حزمة فعالة ومختبرة جيدًا لأفضل الممارسات الجاهزة للتنفيذ على نطاق أوسع (نشر التحسين التعاوني) عندما يحين وقت النشر، ويستطيع فريق العمل المشترك في المرحلة الأولى (إثبات التحسين التعاوني) استخدام خبراته لمساعدة المواقع الجديدة على تنفيذ حزمة التغيير على نطاق أوسع. وفي نهاية المطاف، يوجد باقتا تغيير: الأولى هي الحزمة الأصلية ثم حزمة التغيير المحسنة المختبرة مع إضافة جميع التحسينات.

4.6.2 ما هي جلسة التعلم؟

- جلسة التعلم حدث، يستمر عادةً ليوم أو يومين، وتجمع بين ممثلي الفرق ومدربيهم وأصحاب المصلحة الآخرين والذين يؤدون دور هيئة التدريس. توفر الجلسة فرصة الالتقاء معًا لتعلم مهارات سريرية جديدة وسبل المعرفة والتحديثات؛ ومشاركة بياناتهم ونتائجهم مع شخص آخر؛ والتخطيط لفترة الإجراء المقبلة الخاصة بهم.

- يُنظم عادة المنسق مع مساعدة مستشار تحسين الجودة الجلسات. يتضمن جدول الأعمال الوقت المخصص للفرق التي وضعت التغييرات واختبارها بنجاح لعرض الكيفية التي يتم بها تنفيذ تلك التغييرات. ويتيح ذلك للفرق الأخرى فرصة طرح أسئلة والتعرف على كيفية تطبيقها لنفس الحلول في أماكن عملهم.

- يكتب المنسق جدول الأعمال مع مساهمة المدربين مع ما تحتاجه الفرق. وعادة ما يتضمن جدول الأعمال ما يلي؛ 1) مكون فني - سواء مهارات جديدة ومعرفة أو تحديث أو مراجعة إذا كانت الفرق لديها مشكلات مع الموضوع؛ 2) مهارات تحسين الجودة مثل التخطيط الانسيابي أو العمل مع البيانات؛ 3) جلسة مهارات الأشخاص مثل اتخاذ القرار أو كيفية إجراء اجتماع فعال؛ 4) الوقت المتاح للفرق لعرض النتائج ومشاركة المشكلات والنجاح الذي تم إحرازه مع كل منهم؛ و5) الوقت

المخصص للفرق لكتابة خطة العمل الخاصة بهم لفترة الإجراء التالية. يوفر جدول الأعمال الوقت الكافي لممثلي الفرق المختلفة للتفاعل مع كل منهم، والذين يساهمون في تبادل الأفكار ونشر أفضل الممارسات.

- يمكن تكوين هيئة التدريس أينما تواجدت الخبرة: على سبيل المثال، خبير تحسين الجودة؛ والمدربين؛ والخبراء الفنيين والشركاء أو المجموعة الاستشارية الفنية أو لجنة الإدارة.
- عادة ما يحضر اثنان من الممثلين عن كل فريق (قد يختلف هذا الأمر). ترسل بعض الفرق شخصًا واحدًا لحضور جلستين على التوالي ثم تسمح لشخص آخر الحضور المرة المقبلة، وبذلك تمنح الفرصة للجميع لحضور جلسة تعلم واحدة على الأقل.
- تختلف جلسة التعلم الأولى عن الجلسات التالية. وعادة أثناء جلسة التعلم الأولى، مع تواجد ممثلين عن المواقع، فربما يكون تشكيل الفرق لم ينته بعد. قد يكون الاجتماع هو التوجيه الأول لممثلي الموقع إلى مبدأ التحسين التعاوني. قد تتألف الجلسة الأولى من تعلم كيفية تحليل نظامهم الحالي وتجميع البيانات الأساسية للتنفيذ أثناء فترة الإجراء الأولى. وبالنسبة لجلسات التعلم اللاحقة، فمن الأهمية بمكان أن يقوم المدربون ومستشار تحسين الجودة بتضمين بعض التدريب على المشروعات التي تعمل عليها الفرق على أساس ما هو مطلوب أو الدورات التنشيطية للمهارات الضعيفة لدى الفرق.

متى تنتهي جلسات التعلم؟ كيف يتم الإعداد للتوسع؟

- تنتهي جلسات التعلم (وفترات الإجراء) عندما يحدد فريق الإدارة وجود تحسينات كافية قابلة للتنفيذ يراد تنفيذها على باقة التغيير الأصلية.
- يتطلب التوسع تضمين جميع التحسينات في باقة التغيير الأصلية لعمل باقة تغيير "جديدة أو محسنة" أو معززة تستفيد من التعلم من خلال الفرق، أي أنها تشتمل على تغييرات وابتكارات جديدة وضعتها الفرق أثناء مرحلة الإثبات.
- يتطلب التمدد الإعداد لمواقع الجديدة، بما في ذلك التخطيط لتدريب الفرق الجديدة.

4.7 *ما هي فترات الإجراء؟*

- فترة تمتد من شهرين إلى ثلاثة أشهر بين جلسات التعلم عندما توضع الفرق التغييرات واختبارها. ويتم ذلك عند الانتهاء من العمل الفعلي للتحسين التعاوني.
- تجتمع الفرق بصورة عامة مع بعضها البعض مرة واحدة أو عدة مرات شهريًا لتتبع التقدم المحرز وتحديد التغييرات جديدة واختبارها. أثناء كل فترة إجراء، ينبغي أن تحصل الفرق على زيارة واحدة على الأقل من مدربها

5. بناء القدرات الفنية لفريق العمل لتنفيذ أطراف التحسين التعاوني

يعرض فريق العمل الكفاءات الفنية اللازمة مع أطراف التحسين التعاوني، وذلك كما يلي: الكفاءات الأساسية (مطلوبة من الجميع) والكفاءات المخصصة في مستويات مختلفة:

أ. **الكفاءات الأساسية**: كل شخص يعمل مع الأطراف المتعاونة أو مشترك معهم سيحتاج إلى التعلم حول أحد الأطراف المتعاونة وكيفية أداء دورهم في ذلك، بدءًا من توجيه يستمر لمدة نصف يوم لأصحاب المصلحة ووصولاً إلى بناء المهارات لهؤلاء المشتركين في العمليات اليومية. وينبغي أن يعتمد هذا على أساس جيد من المعرفة حول الجودة وتحسين الجودة.

ب. **الكفاءات المطلوبة من فريق العمل في المستويات المختلفة من النظام والمسؤوليات المختلفة**: قد يكون هؤلاء الأشخاص مسؤولين عن دعم وجود أحد الأطراف المتعاونة وينبغي توجيههم إلى أنشطتهم والاحتفاظ بها جنبًا غلى جنب مع تقدمها.

- **فريق الإدارة العليا**. تحتاج هذه المجموعة، بشكل عام، في المقام الأولى إلى توعية الأطراف المتعاونة وتحسين الجودة علاوة على التوجيه إلى باقة التغيير المراد استخدامها. وبشكل أكثر تحديدًا، سيحتاج المنسق إلى أن يكون قادرًا على إدارة أيّ شخص في موضع المسؤولية في تجميع البيانات والاحتفاظ بها فيما يتعلق بكيفية إجراء ذلك، أي بصورة فردية من خلال الموقع وتجميعها لكل مؤشر لعرض التقدم المحرز بالكامل.

- **الخبراء الفنيون**. يحتاجون إلى توجيه أطراف التحسين التعاوني. قد يكون هناك واحدًا أو عدد منهم يشاركون في المجموعة الاستشارية الفنية، ويقدمون مساهماتهم عند الحاجة، بدءًا من تطوير الهدف وباقة التغيير المبدئية والمشاركة في تدريب المهارات السريرية أو التحديثات في جلسات التعلم.

- **يحتاج المشرفون/المدربون** إلى توليفة من مهارات التواصل والتيسير والتدريب. كما يستفيدون من الحصول على مهارات جيدة في التدريب القائم على الكفاءة وفقط في وقت التدريب المناسب (التدريب المقدم عندما يكون الفريق جاهزًا لاستخدام المهارة)، والتي تستخدم إما لتوفير المعرفة أو المهارات لفرق تحسين الجودة. تشتمل المعرفة والأساليب على: التواصل لاسيما في الاستماع الفعال وكيفية إعطاء التعقيبات واستلامها ومهارات التسهيل ومشكلات الفرق مثل العمل الجماعي وإجراء اجتماعات فعالة والتوثيق و الاحتفاظ بالسجلات وخلق مناخ فريق إيجابي والتعامل مع التضارب. سيتم وضع دليل للتدريب وبناء الفريق لتنفيذه في العراق كجزء من إعداد المشرفين لدعم تنفيذ الأطراف المتعاونة للتحسين.

- **أعضاء فريق تحسين الجودة في كل موقع**. قد تتضمن المهارات اللازمة للفريق المهارات الفنية السريرية، على سبيل المثال، الأساليب والمعايير الجديدة، مثل التي تتضمن الإدارة الفعالة للمرحلة الثالثة من المخاض وكيفية جذب الحبل السري. يحتاج فريق مهارات تحسين الجودة ومدربيهم إلى معرفة كيفية إجراء تقييم أساسي للمنشأة الخاصة بهم وكيفية استخدام المخطط الانسيابي أو الأساليب الأخرى لتحليل عملياتهم وكيفية تجميع البيانات وعرضها وتحليلها والمعلومات الأساسية الخاصة بالمعايير والمؤشرات وكيفية العمل في فريق، بما في ذلك: الأدوار والاجتماعات الفعالة والتواصل والتوثيق واتخاذ القرارات وكيفية التعامل مع التضاربات على سبيل المثال، كما يحتاج كل فريق لعضو واحد أو عضوين يعرفون كيفية تجميع البيانات وعرضها. ينبغي أن يكون جميع أعضاء الفريق قادرين على تفسير البيانات لمعرفة موعد تحسين التغييرات التي قدموها.

- عادة ما تتضمن جلسات التعلم على تحديثات ومهارات لممثلي الفرق. من المهم أن يكون هناك خطة لتدريب أعضاء الفريق الذين لا يحضرون جلسات التعلم. ليس من العملي أو المعقول توقع أن يكون هؤلاء الممثلين قادرين على العودة وتدريب بقية زملائهم في كل شيء تعلموه للتو! لذلك، تختار بعض أطراف التحسين التعاوني إجراء تدريب في الموقع للفريق بأكمله على المهارات الفنية وتحسين الجودة.

- **رؤساء فرق تحسين الجودة**. يمكن تقديم النصح للرؤساء من قبل المدربين الذي يجتمعون بهم قبل اجتماعات الفريق و/أو بعد استخلاص المعلومات.

5.1 *ما هي مراحل تنفيذ التحسين التعاوني؟*

- مرحلة الإعداد.
- مرحلة التنفيذ (النشر والإثبات).
- مرحلة التوسع.
- مرحلة ما بعد التعاون للحفاظ على المكتسبات

5.1.1 مرحلة الإعداد

قد تستغرق مرحلة الإعداد عدة أشهر على حسب الوقت اللازم للحصول على توافق في الآراء المحلية حول نطاق أهداف التحسين التعاوني ومدى تعقيد المنطقة الفنية.

- إشراك أصحاب المصلحة الرئيسيين في وضع الخطوط العريضة لموضوع التعاون وتحديده ووضع الأهداف والعمليات العامة لتحقيق النتائج ووضع باقة تنفيذ أولية، وإنشاء بنية تنظيمية وتوجيه الإدارة والمدربين وتدريبهم. تحديد المواقع الأولية في ضوء إستراتيجية التوسع.

- وضع إستراتيجيات تحسين الخدمات والتدريب الفني والإشراف الداعم؛ ووضع خطة تنفيذ تعاونية وإطار زمني؛ ووضع نظام مراقبة (واختباره)، بما في ذلك خطة المراقبة والمؤشرات والأدوات والآليات للتحقق من صحة البيانات بشكل روتيني. وضع آلية ومنهج قياسي لتسجيل وتوثيق التحسينات التي تم اختبارها ونتائجها. تصميم آليات تواصل ومشاركة بحيث تستطيع الفرق التعلم بسرعة من بعضها البعض. تنظيم المحتوى والوسائل والجدول والنشر، بما في ذلك جدول الأعمال وهيئة التدريس لجلسات التعلم.

- تحديد المدربين المحتملين وتقييم احتياجات قدراتهم الفنية وتحسين الجودة في مهارات تحسين الخدمات وديناميكات الفريق والمراقبة والإرشاد وضمان تحسين الجودة الملائمة ودعم تدريب المحتوى الفني للفرق، بما في ذلك احتمالية استخدام المدربين الداخليين. بناء القدرات التدريبية عند الحاجة في مهارات تحسين الجودة وديناميكيات الفريق وضمان المهارات الفنية الملائمة لمساعدة الفرق ووضع خطة للتدريب المنتظم لفرق تحسين الجودة. تطوير الأدوات أو تكيفها لفرق تحسين الجودة والمدربين، مثل خطط التدريب والمواد لتدريب تحسين الجودة والمراقبة (نماذج جمع البيانات ونماذج التجميع والتحليل ودليل المراقبة وتخزين البيانات)، والتدريب ومساعدات العمل وما إلى ذلك.

5.1.2 مرحلة التنفيذ (الإثبات)

تنقسم مرحلة النشر للتعاون إلى ثلاث فترات زمنية أو أكثر حيث يتم إجراء جلسة التعلم بعد فترة الإجراء. وتكون فترات الإجراء هذه عند تنفيذ العمل التعاوني من جانب الفرق. في نهاية التحسين التعاوني، غالبًا ما يُعقد مؤتمر لمشاركة النتائج مع الأعضاء وأصحاب المصلحة من خارج التحسين التعاوني.

- تشكل فرق تحسن الجودة وإعدادها لتنفيذ تحسين الأعمال من خلال بناء القدرات في المهارات الفنية ومهارات تحسين الجودة؛ وإعداد المواقع/ضمان توافر الموارد الرئيسية؛ وإجراء جلسات تعلم وغيرها من الآليات للمشاركة؛ وإبقاء أصحاب المصلحة الأساسيين بالتقدم المحرز؛ وتحديد يتم إنتاج ابتكارات الفريق والانتقال من مرحلة الإثبات إلى التوسع.

- تنظيم المحتوى والطرق ونشر جلسات التعلم أو الآليات الأخرى للمشاركة الروتينية. تحديد ما إذا كانت هناك حاجة لإلغاء مركزية جلسات التعلم، وإذا كان الأمر كذلك، عند جلب جميع المواقع معًا للتعلم المشترك.

5.1. 3 مرحلة التوسع

ما هو التوسع؟ في حال التخطيط لمرحلة التوسع، فقد تبدأ في وقت انتهاء المؤتمر التعاوني، بحيث يستطيع الأشخاص الجدد حضور التحسين التعاوني. قد يصبح أعضاء التحسين التعاوني وكلاء تغيير ومستشارين مرحلة التوسع. ويعد التوسع مرادف لمصطلح الزيادة. غالبًا بعد مرحلة الإثبات (والتي تسمى أيضًا "المرحلة الأولى" أو إثبات التحسين التعاوني)، يتم إجراء تعاون توسعي تابع لذلك (يشار إليه غالبًا "بالمرحلة الثانية" التعاونية) ليتسنى نشر النموذج المحسن الموضوع في إثبات التحسين التعاوني لمزيد من المواقع. في بعض الحالات، قد يستمر التحسين التعاوني فقط في إضافة فرق من المواقع الجديدة. تعتمد هذه المواقع الجديدة بسرعة على عمل نظرائها من المواقع المبدئية.

يتم التخطيط لمرحلة التوسع بصورة مثالية في المراحل المبكرة للتخطيط، بحيث يمكن وضع عوامل مثل الجوغرافيا ومستويات السكان وموقع المنشآت والمدربين المحتملين في عين الاعتبار.

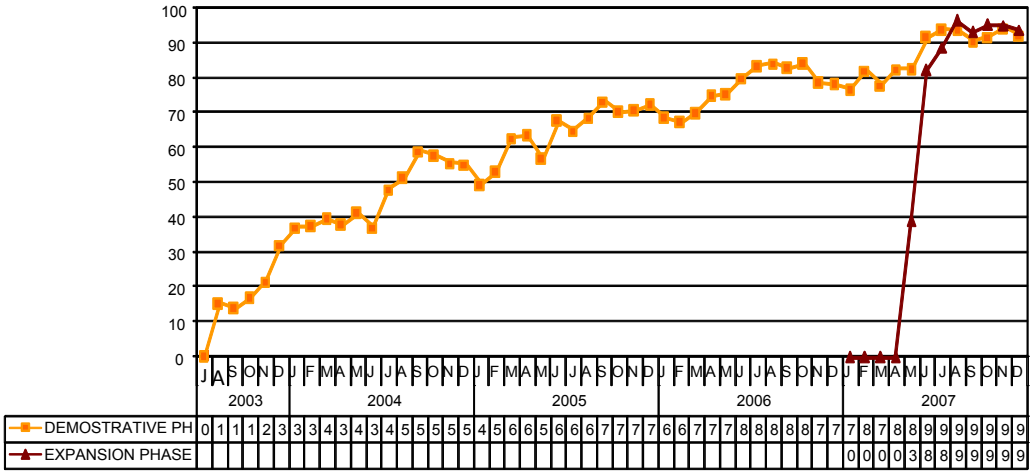
في حال اتخاذ قرار لتنظيم تعاون متوسع، فتتضمن بعض الاعتبارات المخطط لها في تعاون متوسع ما يلي:

- **توطيد مدى الاستعداد وقاعدة التوسع**. في بداية التعاون الموسع، يجب دمج التحسينات المتعددة المختبرة والمقبولة إلى الباقة الأولية أو الأصلية أو باقة التغيير والناشئة عن فرق التحسينات، مع نموذج متميز والمزمع انتشاره في مواقع أو منشآت جديدة. يجب أن تكون الابتكارات والتغييرات التشغيلية كافية لتمكين النظام من العمل بسلاسة والحصول على النتائج المرجوة.

في المثال أدناه، بعد مرحلة الإثبات، وعندما يحين الوقت لزيادة التعاون، يتم استكمال استخدام الأوكسيتوسين بصورة نسبية بسرعة.

الشكل 7: الإكوادور؛ النسبة المئوية لحالات الولادة التي يتم فيها تناول الأوكسيتوسين لمنع النزف (المرحلة الثالثة من المخاض) في المرافق الصحية المشاركة في مركز عمليات الطوارئ

مراحل التعاون والإثبات والتوسع



- **توضيح الهدف من الانتشار**. ينبغي أن تكون السمات الأساسية للعمليات التي تم تحسينها والتي من المفترض أن يتم نشرها واضحة. بالإضافة إلى ذلك فإن النتائج المحسنة المرجوة يجب أن تكون واضحة مع التأكد من أن العمليات التي تم تحسينها هي نتائج حزمة التغييرات، والتي تحتاج عند تقديمها إلى أن تكون موثوقة ومرئية وذات صلة بالمشكلات الرئيسية وسهلة الاستخدام ومتماشية مع القيم الحالية وأن تكون لها مميزات واضحة على الممارسات الحالية. ينبغي الاتفاق على عدد ونوع المنشآت التي يتم فيها نشر التدخلات بما في ذلك الأهداف الخاصة بتغطية السكان لأنشطة الانتشار؛ والأهداف الكمية لأعداد مزودي الخدمات المتماثلة مع الإرشادات المبنية على أدلة، والنتائج المتوقعة والمسارات الزمنية لتحقيق الأهداف المتوقعة.

- **وضع خطة انتشار تشغيلية**. يجب أن يشمل إطار العمل التنظيمي الخاص بالتحسين التعاوني المنتشر تحديد هوية المؤسسة القيادية وتعيين لجنة تنسيقية لقيادة وإدارة التحسين التعاوني المباشر.

يجب أن تتناول الخطة التشغيلية جنبًا إلى جنب مع المؤسسات القومية العناصر التالية كحد أدنى:

- كيف سيتم تنظيم الانتشار؟ هل سيتم الانتشار على عدة مراحل؟ وإذا كان كذلك فكم عددها؟
- ما هي الأدوار الجديدة التي يجب أن يتم تحديدها وشغلها؟
- ما هي الآليات التي سوف تستخدم لزيادة المشروعية الملموسة للتدخلات من أجل نشرها (التصديق من قبل "ذوي الخبرة" المعترف بهم على نحو واسع في المجال، ونشر نتائج فرق تحسين الجودة التابعة للتحسين التعاوني، وقرارات سياسة العمل، والرأي الدولي)؟
- كيف سيتم تحديد هوية قادة فرق التحسين من المرحلة الأولي وكيف سيصبحون "وكلاء التغيير" للمساعدة في نشر التدخلات في المنشآت الجديدة المستهدفة؟
- كيف سيتم تدريب مزودي الخدمات في التحسين التعاوني فيما يتعلق بكل من السياق السريري للتدخل وأيضًا بتنفيذ التغييرات التنظيمية المطلوبة للعمليات المحسنة؟
- ما هي آليات التواصل التي سيتم إنشائها بين المنشآت المشاركة؟
- كيف سيطبق التحسين التعاوني المنتشر المعرفة الأساسية على التدخلات المبتكرة من أجل التغلب على العوائق الخاصة بالممارسات المبنية على الأدلة؟

- ما هي الآليات الرقابية التي سيتم وضعها من أجل تعقب مدى الامتثال مع العمليات المحسنة وتوثيق النتائج المحسنة؟

- بالإضافة إلى ذلك، ما هي الآليات الأخرى التي سيتم أخذها في الاعتبار واللازمة لزيادة التحفيز لدي مزودي الخدمات من أجل أنشطة الانتشار؟ يمكن أن يشمل ذلك: أ) التواصل فيما يخص المميزات الناتجة عن استخدام العملية المحسنة؛ ب) التنافس بين المنشآت في يتعلق بتنفيذ الممارسات المحسنة والحصول على جوائز؛ ج) الاعتماد على "ذوي الخبرة" المعترف بهم على نطاق واسع من أجل دعم ممارسات محسنة جديد؛ د) مشاركة الجمعيات المهنية في دعم الممارسات المحسنة؛ هـ) مشاركة منظمات المستخدمين في مثل هذا الدعم؛ و) القيام بزيارات إشرافية من قبل المديرين عندما يكون استخدام الممارسات المحسنة أقل من المتوقع؛ ز) تضمين الممارسات المحسنة في اتفاقيات الإدارة أو ما شابها من آليات تحدد الالتزامات بين المنشآت والمتعاقدين/المسددين

- تنفيذ وتعديل الانتشار. يجب على المؤسسة القيادية للتحسين التعاوني المنتشر مثل وزارة الصحة والمجموعة الاستشارية الفنية أو اللجنة المنسقة أن تؤسس آليات لمراقبة مدي تقدم الانتشار الذي تحقق بمرور الوقت، وأن تناقش البيانات الناتجة من مراقبة الامتثال والنتائج، وأن تتخذ القرارات وتقوم بتعديل الأنشطة وفقًا لها.

خطوات الإعداد للانتشار

- ابدأ بوضع القياس الشامل في الاعتبار حيث يعد التفكير المتأني وتنظيم جهد الارتقاء أمور مهمة. وحدد القياس الشامل قبل الشروع في الإثبات حتى يكون النموذج الذي سيتم نشره قابل للإرتقاء للمستويات المطلوبة.

- إذا كانت هناك استطاعة في القيام بالقياس الشامل في مرة واحدة، فلا داعي لتأخير عملية الانتشار.

- إذا لم تكن هناك استطاعة في القيام بالقياس الشامل في مرة واحدة، فإن استخدام المنهج التسلسلي الموجي سيكون بديلا جيدًا.

- تأكد من أداء ذوي الخبرة الذين قاموا بإجراء التغييرات أدوار رئيسية في قيادة عملية الارتقاء.

- أنشئ ضغط أقران إيجابي من أجل التغيير.

- أعرب اهتمامًا للوجستيات لأن جهود الانتشار تتطلب وجود عوامل عديدة بحيث تتضافر تلك الجهود بشكل ناجح. ورغم هذا، فبسبب حدوث الكثير ذلك على المستوى المحلي فإن السماح بالرقابة المحلية والملائمة المحلية الواثقة هي أمور هامة من أجل النجاح.

- قم بتنمية القادة داخل النظام وفي مختلف مستويات الإدارة.

- انظر عن كثب لكل من العوامل المقيدة مثل توافر الموارد البشرية والعوامل المواتية مثل المنشآت والمعدات والأنظمة (مثل دمج الموارد وإعادة التصميم من أجل الكفاءة) والتي بمقدورها خدمة العديد من المرضى والمواقع في حال تطويرها كجزء من النموذج المبدئي.

- قم بأخذ العناصر الناجحة من المرحلة التجريبية ثم ادمجهم في إستراتيجية الانتشار.

- قم بوضع إطار عمل للانتشار، بمعني آخر، وضع النموذج الأقوى الذي أثبت نفسه خلال مرحلة الإثبات التي كان يتم تحسينه فها ثم احصل على الدعم والموافقة الواضحة من القادة الكبار المتعهدين بالانتشار.

- تأكد من أن محتوى الانتشار محدد بشكل واضح.

5.2 *إستراتيجيات الحفاظ على مكاسب التحسينات التعاونية*

بعد انتهاء التحسين التعاوني فمن الضروري التأكد من أن الإدارة مستمرة في دعم التغييرات وتعزيزها.

- ادمج أجزاء حزمة التغييرات (التنفيذ) "الجديدة أو المحسنة" الخاصة بالتحسينات التعاونية في سياسات تقديم الخدمة والمعايير الوطنية؛ وقم بترسيخ تلك الجوانب في تدريب العاملين بالصحة السابق للخدمة وفي تدريب الموظفين الحاليين أثناء الخدمة.

- ادمج مؤشرات الجودة في أنظمة الرقابة والإبلاغ الروتينية، وأضف رقابة الجودة للوظائف الإشرافية، وضع قدرة محلية للقيام بتحسين الجودة على مستوى المنشأة، ويشمل ذلك وضع هياكل تحسين جودة دائمة؛ عزز قدرة المقاطعة والمنشأة من حيث الإشراف ومراقبة الجودة وأنشطة تحسين الجودة.
- استخدم الحوافز لتشجيع مزودي الرعاية الصحية على القيام بتحسين الجودة وتحسين الامتثال مع المعايير.
- اجمع المزيد من أصحاب المصلحة من أجل المشاركة في مبادرات الجودة.
- عزز من تنمية مجتمع دائم للممارسة المتسمة بالجودة في المناطق الفنية للتحسينات التعاونية (بما فيها وزارة الصحة والمجموعات المهنية ومؤسسات التدريب لما قبل الخدمة والهيئات الصحية في الإقليم والمقاطعة والمنظمات غير الحكومية ومديري المنشأة وأصحاب المهنة).

5.3 *تكاليف التحسين التعاوني*

ينبغي أثناء التخطيط للتحسين التعاوني أخذ العناصر أو العوامل التالية بعين الاعتبار:

- توفير تكاليف التدريب الخاصة بالمدربين وتدريب الموظفين الآخرين كما هو مطلوب
- عقد اجتماعات وإداراتها
- النقل الخاص بالزيارات التدريبية.
- جلسات التعلم: النقل ومكان عقد الجلسة والإقامة والمرطبات وبدلات الإعاشة اليومية والأدوات المكتبية والنسخ الضوئي

5.4 *الشروط المسبقة للازمة للتعاون في العمل*

يجب استيفاء بعض الشروط المسبقة لنجاح التحسين التعاوني أو حتى يكون بمثابة الإستراتيجية الصحيحة في العمل من أجل تحسين الجودة في منطقة ما. تتضمن تلك الشروط:

- الدعم/القيادة التنظيمية لإجراء جهود التحسين.
- توفر مواقع مختلفة ومستعدة للعمل معًا في حل مشكلة مشتركة ومشاركة الأفكار.
- وجود بعض الممارسات المبنية على الأدلة لمعالجة المشكلات التي قد يستفيد منها التحسين التعاوني

6 الملحقات

ملحق I. قائمة المؤشرات

مؤشرات البنية

البنية	المقياس
البنية التحتية	
توافر المياه الآمنة والمستمرة عيادات مزودة بدورة مياه للاستخدام من قبل المرضى وتعمل في حالة جيدة	% من العيادات المزودة بخدمات المياه (في منطقة/ عامة أو خاصة/حضرية أو ريفية) % في منطقة محددة
توافر الكهرباء بدون انقطاع عيادات مزودة بمولد كهربائي احتياطي	% من العيادات مزود بخدمات الكهرباء (في منطقة/ عامة أو خاصة/حضرية أو ريفية) % في منطقة محددة
توافر بنية تحتية للاتصالات - هواتف - آلات فاكس - جهاز إرسال واستقبال لاسلكي - بريد إلكتروني	% من العيادات مزودة ببنية تحتية للاتصالات (في منطقة/ عامة أو خاصة/حضرية أو ريفية)
زمن الاستجابة للطوارئ في أقسام الطوارئ بالعيادة	أقل من ساعة واحدة، من ساعة إلى ساعتين، أكثر من ساعتين
حالة كل من: - سطح المبنى - الأرضية - النظام الكهربائي - السباكة - صيانة الحدائق - الأمن - سلامة المبنى - نظافة المبني/الغرف	نظام التقييم: (على سبيل المثال: إذا كانت الحالة مناسبة تتلقى منشأة الرعاية الصحية نقطة واحدة، ولا توجد نقاط إذا كانت هناك مشكلة)

البنية	المقياس
المعدات والإمدادات	
المعدات الأساسية - موازين للرضع - مقياس الحرارة - سماعات - مقياس ضغط الدم - أشرطة القياس - موازين للبالغين	% من المعدات موجودة، 80% هي النسبة القياسية % من العيادات يتوفر بها 50% أو أكثر من الأدوات المذكورة، <50% نظام النقاط
معدات متطورة - موصدة - منبذة - مجهر - جهاز قياس سكر الدم	% من المعدات موجودة % من العيادات يتوفر بها 50% أو أكثر من الأدوات المذكورة، <50% نظام النقاط
الإمدادات الأساسية - محقنة - إبر - حاويات بول/براز - Urstrix - عصائب - مقصات	% من المعدات موجودة، 80% هي النسبة القياسية % من العيادات يتوفر بها 50% أو أكثر من الأدوات المذكورة، <50% نظام النقاط
الإمدادات الخاصة بالولادة - بياضات كتانية - مستخرجات مخاط - فيتامين ك/نترات الفضة - مستلزمات التشخيص (إمدادات للفحص الداخلي) - سماعة الأجنة	% من المعدات موجودة % من العيادات يتوفر بها 50% أو أكثر من الأدوات المذكورة، <50% نظام النقاط
توافر الأسرة في المستشفى	
المستحضرات الدوائية - توافر الأدوية الموصوفة طبيًا - تقسيم العقاقير الأساسية المستخدمة والتي تم اختبار فاعليتها (على المستوى القومي)	في منطقة محددة، لفئة سكانية محددة (بنسبة % مع إمكانية الوصول) % لكل منشأة رعاية صحية

مؤشرات العمليات

الجوانب الفنية	القياس/الوصف
رعاية المريض الإجمالية	وفقًا لما جاء في التقرير، الاستقصاء، المقابلة أو وفقًا لما تم ملاحظته في منشآت الرعاية الصحية، أو في السجلات الطبية أو الإدارية
العناية بالمرضى ومعالجتهم بشكل جيد	
الفحص السريري السليم	
صرف الأدوية	
الوصف الطبي المناسب	
القيام بعمليات تشخيص سليمة	
استخدام معدات التشخيص	
المتابعة والاستمرارية والمراقبة للمريض أثناء إقامته	
إعطاء الحقن	
استجواب المريض	
سرعة صرف الأدوية	
الإقرار بقدرات المرء	
إعطاء النصيحة (كيفية تناول الأدوية)	
الرعاية الملائمة (العصائب والحقن)	
الفحوصات البدنية والربو وسرطان عنق الرحم وفيروس العوز المناعي البشري والزهري وتصوير الثدي الشعاعي وسرطان الثدي ولطاخة بابانيكولاو والفحص البدني للثدي وكوليستيرول الدم	
الاستشارة الوقائية التدخين والنظام الغذائي/الوزن وممارسة التمارين والكحول/المخدرات والكالسيوم والعنف الأسري والعدوى المنقولة جنسيًا	
الرعاية السابقة للولادة الملائمة	
المعدل المناسب من اللقاحات	
الأداء وفقًا للمعايير	
الجوانب السلوكية والشخصية	
الاستقبال الإجمالي للمرضى	وفقًا لما جاء في التقرير، الاستقصاء، المقابلة أو وفقًا لما تم ملاحظته في منشآت الرعاية الصحية، أو في تقارير تقييم الطبيب/مزود الخدمة
التعاطف والدعم	
الدخول إلى الطبيب فور الوصول	
الاهتمام والانتباه	
التعامل بلطف وأدب واحترام	
مدة الانتظار	
تكريس الجهود والرغبة في تقديم الخدمة والنزول عند رغبة المريض	
التواصل يقوم الطبيب بتوضيح الأمور يقوم الطبيب بالإصغاء إلى المريض يتم قضاء الوقت الكافي مع المريض	

مؤشرات النتيجة

النتيجة	القياس/الوصف
الشفاء والعلاج	% من المرضى يعالجون لكل عيادة رعاية صحية أولية
الشفاء السريع والعلاج السريع	% من المرضى يعالجون لكل عيادة رعاية صحية أولية
الوفيات الرضع الأطفال البالغين	المعدل بالنسبة لكل كتلة سكانية تم تقديم الخدمات لها بواسطة عيادة رعاية صحية أولية
المراضة	المعدل بالنسبة لكل كتلة سكانية تم تقديم الخدمات لها بواسطة عيادة رعاية صحية أولية
رضا المستهلك	
المرضى يشعرون بالرضا لما تم في الزيارة الخاصة بالرعاية الصحية الأولية - إظهار اهتمام على المستوي الشخصي للمريض والمشاكل الطبية - تم الإجابة على أسئلة المريض وتم فهم الإجابات - دقة الفحص المعالج - الأطباء على علم بما حدث لك في الزيارات الأخرى - توضيح الإجراءات الطبية والاختبارات - قضاء فترة زمنية مناسبة أثناء زيارة الرعاية الصحية الأولية - الرضا الكلي عن الرعاية	وفقًا لما جاء في التقرير، الاستقصاء، المقابلة في عيادة الرعاية الصحية الأولية
شعور كبير بالرضا من المرضى تجاه الموظفين: - الأطباء - الممرضات - الإدارة - موظفو الرعاية الصحية الآخرين	وفقًا لما جاء في التقرير، الاستقصاء، المقابلة في عيادة الرعاية الصحية الأولية
الاستمرارية المطولة في - الوصول إلى مكان الرعاية طوال الوقت - الوصول إلى مزود خدمة منتظم طوال الوقت	- % من المرضى الذين استمروا مع نفس المكان/مزود الخدمات لأكثر من سنتين - متوسط عدد السنوات التي قضاها المرضى مع المكان/مزود الخدمة

المصادر: (رومير ومونتويا-أجويلار، 1988)
(فايزمان وآخرون، 2001)
(سايد وآخرون، 2001)
(حداد وآخرون، 1998)
(أنديرسون وآخرون 2002)

الملحق II. مشروع تحسين الرعاية الصحية السابقة للولادة - المؤشرات المستخدمة لتحسين استخدام خدمات الرعاية السابقة للولادة وجودتها

المقاطعة: _____ اسم منشأة الرعاية الصحية الأولية: _____ السنة _____

	المؤشرات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
أ	**تغطية الرعاية الصحية السابقة للولادة**												
i	*العدد المقدر للنساء الحوامل في منطقة الخدمة الطبية**												
1	العدد الحاضر في الرعاية السابقة للولادة لزيارة واحدة لكل شهر (= عملاء الرعاية السابقة للولادة الجدد في شهر)												
2	العدد الذي أكمل على الأقل 4 زيارات رعاية سابقة للولادة في الشهر												
3	عدد المسجلين < 16 أسبوع في الشهر												
ب	**الولادة**												
ii	*عدد عمليات الولادة المتوقعة في منطقة الخدمة الطبية في الشهر**												
4	عدد عمليات الولادة بالمنشأة في شهر												
ج	**الرعاية الوقائية**												
iii	*العدد الإجمالي لزيارات الرعاية السابقة للولادة بالمنشأة في شهر (=الزيارة الجديدة + الزيارات المتكررة)*												
5	عدد قراءات ضغط الدم الموثقة/الشهر												
6	عدد الحالات ذات مستوى هيموغلوبين موثقة في الشهر												
7	عدد متلقي مكملات الحديد لمدة 3 أشهر لكل شهر												
8	عدد متلقي مكملات الفولات لمدة 3 أشهر لكل شهر												
9	عدد فحوصات الدم (بما فيها عامل ريسس) الموثقة لكل شهر												
Iv	*إجمالي عدد زيارات الرعاية السابقة للولادة خلال الثلاث أشهر الأخيرة من الحمل (>= 28 أسبوع) لكل شهر*												
11	عدد زيارات الرعاية السابقة للولادة خلال الثلاث أشهر الأخيرة من الحمل للحماية ضد التكزز (الجرعة الثانية من ذوفان الكزاز على الأقل) لكل شهر												
12	عدد زيارات الرعاية السابقة للولادة خلال الثلاث أشهر الأخيرة التي تتلقى جرعة ثانية من العلاج الوقائي المتقطع (أو أكثر) لكل شهر												
هـ	**استشارة السيدات الحوامل**												
.v	العدد الإجمالي لزيارات الرعاية السابقة للولادة في المنشأة لكل شهر (=الزيارة الجديدة + الزيارات المتكررة)												
16	عدد الذين تلقوا المشورة بشأن خطة الولادة												
17	عدد الذين تلقوا المشورة بشأن علامات الخطورة في الحمل												
18	عدد الذين تلقوا المشورة بشأن المباعدة بين الولادات												
و	**الروابط المجتمعية**												
19	عدد زيارات التوعية التي أجرتها منشأة صحية من أجل المجتمع والتي تشمل الرعاية السابقة للولادة (الإجمالي الشهري)												
20	عدد السيدات الحوامل التي تم إحالتهن إلى منشأة صحية من قبل ممثلي المجتمع (على سبيل المثال من قبل عاملين في صحة المجتمع أو القابلات التقليديات)												

*يجب توفر البيانات من خلال مكتب إدارة المقاطعة أو منسق تحسين الجودة بالإقليم/المقاطعة. مصدر البيانات: سجلات الرعاية السابقة للولادة (ANCR) وسجلات الأمومة (MATR) وسجلات المرض والوفاة بالعراق 711 و105 وغيرها

أعضاء فريق تحسين الجودة:

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الاسم: _____ الوظيفة: _____

الملحق III. الاختصاصات: مجموعة عمل - تحسين الجودة

العضوية: ينصب تركيز مجموعة العمل المُشكّلة على تحسين الجودة تتكون من أفراد ملتزمين بتحسين جودة الرعاية ويمثلون النقاط الفنية والمستويات التنظيمية التالية:

- متخصص رعاية صحية أولية،
- صحة الأمومة والطفولة،
- إدارة الأمراض غير السارية
- ممثلين عن المستويات المركزية والإقليمية والعيادات

المهام: عقدت مجموعة العمل لتحسين الجودة اجتماعًا لدعم مشروع الرعاية الصحية الأولية في إطار مساعدة وزارة الصحة على القيام المهام التالية. وتساهم تلك المهام في التحسين الكلي للرعاية السريرية في عيادات الرعاية الصحية الأولية بجميع أنحاء العراق بواسطة:

- تطوير السياسات والإجراءات واختبارها لوضع معايير وطنية للرعاية الصحية الأولي التي تصف العملية المستخدمة في تأسيس عملية تطوير واستعراض ومراجعة/تحديث واعتماد ونشر بروتوكولات الرعاية الصحية الأولية والأدوات ذات الصلة (بمعنى آخر، المناهج التدريبية ومساعدات العمل ومواد الاتصال لتغيير السلوك وغيرها).

- وضع دليل لمعايير الجودة والإرشادات التشغيلية فيما يخص تقديم الخدمات السريرية في عيادات الرعاية الأولية عن طريق: أ) إنهاء ما تم عمله من بروتوكولات المعالجة الحالية، ب) الاتفاق على نموذج للبروتوكولات الجديد/الحالية، ج)إعطاء الأولويات للمعايير، د) تحديث/مراجعة 20 من تلك المعايير. بالإضافة إلى المعايير السريرية فإن الموضوعات الأخرى تشمل: تحسين الجودة والإشراف الداعم وإحالات المرضى. لاحظ أن هذا العمل سوف يتم تحت قيادة وزارة الصحة والتي تعمل على تنمية قدرتها من أجل الاستمرار في أداء هذا العمل بشكل مستقل.

- وضع إشراف/برنامج تحسين جودة ممتد للرعاية الصحية الأولية والذي سوف يتضمن سياسات ومناهج/نماذج جديدة لتحسين الجودة ومواد تدريبية ومساعدات عمل وأدوات رقابة وإبلاغ من أجل تنفيذ أفضل الممارسات المعترف بها دوليًا والقدرة على سهولة تطبيقها لتحسين ممارسات الإدارة والممارسات السريرية وممارسات المشاركة المجتمعية في أماكن الرعاية الأولية المشغولة.

- زيادة السعة الخاصة بتنمية وتدريب الموارد البشرية بوزارة الصحة من خلال تنفيذ برنامج التدريب على الرعاية الصحية الأولية أثناء تقديم الخدمة والذي يشمل مناهج ومواد تدريبية ومعدات ومساعدات عمل ومراجع مهنية (كتب، مجلات) ووسائل تقنية المعلومات وغيرها.

- وضع أجندة بحث لتعزيز الرعاية الصحية الأولية في العراق والإشراف على إجراء 3 دراسات على الأقل من أجل تقييم مدى فعالية النماذج المبتكرة الخاصة بتقديم خدمة الرعاية الأولية في العراق و3 دراسات من أجل تقييم مدى فعالية أنشطة تحسين الجودة.

الملحق IV. توثيق تحسين الجودة في مركز الرعاية الصحية الأولية

اسم مركز الرعاية الصحية الأولية: _____ المقاطعة _____ مديرية الصحة _____

غرض التحسين الأول	**المؤشرات** • **ادخل الأول** • **ادخل الثاني** • **ادخل الثالث**	
الجزء أ. التقييم الموقفي		
وصف المشكلة: قدم وصفًا موجزًا للمشكلة التي يجرى معالجتها والفجوات بين الموقف الحالي وغرض التحسين.		
تحليل العملية (رسم تخطيطي لسير الأعمال)*: ما هي الخطوات التي تمثل معضلة في عملية الرعاية؟ ارسم خطوات العملية – على سبيل المثال ما هي الخطوات التي تتخذها سيدة حامل عندما تأتي في أول زيارة لها للرعاية السابقة للولادة (التسجيل، الزيارة برفقة ممرضة، الذهاب للمختبر لتحديد ما إذا كانت حامل أم لا، الذهاب إلى الطبيب للفحص، استشارة الممرضة من أجل الحقن، الذهاب إلى الصيدلية لأخذ الفيتامين ومكملات الحديد، الذهاب إلى موظف الاستقبال لتحديد موعد زيارة العودة). *يعتبر الرسم التخطيطي لسير الأعمال أحد الأدوات الأساسية المستخدمة في التحسين والذي يقدم صورة مرئية عن العملية التي يتم دراستها. الرسم التخطيطي لسير الأعمال (يسمى أيضًا المخطط الانسيابي) عبارة عن عرض بياني لسلسلة من الأنشطة التي يتم من خلالها تحديد عملية ما. انظر المثال في الملحق IV.		

الجزء ب: استمارة عمل التغييرات: في الجدول أدناه، يُرجى تحديد جميع التغييرات التي سوف يقوم فريق تحسين الجودة في مركز الرعاية الصحية الأولية بتقديمها: (خطة العمل)

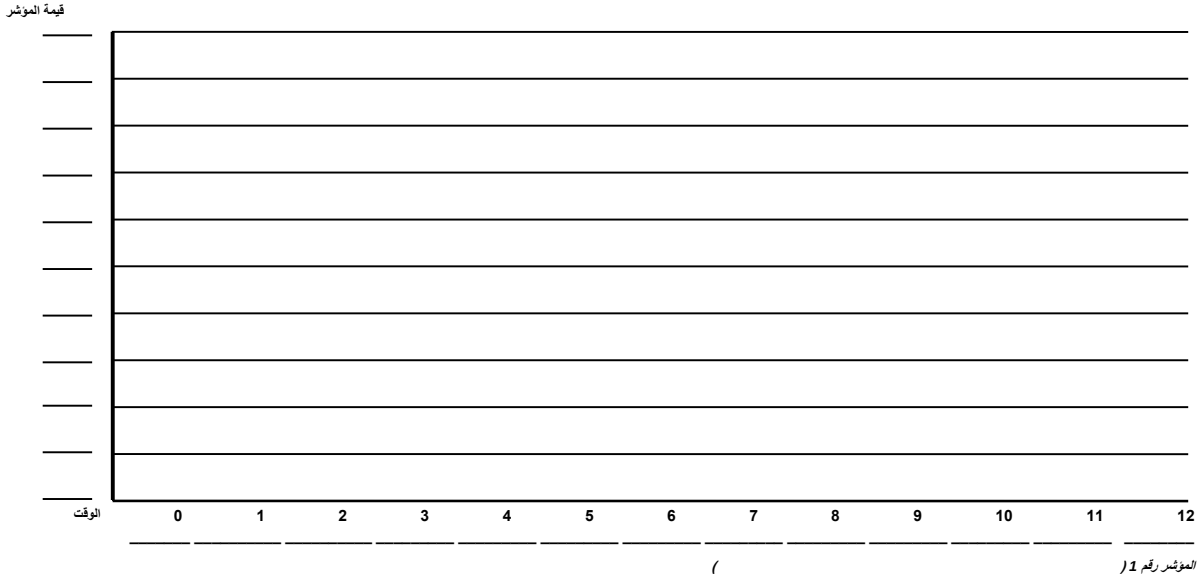
التغييرات التي تم اختبارها: استخدم جملة أو جملتين لوصف التغيير الخاص الذي يتم اختباره من قبل فريق تحسين الجودة بشكل مختصر.	**تاريخ البدء المخطط:**	**تاريخ الانتهاء** (إن أمكن)	**الشخص المسؤول**	**التعليقات:** اذكر هنا أيّ **دليل** يبرهن على حدوث التغيير؛ والأسباب المحتملة عن كون التغيير فعالا أو غير فعال مثل العوائق الرئيسية أو العوامل التمكينية الهامة.

الجزء ج: رسم بياني: قدم وصفًا عن المؤشرات التي استخدمتها بما فيها قيم البسط والمقام. دون ملاحظاتك على الرسم البياني بناءً على الوقت الذي تم فيه تقديم أو إنهاء التغيير. يمكنك استخدام رقم التغيير (من الجدول أعلاه) لتدوين الملاحظات.

اسم المؤشر:

تحديد البسط:

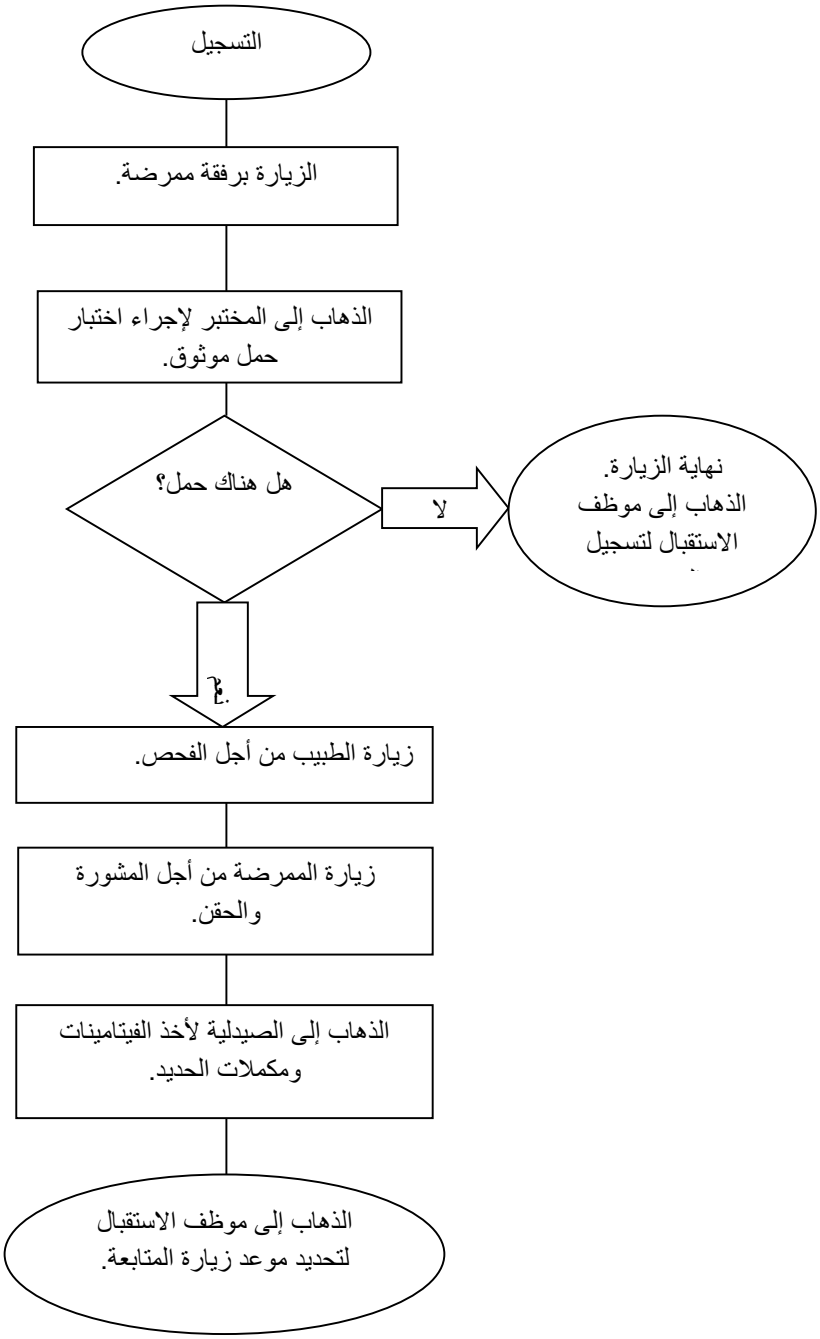
تحديد المقام:



البسط									
المقام									
%									

الملحق V: مثال على الرسم التخطيطي لسير الأعمال

الخطوات التي تتخذها السيدة الحامل عند زيارتها الأولي بشأن الرعاية السابقة للولادة



7. المراجع

1. بورنستين تي. Quality Improvement and Performance Improvement: Different means to the same end? QA Brief, الجزء. التاسع. رقم 1، ربيع 2001. من الصفحة 4 إلى 12.

2. كاتسامباس تي تي، فرانكو إلى إم، جوتمان إم، نيبيل إي، هيل بي، و لين واي-إس 2008. Evaluating Health Care Collaboratives: The Experience of the Quality Assurance Project. Collaborative Evaluation Series. تم نشره بواسطة مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1058.

3. ديك إس، جاودريولت إس، وشاكير إف.2012 Implementing a gap analysis framework to improve quality of Care for Your Patients. Case Study: Improving Care for Patients on ART. تم نشره بواسطة مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1504.

4. ديك إس وهيلتيبيتيل إس 2009. Designing your own improvement project. تم نشره بواسطة مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1171.

5. فرانكو إل إم ماركيز، كي إيثير، زيد بالسارا ودبليو أيزينهور. 2009. Results of Collaborative Improvement: Effects on Health Outcomes and Compliance with Evidence-based Standards in 27 Applications in 12 Countries. Collaborative Evaluation Series. تم نشره بواسطة مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1397.

6. معهد تحسين العناية الصحية. 2003. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. Innovation Series. Cambridge, MA: معهد تحسين العناية الصحية. متاح عبر: http://www.ihi.org/IHI/Results/WhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchieving+BreakthroughImprovement.htm.

7. مسعود إم آر، دونوهوي كي إل، وماك كانون سي جي. 2010. Options for large-scale spread of simple, high impact interventions. Technical Report. تم نشره بواسطة مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. Bethesda, MD: University Research Co. LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1650.

8. مسعود إم آر، نيلسين جي إيه، نولان كيه، سكال إم دبليو، سيفين سي. 2006. A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: معهد تحسين العناية الصحية. متاح عبر: www.IHI.org/IHI/Results/WhitePapers/AFrameworkforSpreadWhitePaper.htm.

9. توفيق ي، وسيجال إم، ونيكوتشيا إي، وجاكوبس تي 2010. Finding Common Ground: Harmonizing the Application of Different Quality Improvement Models in Maternal, Newborn, and Child Health Programs. Technical Report. تم نشره بواسطة مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

10. مشروع تحسين الرعاية الصحية التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. 2008. The Improvement Collaborative: An Approach to Rapidly Improve Health Care and Scale Up Quality Services. تم نشره بواسطة مشروع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية لتحسين الرعاية الصحية. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1057

11. Collaboratives for Quality Improvement in Healthcare. 2007. نشر بواسطة مشروع ضمان الجودة. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1049.

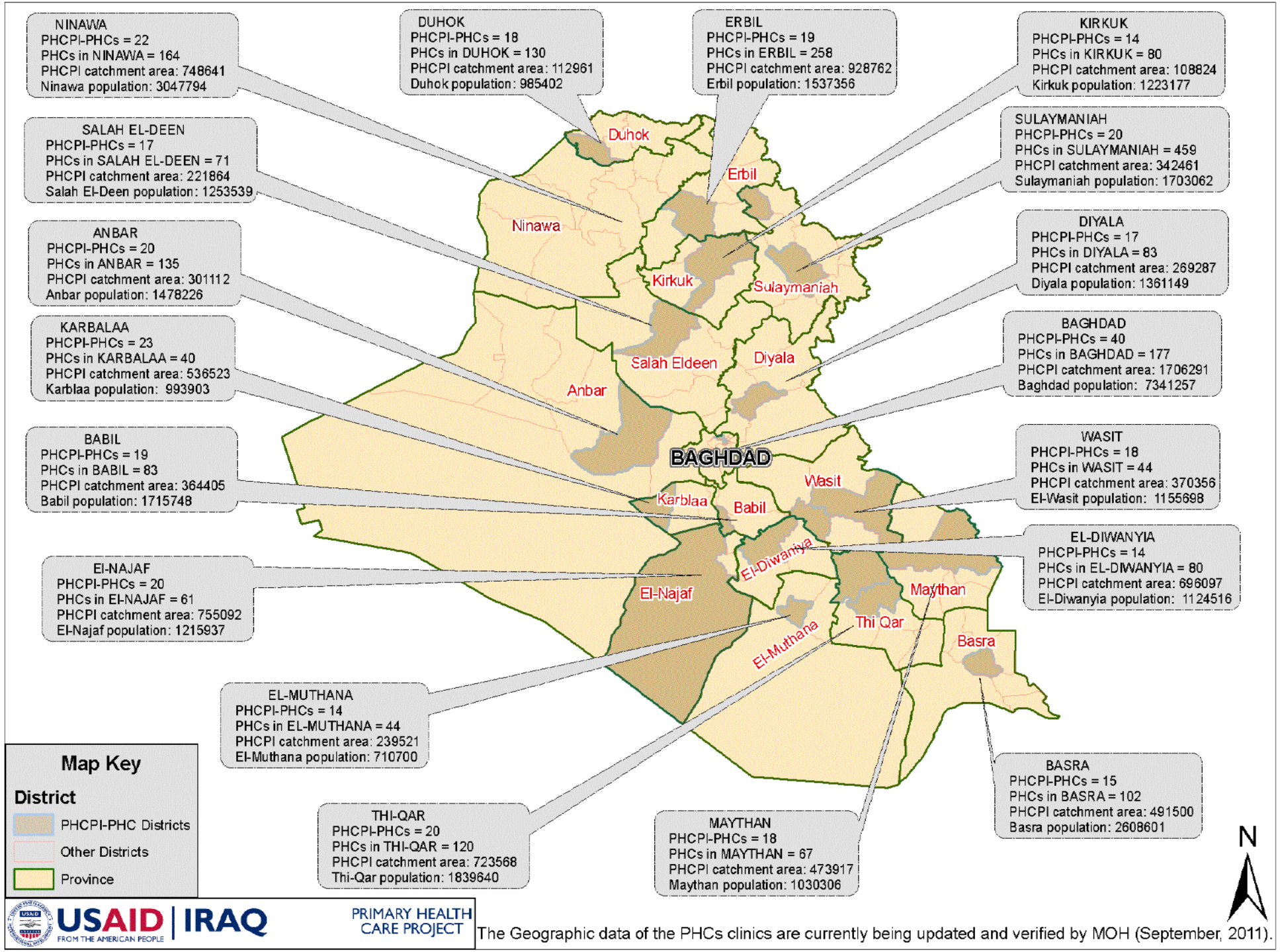
12. Coaching and Team-building. غير مؤرخ. نشر بواسطة مشروع ضمان الجودة. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1089.

13. Quality Improvement in Health Care. غير مؤرخ. نشر بواسطة مشروع ضمان الجودة. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC). متاح عبر: http://www.hciproject.org/node/1087.

أسماء اللجان المشاركة في اعداد دليل العمل (البرنامج المطور لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية)

- **د. رعد احمد سعيد / دائرة صحة الانبار.**
- **د. ناظم نايف سالم / دائرة صحة الانبار.**
- **د. نغم حسين عبد علي/ دائرة صحة ديالى.**
- **د. ماهر صالح هادي/ دائرة صحة ديالى.**
- **د. حيدر ابراهيم خليل / دائرة صحة كربلاء .**
- **د . صاحب عبد الرضا سعيد / دائرة صحة كربلاء.**
- **د . عبد الرسول نور سوادي / دائرة صحة بابل .**
- **د. حسين كاظم عبود / دائرة صحة بابل.**
- **د. محمد علي عبد الحسين / دائرة صحة واسط.**
- **د. علي مجيد علي/ دائرة صحة واسط.**
- **د .عمار جليل صباحي/ دائرة صحة بغداد – الكرخ.**
- **د. رعد جليل شاكر/ دائرة صحة بغداد – الكرخ.**
- **د. ميادة عبد الوهاب سبع / دائرة صحة بغداد – الرصافة.**
- **د. يوسف توفيق / مشروع الرعاية الصحية الاولية.**

PHCPI-PHCs population mapped to IRAQ population



USAID | IRAQ
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PRIMARY HEALTH CARE PROJECT

The Geographic data of the PHCs clinics are currently being updated and verified by MOH (September, 2011).

U.S. Agency for International Development
Primary Health Care Project In Iraq
http://phciraq.org/
www.usaid.gov