

ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شدید بارداری و زایمان

بهمن ۹۵

اداره سلامت مادران

دکتر مهران دخت عابدینی

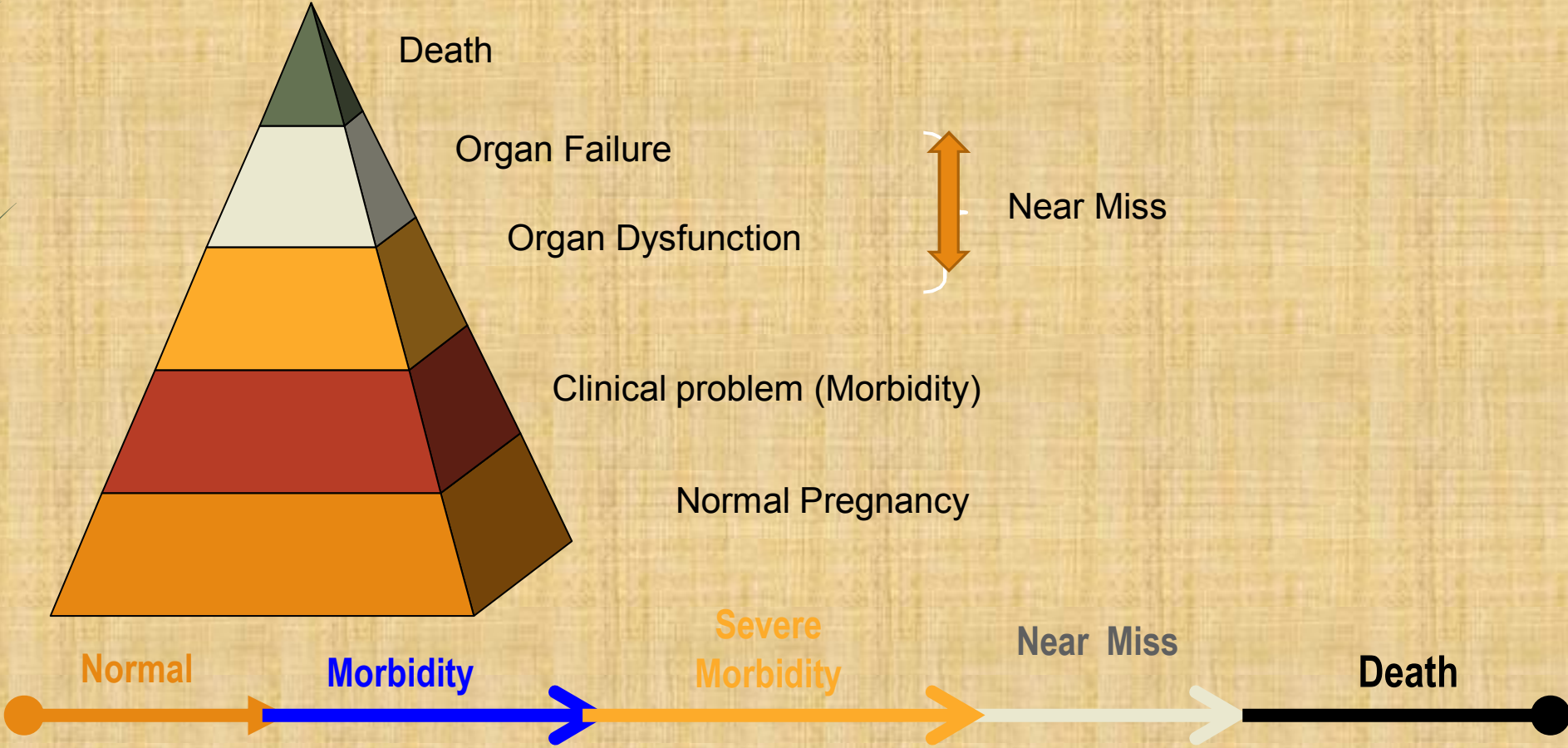
اهمیت برنامه

رویکرد “مادران نزدیک به مرگ”

تعریف مادران نزدیک به مرگ

- به عوارض شدید دوران بارداری، زایمان و یا تا ۴۲ روز پس از زایمان که مادر را تا پای مرگ برده ولی از آن موربیدیتی یا عارضه نجات یافته اطلاق می شود.
- در عمل به زنانی گفته می شود که از عوامل تهدید کننده حیات (بعنوان مثال نارسائی ارگان)، جان به در برده اند.

Morbidity > Near-miss > Mortality



Mantel et al
BJOG 1998

اهمیت بررسی موارد near miss

- ▶ دستیابی به اهداف توسعه جهانی در راستای کاهش مرگ مادران با سرعت کمی پیش می‌رود.
- ▶ به دلیل کم بودن تعداد نمونه های مرگ مادری در هر منطقه تدوین مداخلات مناسب امکان پذیر نیست.
- ▶ در دهه اخیر به دلیل تاثیر زیادی که مفهوم near miss بر میزان مرگ و میر مادر دارد روز به روز مهمتر تلقی شده و بر آن تاکید می‌گردد.
- ▶ فراوانی این وضعیت بیش از موارد مرگ مادر بوده و مطالعه و ارزیابی این پیامدها میتواند به درک عمیقتر عوامل تعیین کننده مرگ مادر کمک نماید.

ایجاد رویکرد مادران نزدیک به مرگ

➤ به دلیل تشابه فاکتورهای محیطی و پاتولوژیک موثر در موربیدیتی، استفاده از داده های جمع آوری شده در مورد مادران نزدیک به مرگ می تواند به عنوان یک مکانیسم برای تشخیص مشکلات سیستم درمانی و مراقبت های بهداشتی مادران به کار گرفته شود.

جمع‌آوری اطلاعات
عوارض شدید بارداری و
زایمان به طور آنلاین

بررسی اطلاعات در
کمیته‌های مورتالیتی و
موربیدیتی بیمارستانها

طراحی مداخلات در
سطوح مختلف

مزایای استقرار رویکرد مادران نزدیک به مرگ

- ▶ امکان ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی
- ▶ امکان مقایسه اطلاعات در سطوح و زمانهای مختلف و حتی کشورهای مختلف را ایجاد می‌کند.
- ▶ ثبت تمام شرایط تهدید کننده حیات در هر دو مورد مرگ مادران و "مادران نزدیک به مرگ"
- ▶ تعیین الگویی مورد نیاز برای جلب حمایت های ویژه مورد نیاز در زنان با عوارض شدید در بیمارستان

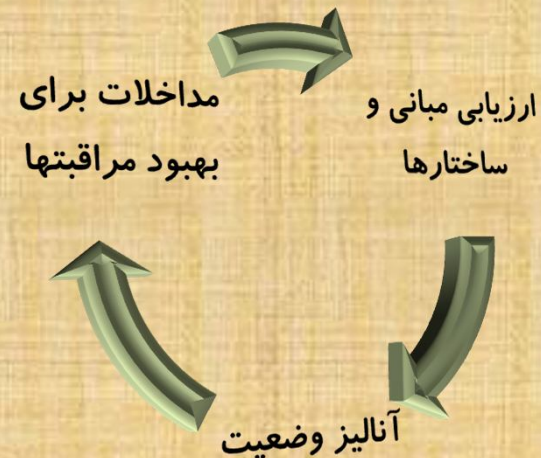
مزایای استقرار رویکرد مادران نزدیک به مرگ

نتایج این بررسی ها شامل شیوع و الگوی مرگ و نزدیک به مرگ در منطقه، ضعفها و قوتها در سیستم ارجاع و استفاده از مداخلات کلینیکی و ... می باشد.

تاکید بر لزوم استفاده از گایدلاینها و ضرورت تدوین پروتکل مخصوص هر بیمارستان

رویکرد سه مرحله ای مادران نزدیک به مرگ


سازمان جهانی بهداشت برای کاهش موارد " مادران نزدیک به مرگ " پیشنهاد می کند دارای یک چرخه سه مرحله ای می باشد:



ارزیابی مبانی و ساختارها

آنالیز وضعیت

تدوین و اجرای مداخلات برای بهبود ارائه خدمت



شاخصهای فرآیندی شناسایی خلاء بین مداخلات ضروری و مداخلات انجام یافته در پیشگیری و مدیریت و کنترل موربیدیتی های شدید مادری را نشان می دهد و استانداردهای لازم را برای نحوه مدیریت، شیوه نظارت و روش استقرار انواع مداخلات حیاتی ارائه میدهد.

مثال آنتی بیوتیک پرو فیلاکسی

معیارهای ورود به برنامه

خصوصیاتی که بیمار را در دسته
مادران نزدیک به مرگ قرار می دهد

بر اساس علت

۱. خونریزی شدید پس از زایمان
۲. پره اکلامپسی شدید،
۳. اکلامپسی
۴. سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید
۵. پارگی رحم

خونریزی پس از زایمان

تعریف

خونریزی واژینال بعد از زایمان با حداقل یکی از موارد؛ خونریزی غیرطبیعی به میزان ۱۰۰۰ سی سی یا بیشتر یا هر میزان خونریزی با افت فشارخون یا نیاز به انتقال خون

پیشگیری

برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان همزمان با خروج سر نوزاد باید برای همه زنان ۱۰ واحد اکسی توسین استفاده شود.

مراقبت استاندارد

همه زنان پس از زایمان باید داروهای یوتروتونیک دریافت کنند.

شاخص های فرایندی

تعداد زنانی که تک دز اکسی توسین را برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان دریافت می کنند تقسیم بر زنان زایمان کرده (سزارین یا زایمان طبیعی)

تعداد زنانی که داروهای یوتروتونیک را برای درمان خونریزی پس از زایمان دریافت می کنند تقسیم بر زنانی که خونریزی پس از زایمان داشته اند.

پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی

➤ تعریف پره اکلامپسی شدید

فشار خون سیستولیک مداوم بیش از ۱۶۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و یا فشار خون دیاستولیک ۱۱۰ میلی متر جیوه. پروتئینوری ۵ گرم یا بیشتر در ۲۴ ساعت. الیگوری کمتر از ۴۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت. و سندرم HELLP و یا ادم ریوی.

➤ اکلامپسی: تشنج در یک بیمار بدون سابقه صرع. کما در پره اکلامپسی

➤ پیشگیری

➤ مراقبت استاندارد

➤ همه زنان با اکلامپسی باید سولفات منیزیوم دریافت کنند.

➤ شاخص های فرایندی

➤ تعداد زنان مبتلا به اکلامپسی که سولفات دریافت کرده اند نسبت به زنانی که مبتلا به اکلامپسی بوده اند.

عفونت شدید سیستمیک و یا سپسیس

تعریف

وجود تب (درجه حرارت بدن بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گراد)، عفونت تایید شده یا مشکوک به عفونت (به عنوان مثال کوریوآمنیونیت، سقط عفونی، اندومتريت، پنومونی) و حداقل یکی از موارد ضربان قلب بیش از ۹۰، تعداد تنفس کمتر از ۲۰، لکوپنی (کاهش گلبولهای سفید خون کمتر از ۴۰۰۰)، لکوسیتوز (گلبول های سفید بیش از ۱۲۰۰۰)

پیشگیری

همه زنانی که سزارین می‌شوند باید آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کنند

مراقبت استاندارد

همه زنان مبتلا به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس باید آنتی بیوتیک داخل وریدی دریافت کنند.

شاخص های فرایندی

تعداد زنانی که سزارین داشته و آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کرده اند تقسیم بر کل زنانی که سزارین شده اند.

تعداد زنان مبتلا به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس که آنتی بیوتیک داخل وریدی دریافت کرده اند تقسیم بر کل زنان مبتلا شده به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس

▶ پارگی رحم

پارگی رحم در حین لیبر که با لاپاراتومی به تایید رسیده باشد.

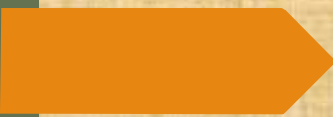
▶ پره ترم لیبر

▶ مراقبت استاندارد: همه زنانی که زایمان پره ترم دارند باید برای بلوغ ریه جنین کورتیکوستروئید دریافت کنند.

▶ شاخص فرایندی: تعداد زنانی که زایمان پره ترم دارند و کورتیکوستروئید دریافت کرده اند تقسیم بر کل زنانی که زایمان پره ترم دارند.

بر اساس

مداخلات حیاتی یا استفاده از بخش
مراقبت‌های ویژه (ICU)



پذیرش در بخش مراقبتهای ویژه (ICU) ➤

مداخلات رادیولوژی ➤

لاپاراتومی (مانند هیستریکتومی و به جز سزارین) ➤

استفاده از فرآوردههای خونی ➤



بر اساس

شرایط تهدیدکننده حیات در
"مادران نزدیک به مرگ"

اختلال قلبی عروقی

▶ شوک

▶ ایست قلبی (عدم وجود نبض / ضربان قلب و از دست دادن هوشیاری)،

▶ استفاده مستمر از داروهای وازواکتیو

▶ احیای قلبی و عروقی

▶ اسیدوز شدید (PH کمتر از ۷,۱)، کاهش شدید خونرسانی (لاکتات بیشتر از ۵ میلی مول در لیتر و یا بیشتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر)

اختلال عملکرد تنفسی

- ▶ سیانوز حاد
- ▶ نفس نفس زدن
- ▶ تاکی پنه شدید (بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه)
- ▶ برادی پنه شدید (کمتر از ۶ تنفس در دقیقه)
- ▶ لوله گذاری و ونتیلاسیون غیر مرتبط به بیهوشی
- ▶ هیپوکسی شدید (اشباع اکسیژن O_2 Saturation کمتر از ۹۰ درصد به مدت مدت ۶۰ دقیقه و یا PAO_2/FiO_2 کمتر از ۲۰۰)

اختلالات کلیوی

- ▶ الیگوری که به دیورتیک و یا مایع درمانی پاسخ نمیدهد.
- ▶ دیالیز برای نارسائی حاد کلیه
- ▶ از تمی حاد و شدید (کراتینین مساوی یا بیشتر از ۳۰۰ میکرومول بر میلی گرم و یا مساوی یا بیشتر از ۳,۵ میلیگرم بر دسی لیتر)

اختلالات خونی و انعقادی

- ▶ اختلال در تشکیل لخته (clot formation)،
- ▶ تزیق خون با حجم زیاد (از خون و یا گلبول قرمز (مساوی یا بیشتر از ۵ واحد)
- ▶ ترومبوسیتوپنی شدید حاد (پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰ در میلی لیتر)

اختلالات عملکرد کبدی

زردی در حضور پره اکلامپسی

زردی شدید و حاد (بیلی روبین بیشتر از ۱۰۰ میکرومول در لیتر و یا بیش از ۶,۰ میلی گرم در دسی لیتر)

اختلال عملکرد مغز و اعصاب

بیهوشی طولانی مدت (مساوی یا بیش از ۱۲ ساعت)

کما (از جمله کمای متابولیک)

سکته مغزی

صرع غیر قابل کنترل (status epilepticus)

فلج کامل

اختلال عملکرد رحم

هیسترکتومی بدلیل خونریزی و یا عفونت پیشرونده رحمی



نحوه اجرای برنامه

ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها در عوارض شدید بارداری و زایمان

رویکرد مادران نزدیک به مرگ

برگرفته از متون سازمان جهانی بهداشت

ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها در عوارض شدید بارداری و زایمان | رویکرد مادران نزدیک به مرگ

Evaluating the quality of care
for severe pregnancy complications

The WHO **near-miss** approach for maternal health



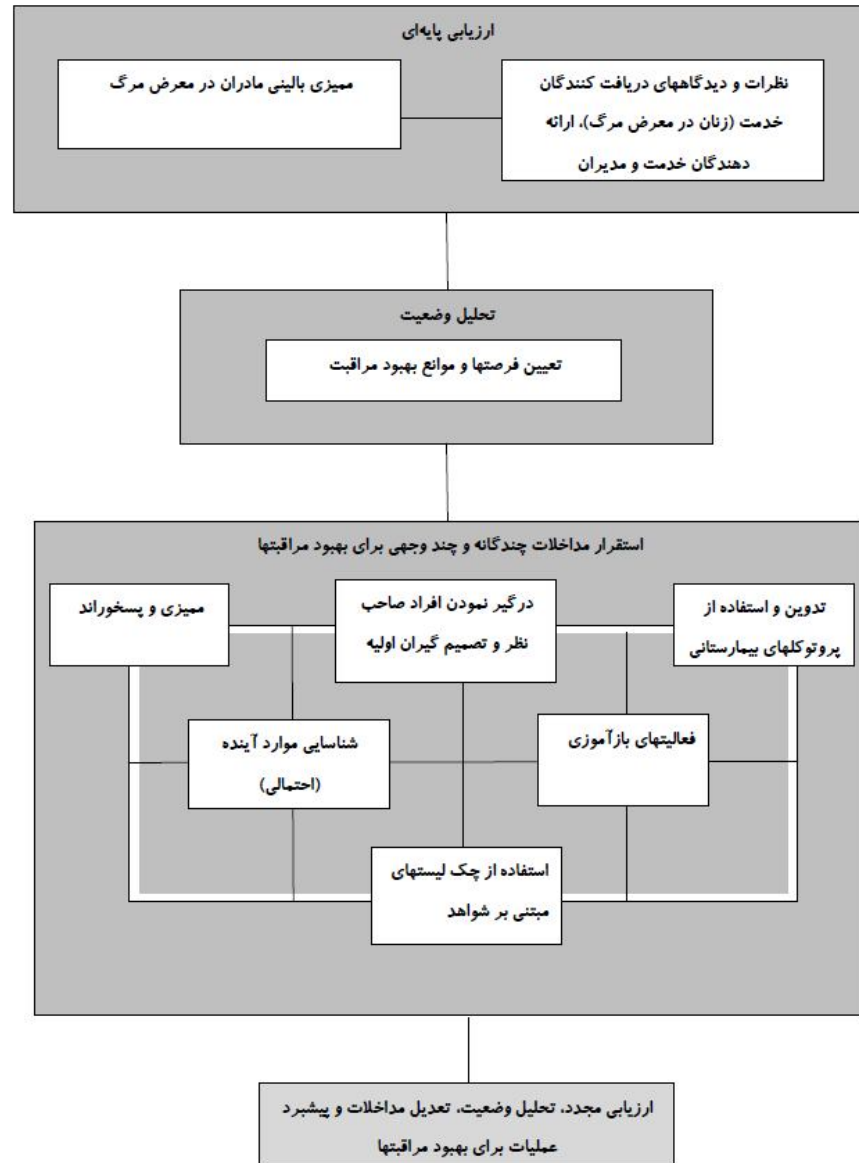
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران

معرفی کتاب موریدیتی

این مجموعه شامل

- راهنمای نحوه تکمیل فرم
- نحوه ورود داده ها در سامانه
- نحوه استفاده از پروتوکل های بیمارستانی
- دستورالعمل های عملیاتی
- واژه نامه
- نحوه شناسایی افراد واجد شرایط
- نقش بخش های ویژه
- چگونگی بازیابی اطلاعات مورد نیاز از پرونده ها و کارکنان بیمارستانی

The Near-miss conceptual framework



استقرار مداخلات چند گانه و چند وجهی برای بهبود مراقبتها

- تعیین فرصتها و موانع بهبود مراقبت
- ممیزی و پسخوراند توسط تیم موریدیتی
- تدوین و استفاده از پروتوکل‌های بیمارستانی
- درگیر نمودن افراد صاحب نظر و تصمیم گیران اولیه در تدوین مداخلات
- تعیین سرفصل‌ها و موضوعات و فعالیتهای آموزشی و بازآموزی
- استفاده از چک لیستهای مبتنی بر شواهد
- شناسایی موارد آینده (احتمالی)

شناسایی زنان واجد شرایط کلید موفقیت در اجرای رویکرد و مدیریت موارد موربیدیتی شدید است.

تدوین و طراحی برنامه کامل و دقیق برای تمام مراکز ارائه خدمت (شامل بیمارستان، مطب، تسهیلات
زایمانی

تخمین تعداد زنان واجد شرایط

تعداد زایمانها	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۴۰۰۰	۱۰۰۰۰
تعداد مورد انتظار زنان واجد شرایط	۳۷ (۱۵-۷۵)	۷۵ (۳۷-۳۰۰)	۱۵۰ (۷۵-۳۰۰)	۳۷۵ (۱۸۷-۷۵۰)
تعداد مورد انتظار زنان با پیامد شدید مادری	۷ (۳-۱۵)	۱۵ (۷-۳۰)	۳۰ (۱۵-۶۰)	۷۵ (۳۷-۱۵۰)

شناسایی زنان واجد شرایط

در مراکز سطح دو و سه

موارد از طریق واحدهای دیده بان (Sentinel units) گزارش می شوند. واحدهای دیده بان به واحدهای کلیدی فراهم کننده مراقبت های اصلی برای مادران با عوارض شدید بارداری اشاره دارد. (برای مثال بخش مادران پرخطر، واحد مراقبت های ویژه، ریکاوری، اتاق عمل، اورژانس، بانک خون، واحد مراقبت پس از سقط یا پس از زایمان و غیره).

شناسایی تمام زنان واجد شرایط می تواند از طریق یک برنامه سرکشی مداوم (ترجیحا روزانه) از واحدهای دیده بان توسط اعضای تیم یا دیگر افراد انجام شود.

شناسایی زنان واجد شرایط

➤ **در مراکز سطح یک و مراکز کوچکتر ارائه خدمات** نصب اطلاعیه هایی در مورد موربیدیتی های شدید و اهمیت شناسایی زنان واجد شرایط یکی از اقدامات لازم است. در این راستا استفاده از یادآورها (مانند چک لیست های پرونده پزشکی) و چارتهای دیواری (حاوی اطلاعات و معیارهای ورود به برنامه) مفید است.

شناسایی زنان واجد شرایط

توسط فوکال پوینت ها (مسوولین ثبت اطلاعات عوارض شدید بارداری) لیستی از افرادی که میتوانند زنان واجد شرایط را شناسایی نمایند تهیه گردد.

حتی در سردخانه های بیمارستانهای بزرگ، همه زنان فوت شده که در سنین باروری هستند باید مورد توجه قرار بگیرند. این کار میتواند به تشخیص موارد مرگ مادر که در سایر بخشها به جز زنان و زایمان رخ داده است کمک کند.

جمع آوری اطلاعات

اطلاعات از پرونده بیماران استخراج می‌شود و شامل زمان وقوع، عوارض بارداری، نتیجه عوارض، استفاده از مداخلات حیاتی و بستری در بخش مراقبتهای ویژه می‌باشد.

در طی فرآیند تمام تاریخها و وقایع کلیدی نظیر پی‌گیری فرآیند ارجاع، وضعیت بیمار در بدو ورود به مرکز، وضعیت وی قبل، حین و بعد از زایمان، روش زایمان، پیامد بارداری، تاریخچه پزشکی و علل زمینه‌ای منجر به عوارض شدید مادری باید به دقت ثبت گردد.

اطلاعات جمع آوری شده از هر یک از بیمارستانها شامل تعداد کل زایمانها و تعداد کل تولد زنده در طول دوره زمانی جمع آوری داده‌ها باشد. داده‌های توصیفی در هر مرکز (برای مثال سطوح مراقبت، اطلاعات در مورد حوزه تحت پوشش و اطلاعات ضروری در مورد منابع موجود) باید مستند شود.

جمع آوری اطلاعات

- ▶ پس از جمع آوری داده ها و به منظور افزایش دقت و شناسایی موارد از قلم افتاده لازم است داده ها چک شده و سپس وارد نرم افزار پایگاه داده شود.
- ▶ برای کاهش اشتباهات تایپی داده ها باید دو بار چک شود.
- ▶ در گزارش تهیه شده از رخدادهای باید اطلاعاتی که در حین ارزیابی به دست می آید به طور محرمانه حفظ شود. این اطلاعات شامل مواردی نظیر کد ملی زن، نام و دیگر اطلاعات محرمانه است. گزارش تهیه شده از رخدادهای باید در یک مکان امن نگهداری شود و در صورت نیاز به چک داده ها امکان شناسایی سوابق وجود داشته باشد.
- ▶ <http://www.iman.health.gov.ir/sites/1394/94/Forms/AllItems.aspx>

جمع آوری اطلاعات

- ▶ اشتباهات در ثبت داده ها باید به سرعت شناسایی و تصحیح شود.
- ▶ توصیه می شود کنترل تصادفی و متناوب اطلاعات وارد شده برای ۵ درصد داده ها انجام شود این کار استخراج مجدد و کنترل اطلاعات وارد شده شامل می گردد. افراد مسئول جمع آوری و ورود داده ها باید گزارش تهیه شده از رخدادها را با مشکلات موجود مستند کنند. محتویات این گزارش باید به صورت دوره ای و توسط کسانی که مسئول کیفیت مراقبت در بیمارستان هستند مورد بحث قرار گیرد. logbook

بررسی موارد مادران نزدیک به مرگ

- استفاده از ساختارهای موجود و یا در صورت لزوم، ایجاد ساختارهای جدید برای استقرار رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" می تواند تغییر ایجاد کند و در دراز مدت زمینه ایجاد اقدامات و بهبود کیفیت را فراهم کند.
- کمیته عوارض شدید، کمیته مرگ و میر مادران و یا دیگر گروه های مشابه، جایگاه ایده آلی برای اجرای این روش در مراکز درمانی می باشند.
- لازم است فردی به عنوان مسئول هماهنگی که همه فعالیت های مربوط به اجرای این رویکرد را در سطح بیمارستان پی گیری کند وجود داشته باشد. فرد منصوب شده برای اجرای این رویکرد دانش بالینی خوبی از عوارض شدید مادری داشته و همچنین باید ظرفیت رهبری و ایجاد انگیزش در کارکنان بیمارستان را برای تغییر روش داشته باشد.



شاخص های برنامه

شاخصها

▶ شاخص شیوع پیامد شدید مادری استفاده می شود یعنی:

مرگ و میر مادران + موارد نزدیک به مرگ
تعداد زنان زایمان کرده در یک دوره زمانی

انتظار می رود شیوع آن حدود ۷/۵ مورد به ازای یک هزار زایمان
باشد

شاخصها

➤ بر اساس ارزیابیهای قبلی، به دست آوردن نمونه هایی که حاوی حداقل ۲۰ مورد پیامد شدید مادری به ازای یک هزار زایمان باشد مطلوب فرض می شود.

➤ از نمونه گیری با سائز کوچکتر باید اجتناب شود چون ممکن است نتایج دقیقی بدست نیاید.

➤ ارزیابی کیفیت خدمات و بهبود آن در یک چرخه سالیانه مطلوب است. چهار ماه برای ارزیابی اولیه، دو ماه برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده و آماده سازی طرحی برای بهبود عملکرد بالینی و شش ماه برای اجرای مداخلات به منظور بهبود مراقبت های بهداشتی مناسب است. یک سال پس از ارزیابی اولیه، چرخه ای جدید از فعالیت ها باید آغاز شود که بهبود بیشتر کیفیت مراقبتها را دنبال کند.

شاخصها

پس از ارزیابی اولیه، جمع آوری داده ها، همزمان با اجرای مداخلات بهبود کیفیت مداوماً انجام شود. نکته مهم این است که، ارزیابی اولیه نباید پایان یابد زیرا به خودی خود گام های اولیه در جهت تقویت نظام سلامت و بهبود کیفیت مراقبت را ایجاد می کند.

اطلاعات به دست آمده از زنان نزدیک به مرگ، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و مدیران باید اجزایی از ممیزی بالینی مبتنی بر شاخص مادران نزدیک به مرگ باشد.

تعاریف شاخصها

- مادران نزدیک به مرگ **Maternal near-miss (MNM)**:
 - منظور زنانی است که به علت عوارض بارداری، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری تا نزدیکی مرگ رفته اما نجات یافته اند.
 - پیامد شدید مادری **(Severe maternal outcome)**:
 - اشاره به یک وضعیت تهدید کننده حیات (یعنی اختلال عملکرد اعضای بدن دارد و شامل مرگ و میر مادران + موارد نزدیک به مرگ است).

تعاریف شاخصها

مادران در معرض تهدید زندگی (Women with life-threatening **WLTC conditions**): مجموع موارد " مادران نزدیک به مرگ " و مرگ مادری $(MD + MNM = WLTC)$ است.

نسبت پیامد شدید مادری (**SMOR**): **Severe maternal outcome ratio** عبارتست از نسبت پیامد شدید مادری (**SMOR**) به تعدادی از زنان که با شرایط تهدید زندگی مواجه هستند $(MD + MNM)$ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده (**LB**). این شاخص برآوردی از میزان مراقبت و منابع مورد نیاز در یک منطقه را نشان می‌دهد.

$$LB / (MD + MNM) [= SMOR]$$

تعاریف شاخصها

➔ نسبت مادران نزدیک به مرگ به مادران فوت شده - **Maternal near-miss mortality ratio**: نسبت مادران نزدیک به مرگ به مادران فوت شده (MNM: 1 MD). هر چه این نسبت بزرگتر باشد نشان از مراقبت بهتر دارد.

➔ شاخصهای پیامد پری ناتال **Perinatal outcome indicators**: (به طور مثال مرگ و میر پری ناتال، مرگ و میر نوزادی و میزان مرگ داخل رحمی جنین) در مادران " نزدیک به مرگ " هم ممکن است مکمل سایر شاخص ها در ارزیابی کیفیت ارائه خدمات باشد.


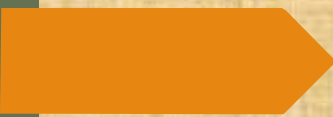
در ایجاد رویکرد در یک منطقه فرض باید بر این باشد که در جامعه، زنانی که اختلال عملکرد حاد ارگان را حین بارداری و زایمان تجربه کرده اند و یا در طی حداقل بازه زمانی مشخص، قادر به رسیدن به یک مرکز خدمات درمانی نباشند زنده نخواهد ماند (یعنی میزان بقا به احتمال زیاد کمتر از ۵٪ است).

بر اساس این فرض، کیفیت مراقبت مبتنی بر جامعه می تواند از طریق تعداد مرگ و میر مادران در جامعه (خارج از بیمارستان) و نسبت زنانی که با عوارض شدید مادری به مرکز خدمات درمانی رسیده اند مورد بررسی قرار می گیرد.

➤ بر آورد قابل اعتمادی از مرگ و میر مادران در یک منطقه جغرافیایی (به عنوان مثال منطقه) در طول یک دوره زمانی خاص به احتمال زیاد بسته به میزان مرگ و میر مادران در خارج از بیمارستان در ممیزی بالینی، به چالش کشیده میشود.

➤ در مقابل، تعیین نسبت زنان مبتلا به عوارض شدید مادری که به مرکز خدمات درمانی میرسند امکان پذیر است و اطلاعات را در مورد وقوع تاخیر اولیه (تأخیر در تشخیص بیماری به عنوان یک عارضه و تاخیر در درخواست کمک) و وقوع تاخیر ثانویه (تأخیر در رسیدن به یک مرکز خدمات درمانی و تاخیر در تصمیم گیری برای دریافت مراقبت) در منطقه بهداشتی و درمانی فراهم می کند.

- ▶ انتظار می رود بار شناسایی موارد و جمع آوری داده ها در سطح یک ارائه خدمت در منطقه تحت ارزیابی در حداقل باشد. چرا که زنان با عوارض شدید به احتمال زیاد در بیمارستانها مشاهده می شوند.
- ▶ با این حال، سطح یک در ارجاع به سطوح بالاتر درگیر خواهند بود و ثبت لیستی از واجدین شرایطی که ارجاع شده اند، برای ارزیابی نیازها در سطح یک ارائه خدمت کمک می کند. به عنوان مثال، پرستار یا ارائه دهنده خدمت در شیفتر در یک مرکز سطح یک ارائه خدمت می تواند برای ثبت در دفتر گزارش رخدادهای مربوط به واجدین شرایط در نظر گرفته شود. اگر استراتژی بالا اجرا شود، کارکنان بیمارستان باید در مورد بیمارانی که پتانسیل ابتلا به عوارض شدید را دارند و در دفتر ثبت شده اند به این پرستار هشدار دهند و نیز هماهنگ کننده باید به صورت هفتگی دفتر گزارش را بررسی کند.



اجرای رویکرد در بیمارستان منتخب می تواند مدیران سیستم بهداشتی را در مورد کیفیت مراقبت های ارائه شده در سطح شبکه (به عنوان یک زیر مجموعه از کل سیستم بهداشت و درمان) مطلع نماید. اجرا در یک بیمارستان منتخب اینکار ممکن است ساده تر باشد. همچنین می تواند اولین گام در جهت اجرای تدریجی - مرحله ای این رویکرد در سایر قسمتهای نظام سلامت باشد.

نحوه تکمیل فرم و ورود اطلاعات در سامانه

مرضیه بخشنده

کارشناس برنامه