

بسمه تعالی

برنامه کاری واحد بهبود کیفیت

مرکز آموزشی و درمانی الزهرا(س)

تهیه و تنظیم: زیبا بزازجاوید

مسئول واحد بهبود کیفیت

زمستان ۹۶

رویکرد برنامه واحد بهبود کیفیت :

در راستای اهداف اصلی بیمارستان و با توجه به مأموریت دفتر بهبود کیفیت مبنی بر ارتقای کیفیت خدمات از طریق استقرار استانداردهای اعتباربخشی و برنامه تدوین شده ی دوره ای ، اعلام می گردد رویکرد اصلی این برنامه مبتنی بر مدیریت راهبرانه ریاست محترم بیمارستان و مشارکت جمعی تمام نیروها از طریق آموزش ، حمایت و ایجاد فرصت برای خود ارزیابی عملکرد بخشها و واحدها و ارائه ی بازخورد اصلاحی خواهد بود و این امر مهم با احراز تعهد ریاست و مدیریت بیمارستان به موضوع کیفیت و تلاش جمعی و کار تیمی تمامی پرسنل با مسئولیت پذیری فردی ، بخشی و واحدی محقق می گردد .

با احترام

کارشناس مسئول بهبود کیفیت

زیبا بزاز جاوید

برنامه کاری واحد بهبود کیفیت

اهداف		• استقرار استاندارد های اعتبار بخشی در جهت بهبود کیفیت خدمات • ارتقاء شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی
ردیف	فعالیت	مدت زمان
۱	برگزار نمودن و اداره جلسات تیم مدیریت اجرایی بر اساس شرح وظایف این تیم	ماهانه
۲	شناسایی فرآیندهای اصلی توسط تیم مدیریت اجرایی	سالانه
۳	معرفی فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت و مدیر پرستاری	سالانه
۴	بررسی و تصویب فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی	سالانه
۵	ابلاغ فرآیندهای اصلی مصوب به بخش ها / واحدها، توسط رئیس بیمارستان	سالانه
۶	دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیکی فرآیندهای اصلی ابلاغ شده	سالانه
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیندهای اصلی مرتبط با بخش / واحد مرتبط	سالانه
۸	تعیین شاخص هایی سنجش فرآیندهای اصلی توسط مسئول بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان / سرپرستان بخش ها / واحدها	سالانه
۹	اندازه گیری شاخص های فرآیندی تعیین شده در بازه زمانی معین	هر سه ماه یکبار
۱۰	گزارش تحلیلی نتایج شاخص های فرآیندی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت	هر سه ماه یکبار
۱۱	بررسی گزارش تحلیلی مسئول بهبود کیفیت در خصوص نتایج شاخص های فرآیندی در جلسه تیم مدیریت اجرایی	هر سه ماه یکبار
۱۲	اقدام اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت / بازنگری فرآیندها با مشارکت صاحبان فرآیند در جلسات تیم مدیریت اجرایی	هر سه ماه یکبار
۱۳	تعیین شاخص های اندازه گیری پیشرفت برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی	هر سه ماه یکبار
۱۴	تعیین مسئول پایش و اندازه گیری پیشرفت هریک از برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی	هر سه ماه یکبار
۱۵	پایش و اندازه گیری میزان پیشرفت برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط مسئول پایش برنامه ها	هر سه ماه یکبار
۱۶	نظارت بر روند پایش برنامه ها توسط مسئول بهبود کیفیت به نمایندگی از تیم مدیریت اجرایی	هر سه ماه یکبار
۱۷	گزارش نتایج شاخص / شاخص های برنامه ای به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول مربوط	هر سه ماه یکبار
۱۸	بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص های برنامه ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت	هر سه ماه یکبار

۱۹	تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص های برنامه ای و در صورت لزوم پیشنهادات اصلاحی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی	هر سه ماه یکبار
۲۰	ارائه گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	هر سه ماه یکبار
۲۱	بررسی گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص پیشرفت برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی	هر سه ماه یکبار
۲۲	در صورت لزوم برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی جهت انجام اقدامات اصلاحی جهت بازنگری برنامه و به منظور تحقق اهداف آن	هر سه ماه یکبار
۲۳	طراحی شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی در کمیته پایش و سنجش کیفیت با محوریت مسئول بهبود کیفیت و با مشارکت مسئولان بخش ها / واحدها	سالانه
۲۴	پیشنهاد شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی به صورت اولویت بندی شده برحسب درجه اهمیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	سالانه
۲۵	بررسی فهرست شاخص های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی	سالانه
۲۶	انتخاب الویت ها و تصویب شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی بخش ها / واحدها توسط تیم مدیریت اجرایی	سالانه
۲۷	تعیین مسئول اندازه گیری شاخصهای عملکردی بالینی و غیر بالینی مصوب و الزامی توسط تیم مدیریت اجرایی	سالانه
۲۸	تیم مدیریت اجرایی شاخص های تعیین شده با هر یک از شاخص ها را به تمام بخش ها / واحدهای مرتبط ابلاغ می نماید.	سالانه
۲۹	گزارش نتایج اندازه گیری هریک از شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط مسئولان اندازه گیری هریک از شاخص ها به دفتر بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین	سه ماهه
۳۰	گزارش نتایج شاخص / شاخص های عملکردی به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت	سه ماهه
۳۱	بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص های عملکردی در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت	سه ماهه
۳۲	تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص های عملکردی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی	سه ماهه
۳۳	ارائه گزارش تحلیلی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت و در صورت موافقت تیم مدیریت اجرایی اعلام نتایج به بخش/واحد مربوط توسط دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
۳۴	بررسی گزارش تحلیلی کمیته پایش و سنجش کیفیت درخصوص نتایج شاخص / شاخص های عملکردی در تیم مدیریت اجرایی با حضور مسئولان و کارکنان کلیدی مرتبط	سه ماهه
۳۵	اخذ تصمیمات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت در مورد شاخص های که نتایج آنها در محدوده هشدار /بحرانی قرار دارند، با مشارکت صاحبان فرآیند	سه ماهه
۳۶	نظارت دفتر بهبود کیفیت بر اجرای صحیح اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده از سوی تیم مدیریت اجرایی	سه ماهه
۳۷	شناسایی مشکلات و فرصت های بهبود توسط مسئولان بخش ها /واحدها با همکاری کارکنان مرتبط	سالانه
۳۸	الویت بندی مشکلات و فرصت های بهبود و برنامه ریزی برای اقدام اصلاحی توسط مسئولان بخش ها / واحدها	سالانه
۳۹	ذخیره سوابق اقدامات اصلاحی با توصیف مشکل و نحوه حل آن با ذکر تاریخ دریک فایل الکترونیک در رایانه بخش	ماهانه

۴۰	بررسی مجدد اثربخشی اقدام اصلاحی توسط مسئول واحد / بخش در بازه زمانی معین به تشخیص مسئول واحد	سه ماهه
۴۱	تدوین برنامه بهبود با مشارکت مسئول بهبود کیفیت در مواردی که حل مشکل نیاز به منابع خارج از بخش دارد و یا نیازمند تعامل بیش از یک بخش در حل مشکل است .	ماهانه
۴۲	معرفی برنامه های بهبود بخش ها / واحدها در اولین جلسه تیم مدیریت اجرایی جهت تصویب و تامین منابع مورد نیاز توسط مسئول بهبود کیفیت در صورت تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ برنامه بهبود به بخش / واحد و تامین منابع مورد نیاز	ماهانه
۴۳	نظارت مسئول بهبود کیفیت بر اجرا و پیشرفت برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده و گزارش نتایج به تیم مدیریت اجرایی	ماهانه
۴۴	ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط مشیها و روش ها، روش های اجرایی، دستورالعمل های بیمارستان	سالانه
۴۵	الکترونیکی بودن تمامی فرمهای خط مشی ها و روش ها، روش های اجرایی و دستورالعمل ها	سالانه
۴۶	انجام خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران توسط مسئولان بخش / واحدها بر اساس کتاب راهنما	سالانه
۴۷	شناسایی موارد عدم انطباق و اقدام اصلاحی درون بخشی در جهت استقرار کامل استانداردهای مرتبط با بخش / واحد	سالانه
۴۸	ارسال نتایج خودارزیابی و گزارش اقدامات اصلاحی درون بخشی انجام شده به دفتر بهبود کیفیت	سالانه
۴۹	بررسی نتایج خودارزیابی بخش ها / واحدها توسط مسئول بهبود کیفیت و در صورت لزوم ارائه پیشنهاد اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت	سالانه
۵۰	ارائه گزارش نتایج خودارزیابی بخشها /واحدها و اولویت بندی اقدامات اصلاحی / برنامه های بهبود کیفیت مورد نیاز به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت	سالانه
۵۱	بررسی گزارش تحلیلی دفتر بهبود کیفیت در تیم مدیریت اجرایی و تصویب اقدامات اصلاحی /برنامه های بهبود کیفیت بر اساس اولویت بندی انجام شده و ابلاغ آنها به بخش ها / واحد ها	سالانه
۵۲	انجام خودارزیابی های مکرر با رویکرد بهبود مستمر توسط مسئول بخش ها / واحدها تا زمان اطمینان از استقرار استانداردهای اعتباربخشی	۶ ماهه
۵۳	تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی با محوریت تیم مدیریت اجرایی	سالانه
۵۴	انجام ارزیابی داخلی بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی و کتاب راهنما	سالانه
۵۵	ثبت نتایج ارزیابی داخلی در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت تحت نظارت رئیس/	سالانه
۵۶	تایید نهایی نتایج خودارزیابی توسط رئیس /مدیرعامل برای انجام ارزیابی نهایی اعتباربخشی بیمارستان در سامانه الکترونیکی آنلای وزارت بهداشت و در بازه زمانی مقرر	سالانه