



هو الكافي



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز

آشنایی با ارتباطات کلی بیمارستانها در اعتباربخشی ملی

عنوان دوره آموزشی:



تابستان ۱۳۹۶

نوع دوره:

شغلی اختصاصی

روش و اجرای آموزش:

کتابخوانی

طرح و برنامه درسی:

جزوه آماده شده

نحوه ارزشیابی:

آزمون تستی الکترونیکی

گروه هدف:

سرپرستار - سوپروایزر بالینی-سوپروایزر آموزشی- کارشناس کنترل عفونت -مدیر خدمات پرستاری- رئیس خدمات پرستاری -کارشناس امور بیمارستان- کارشناس ارزشیابی موسسات درمانی-مدیر بیمارستان- کارشناس پرستاری -کارشناس نظارت و ارزشیابی موسسات درمانی

فهرست:

۱. مقدمه
۲. تیم حاکمیتی
۳. تیم مدیریت اجرایی
۴. بهبود کیفیت
۵. مدیریت خطا
۶. مدیریت خطر، حوادث و بلایا
۷. مدیریت منابع انسانی
۸. مدیریت تامین و تسهیلات اقامت
۹. مدیریت غذایی
۱۰. مدیریت تجهیزات
۱۱. رعایت حقوق گیرندگان خدمت
۲۱. منابع

مقدمه:

بیمارستان به عنوان یک سازمان پیچیده و ارابه کننده خدمات سلامتی که با جان و سلامت جامعه سر و کار دارد نیازمند مدیریتی علمی و کارآمد است، بنابراین ضرورت و اهمیت پرداختن به موضوع مدیریت بیمارستانی را می توان در جایگاه ویژه این سازمان در ارتقای سلامت جامعه و توسعه عدالت اجتماعی ، بررسی کرد. صرف بخش عمده ای از منابع بخش سلامت در حوزه بیمارستان، محدودیت منابع - که با سیر صعودی هزینه های خدمات سلامت هر روز بیشتر آشکار می شود- و افزایش تقاضای جامعه برای خدمات بیمارستانی با کیفیت مطلوب تر نیازمند ایجاد یک نظام مدیریتی منسجم در حوزه بیمارستانی است.





جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران سال ۱۳۹۵



تیم حاکمیتی در یک نگاه

فعالیت، کارکنان و
تجهیزات قانونی

سیاست گذاری و
ابلاغ برنامه ها

تامین بودجه
برنامه ها

برنامه ریزی
ارتقای سلامت

پاسخگویی
سازمانی



تیم حاکمیتی

توضیحات کلی

استانداردهای این محور مربوط به بخش حاکمیتی از جمله هیات امناء، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان است.

در بیمارستان‌های فاقد بخش حاکمیتی، مسئولیت اجرای این محور با رئیس / مدیر عامل / مسئول یا پست متناظر آن خواهد بود.

تفویض اختیارات و پاسخگویی به تمامی یا بخشی از استانداردهای تیم حاکمیتی به مدیرعامل / رئیس بیمارستان، با تشخیص اعضای تیم حاکمیتی و تنظیم صورتجلسه تفویض با امضای اعضاء و ابلاغ رسمی آن به مدیر عامل / رئیس ، منعی ندارد.

در صورت عدم وجود سوابق تفویض فوق‌الاشاره، اعضای تیم حاکمیتی مسئول پیاده‌سازی، پاسخگویی، خودارزیابی و حضور کامل و فعال در ارزیابی نهایی بیمارستان خواهند بود.

در بیمارستان‌هایی که تخصیص منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی در حیطه اختیار سازمان / نهاد بالادستی است، استانداردهای مرتبط با تخصیص بودجه / تامین منابع انسانی یا تجهیزات تا مرحله بررسی، تایید و پیگیری توسط تیم حاکمیتی / مدیریت اجرایی، ارزیابی و امتیازدهی خواهد شد.



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران سال ۱۳۹۵



تیم حاکمیتی : هیات امناء، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر

جایگزین در سایر مراکز : تیم مدیریت اجرایی است.

تفویض اختیارات و پاسخگویی بخش یا تمامی استانداردها به مدیرعامل/رئیس مجاز است



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران سال ۱۳۹۵



اگر تامین منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی در حیطه اختیار سازمان / نهاد بالادستی باشد



نحوه ارزیابی استانداردهای مرتبط با تخصیص بودجه / منابع انسانی / تجهیزات



امتیاز کامل تا مرحله بررسی، تایید و پیگیری، تخصیص می یابد.

الف-۱-۱ بکارگیری پزشکان مجاز و فعالیت براساس مجوزهای قانونی

۱. به روز رسانی پروانه بهره‌برداری

۲. بخش / واحد پاراکلینیکی و تعداد تخت فعال طبق پروانه بهره‌برداری

۳. تجهیزات دارای مجوزهای قانونی معتبر

۴. بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته مجاز

فهرست تجهیزات مشمول سطح بندی

انواع CT SCAN و CT SIMOLITOR

انواع MRI (شامل MRI اندامی)

انواع PET, PET-CT, PET.CT.SPECT, PET-MRI

شتاب دهنده های خطی، Brachytherapy, Gamma Knife, CyberKnife, IORT

SPECT, GAMMA CAMERA, CT SPECT

سنگ شکن برون اندامی

سنجش تراکم استخوان

CBCT

excimer laser

Femto cataract و femtosecond lasers

سیستم های آنژیو گرافی

*موافقت اصولی و مجوز بهره برداری بایستی از کمیسیون قانونی ماده ۲۰ اخذ شود. ضمن آنکه موافقت اصولی، جایگزین پروانه بهره برداری نمی باشد.

بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته در موارد ذیل منع قانونی دارد:

بکارگیری دانشجویان پزشکی و پرستاری به عنوان پرستار یا پزشک بکارگیری دستیاران تخصصی یا فلوشیپ‌های مشغول تحصیل در مراکز غیر آموزشی بکارگیری پزشکان و پرستاران مشمول تعهدات قانونی (ضریب کا و تمام وقت جغرافیایی) در بیمارستان‌های خارج از محل خدمت، به استثنای مواردی که با مجوزهای رسمی وزارت بهداشت و در مناطق محروم تفاهم نامه همکاری با سازمان‌ها و نهادهای عمومی در این زمینه عقد می‌شود. بدیهی است هرگونه فعالیت پزشکان و پرستاران مشمولان تعهدات قانونی در بخش خصوصی مطلقاً ممنوع می‌باشد.

بکارگیری پزشکان فارغ التحصیل خارج از کشور بدون وجود مستندات تاییدیه مدارک و مجوز طبابت از وزارت

الف-۱-۲ سیاست‌های اصلی و مأموریت بیمارستان ابلاغ شده و برنامه‌های بیمارستان بر اساس آن تدوین می‌شود.

۱. تیم حاکمیتی، سیاست‌های اصلی را به منظور دستیابی به اهداف کلان و تحقق مأموریت، تدوین و به اطلاع ذینفعان کلیدی می‌رساند.
۲. تیم حاکمیتی، سند استراتژیک و برنامه‌های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی را از نظر انطباق با سیاست‌های اصلی و مأموریت بیمارستان بررسی نموده و ابلاغ می‌نماید.
۳. تیم حاکمیتی بر اجرای برنامه‌های ابلاغ شده و دستیابی به نتایج متوازن، نظارت می‌نماید و گزارش‌های ارسالی را در فواصل زمانی مشخص بررسی و در صورت نیاز، اصلاحات مربوط را اعمال می‌نماید.

سیاست های اصلی

*سیاست‌های اصلی به منظور جهت‌گیری و تعیین روال کاری و اولویت‌های بیمارستان برای اجرای منسجم وظایف، تدوین می‌شوند. سیاست‌های اصلی می‌تواند بر اساس اسناد بالا دستی بیمارستان تعیین شود.

* ذینفعان کلیدی مخاطب هر یک از سیاست‌های اصلی بیمارستان، گروهی از ذینفعان هستند که در پیامد نهایی حاصل از اعمال آن سیاست در فعالیت‌های بیمارستان تاثیرگذار هستند این گروه‌ها توسط تدوین کنندگان سیاست، تعیین می‌شوند. روش اطلاع رسانی با تشخیص تیم حاکمیتی بوده و ملاک ارزیابی آن صرفاً آگاهی ذینفعان تعیین شده است.

سند استراتژیک

بررسی و تصویب سند استراتژیک در جلسات تیم حاکمیتی
ابلاغ سند استراتژیک

بررسی و تصویب برنامه عملیاتی در جلسات تیم حاکمیتی
ابلاغ برنامه عملیاتی به بخش / واحدهای مرتبط

*تیم مدیریت اجرایی سند استراتژیک بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی را بدون مغایرت با سیاست‌های اصلی و مأموریت بیمارستان تدوین نموده و جهت بررسی، تصویب و ابلاغ به تیم حاکمیتی ارائه می‌نماید. در صورت وجود هرگونه مغایرت، تیم حاکمیتی با مشارکت تیم مدیریت اجرایی برنامه‌ها را بازنگری، در صورت لزوم اصلاح و پس از تصویب، ابلاغ می‌نماید.

الف-۱-۲ تدوین و ابلاغ سیاست‌های اصلی و برنامه‌ها

۱. سیاست‌های اصلی تدوین و اطلاع رسانی به ذینفعان کلیدی
۲. بررسی و ابلاغ سند استراتژیک و برنامه‌های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی
۳. نظارت بر اجرای برنامه‌های ابلاغ شده و دستیابی به نتایج متوازن

نظارت بر اجرای برنامه‌های ابلاغ شده و دستیابی به نتایج متوازن

گزارش مسئولان پایش هریک از برنامه‌ها درخصوص پیشرفت برنامه‌های بیمارستان به تیم حاکمیتی بررسی پیشرفت برنامه‌های بیمارستان حداقل سه ماه یکبار توسط تیم حاکمیتی تسلط تیم حاکمیتی به میزان پیشرفت و نتایج بدست آمده از اجرای برنامه‌ها انجام مداخله اصلاحی در هدایت، پیشرفت و اخذ نتایج متوازن در برنامه‌ها

- منظور از برنامه‌های ابلاغ شده کلیه برنامه‌های اجرایی بیمارستان (اعم از برنامه عملیاتی، بهبود کیفیت و ...) است
- منظور از نتایج متوازن در برنامه‌ها این است که بیمارستان تمامی برنامه‌های عملیاتی را بدون تقدم و تأخر و بر اساس زمان‌بندی پیش‌بینی شده، برنامه‌ها در سرلوحه کار خود قرار داده و نتایج آن‌ها را پایش نموده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.

تأمین و تخصیص منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب

- اثر بخشی برنامه‌های تدوین شده
 - اولویت بخشی در تخصیص بودجه‌ها به برنامه‌های دارای اولویت ارتقای ایمنی بیماران، بهبود کیفیت
 - تخصیص بودجه مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های توسعه و توانمندسازی کارکنان
 - ترویج فرهنگ برنامه محوری در بیمارستان با حمایت‌های تیم حاکمیتی
- برنامه‌های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی توسط تیم حاکمیتی تصویب و بودجه مورد نیاز تخصیص یافته‌است.
- تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های تیم مدیریت اجرایی پس از تصویب برنامه و بودجه آن توسط تیم حاکمیتی تامین بودجه برنامه‌های تصویب شده*
- پیش‌بینی سازوکاری برای تامین بودجه‌های فوری جهت برنامه‌های بهبود کیفیت ضروری به تشخیص تیم مدیریت اجرایی
- *در شرایط غیر مترقبه و عدم تامین به موقع منابع مالی جهت برنامه‌های مصوب، بازنگری مدون برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی و تایید تیم حاکمیتی قابل قبول است.

تأمین و تخصیص منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب

عملکرد بیمارستان بیانگر اولویت بخشی به تخصیص بودجه جهت برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت است.

اولویت تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در مقایسه با سایر برنامه‌ها

اولویت تخصیص بودجه به برنامه‌های ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در مستندات مالی در مقایسه با سایر برنامه‌ها

تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در سال گذشته

اولویت بخشی به برنامه‌های ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت از قدرالسهم انواع برنامه‌ها از بودجه سالیانه توسط تیم حاکمیتی قابل تحلیل است.

بودجه سالانه برای آموزش کارکنان با توجه به اولویت‌های تعیین شده تخصیص یافته است.

تایید اولویت‌بندی برنامه‌های آموزش کارکنان توسط تیم حاکمیتی*

تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های مصوب آموزش کارکنان براساس اولویت‌بندی صورت پذیرفته**

تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز تمامی برنامه‌های مصوب آموزش کارکنان در سال گذشته

*تیم مدیریت اجرایی برنامه‌های آموزشی را براساس اهمیت و در قالب یک فهرست اولویت‌بندی شده به تیم حاکمیتی ارائه، و تیم حاکمیتی فهرست نهایی برنامه‌های آموزشی را تصویب می‌نماید.

**تیم مدیریت اجرایی، منابع مورد نیاز اجرای برنامه‌های آموزشی یک‌ساله بیمارستان را اعم از مدرس، امکانات و تسهیلات را برای هر یک از دوره‌های آموزشی برآورد نموده و به فهرست اولویت‌بندی شده برنامه‌ها الحاق نموده است.

پیشگیری و ارتقای سلامت

مقدمه ای بر استانداردهای ارتقای سلامت

ارتقای سلامت، یکی از علوم جدید اما کاربردی در حوزه سلامت است که امروزه بیش از پیش به آن توجه می‌شود. در واقع در یک تعریف ساده، ارتقای سلامت عبارت است از "فرآیند توانمندسازی مردم در شناخت و کنترل عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای سلامت محور و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم"

"ارتقای سلامت، علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی‌شان برای داشتن یک وضعیت سلامت پایدار است."

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهمترین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، بایستی نقش خود را در ارتقای سلامت تعیین نموده و در این خصوص مسئولیت پذیر و پاسخگو باشند. در همین راستا استانداردهای جامع ارتقای سلامت در بسته مستقلی تدوین شده و برای بیمارستان‌های دوستدار ارتقای سلامت قابل اجرا می‌باشد. اما نسل سوم اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها به واسطه اهمیت موضوع پیشگیری و ارتقای سلامت، فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت بیماران و کارکنان را برای تمامی بیمارستان‌ها، و محورهای تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت و مشارکت فعال در ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان را برای بیمارستان‌های متقاضی اخذ درجه عالی مدنظر قرار داده است.

اولین قدم برای طراحی یک برنامه ارتقای سلامت، ارزیابی نیازهای باشد. به عبارت دیگر تشخیص نیازها و اولویت‌ها باعث می‌شود تا دید واضحی در مورد نیازهایی که منجر به تهیه برنامه ارتقای سلامت می‌شود، ارائه گردد. به علاوه این که به وسیله ارزیابی نیازها می‌توان به راحتی اولویت‌های منطبق با نیازهای گروه‌های هدف برای برنامه‌های ارتقای سلامت را مشخص کرد.

فرهنگ مشارکت، فاکتور حیاتی در موفقیت برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستانی است و نیازمند برنامه‌ریزی‌های میان‌مدت و درازمدت است. بیمارستان بایستی از طریق مشارکت کارکنان در سلامت، تخصیص بودجه ویژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، استفاده از راهبردهای اطلاع رسانی مانند پمفلت و سمینارهای سالیانه و نیز آموزش‌های خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت استفاده نماید.

پیشگیری و ارتقای سلامت

دستآورد استاندارد

افزایش اثربخشی درمان و مراقبت از طریق بهبود روش زندگی بیماران

توسعه فرهنگ پیشگیری در سطح بیمارستان و ایفای نقش بیمارستان در ارتقای سلامت کارکنان

تقویت انگیزش کارکنان در ایفای نقش سازمانی خود

مشارکت بیمارستان در کاهش سرانه هزینه‌های سلامت کشور از طریق پیشگیری و ارتقای سلامت

س ۱. خط مشی و روش "مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار" با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

شناسایی و مشارکت ذینفعان حداقل شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشتی، تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، نماینده پزشکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، کنترل عفونت، نماینده بیماران و همراهان بیمار و سایر افراد به تشخیص بیمارستان باشند.

تعیین مسئول پیگیری برنامه‌های ارتقای سلامت بیماران با تشخیص بیمارستان از بین کارکنان درمانی انتخاب می‌شود.

توصیه ۱. آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی

توصیه ۲. آموزش و مشاوره به ویژه برای بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکتة مغزی، اختلالات روانپزشکی و جراحی

پیشگیری و ارتقای سلامت

سنجه ۲. خط مشی و روش "مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان" با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

در تدوین خط مشی و روش حداقل باید شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشتی، تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه، مسئول بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، نماینده پزشکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، و سایر افراد به تشخیص بیمارستان

شناسایی و مشارکت ذینفعان با تشخیص بیمارستان از بین کارکنان

توصیه ۱. تثبیت محیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان

توصیه ۲. راهبرد جامع منابع انسانی از جمله توسعه و آموزش کارکنان در مورد مهارت‌های ارتقای سلامت

مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مدیران و مسئولان در حیطة وظایف

دستآورد استاندارد

- افزایش کارآمدی سازمان به واسطه توزیع مسئولیت‌ها با ترکیب بندی سطوح پاسخگویی در بیمارستان
- افزایش مسئولیت پذیری و پاسخگویی مدیران / مسئولان

سنجه ۱. نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی براساس آن برقرار است.

تدوین نمودار سازمانی با رعایت سطوح ارتباطات

ابلاغ نمودار سازمانی به بخش‌ها / واحدها

انطباق عملکرد با روابط و سطح مسئولیت کارکنان در نمودار سازمانی*

*نمودار سازمانی صرفاً یک جدول معرفی مسئولان و اعضای سازمان نیست. بلکه معرف توزیع ساختارمند مسئولیت‌ها در بیمارستان است. لذا تطابق این نمودار با عملکرد واقعی مدیران/مسئولان مد نظر است.

توصیه ۱. قوانین و مقررات سازمان‌های بالا دستی مد نظر قرار گیرد و از ایجاد سیمت‌های مغایر قوانین بالادستی خودداری شود.

توصیه ۲. طراحی نمودار سازمانی به نحوی باشد که تداخل اختیارات و حدود مسئولیت‌ها بروز نکند.

مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مدیران و مسئولان در حیطه وظایف

سنجه ۲. تیم حاکمیتی، براساس گزارش‌های دریافتی از تیم مدیریت اجرایی و بررسی‌های میدانی از شفافیت جریان اطلاعات و پاسخگو بودن مدیران و مسئولان بیمارستان به بیماران/خانواده آنها و کارکنان اطمینان حاصل می‌کند و در صورت لزوم تصمیمات اصلاحی خود را ابلاغ می‌نماید.

اخذ گزارش تحلیلی پایش شاخص‌های عملکردی بخش‌ها / واحدها حداقل هر سه ماه یک بار از تیم مدیریت اجرایی

اخذ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از بیماران/ خانواده بیماران، حداقل هر شش ماه یک بار از تیم مدیریت اجرایی

اخذ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان حداقل هر شش ماه یک بار به تیم حاکمیتی از تیم مدیریت اجرایی

بررسی گزارش‌های دریافتی در خصوص عملکرد بیمارستان و رضایت بیماران و کارکنان در جلسات تیم حاکمیتی

انجام بازدید توسط تیم حاکمیتی به صورت میدانی و دوره‌ای از بخش‌ها/واحدها به منظور ارزیابی عملکرد و پاسخگویی مسئولان

اخذ تصمیمات اصلاحی در موارد عدم انطباق عملکرد روسا/مسئولان با انتظارات سازمانی و ابلاغ آن به تیم مدیریت اجرایی

※اهداف بازدیدهای میدانی(حضور تیم حاکمیتی در بخش‌ها / واحدها) شامل موارد ذیل است:

- ارزیابی کیفیت پاسخگویی و مسئولیت پذیری روسا/ مسئولان بخش‌ها و واحدها به نیازهای بیماران و همراهان آنها

- ارزیابی نحوه پاسخگویی به نیازهای بیماران و ارائه توضیحات به خانواده بیمار توسط پزشک و پرستاران

- رعایت منشور حقوق بیماران توسط روسا/ مسئولان بخش‌ها / واحدها و کارکنان آنها

رعایت عدالت و رفتار احترام آمیز در برخورد با کارکنان توسط روسا/ مسئولان بخش‌ها و واحدها

توصیه ۱. برگزاری جلسات ملاقات حضوری با روسا/ مسئولان بخش‌ها و واحدها و گوش فرا دادن به مشکلات آنها

توصیه ۲. برگزاری جلسات ملاقات حضوری با کارکنان و گوش فرا دادن به مشکلات آنها



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران سال ۱۳۹۵



تیم مدیریت اجرایی در یک نگاه

کمیته های
بیمارستانی

بازدیدهای مدیریتی با
موضوع ارتقای فرهنگ
ایمنی

مسئول ایمنی

سند استراتژیک

نحوه تشکیل تیم
مدیریت اجرایی

نظارت مسئولین فنی
بر نحوه ارائه خدمات
به بیماران

نظارت بر خرید و هزینه
دارو درمان ، دارو و
تجهیزات پزشکی

نظارت بر میزان
پرداختی بیماران

نظارت بر قراردادهای
مالی معاملاتی و
عملکرد پیمانکاران



جایگاه تیم مدیریت اجرایی

هدف از تشکیل تیم مدیریت اجرایی، تقویت سامانه‌های تصمیم سازی مبتنی بر اطلاعات پردازش شده به جایگزینی مدیریت امری و مبتنی بر تجربه‌های فردی است. بیمارستان سازمانی پیچیده و پر خطر است و اداره موفق آن وابسته به مدیریت و رهبری هوشمند، ترویج کار گروهی و استفاده از خرد جمعی است. تیم مدیریت اجرایی براساس استانداردهای اعتباربخشی و با مشارکت کمیته‌های بیمارستانی در تعیین نقش‌های اجرایی هر یک از مدیران، مسئولان بخش‌ها / واحدها برنامه‌ریزی و نظارت می‌نماید. اهم وظایف تیم مدیریت اجرایی، برنامه ریزی و مدیریت منابع در مسیر کارایی بیشتر، پاسخگویی به ذینفعان، ارتقای کیفی خدمات و بهبود ایمنی بیماران است.

براساس استانداردهای اعتباربخشی علاوه بر سند استراتژیک و برنامه‌ریزی‌های عملیاتی و بهبود کیفیت، بخش عمده‌ای از اطلاعات مجریان شامل نتایج ارزیابی‌های عملکرد بخش‌ها / واحدها و کمیته‌های بیمارستانی، در بستر تیم مدیریت اجرایی به تصمیم سازی‌های مهم و مداخلات اصلاحی منجر می‌شود. همچنین فرآیندهای مهم ایمنی بیمار، مدیریت منابع انسانی، اقتصاد درمان، مدیریت مالی و سایر ابعاد مدیریت اجرایی نیز در دستور کار مستقیم تیم مدیریت اجرایی است، لذا تعداد جلسات و ترکیب اعضای موقت و مشورتی با رعایت حداقل الزامات، با توجه به نوع، اندازه و ابعاد عملکرد بیمارستان با تشخیص رئیس / مدیر عامل بیمارستان و تیم مدیریت اجرایی تعیین می‌شود. حذف اعضای تیم مدیریت اجرایی یا تشریفاتی نمودن جلسات آن و هدایت تصمیم‌گیری‌ها توسط فرد یا سایر تشکیلات مانند هیات رئیسه / شورای مدیران / شورای معاونین / شورای اداری و یا هر عنوان دیگر به جایگزینی تیم مدیریت اجرایی، موجب آسیب کیفی به ساختار مدیریت و رهبری و حذف امتیازات این محور در ارزشیابی بیمارستان می‌شود.

جایگاه تیم مدیریت اجرایی و کمیته های بیمارستانی

عمل گرایي و تمرکز بر نتایج واقعی و عینی عملکرد بیمارستان مد نظر نسل نوین اعتباربخشی بیمارستان‌ها است. بر همین اساس، رعایت الزامات عمومی برگزاری جلسات تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی، صرفاً پیش نیاز فرآیند تصمیم‌گیری است و موفقیت بیمارستان، بر مبنای تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد، خرد جمعی و نگرش سیستمی در این جلسات ارزیابی خواهد شد. ملاک‌های ارزیابی این مهم در گام‌های اجرایی بسیاری از استانداردها مطرح شده‌اند که نقش تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی در برنامه‌ریزی و هدایت عناصر کیفی سازمان ارزیابی می‌شود. بنابراین چند استاندارد محدود و مستندیابی در خصوص برگزاری جلسات ملاک ارزیابی عملکرد تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی نخواهد بود. لذا نگرش سیستمی مدیران در تحقق استانداردهای اعتباربخشی راه‌گشا خواهد بود.

جایگاه تیم مدیریت اجرایی و دفتر بهبود کیفیت

در نسل نوین اعتباربخشی، دفتر بهبود کیفیت به نحوی مسئول آشکارسازی وضعیت واقعی بیمارستان است. نظارت این دفتر بر عملکرد کمیته‌های بیمارستانی و محوریت در ارزیابی عملکرد فرآیندی و پیامدی و سنجش میزان تحقق برنامه‌های عملیاتی، بهبود کیفیت بیمارستان، موید اهمیت این دفتر است. لذا توصیه می‌شود، این دفتر مستقیماً تحت نظارت رئیس / مدیر عامل فعالیت نماید.

کمیته پایش و سنجش کیفیت در واقع کمیته الحاقی به تیم مدیریت اجرایی است چراکه مسئولیت پردازش اطلاعات حاصل از کمیته‌های بیمارستانی، نتایج شاخص‌های سه گانه (فرآیندی، پیامدی و برنامه‌ای) و رضایتمندی ذینفعان را بر عهده دارد. در واقع حلقه برنامه ریزی، اجرا، ارزیابی و بازنگری با فعالیت دقیق، حرفه‌ای و اثربخش کمیته پایش و سنجش کامل خواهد شد و تصمیمات مداخله‌ای تیم مدیریت اجرایی، در بسیاری از موارد مبتنی بر اطلاعات پردازش شده در این کمیته طراحی می‌شود. لذا انتظار می‌رود، مدیران ارشد به ویژه مدیر بیمارستان و مدیر پرستاری در این کمیته نقش فعالی ایفا نمایند.

ارتقای جایگاه مسؤل فنی بیمارستان

ارتقای جایگاه مسؤل فنی بیمارستان به عنوان عضو تیم مدیریت اجرایی و مسؤل ایمنی بیمارستان در اعتباربخشی نسل نوین، به منظور تقویت نظارت پیشگیرانه به عنوان ضرورتی مهم و اثر گذار در امر پیشگیری و کنترل قصور پزشکی و صیانت از ایمنی و حقوق بیماران است.

تیم مدیریت اجرایی

دستآورد استاندارد

- انسجام و هماهنگی مدیران ارشد در تصمیم‌گیری
- اخذ تصمیمات مبتنی بر واقعیت و مصلحت به واسطه بررسی اطلاعات پردازش شده از محیط اجرایی بیمارستان
- ترویج فرهنگ کار تیمی و تکیه بر خرد جمعی
- تسهیل و تسریع در اجرای تصمیمات با توجه به مشارکت ذینفعان در فرآیند تصمیم‌سازی
- بهبود هزینه اثربخشی با توجه به جریان اطلاعات در تیم مدیریت اجرایی و دوری از تصمیمات فردی و مبتنی بر تجربه شخصی مدیران

اعضای تیم مدیریت اجرایی

تیم مدیریت اجرایی حداقل با عضویت متصدیان/مسئولان اجرایی ذیل در بیمارستان تشکیل و همه اعضا در جلسات، مشارکت فعال دارند.

ریاست / مدیریت عامل - معاونت آموزشی - معاونت درمان - مدیریت - مدیریت پرستاری - مسئول فنی - واحد امور مالی - واحد منابع انسانی - دفتر بهبود کیفیت - واحد فناوری اطلاعات

ابلاغ عضویت تمامی اعضا طبق استاندارد در تیم مدیریت اجرایی*

مشارکت فعال **و حضور اعضا در جلسات تیم مدیریت اجرایی

*با توجه به عناوین شغلی و ساختارهای سازمانی متنوع در انواع بیمارستان‌ها، تطبیق کامل اعضای تیم مدیریت اجرایی با عناوین ذکر شده در متن استاندارد الزامی نیست.

مبنای انتخاب پست متناظر در هر یک از اعضا چارت تشکیلاتی بیمارستان می‌باشد. اما مسئول / مسئولان جایگزین بایستی دارای وظایف معادل متصدیان /مسئولان اجرایی متناظر خود در تیم مدیریت اجرایی باشند.

رعایت موارد ذیل الزامی است:

در صورت وجود متصدیان/مسئولان اجرایی ذکر شده در متن استاندارد در بیمارستان، جایگزینی افراد متناظر مغایر استاندارد است.

عضویت سایر مسئولان در صورت تشخیص رئیس / مدیرعامل بیمارستان، علاوه بر اعضای الزامی، منعی ندارد.

سرپرستی تیم مدیریت اجرایی بر عهده رئیس / مدیر عامل بیمارستان است و برای ایشان ابلاغ مجزایی لازم نیست.

نحوه اداره جلسه، مشارکت افراد و تصمیم‌های اخذ شده براساس صورت جلسات، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد

** نام خانوادگی و امضای اعضا در صورت جلسات به تنهایی موید مشارکت فعال آنها در جلسات تیم مدیریت اجرایی نیست و مشارکت آنها در اخذ تصمیمات و اجرای آنها بیان گر

مشارکت فعال اعضای تیم مدیریت اجرایی است.

تیم مدیریت اجرایی به صورت منظم و مدون جلسات را برگزار نموده و مصوبات آن موید تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات پردازش شده از نتایج شاخص‌های فرآیندی/عملکردی/برنامه‌ای، مصوبات کمیته‌های بیمارستان و سایر موارد به تشخیص تیم مدیریت اجرایی است.

- تشکیل جلسات تیم مدیریت اجرایی مطابق آیین‌نامه داخلی*

- اخذ تصمیمات مبتنی بر اطلاعات پردازش شده **

- استفاده از نتایج سنجش و ارزیابی شاخص‌های فرآیندی/عملکردی/برنامه‌ای

- استفاده از مصوبات کمیته‌های بیمارستانی در تصمیمات اجرایی

*آیین‌نامه داخلی تدوین شده و در یکی از جلسات تیم مدیریت اجرایی تصویب می‌شود و حداقل شامل، اهداف، تعیین حداقل تعداد اعضا برای رسمیت بخشیدن به جلسات، تعیین دبیر و برنامه زمانی و تواتر جلسات است.

**تعریف اطلاعات پردازش شده: محصول فرآیند پردازش داده‌ها/اطلاعات هستند، پردازش به قصد رسیدن به یکی یا چند مورد هدف انجام می‌شود. از قبیل اطمینان از پاک و صحیح و کافی بودن داده‌ها/اطلاعات، مرتب‌سازی داده‌ها/اطلاعات در مجموعه‌های مختلف، کاستن از داده‌های جزئی برای رسیدن به نکات اصلی، تجمیع و درهم‌کردن داده‌ها/اطلاعات برای بدست آوردن جنبه‌های جدیدی از وقایع و پدیده‌ها، گردآوری و سازمان‌دهی و تحلیل، و تفسیر و نمایش داده‌ها/اطلاعات، گزارش‌دهی مناسب داده‌ها/اطلاعات و طبقه‌بندی داده‌ها به گروه‌ها و طبقات مختلف می‌گردد.

توصیه. ایجاد ضمانت اجرایی برای تصمیمات مصوبات کمیته‌های بیمارستانی و تعامل نزدیک تیم مدیریت اجرایی با تمامی کمیته‌های بیمارستانی به عنوان بازوی مشورتی تصمیمات اجرایی را به سوی خرد جمعی و مدیریت مبتنی بر شواهد سوق می‌دهد.

تیم مدیریت اجرایی ارزیابی مستمری از نتایج تصمیمات اخذ شده را از نظر دستیابی به اهداف و اثربخش بودن آنها به عمل آورده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می آورد.

- اخذ گزارش از مسئول انجام مصوبات قبلی مطابق مهلت زمانی انجام آنها در هر جلسه
- اخذ تصمیمات تسریع کننده و تسهیل گر جهت اجرایی شدن مصوبات معوق و اجرایی نشده
- بررسی نتایج نهایی و میزان اثربخشی تصمیمات قبلی و در صورت لزوم تصویب اقدام اصلاحی لازم*
- * تیم مدیریت اجرایی پس از بررسی شواهد و مستندات در خصوص اثر بخش بودن تصمیمات قبلی، در صورت عدم دستیابی به نتایج مورد نظر، نسبت به بازنگری تصمیمات قبلی و ابلاغ تصمیمات جدید اقدام می نماید.
- توصیه.مسئول اجرای هر مصوبه بایستی میزان پیشرفت مصوبه را براساس شاخص مربوط در جلسه بعدی گزارش نماید.

سند استراتژیک

دستاورد استاندارد

- ترویج فرهنگ برنامه محوری به جایگزینی تجربه محوری در حوزه مدیریت و برنامه ریزی
- استفاده از الگوهای معتبر برای برنامه ریزی استراتژیک
- یکپارچگی و تداوم سیاست‌های اصلی در سند استراتژیک بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی الهام گرفته از اهداف کلان بیمارستان
- برنامه ریزی مبتنی بر تحلیل شرایط بیمارستان و اولویت بخشی به استراتژی‌های اصلی بیمارستان
- ترویج کار تیمی در مدیریت و برنامه ریزی با مشارکت ذینفعان هر یک از برنامه‌ها

تیم مدیریت اجرایی سند استراتژیک بیمارستان را با مشارکت کارکنان و هماهنگی با سیاست‌های اصلی تهیه و به تیم حاکمیتی ارائه نموده و حداقل سالیانه مورد بازنگری قرار می‌دهد.

تدوین سند استراتژیک براساس یکی از روش‌ها و الگوهای شناخته شده علمی مشارکت کارکنان و سایر ذینفعان* در تدوین سند استراتژیک هماهنگی و عدم مغایرت اهداف کلی سند استراتژیک با سیاست‌های اصلی بیمارستان تحلیل وضعیت موجود براساس شرایط واقعی و بومی بیمارستان ارسال سند استراتژیک طی نامه رسمی جهت اصلاح/تصویب به تیم حاکمیتی ویرایش و بازنگری سند استراتژیک در بازه زمانی مشخص و حداقل سالانه*ذینفعان با توجه به سیاست‌های اصلی و تشخیص مدیران ارشد بیمارستان انتخاب می‌شوند.

بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار جزو اولویتهای استراتژیک بیمارستان است

- بهبود مستمر کیفیت جزء اهداف کلی درسند استراتژیک*
 - ایمنی بیمار جزء اهداف کلی درسند استراتژیک
 - تدوین برنامه و بودجه عملیاتی در راستای بهبود کیفیت
 - تدوین برنامه و بودجه عملیاتی در راستای ارتقای ایمنی بیمار
 - پایش مستمر برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم
 - پایش مستمر برنامه‌های عملیاتی ایمنی بیمار و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم
- * برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار الزاماً نبایستی عناوین مزبور را داشته باشند بلکه نتیجه نهایی برنامه‌های عملیاتی بایستی منجر به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران باشد. معیار این همخوانی ارتباط موضوع برنامه، اهداف عینی و شاخص برنامه برای دستیابی به اهداف عینی است.
- دسترسی کارکنان به فایل الکترونیک سند استراتژیک در بخش‌ها و واحدها
 - آگاهی کارکنان به اهداف اصلی سند استراتژیک*
- * ملاک ارزیابی کارکنان آگاهی آنها به اهداف اصلی (کلان) مرتبط با بخش کاری خود است.

مسئولان ایمنی بیمارستان

دستآورد استاندارد

تقویت مدیریت پیشگیری و ایمنی در بیمارستان با تولیت مشخص و برنامه‌های معین اولویت بخشی، برنامه ریزی، اجرا و پایش و بازنگری مستمر برنامه‌های ارتقای ایمنی بیماراندر تمام سطوح بیمارستان مسئول فنی بیمارستان، براساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت می‌نماید. صدور ابلاغ کتبی مسئول فنی بیمارستان به عنوان مسئول ایمنی توسط رئیس بیمارستان ذکر شرح وظایف مسئول ایمنی در ابلاغ صادره ارسال رونوشت ابلاغ به تمامی بخش‌ها /واحد‌های بیمارستان* فعالیت مسئول ایمنی همزمان با انجام سایر وظایف مسئول فنی ** است.

- *کارکنان بایستی مسئول فنی را به عنوان مسئول ایمنی شناسایی نموده و از حیطة اختیارات وی آگاه باشند.
- **در حال حاضر مسئول فنی در بیمارستان‌ها ممکن است بیش از یک نفر باشد لذا تا زمان ابلاغ آیین‌نامه جدید مسئولفنی از سوی وزارت بهداشت، رئیس/مدیرعامل بیمارستان بایستی از بین مسئولان فنی یک نفر را به عنوان مسئول ایمنی منصوب نماید.بدیهی است با توجه به عضویت مسئول فنی در تیم مدیریت اجرایی حضور مستمر ایشان درشیفت صبح الزامی است.
- توصیه. جایگاه قانونی مسئول فنی، از یک طرف و اهمیت ایمنی در بیمارستان موید ضرورت توجه ویژه مدیران ارشد در بکارگیری اثربخش، مستمر و محوری مسئول فنی به عنوان مسئول ایمنی در همه ابعاد آن در بیمارستان است.

مسئولان ایمنی بیمارستان

مسئول ایمنی " براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید

فعالیت مسئول فنی طبق وظایف محوله در ابلاغ خود به عنوان مسئول ایمنی *

مسئول ایمنی بر روند پیشرفت برنامه‌های عملیاتی ایمنی نظارت میدانی دارد**

* سوابق گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست بیمارستان موید عملکرد مسئول ایمنی طبق وظایف محوله است و کارکنان فعالیت ایشان را در حیطه برنامه ایمنی بخش تایید می نمایند.

** مسئول ایمنی چالش‌ها و موانع پیشرفت برنامه‌های مرتبط با ایمنی را نظارت و در صورت لزوم با هماهنگی تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی به عمل می آید.

طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان، یک نفر از پزشکان/پرستاران با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش‌های بالینی به عنوان "کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" تعیین شده است.

صدور ابلاغ کتبی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی* بیمار توسط رئیس بیمارستان

پزشک/پرستار با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش‌های بالینی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

ذکر شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در ابلاغ صادره

تعیین سطح پاسخگویی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در ابلاغ صادره

ارسال رونوشت ابلاغ به تمامی بخش‌ها /واحد‌های بیمارستان**

*مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار متمرکز برنامه‌های ایمنی بیمار بوده و اقدامات خود را با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان انجام می دهد.

** کارکنان بایستی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند.

مسئولان ایمنی بیمارستان

"کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید.

فعالیت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق وظایف محوله در ابلاغ صادره

نظارت میدانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر رعایت اصول ایمنی بیمار در بخش های بالینی*

*سوابق گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست بیمارستان موید عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق وظایف محوله است و کارکنان فعالیت ایشان را در حیطه برنامه ایمنی بخش تایید می نمایند.

اثربخشی اقدامات انجام شده برای ارتقاء ایمنی توسط مسئول ایمنی در فواصل زمانی مدون ارزیابی شده و گزارش آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح و تیم مدیریت اجرایی در صورت لزوم اقدام اصلاحی تعیین و بر اجرای آن نظارت می نماید.

پایش اثربخشی اقدامات* انجام شده برای ارتقای ایمنی بیمار

تحلیل شاخص های ایمنی را در فواصل زمانی منظم توسط مسئول ایمنی

گزارش نتایج شاخص های ایمنی توسط مسئول ایمنی حداقل سه ماهه از طریق نامه رسمی به ریاست بیمارستان***

نظارت مسئول ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی مصوب تیم مدیریت اجرایی***

*برنامه های عملیاتی بهبود کیفیت به منظور ارتقای ایمنی بیمار

**گزارش کتبی آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی طرح (مستند- صورت جلسات جلسات تیم مدیریت اجرایی) و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی به همراه نحوه نظارت به منظور اجرایی شدن اقدامات اصلاحی ابلاغ گردیده است.

***کارکنان از اقدامات اصلاحی مصوب اطلاع دارند.

بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات، بطور منظم انجام می شود.

تیم مدیریت اجرایی با همراهی مسئولین ایمنی و کنترل عفونت، به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌های بهبود، بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، به اجرا می گذارد

وجود تقویم بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی

اعلام رسمی برنامه‌های بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی به بخش‌ها و واحدها*

انجام بازدیدها در فواصل زمانی قید شده بر حسب نوع بخش توسط افراد عنوان شده برنامه**

شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار از زبان کارکنان در حین بازدید

ارائه بازخوردهای فردی به افراد گزارش کننده شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار***

آگاهی کارکنان در خصوص لزوم بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی

* مشاهده تاریخ و زمان بازدید در تابلو اعلانات بخش‌ها /واحدها

** طبق دستورالعمل ابلاغی از طرف وزارت بهداشت

***بررسی سوابق بازخورد فردی از قبیل ایمیل یا نامه اداری رسمی و یا هر روش مقتضی به منظور جلب مشارکت کارکنان در ارتقای ایمنی بیمار.

نتایج بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و اقدام‌های اصلاحی/برنامه‌های بهبود کیفیت تعیین و بر اجرای آن نظارت می شود.

برگزاری جلسه جمع بندی بازدید با حضور تیم بازدید کننده در بخش/واحد مورد بازدید*

پیگیری نتایج بازدیدهای ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی

انجام اقدامات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود که نیاز به تصمیم‌گیری در سطح مدیریت اجرایی دارند

نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای صحیح و به موقع اقدامات اصلاحی/اجرای برنامه بهبود کیفیت

*تنظیم صورتجلسه با ذکر تاریخ و ساعت و فرد مسئول اجرا/پیگیری فعالیت

کمیته‌های بیمارستانی طبق دستورالعمل‌های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می‌شود.

دستاورد استاندارد

تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی ، ترویج فرهنگ مدیریت مشارکتی، ترویج کار گروهی در حل مشکلات بیمارستان، گردش اطلاعات و ایجاد درک متقابل مابین کارکنان و مدیران ارشد
اخذ مشارکت پزشکان در برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیماران

حداقل کمیته‌های بیمارستانی براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت به شرح ذیل در بیمارستان‌فعال هستند.

پایش و سنجش کیفیت - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای - کنترل عفونت - بهداشت محیط - حفاظت فنی و بهداشت کار - مدیریت خطر حوادث و بلایا - ترویج زایمان طبیعی و ایمن - ترویج تغذیه با شیر مادر - اورژانس/تعیین تکلیف بیماران (مدیریت تخت) - اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی - مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج - طب انتقال خون

*استثناهای برگزاری جلسات کمیته‌ها که در ارزیابی مد نظر قرار می‌گیرد:

۱. در بیمارستان‌های با ۱۰۰ تخت فعال و کمتر، برگزاری جلسات کمیته‌های: بهداشت محیط با کنترل عفونت - ترویج زایمان طبیعی و ایمن با ترویج تغذیه با شیر مادر - پایش و سنجش کیفیت با مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - مدیریت خطر حوادث و بلایا با حفاظت فنی و بهداشت کار - مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج با طب انتقال خون به صورت همزمان قابل قبول است.
۲. کمیته‌های ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های فاقد بلوک زایمان و تک تخصصی‌های غیر از زنان زایمان و مامایی الزامی نمی‌باشد و غیر قابل ارزیابی است.
۳. برگزاری مشترک جلسات کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته درمان و دارو و تجهیزات پزشکی با دستور کارهای مستقل بلامانع است.
۴. کمیته طب انتقال خون در بیمارستان‌های بدون ترانسفیوژن الزامی نبوده و غیر قابل ارزیابی است.
۵. برگزاری کمیته‌های اورژانس و زیر کمیته‌های آن به صورت همزمان قابل قبول است.

کمیته‌های بیمارستانی طبق دستورالعمل‌های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می‌شود.

تعیین فواصل زمانی معین برای تشکیل جلسات هریک از کمیته‌ها در آیین‌نامه مربوطه*

برگزاری جلسات براساس زمان بندی تعیین شده در آیین‌نامه کمیته‌ها**

* فاصله‌های زمانی برگزاری جلسات براساس آیین‌نامه داخلی تعیین می‌شود. البته در صورت تعیین بازه زمانی معین در دستورالعمل ابلاغی ملاک ارزیابی فاصله زمانی ابلاغی است.

** فاصله زمانی جلسات کمیته‌های بیمارستانی با ۶۴ تخت فعال و کمتر تا دو برابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته‌ها نسبت به دستورالعمل قابل قبول است و امتیاز تعلق می‌گیرد. (بعنوان مثال بازه زمانی ماهیانه دستورالعمل در بیمارستان‌های ۶۴ تخت فعال و کمتر برگزاری هر دو ماه یک بار امتیاز می‌گیرد)

تدوین آیین‌نامه داخلی کمیته‌های بیمارستانی*

تصویب آیین‌نامه داخلی کمیته‌های بیمارستانی توسط تیم مدیریت اجرایی

رعایت حداقل‌های مورد انتظار در تدوین آیین‌نامه کمیته‌های بیمارستانی**

* در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی مبنای تدوین آیین‌نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم مدیریت اجرایی آیین‌نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود.

** حداقل‌های مورد انتظار در آیین‌نامه کمیته‌های بیمارستانی

عدم مغایرت با دستورالعمل‌های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت/دانشگاه، شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته‌ها، اعضای دائم و موقت کمیته، برنامه زمانی و تواتر جلسات، تعیین حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات، تعیین اهداف هریک از کمیته‌ها، تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته‌ها، نحوه مستند سازی سوابق جلسات، نحوه تعامل با سایر کمیته‌ها و تیم مدیریت اجرایی، نحوه پی‌گیری مصوبات توصیه: حداقل‌های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل: تاریخ و ساعت جلسه، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل، مباحث مطرح شده توسط اعضای جلسه، مصوبات جدید، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات، امضای اعضای حاضر در جلسه است.

صدور ابلاغ برای روسای کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیر عامل بیمارستان*

صدور ابلاغ برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیر عامل بیمارستان*

صدور ابلاغ برای اعضای ثابت کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیر عامل بیمارستان**

* ابلاغ روسا/ دبیران کمیته‌ها با تغییر رئیس/ مدیرعامل تا زمانیکه تصمیم‌گیری جهت تعویض آنها صورت نگرفته بقوت خود باقی است و نیازی به ابلاغ جدید توسط رئیس/مدیرعامل جدید ندارد.

** در صورت غیبت اعضای ثابت بیش از سه جلسه متوالی و یا بیش از ۳۰ درصد جلسات سالیانه بایستی عضو جدید جایگزین شود.

کمیته‌های بیمارستانی طبق دستورالعمل‌های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می‌شود.

دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف، ماموریت‌ها و با اولویت بندی مشکلات واقعی و جاری بیمارستان است.

همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با اهداف و ماموریت‌های کمیته‌ها*

همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان**

اطلاع رسانی دستور کار کمیته به اعضاء قبل از برگزاری جلسات کمیته‌ها

*معیار همسویی دستور کار جلسات با اهداف و ماموریت‌های کمیته آیین‌نامه داخلی کمیته است.

**معیار همسویی دستور کار جلسات با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان نتایج شاخص‌های بیمارستانی، نتایج رضایت سنجی ذینفعان و مصاحبه با اعضای کمیته است.

مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه‌حل‌های واضح و مشخص برای حل مشکلات بیمارستان است.

تعیین دستور کارهای همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی کمیته‌ها*

تصویب راه‌حلهایی واضح و مشخص همسو با دستور کار کمیته

قابلیت اجرایی مصوبات کمیته‌ها

رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در تمامی جلسات کمیته‌ها حضور دارد و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.

حضور رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در جلسات کمیته‌های بیمارستانی *

ضمانت اجرایی** مصوبات پس از تایید*** رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار وی در جلسه کمیته

*در صورت عدم حضور رئیس / مدیر عامل در هر یک از کمیته‌های بیمارستانی صدور ابلاغ برای جانشین تام الاختیار با قید اختیارات لازم ضروری است.

**ضمانت اجرایی به معنی همراهی تیم مدیریت اجرایی بدون تغییر برای اجرایی شدن مصوبات است. لذا رئیس / مدیرعامل یا نماینده تام الاختیار او قبل از امضای صورتجلسه بایستی از تامین منابع اطمینان حاصل کند.

*** وجود امضای رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار در صورتجلسات موید تایید مصوبات و اخذ ضمانت اجرایی است.

کمیته‌های بیمارستانی طبق دستورالعمل‌های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می‌شود.

میزان اثربخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت، پایش و ارزیابی می‌شود و نتایج به کمیته مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود، و اقدام اصلاحی لازم به عمل می‌آید.

نظارت دفتر بهبود کیفیت* در اجرایی شدن مصوبات کمیته‌های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده در صورتجلسه

گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته‌های مربوط و تیم مدیریت اجرایی**

گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته‌های مربوط

*حداقل به صورت فصلی ارزیابی کمیته انجام و نتایج گزارش میشود.

**علاوه بر نحوه پیگیری مصوبات از سوی مسئولان اجرای مصوبات و اجرای آنها در موعد مقرر براساس ملاک‌های تعیین شده در آیین‌نامه داخلی، ارزیابی عملکرد کمیته‌ها ارزیابی می‌شود.

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند.

وجود ابلاغ عضویت حداقل یکی از کارشناسان دفتر بهبود کیفیت در تمامی کمیته‌های بیمارستانی

حضور کارشناس دفتر بهبود کیفیت در کمیته‌های بیمارستانی که ابلاغ عضویت دارد

وجود ابلاغ عضویت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستانی

حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستانی*

*حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته‌های اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته با هر دستور کاری الزامی است.

پزشکان بیمارستان، حداقل در یکی از کمیته‌های بیمارستانی عضو هستند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌نمایند عضویت پزشکان به صورت ثابت یا موقت در کمیته‌های بیمارستانی*

*به منظور مشارکت پزشکان در امور برنامه ریزی و مدیریت تمامی پزشکان در بیمارستان‌های کمتر از ۱۰۰ تخت فعال و در بیمارستان‌های بیش از ۱۰۰ تخت فعال حداقل یک نفر از پزشکان متخصص هر یک از گروه‌های تخصصی عضو ثابت یکی از کمیته‌های بیمارستانی هستند و سایر پزشکان براساس برنامه ریزی بیمارستان در تناوب سه یا شش ماهه عنوان اعضای موقت در جلسات کمیته‌های بیمارستانی مرتبط با تشخیص رئیس /مدیر عامل بیمارستان حاضر می‌شوند.

تیم مدیریت اجرایی بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران نظارت می نماید.

دستاورد استاندارد

انجام برون سپاری خدمات منطبق بر صرفه و صلاح بیمارستان

اولویت بخشی کیفیت در انتخاب پیمانکاران

کسب اطمینان از عملکرد پیمانکاران منطبق بر قرارداد منعقد

خط مشی و روش "انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت "مقررات مالی معاملاتی"

تدوین خط مشی و روش

پیش بینی نحوه تعیین معیارهای کیفی تخصصی در برون سپاری ها با مشارکت متخصصین امر، در روش اجرایی

لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین نامه مالی و معاملاتی) در روش اجرایی

*رئیس / مدیرعامل، مدیر / مدیر داخلی، مسئول امور مالی و سایر صاحبان فرآیند و ذینفعان به تشخیص بیمارستان

دستورالعمل "نظارت بر عملکرد پیمانکاران"

*حداقل مورد انتظار در تدوین دستورالعمل، شامل تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت، پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی، مکانیزم های جریمه و یا فسخ قرارداد و رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در تعهدات پیمانکار در متن قرارداد است.

**ناظرین فنی قراردادهای برون سپاری

توصیه ۱. طراحی نظارت ساختارمند بر عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیست های تخصصی و بکارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط

توصیه ۲. پیش بینی جریمه های نقدی معین و شرایط لغو قرارداد و اخذ خسارات وارده در صورت عدم رعایت الزامات کیفی و قانونی در مفاد قرارداد منعقد، براساس گزارش ناظر فنی قرارداد.

میزان پرداختی بیماران بر اساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه ریزی، اجرا و نظارت می شود.

دستاورد استاندارد

رعایت قوانین و مقررات ابلاغی وزارت بهداشت

رعایت حقوق بیماران

افزایش اعتبار بیمارستان در افکار عمومی و اطمینان بیماران و همراهان به انصاف و رعایت قوانین مالی توسط بیمارستان

تطبیق تعرفه های بارگذاری شده در سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) با آخرین تعرفه ابلاغی *

رعایت تعرفه های ابلاغی در محاسبه هزینه های درمانی در پرونده الکترونیک (HIS) بیماران بستری

*تعرفه ابلاغی هیات دوات تازمان ابلاغ تعرفه بعدی تنها ملاک قیمت گذاری خدمات است و هرگونه دخل و تصرف در مقادیر آن توسط بیمارستان در صورت حساب الکترونیکی بیمارستان مغایر قانون است.

محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوشش بیمه پایه بیمار *

محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوشش بیمه تکمیلی بیمار

*میزان پوشش بیمه و هزینه تقریبی خدمات برابر استانداردهای حقوق بیمار قبل از بستری بایستی به اطلاع بیمار رسانده شود.

انطباق صورت حساب بیمار با خدمات واقعی ارائه شده

پرداختی بیماران صرفا به صندوق بیمارستان مطابق صورت حساب و براساس پرونده بالینی بیمار

عدم پرداخت هرگونه وجه مازاد پرونده بالینی به صندوق بیمارستان یا هر فرد دیگر در داخل یا خارج از بیمارستان *

*منظور هرگونه پرداخت زیر میزی یا دریافتی های نقدی و یا پرداخت های دو مرحله ای در دو صندوق و موارد مشابه تخلف از قانون بابت حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد است.

میزان پرداختی بیماران بر اساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه ریزی، اجرا و نظارت می شود.

تعرفه های مربوط به هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه ارزشیابی، حداقل در واحد پذیرش، واحد ترخیص یا حسابداری و سالن انتظار اصلی، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب گردیده و در صورت حساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می شود.

انطباق نحوه محاسبه هتلینگ بیماران با تعرفه مصوب اعلام شده در آخرین گواهی نامه اعتباربخشی

*بایستی بیمارستان ترتیبی اتخاذ کند که قبل از پذیرش و در زمان ترخیص گیرندگان خدمت (بیمار/ ولی قانونی وی، از تعرفه هتلینگ بیمارستان آگاهی داشته باشند.

قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو محاسبه و از بیماران اخذ می شود و مسئول فنی بر این امر نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق اقدام اصلاحی به عمل می آورد.

محاسبه قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو * در صورت حساب بیماران

نظارت مسئول فنی بر رعایت قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو در محاسبه هزینه ها در صورت حساب بیماران**

در صورت مشاهده موارد عدم انطباق مسئول فنی بیمارستان، نسبت به برخورد قانونی و اقدام اصلاحی

*قیمت گذاری دارو و لوازم پزشکی توسط سازمان غذا و دارو

**مسئول فنی در بازه زمانی معین طبق روش اجرایی نظارت مستمر (استاندارد الف - ۲ - ۹) بصورت اتفاقی تعدادی از صورت حساب های بیماران را بررسی می نماید و در صورت هرگونه عدم انطباق ضمن اصلاح قیمت و جبران خسارت بیمار طبق وظایف قانونی خود عمل می نماید. همچنین ضمن بررسی عوامل بروز عدم انطباق را شناسایی و ضمن اصلاح فرآیند به رئیس / مدیرعامل گزارش می نماید.

انطباق کدهای خدمات ثبت شده در پرونده بالینی* و صورت حساب بیماران با نوع خدمات ارائه شده

عدم محاسبه و اخذ کدهای خارج از کتاب ارزش نسبی خدمات در پرونده بالینی یا صورت حساب بیمار

* شرح عمل و کدهای بیهوشی منطبق بر شرایط واقعی بیمار است و خدمات هتلینگ، کمک جراح و سایر موارد کد گذاری طبق تعرفه و واقیت ارائه خدمات بیمارستان است.

میزان پرداختی بیماران بر اساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه ریزی، اجرا و نظارت می شود.

تعرفه‌های مربوط به هتلینگ در کنار آخرین گواهی‌نامه ارزشیابی، حداقل در واحد پذیرش، واحد ترخیص یا حسابداری و سالن انتظار اصلی، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب گردیده و در صورت حساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می‌شود.

انطباق نحوه محاسبه هتلینگ بیماران با تعرفه مصوب اعلام شده در آخرین گواهی‌نامه اعتباربخشی

*بایستی بیمارستان ترتیبی اتخاذ کند که قبل از پذیرش و در زمان ترخیص گیرندگان خدمت (بیمار/ ولی قانونی وی، از تعرفه هتلینگ بیمارستان آگاهی داشته باشند.

قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو محاسبه و از بیماران اخذ می‌شود و مسئول فنی بر این امر نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.

محاسبه قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو * در صورت حساب بیماران

نظارت مسئول فنی بر رعایت قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو در محاسبه هزینه‌ها در صورت حساب بیماران**

در صورت مشاهده موارد عدم انطباق مسئول فنی بیمارستان، نسبت به برخورد قانونی و اقدام اصلاحی

*قیمت گذاری دارو و لوازم پزشکی توسط سازمان غذا و دارو

**مسئول فنی در بازه زمانی معین طبق روش اجرایی نظارت مستمر (استانداردالف ۲- ۹) بصورت اتفاقی تعدادی از صورتحساب‌های بیماران را بررسی می‌نماید و در صورت هرگونه عدم انطباق ضمن اصلاح قیمت و جبران خسارت بیمار طبق وظایف قانونی خود عمل می‌نماید. همچنین ضمن بررسی عوامل بروز عدم انطباق را شناسایی و ضمن اصلاح فرآیند به رئیس / مدیرعامل گزارش می‌نماید.

انطباق کدهای خدمات ثبت شده در پرونده بالینی* و صورتحساب بیماران با نوع خدمات ارائه شده

عدم محاسبه و اخذ کدهای خارج از کتاب ارزش نسبی خدمات در پرونده بالینی یا صورت حساب بیمار

شرح عمل و کدهای بیهوشی منطبق بر شرایط واقعی بیمار است و خدمات هتلینگ، کمک جراح و سایر موارد کد گذاری طبق تعرفه و واقیت ارائه خدمات بیمارستان است.

نظارت مسئول فنی بر روند محاسبه صورت حساب بیماران بر اساس برنامه زمان بندی و نمونه برداری معین (با توجه آمار ترخیص روزانه، حداقل به صورت ماهیانه یکبار این نظارت برای ۱۰ درصد پرونده‌های ترخیصی صورت پذیرد).

گزارش موارد عدم انطباق به تیم مدیریت اجرایی بیمارستان

اصلاح فرآیند اضافه دریافتی و جبران اضافه پرداختی بیماران با هماهنگی رئیس / مدیرعامل برای بیمار/بیماران

هزینه دارو و درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ارزیابی و برنامه ریزی می شود.

خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای با در نظر گرفتن صرفه و صلاح و تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی *

خرید تجهیزات پزشکی مصرفی با در نظر گرفتن صرفه، صلاح و تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی **

* ضمن رعایت آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی موضوع خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی (سرمایه‌ای) در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول واحد مهندسی پزشکی مطرح و ضمن بررسی کارشناسی و فنی با در نظر گرفتن صرفه و صلاح در خصوص خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای تصمیم‌گیری می‌شود.

** ضمن رعایت آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی موضوع خرید تجهیزات پزشکی مصرفی (غیر سرمایه‌ای) در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول واحد مهندسی پزشکی مطرح و ضمن بررسی کارشناسی و فنی با در نظر گرفتن صرفه و صلاح در خصوص خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای تصمیم‌گیری می‌شود.

توصیه تدوین فرمولاری (فهرست) تجهیزات مصرفی با استفاده از سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی برای بیمارستان، اطلاع رسانی به پزشکان (به‌ویژه در خصوص کاشتنی‌ها) و رعایت فرمولاری تجهیزات مصرفی و در صورت نیاز بازنگری آن در کمیته.

جمع آوری اطلاعات حجم مداخلات تجویز شده * توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان

تحلیل آماری حجم مداخلات تجویز شده * توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان

استخراج موارد غیر معمول تجویز شده توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان

شناسایی و ثبت دلایل افزایش غیر معمول تجویز امور تشخیصی و درمانی توسط یک پزشک یا گروهی از پزشکان

* منظور از حجم مداخلات تجویز شده میزان تجویز دارو یا تجهیزات پزشکی یا امور تشخیصی و درمانی شایع در بازه زمانی معین است.

رئیس/مدیر عامل بیمارستان، نتایج بررسی‌های کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات در خصوص نحوه عملکرد پزشکانی که به صورت معنی‌داری مداخلات تشخیصی و درمانی بالاتر از میانگین گروه را دارند، را به همراه مستندات مربوط به صورت مکتوب به آنها متذکر می‌شود.

شناسایی و ثبت مواردی از تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی که اختلاف معنی‌داری نسبت به متوسط حجم تجویز پزشکان بیمارستان دارد در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

گزارش مکتوب عملکرد پزشکانی که تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی با اختلاف معنی‌داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند به همراه مستندات مربوط به رئیس / مدیر عامل بیمارستان

تذکر کتبی * رئیس بیمارستان به پزشک / پزشکانی که تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی با اختلاف معنی‌داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند

* تذکرات اولیه جهت اطلاع است اما در صورت تکرار برابر تصمیمات تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی لازم به عمل می‌آید.

هزینه دارو و درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ارزیابی و برنامه ریزی می شود.

خدمات نادر و پرهزینه بیمارستان در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات شناسایی شده و با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط؛ پیش از ارائه این خدمات، با بررسی اندیکاسیون هر مورد، مجوز انجام مداخله صادر می شود.

تهیه فهرست خدمات نادر و پرهزینه تشخیصی/ درمانی توسط کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با مشارکت پزشکان متخصص* مرتبط

بررسی اندیکاسیون ارائه این خدمات به هریک از بیماران با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط پیش از ارائه خدمت**

تایید یا رد اندیکاسیون*** خدمات در هر مورد با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط و اقدام براساس تصمیم کمیته

- * مشارکت از پزشک معاج و پزشکان همکار به نحوی باشد که ضمن مدیریت خدمات پرهزینه و نادر مسئولیت پزشک معالج خدشه دار نشود.
- ** به نحوی برنامه ریزی شود که قبل از بستری بیمار و اطلاع زمان در جلسه کمیته مطرح و مصوب شود..
- *** به منظور رعایت حقوق بیماران غیر اورژانسی راه حل های تشخیصی یا درمانی جایگزین، شناسایی و پیشنهاد می شود و شامل ارائه خدمات اورژانسی که تهدید کننده حیات بیماران، نمی شود.
- ارسال گزارش عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی را در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع به رئیس بیمارستان
- بررسی گزارش عملکرد واصله از کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در خصوص مداخلات تشخیصی و درمانی شایع توسط رئیس بیمارستان
- ارسال گزارش عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، به کمیته معادل در ستاد دانشگاه توسط رئیس بیمارستان

مسئول فنی واجد صلاحیت بر نحوه ارائه خدمات به بیماران و رعایت قوانین و مقررات در بیمارستان نظارت می نماید.

دستاورد استاندارد

تقویت فرآیند پیشگیری خطا و قصور پزشکی

ترویج برنامه خود ارزیابی و خود اظهاری پیش از بروز مشکلات حاد برای بیمار و بیمارستان

رسیدگی فوری به قصور پزشکی طبق مقررات

فعالیت مسئول / مسئولان فنی بیمارستان مطابق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت در شیفت‌های بیمارستان

معتبر بودن پروانه مسئولی / مسئولان فنی بیمارستان

آگاهی مسئول / مسئولان فنی از شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت *

انجام وظایف محوله طبق شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت مسئول فنی بیمارستان

روش اجرایی "نظارت مستمر در تمام ساعات شبانه روز بر روند ارائه خدمات در بیمارستان"

پیش بینی شیوه‌های ارزیابی و گزارش‌گیری از موارد خطا و قصور از بخش‌ها / واحدها در تمامی ساعات شبانه روز در روش اجرایی

پیش بینی شیوه‌های ارزیابی و گزارش‌گیری از موارد نقض قوانین در تمامی ساعات شبانه روز در روش اجرایی

صدور ابلاغ عضویت مسئول فنی بیمارستان در کمیته مرگ و میر و عوارض (مسئول فنی شیفت صبح)

حضور کامل مسئول فنی بیمارستان در تمامی جلسات کمیته مرگ و میر و عوارض

پیگیری موارد قصور مورد تایید کمیته مرگ و میر و عوارض برابر مقررات با همکاری متخصصین پزشکی قانونی و سایر مراجع ذیربط (برحسب شرح وظایف مسئولان فنی ابلاغی وزارت بهداشت)

فرآیندهای اصلی بیمارستان، به صورت مستمر مدیریت می شود

دستاورد استاندارد

شناسایی فرآیندهای اصلی بیمارستان، بهبود مستمر فرآیندها براساس سنجش و بازنگری، ترویج مشارکت گروهی در بهبود فرآیندهای اصلی بیمارستان

شناسایی فرآیندهای اصلی توسط تیم مدیریت اجرایی*

معرفی فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت و مدیر پرستاری

بررسی و تصویب فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی

ابلاغ فرآیندهای اصلی مصوب به بخش ها / واحدها، توسط رئیس بیمارستان

دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیکی فرآیندهای اصلی ابلاغ شده و آگاهی از آنها

* مسئول بهبود کیفیت به عنوان نماینده تیم مدیریت اجرایی با مشارکت سایر اعضا و مسئولان واحدها/ بخش های پاراکلینیک، فرآیندهای اصلی بیمارستان را شناسایی می نماید. تعداد فرآیندهای اصلی شناسایی شده ملاک ارزیابی نیست و این امر با تشخیص بیمارستان است.

فرآیند مجموعه ای از فعالیت های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه ریزی شده انجام می گیرد. شروع و خاتمه مشخص داشته، با تعریف ورودی ها و خروجی های آن و تعیین متولی و صاحبان فرآیند ساختار شفاف برای عملکرد ارائه می کند و به شکل افقی در سازمان جریان دارد.

فرآیندهای سازمانی در سه گروه فرآیندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی قرار می گیرند. فرآیندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می کند. هر یک از گام های فرآیندهای اصلی می تواند شامل یک یا چند فرآیند فرعی باشد. فرآیندها می توانند به صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند.

فلوچارت یا نقشه فرآیند یا نمودار فرآیند کار: نموداری است که توالی مراحل که در یک فرآیند برای اجرای کار درست انجام می شود را نشان می دهد. از طریق مشاهده فلوچارت می توان تصویری کلی از فرآیند به دست آورد و فهمید که یک فرآیند چگونه کار می کند و مشکلات کیفیتی در کجا روی می دهد.

طراحی شماتیک فلوچارت: برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوچارت ترسیم شده از اشکال هندسی قراردادی استفاده می شود، بیضی (شروع و پایان فرآیند)، مستطیل (انجام یک فعالیت)، لوزی (نشان دادن یک تصمیم گیری) و از علامت فلش برای نشان دادن مسیر جریان فرآیند استفاده می شود.

نگارش انشایی (الگوریتم): هر دستورالعملی که مراحل انجام کاری را با زبانی دقیق و با جزئیات کافی بیان نماید بطوریکه ترتیب مراحل و شروع و خاتمه عملیات در آن کاملاً مشخص شده باشد



شاخص های سنجش فرآیندهای اصلی بیمارستان

تعیین شاخص‌هایی سنجش فرآیندهای اصلی توسط مسئول بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان/ سرپرستاران بخش‌ها / واحدها

مسئولان بخش‌ها / واحدها سرپرستاران بخش‌های تشخیصی و درمانی و مسئولان واحدهای پاراکلینیک، اداری و سایر واحدهایی است که در جریان فرآیندهای اصلی بیمارستان ایفای نقش می‌نمایند.

اندازه‌گیری شاخص‌های فرآیندی تعیین شده در بازه زمانی معین، بازه زمانی اندازه‌گیری شاخص‌های فرآیندی بر اساس نوع شاخص قابل تعریف است اما بازه یک ماهه برای شاخص‌های اصلی در گلوگاه‌های فرآیندی توصیه می‌شود.

گزارش تحلیلی نتایج شاخص‌های فرآیندی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت

- ❖ سازمان مانند یک سیستم است. برای سنجش عملکرد یک سازمان می‌بایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یکسری شاخص تعریف نمود که این شاخص‌های برای اندازه‌گیری میزان دستیابی به آرمان‌ها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. شاخص‌های سنجش فرآیندهای توانمند به صورت شاخصهای ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی باشند.
- ❖ شاخص‌های ساختاریا دروندادی: آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطرح است که شامل منابع نیروی انسانی، منابع تجهیزاتی، منابع مالی و... خواهد بود و بدون آن‌ها امکان طراحی و اجرای برنامه‌ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص‌ها جای می‌گیرد. تعداد بیماران شرکت کننده در کلاس‌های آموزشی، تعداد بیماران پذیرش شده در آزمایشگاه، نسبت تعداد کادر پرستاری در بخش‌های بستری به تخت فعال
- ❖ شاخص‌های فرآیندی: برای پایش فعالیت‌های در حال اجرا استفاده می‌شود و نحوه ارائه خدمات، روش‌ها و برنامه‌هایی که برای دستیابی به اهداف سازمانی بکارگرفته شود را پایش می‌کند. شاخص‌های میانگین زمانی، اغلب شاخص‌های فرآیندی هستند. میانگین زمانی انتظار جوابدهی بخش پاتولوژی، میانگین زمانی انتظار تزریق استرپتوکیناز به بیماران با تشخیص آنفارکتوس قلبی از بدو ورود به بیمارستان تا زمان تزریق
- ❖ شاخص‌های پیامدی: شاخص‌هایی که نتایج فعالیت‌ها را نشان می‌دهد. شاخص‌های رضایت‌مندی و ایمنی بیمار و مواردی مانند میزان بروز زخم بستر در بیماران بستری، میزان افتادن بیمار در طول بستری، میزان مورتالیتی نوزادان زیر ۲۸ روز، جزء شاخص‌های پیامدی هستند.
- ❖ تعیین نوع شاخص‌ها برای هر فرآیند به وضعیت موجود سازمان، مطالبات سازمان‌های بالادستی، هدف از ارتقاء فرآیند و... بستگی دارد و می‌تواند برای هر فرآیند از سه نوع شاخص هم باشد. نکته مهم در تدوین شاخص‌ها اینست که باید توازنی بین شاخص‌های ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی در سازمان وجود داشته باشد. البته مفهوم توازن از منظر تعداد شاخص‌ها نیست بلکه منظور توجه به توازن در تعیین شاخص‌ها در هر سه حیطه ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. به نحوی که بیمارستان صرفاً بر یک حیطه متمرکز نشود.
- ❖ شناسنامه شاخص: برای یکسان سازی مفاهیم و کسب اطلاعات دقیق لازم است برای هر شاخص شناسنامه تدوین شود که حداقل در آن نوع شاخص، نحوه اندازه‌گیری، بازه زمانی اندازه‌گیری، فرد مسئول جمع‌آوری شاخص، نحوه گزارش دهی بخش‌ها/ واحدهای مرتبط مشخص شده باشد.

بررسی گزارش تحلیلی مسئول بهبود کیفیت در خصوص نتایج شاخص‌های فرآیندی در جلسه تیم مدیریت اجرایی

اقدام اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود کیفیت/ بازنگری فرآیندها با مشارکت صاحبان فرآیند در جلسات تیم مدیریت اجرایی

توصیه. در صورت تصمیم تیم مدیریت اجرایی برای اصلاح و بازنگری فرآیندهای اصلی گروهی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت صاحبان فرآیند در بخش‌ها / واحدهای مرتبط تشکیل و پیشنهاد اصلاحی این گروه مجدداً در جلسه تیم مدیریت اجرایی طرح و در صورت تصویب ابلاغ شود.

میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت، ارزیابی و بازنگری می‌شود

دستاورد استاندارد

امکان ارزیابی روند پیشرفت برنامه‌های عملیاتی و بهبود کیفیت، امکان مداخله به موقع در موانع احتمالی اجرای برنامه‌ها به دنبال سنجش و پایش مستمر آن‌ها، مشارکت صاحبان فرآیند در هدایت برنامه‌ها به اهداف تعیین شده

تیم مدیریت اجرایی، شاخص‌های برنامه‌ای و مسئول پایش و اندازه‌گیری میزان پیشرفت هر یک از برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت را تعیین نموده

تعیین شاخص‌های اندازه‌گیری پیشرفت برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی

تعیین مسئول پایش و اندازه‌گیری* پیشرفت هر یک از برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی

پایش و اندازه‌گیری میزان پیشرفت برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت توسط مسئول پایش برنامه‌ها

نظارت بر روند پایش برنامه‌ها توسط مسئول بهبود کیفیت به نمایندگی از تیم مدیریت اجرایی

*در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه‌گیری شاخص معرفی می‌شود.

توصیه. برای اطمینان از اجرای صحیح برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت تدوین شده دو معیار (شاخص) طراحی شود.

۱- پایش پیشرفت برنامه عملیاتی/بهبود کیفیت یا درصد تحقق اجرای برنامه‌های پایش بینی شده

۲- پایش شاخص‌های تعیین شده برای دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه‌ها

شاخص تحقق برنامه که بر اساس اهداف اختصاصی در بازه‌های زمانی تعیین شده، اندازه‌گیری می‌شود بیانگر موفقیت برنامه در دستیابی به اهداف از پایش تعیین شده است، به عنوان مثال ده درصد افزایش رضایتمندی مراجعین به اورژانس. اما شاخص پیشرفت برنامه درصد اجرایی گام‌های برنامه بر اساس زمان بندی تعیین شده است. این معیار موید همخوانی رفتار مجریان با مراحل اجرای برنامه است و الزاماً بیانگر میزان دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه نیست. در همان مثال "افزایش ده درصدی رضایتمندی مراجعین اورژانس از طریق ایجاد امکانات و بهبود مبلمان"، اگر در گام‌های اجرایی برنامه خرید و نصب امکانات و مبلمان در نظر گرفته شده، صد درصد بر اساس زمان بندی تعیین شده انجام شود الزاماً به معنی ارتقای ده درصدی شاخص برنامه نیست! و اگر تغییری در رضایتمندی بیماران بوجود نیاید پیشرفت برنامه قابل قبول است اما اهداف برنامه محقق نشده اند. به عبارت دیگر روش انتخاب شده به درستی اجرا شده اما الزاماً این روش منجر به افزایش ده درصدی رضایتمندی نشده است. لذا در هر برنامه توصیه می‌شود به منظور امکان بازنگری‌های به موقع و جلوگیری از اتلاف منابع و زمان به هردو بعد پایش نحوه اجرا و اندازه‌گیری تحقق برنامه اهتمام شود. چراکه در مقاطع پایش و اندازه‌گیری فرصت بازنگری در هر دو بعد میسر می‌شود

میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت، ارزیابی و بازنگری می‌شود

مسئولان پایش برنامه‌ها، نتایج پایش و ارزیابی برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت مربوط را به صورت فصلی، در کمیته پایش و سنجش کیفیت گزارش می‌نمایند

گزارش نتایج شاخص / شاخص‌های برنامه‌ای به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول مربوط (گزارش توسط مسئول پایش و اندازه‌گیری برنامه و حداقل سه ماهه (فصلی) و در صورت نیاز در بازه‌های زمانی کوتاه تر)

بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص‌های برنامه‌ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت

تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص‌های برنامه‌ای 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

ارائه گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت

تیم مدیریت اجرایی براساس گزارش نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه‌های عملیاتی در خصوص هر یک از برنامه‌ها در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت، (با مشارکت صاحبان فرآیند و در صورت ضرورت برنامه بهبود کیفیت به منظور رفع موانع پیشرفت برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی، تدوین و ابلاغ می‌شود) تدوین و ابلاغ می‌نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آن‌ها نظارت می‌کند

عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان، اندازه‌گیری شده و براساس آن بازنگری انجام می‌شود

دستآورد استاندارد

آگاهی بیمارستان از پیامدهای مهم عملکردی در ابعاد بالینی و غیر بالینی

امکان بازنگری و بهبود مستمر عملکرد بیمارستان با مشارکت همه صاحبان فرآیند

ترویج فرهنگ نتیجه‌گرایی در بیمارستان

دفتر بهبود کیفیت با مشارکت کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئولان بخش‌ها/واحد‌های بیمارستان، شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی را اولویت بندی، و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد می‌نماید.

طراحی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی در کمیته پایش و سنجش کیفیت* با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت مسئولان بخش‌ها / واحد‌ها**

پیشنهاد شاخص‌های عملکردی*** بالینی و غیر بالینی به صورت اولویت بندی شده برحسب درجه اهمیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت

*کمیته پایش و سنجش کیفیت در جلسات اختصاصی متناسب با بخش‌های مخاطب (درمانی/تشخیصی/اورژانس/اداری/مالی/پاراکلینیک و...) جلسات مستقل تشکیل می‌دهد و با حضور مسئولان مرتبط شاخص‌های عملکردی بخش‌ها / واحد‌ها را طراحی می‌نماید.

**شاخص‌های عملکردی بالینی بایستی تحت نظر و با تایید نهایی مدیر پرستاری طراحی شود.

***شاخص‌های عملکردی در اعتباربخشی نسل نوین در دو گروه ارزیابی می‌شوند:

عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان، اندازه‌گیری شده و براساس آن بازنگری انجام می‌شود

گروه اول شامل شاخص‌هایی است که با توجه به اهمیت آن‌ها اندازه‌گیری مستمر برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. شاخص‌هایی عملکردی الزامی شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱- شاخص‌های اورژانس: شاخص‌هایی ملی اورژانس ابلاغ شده طی نامه شماره ۱۳۰۳/۱۰۰ مورخ ۱۹/۹/۱۳۹۰ که شامل: درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت، درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت، درصد ترک با مسئولیت شخصی از اورژانس، میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح تریاژ، درصد احیای قلبی - ریوی ناموفق

۲- در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده‌های مرتبط با مرگ مغزی به استناد نامه هیات محترم دولت به شماره ۲۴۸۰۴/۹۹۲۹/ت مورخ ۷/۳/۱۳۹۰ و بخشنامه وزارت بهداشت، به شماره ۷۷۹/۱۰۰ مورخ ۳۰/۵/۱۳۹۰، الزامی می‌باشد. (در بیمارستان‌های دارای ICU)

۳- در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده‌های مرتبط با سکته قلبی به استناد نامه معاونت سلامت وزارت بهداشت به شماره ۶۱۰۳/۴۰۲/د مورخ ۱۶/۵/۱۳۹۲، الزامی می‌باشد و در صورتی که این مورد لحاظ نشده باشد نمره به هیچ یک از سنجه‌های این محور تعلق نمی‌گیرد. (در بیمارستان‌های دارای CCU)

توصیه گروه دوم شاخص‌های عملکردی است، که بیمارستان برحسب شرایط خود به هر نوع/ تعداد که تشخیص می‌دهد طراحی، پایش و تحلیل می‌نماید. لذا برای اینکه کیفیت خدمات ارائه شده در تمامی ابعاد بررسی شود توصیه می‌شود، حداقل شاخص‌های عملکردی در حیطه‌های ذیل تدوین شود:

ایمنی: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و عفونت‌ها برای بیمار می‌شود

به موقع بودن خدمات: انجام خدمات تشخیصی درمانی در زمان مناسب و وضعیت لیست بیماران

اثر بخشی: انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر و راهنمای طبابت بالینی

کارایی: میزان هزینه‌های بیمار و وضعیت مصرف داروها، فرآورده‌های خونی، میزان انجام آزمایشات

عدالت: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، سن، وضعیت بیمه، قومیت و... متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان

بیمار محوری: میزان رضایتمندی بیمار از نحوه ارائه خدمات و میزان مشارکت آگاهانه در ارائه خدمات SAFETY

TIMELINESS

EFFECTIVENESS

EFFICIENCY

EQUITY

PATIENT CENTER ENDESS

عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان، اندازه‌گیری شده و براساس آن بازنگری انجام می‌شود

بررسی فهرست شاخص‌های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی

انتخاب الویت‌ها و تصویب شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بخش‌ها/واحدها توسط تیم مدیریت اجرایی

تعیین مسئول اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی مصوب و الزامی* توسط تیم مدیریت اجرایی (* شاخص‌هایی است که با توجه به اهمیت آن‌ها اندازه‌گیری مستمر برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است.)

تیم مدیریت اجرایی شاخص‌های تعیین شده با هر یک از شاخص‌ها را به تمام بخش‌ها/واحدهای مرتبط ابلاغ می‌نماید

گزارش نتایج اندازه‌گیری هر یک از شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط مسئولان اندازه‌گیری (مسئول اندازه‌گیری هر یک از شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط تیم مدیریت اجرایی تعیین می‌شود و توصیه می‌شود از بین کارکنان همان بخش یا واحد انتخاب نشود) هر یک از شاخص‌ها به دفتر بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین (بر اساس بازه زمانی تعیین شده در شناسنامه شاخص و در همین بازه زمانی هر شاخص اندازه‌گیری و گزارش می‌شود)

گزارش نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت

بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت

تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی

ارائه گزارش تحلیلی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت در صورت موافقت تیم مدیریت اجرایی اعلام نتایج به بخش/واحد مربوط توسط دفتر بهبود کیفیت

بررسی گزارش تحلیلی کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی در تیم مدیریت اجرایی با حضور مسولان و کارکنان کلیدی مرتبط

اخذ تصمیمات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت در مورد شاخص‌های که نتایج آن‌ها در محدوده هشدار/ بحرانی قرار دارند، با مشارکت صاحبان فرآیند (صاحب فرآیند کسی است که مدیریت فرآیند و بهبود آن را از طریق نظارت و گزارش کارایی فرآیندها (شاخص) برعهده دارد)

نظارت دفتر بهبود کیفیت بر اجرای صحیح اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده از سوی تیم مدیریت اجرایی

برنامه بهبود کیفیت

دستاورد استاندارد

حل مشکلات از سطح بخش تا مدیریت ارشد با شیوه‌های ساختارمند
بهبود فرآیندها و پیامدهای بخش‌ها و واحدها با انجام کارگروهی و خرد جمعی
کاهش هزینه‌های فرایندها مشکلات با رفع زود هنگام آن در بخش‌ها و واحدها

شناسایی مشکلات و فرصت‌های بهبود توسط مسئولان بخش‌ها/واحدها با همکاری کارکنان مرتبط

الویت بندی مشکلات و فرصت‌های بهبود و برنامه ریزی برای اقدام اصلاحی* توسط مسئولان بخش‌ها / واحدها (*اقدام
اصلاحی مستقیم زمانی مورد انتظار است که مسئول بخش / واحد بدون نیاز به منابع برون بخشی صرفاً یک مشکل
فرآیندی را بازبینی و حل مشکل می‌نماید)

ذخیره سوابق اقدامات اصلاحی با توصیف مشکل و نحوه حل آن با ذکر تاریخ دریک فایل الکترونیک در رایانه بخش (نیازی
به طراحی فرم و مستند سازی نیست، این ثبت سوابق صرفاً برای استفاده آینده‌گان از تجربه مسئولان قبلی است و ثبت
الکترونیکی آن در یک صفحه کفایت میکند)

بررسی مجدد اثربخشی اقدام اصلاحی توسط مسئول واحد / بخش در بازه زمانی معین به تشخیص مسئول

برنامه بهبود کیفیت

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*

معرفی برنامه‌های بهبود بخش‌ها / 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

نظارت مسئول بهبود کیفیت بر اجرا و پیشرفت برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده و گزارش نتایج به تیم مدیریت اجرایی

* برنامه بهبود کیفیت در بخش‌ها / واحدها زمانی تدوین خواهد شد که حل مشکلات مطرح شده نیاز به منابع انسانی مالی و تجهیزاتی دارد و با اجرای اقدامات اصلاحی توسط مسئول بخش امکان رفع مشکل وجود نداشته باشد. برنامه بهبود کیفیت با مشارکت مسئول / مسئولین مرتبط و همکاری دفتر بهبود کیفیت تدوین به تصویب تیم مدیریت اجرایی می‌رسد. تعداد برنامه‌های بهبود ملاک امتیازدهی نیست. بلکه نحوه شناسایی و حل مشکلات بخش‌ها / واحدها حائز اهمیت است.

مدیریت مستندات اعتباربخشی ملی

دستاورد استاندارد

مدیریت و کنترل بهینه مستندات اعتباربخشی

یکپارچه سازی مستندات کیفی

مستند سازی الکترونیکی خط مشی‌ها، روش‌ها و دستورالعمل‌ها

دفتر بهبود کیفیت مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شده‌اند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس الکترونیکی کارکنان قرار می‌دهد.

ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط مشی‌ها و روشها، روشهای اجرایی، دستورالعمل‌های بیمارستان(برای تهیه فرمت مستندات اعتباربخشی هیچ قالب الزامی وجود ندارد اما در خصوص محتوای آن بایستی حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شوند)

الکترونیکی** بودن تمامی فرمت‌های خط مشی‌ها و روش‌ها، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها (** تمامی خط مشی و روش، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها بایستی در قابل فایل الکترونیک باشند و نیازی به امضا ندارند اما بایستی با نامه رسمی و امضای تصویب کننده از طریق اتوماسیون ابلاغ شود)

ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتباربخشی ملی

دستاورد استاندارد

آگاهی بیمارستان از عملکرد اعتباربخشی پیش از ارزیابی نهایی

فرصت و امکان بازنگری و بهبود استقرار استانداردها پیش از ارزیابی نهایی

بخش‌ها/واحدها در زمان تعیین شده، با رویکرد بهبود مستمر کیفیت، خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران را انجام داده و پس از انجام اقدامات اصلاحی در راستای استقرار استانداردها گزارش نهایی آن را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌نماید

انجام خود ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران توسط مسئولان بخش / واحدها بر اساس کتاب راهنما(با توجه به وظیفه (نقش) محوری بودن استانداردها، خود ارزیابی در اغلب مواقع نیازمند کارگروهی می‌باشد و روش انجام، افراد دخیل و همچنین نحوه گزارش نتایج به دفتر بهبود کیفیت با تشخیص بیمارستان تعیین می‌شود)

شناسایی موارد عدم انطباق و اقدام اصلاحی درون بخشی در جهت استقرار کامل استانداردهای مرتبط با بخش / واحد

ارسال نتایج خود ارزیابی و گزارش اقدامات اصلاحی درون بخشی انجام شده به دفتر بهبود کیفیت (برخی اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود نیازمند منابع انسانی، ملی یا تجهیزاتی است، که بایستی شرح آن به همراه نتایج خودارزیابی به دفتر بهبود کیفیت ارسال شود)

بررسی نتایج خود ارزیابی بخش‌ها/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

ارائه گزارش نتایج خودارزیابی بخش‌ها/واحدها و اولویت بندی اقدامات اصلاحی / برنامه‌های بهبود کیفیت مورد نیاز به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت

بررسی گزارش تحلیلی دفتر بهبود کیفیت در تیم مدیریت اجرایی و تصویب اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود کیفیت بر اساس اولویت بندی انجام شده و ابلاغ آن‌ها به بخش‌ها/واحدها

انجام خود ارزیابی‌های مکرر با رویکرد بهبود مستمر توسط مسئول بخش‌ها / واحدها تا زمان اطمینان از استقرار استانداردهای اعتباربخشی

ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتباربخشی ملی

بیمارستان گروه ارزیابی داخلی تشکیل داده و طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، ارزیابی داخلی را با رویکرد بهبود مستمر کیفیت انجام داده و پس از انجام اقدامات اصلاحی نتایج نهایی را در سامانه اعتباربخشی بارگذاری می نماید

تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی با محوریت تیم مدیریت اجرایی (انتخاب اعضای گروه داخلی ارزیابی با تشخیص رئیس / مدیرعامل است)

انجام ارزیابی داخلی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی و کتاب راهنما (تمامی سنجشهای اعتباربخشی در سطح بیمارستان بایستی خود ارزیابی و با استفاده از نام کاربری و کلمه عبور رئیس بیمارستان در سامانه الکترونیکی وزارت بهداشت نمره دهی شود)

ثبت نتایج ارزیابی داخلی در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت تحت نظارت رئیس/مدیرعامل (رئیس /مدیرعامل می تواند این مسئولیت را تفویض نماید اما با توجه به اهمیت نتایج خود ارزیابی توصیه نمی شود)

تایید نهایی نتایج خودارزیابی توسط رئیس / مدیرعامل برای انجام ارزیابی نهایی اعتباربخشی بیمارستان در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت و در بازه زمانی مقرر

توصیه. تعیین افراد پاسخگو برای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در هر یک از محورها و مدیریت و برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی با مشارکت همه اعضای در خود ارزیابی اعتباربخشی توصیه می شود.

نتایج ارزیابی داخلی جنبه خود اظهاری داشته و الزاما قابل تعمیم به نتایج نهایی بیمارستان نخواهد بود.

پیشگیری از خطاهای پزشکی

دستاورد استاندارد

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی ، توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستان

تدوین روش اجرایی ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی (انتظار می‌رود این روش اجرایی برای پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان تدوین شود. در عین حال امکان شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی محتمل آتی را نیز فراهم نماید)

تدوین روش اجرایی با محوریت مسئول فنی / ایمنی و مشارکت کمیته های دارو و درمان، کنترل عفونت، مرگ و میر زایمان طبیعی و سایر کمیته ها و کارکنان به تشخیص بیمارستان انجام شود

تعیین مدل و شیوه ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان، در روش اجرایی

تعیین شیوه شناسایی و کنترل عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی در بیمارستان ، در روش اجرایی

نحوه شناسایی اعضا و توالی زمانی ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی

تعیین شرایط تکرار ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی

نحوه گزارش و پی گیری نتایج ارزیابی پیشگیرانه در روش اجرایی

* ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی به معنی ارزیابی خطا نمی‌باشد چراکه قبل از بروز خطا، عوامل زمینه ساز خطاهای پزشکی (انسانی، تجهیزاتی و ساختاری) ارزیابی می‌شوند. این عوامل معمولاً پس از تحلیل ریشه‌ای خطاهای پزشکی شناسایی می‌شوند (کمیته مرگ و میر). انتظار می‌رود بیمارستان با استفاده از تجربیات بدست آمده در سوابق مورتالیتی و موربیدتی بیمارستان و موارد شایع در سایر مراکز نسبت به ارزیابی پیشگیرانه برای جلوگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی اقدام نماید. از طرفی در حین ارزیابی، امکان تخمین احتمال بروز خطا با توجه به عوامل سه گانه پیش گفت نیز در مواردی میسر است. به عنوان مثال، عدم کالیبراسیون تجهیزات پزشکی حیاتی یا وجود نقایص فرآیندی مانند عدم احراز دقیق هویت بیماران قبل از درمان، و سایر نقاط کلیدی مستعد کننده بروز خطا قابل شناسایی هستند.



پیشگیری از خطاهای پزشکی

نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی در بخش‌ها/واحدهای بیمارستان توسط مسئول ایمنی پس از تعیین اولویت و ثبت در فهرست خطاهای احتمالی، با توجه به نوع خطا در کمیته‌های مرتبط طرح و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود

شناسایی عوامل تهدید کننده زیرساختی* در بروز خطاهای پزشکی در نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی (**عوامل زیرساختی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل منابع انسانی (کمبود، ضعف عملکردی)، تجهیزات (کمبود، نقص فنی) است).

ارزیابی و شناسایی عوامل تهدید کننده فرآیندی** در بروز خطاهای پزشکی در ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی (**عوامل فرآیندی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل روش‌های ارائه مراقبت و درمان (عدم رعایت دستورالعمل‌ها، الزامات کیفی و فنی) می‌باشد)

تهیه فهرست و اولویت بندی عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی توسط مسئول فنی

بررسی فهرست عوامل تهدید کننده زیرساختی و فرآیندی و خطاهای احتمالی پزشکی نتایج ارزیابی پیشگیرانه در کمیته‌های مرتبط*** و اخذ تصمیمات اصلاحی یا تدوین برنامه بهبود کیفیت جهت رفع عوامل زمینه ساز بروز خطا (***) کمیته‌های مرتبط شامل کمیته‌های مرگ و میر، کنترل عفونت، طب انتقال خون، دارو درمان و تجهیزات پزشکی، زایمان طبیعی و سایر کمیته‌ها با توجه به نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی می‌باشد)

اجرای اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت مصوب کمیته‌ها برای رفع عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی

برگزاری سمینار/کنفرانس‌هایی با موضوع خطای پزشکی با محوریت کمیته مرگ و میر در بیمارستان در فواصل زمانی معین (تواتر زمانی برگزاری این کنفرانس‌ها وابسته به حجم عملکرد و تعداد تخت فعال بیمارستان متفاوت است و با تشخیص تیم مدیریت اجرایی و کمیته مرگ و میر برنامه‌ریزی می‌شود. اما در بیمارستان‌های بیش از ۱۰۰ تخت انتظار می‌رود که حداقل سه ماه یک بار برگزار شود و در سایر بیمارستان‌ها حداقل هر شش ماه یکبار برگزار شود)

آموزش و اطلاع رسانی تجربه‌های واقعی** بیمارستان و گزارش نتایج ارزیابی‌های پیشگیرانه خطاهای پزشکی به کارکنان (**استفاده از سوابق خطاهای پزشکی بیمارستان)

آموزش و اطلاع رسانی نتایج تحلیل ریشه‌ای (RCA) موارد مرگ غیر منتظره و عوارض بیمارستانی

پایش و کنترل خطاهای پزشکی

دستاورد استاندارد

تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی

پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه‌ای علل بروز

پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

تدوین روش اجرایی نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه (با محوریت کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سایر کارکنان به تشخیص این کمیته)

نحوه شناسایی موانع گزارش خطا در روش اجرایی

راه کارهای رفع موانع گزارش دهی در روش اجرایی

نحوه افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش خطاهای پزشکی در روش اجرایی

نحوه جمع آوری گزارش ها در روش اجرایی

پیش بینی شیوه های خود اظهاری بدون ترس از تنبیه در روش اجرایی

پیش بینی فرم‌های کاغذی/الکترونیکی گزارش خطا، اعم از نزدیک به خطا و وقایع ناخواسته در روش اجرایی (Adverse Events ، Near Miss)

نحوه کسب اطمینان از رعایت محرمانه بودن مشخصات فرد گزارش دهنده/خطا کننده در روش اجرایی

مهمترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی ، گزارش به موقع و جامع خطا، تحلیل ریشه‌ای و انجام اقدامات پیشگیرانه در بروز مجدد خطا است. در مواردی به دلیل ترس از سرزنش و تنبیه، خطاهای پزشکی گزارش نمی‌شود. این روش اجرایی به منظور شناسایی و رفع موانع گزارش خطا و پیش‌بینی مدبرانه راه های جایگزین برای ترقیب کارکنان به گزارش خطاهای پزشکی است. قطعا منظور از این روش تشویق کارکنان خاطی نیست. بلکه با توجه به شرایط فرهنگی و بومی هر بیمارستان بایستی شیوه‌های اخذ گزارش بدون ترس از تنبیه را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال حمایت حقوقی بیمارستان از کارکنانی که خطای پزشکی خود را گزارش می‌نمایند و یا ایجاد صندوق گزارش خطا های با فرم‌های معین و بدون نام در هر بخش و بسیاری از روش های خلاقانه دیگر می‌تواند موانع را برطرف و پیش از تکرار، از بروز مجدد خطا پیشگیری به عمل آید.

پایش و کنترل خطاهای پزشکی

دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول ایمنی سوابق خطاهای پزشکی را به صورت جاری، کامل، صحیح، ثبت نموده و از آن ها برای ارتقای ایمنی بیماران و تداوم درمان و مراقبت استفاده می‌شود.

جمع آوری سوابق خطاهای پزشکی تایید شده در کمیته‌های مختلف بیمارستانی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت*

جمع آوری گزارش‌های عمومی و خود اظهاری خطاهای پزشکی طبق روش اجرایی گزارش‌دهی همگانی خطاهای پزشکی**

تدوین فرم الکترونیکی*** ثبت سوابق خطاهای پزشکی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول فنی بیمارستان

استفاده از سوابق خطاهای پزشکی به عنوان تجربه‌های آموزشی در پیشگیری از بروز خطا و بهبود ایمنی بیماران***

- نماینده دفتر بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی هستند لذا انتظار می‌رود با مشارکت لازم سوابق خطاهای پزشکی احصا شده در کمیته را جمع آوری نمایند.

- **طبق روش اجرایی "نحوه گزارش‌دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه" موضوع سنجه ۱ استاندارد الف-۴-۲

- ***فرم الکترونیکی حداقل شامل نوع خطا، رده شغلی فرد/ افراد خطا کننده، زمان و شیفت کاری که در آن خطا رخ داده، عوامل و شرایط ایجاد کننده خطا و عوارض یا مشکلات ایجاد شده در نتیجه خطا است. فرم‌ها بایستی حداقل دو ماه یک بار به روز رسانی شود.

- ***آموخته‌ها" با محوریت مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به منظور اشتراک گذاری با سایر کارکنان مرتبط اطلاع‌رسانی می‌شود (موضوع سنجه ۴ استاندارد الف-۴-۲) و در کنفرانس‌های آموزشی (موضوع سنجه ۳ استاندارد استاندارد الف - ۴ - ۱) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

پایش و کنترل خطاهای پزشکی

گزارش خطاهای پزشکی رخ داده به ویژه در موارد ذیل و سایر خطاهای پزشکی به تشخیص مسئول ایمنی بیمار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته مرتبط ارائه شده و پس از بررسی و تحلیل ریشه‌ای خطا اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت تدوین شده و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ شده و مسئول ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

مرگ های غیر منتظره و عوارض غیر منتظره شامل :

واکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند

خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند.

خطا ها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند.

تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی.

برگزاری جلسه کمیته مرگ و میر حداکثر ۲۴ ساعت بعد از وقوع مرگ های غیر منتظره* با محوریت مسئول فنی (*با تشخیص مسئول فنی/ایمنی و حضور متخصص پزشکی قانونی)

برگزاری جلسه فوق العاده کمیته طب انتقال خون** در صورت تزریق فرآورده‌های ناسازگار و بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی (** با حضور مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)

برگزاری جلسه فوق العاده کمیته دارو و درمان در صورت بروز خطاهای دارو دهی، رویدادهای هوشبری، جراحی و سایر مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی که منجر به بروز عوارض پایدار در بیماران با محوریت مسئول فنی

برگزاری جلسه کمیته آسیب شناسی و نسوج در صورت اخذ گزارش***تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته های پاتولوژی و جراحی توسط مسئول ایمنی/کارشناس هماهنگ کننده ایمنی (***) کمیته آسیب شناسی و نسوج با کمیته مرگ و میر جلسه مشترک برگزار می کند. اخذ گزارش پس از بررسی پرونده های بالینی بیماران جراحی و نتایج پاتولوژی توسط مسئول فنی با مشارکت رئیس بخش جراحی و پاتولوژیست انجام می شود.

تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی ضمن بررسی دقیق پرونده بالینی بیماران در کمیته های مرتبط با موضوع خطا

اخذ تصمیمات اصلاحی/پیشگیرانه در کمیته مرتبط و اجرای آنها بر اساس تصمیم کمیته

در صورت نیاز تدوین برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج تحلیل ریشه‌ای خطاهای پزشکی با تشخیص کمیته مرتبط و طرح برنامه در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی و مسئول بهبود کیفیت

تصویب و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی و نظارت مسئول فنی بر اجرای صحیح آن با هماهنگی مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

پایش و کنترل خطاهای پزشکی

علل خطاهای پزشکی جهت پیشگیری از وقوع مجدد/کاهش خطاهای آتی به صورت "به اشتراک گذاری آموخته‌ها" با محوریت دفتر بهبود کیفیت به سایر کارکنان مرتبط اطلاع‌رسانی می‌شود.

برنامه ریزی برای به اشتراک‌گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده از طریق اطلاع‌رسانی موثر به کارکنان مرتبط با محوریت دفتر بهبود کیفیت و هماهنگی مسئول فنی بیمارستان

به اشتراک‌گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در سمینارهای مرتبط

به اشتراک‌گذاری علل خطاهای پزشکی رخ داده در جلسات درون بخشی و درون گروهی (جلسات درون بخشی در قالب جلسات پرستاری و پزشکی و در بیمارستان های آموزشی در گزارش های صبحگاهی و ژورنال کلاب)

ارزیابی عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه‌های مدیریت خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار انجام و بازنگری می‌شود

دست‌آورد استاندارد

ارتقای ایمنی بیماران از طریق مدیریت شاخص‌های ایمنی بیماران

بازنگری و بهبود فرآیندها بر اساس ارزیابی مستمر میدانی ایمنی بیمار

تعیین شاخص‌های ایمنی بیمار* در بخش‌های تشخیصی و درمانی محوریت مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مشارکت پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بالینی

پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های ایمنی در بخش‌های تشخیصی و درمانی توسط مسئول اندازه‌گیری مربوط (شناسنامه شاخص‌های ایمنی توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مشارکت حداقل یک نفر از هر گروه از کارکنان بالینی تدوین می‌شود. در فواصل تعریف شده در شناسنامه شاخص توسط مسئول اندازه‌گیری شاخص، اطلاعات مربوط، جمع‌آوری، استخراج و به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ارائه می‌شود)

تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی بیمار با مشارکت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در دفتر بهبود کیفیت

گزارش تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی در تیم مدیریت اجرایی در بازه زمانی معین توسط مسئول بهبود کیفیت

اخذ تصمیمات اصلاحی/پیشگیرانه/تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی (تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می‌کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید

استاندارد الف -۲-۴ سنجه‌های ۱ و ۲ با موضوع بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی

گزارش تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی استاندارد الف ۴-۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص‌های ایمنی

نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف ۴-۳ سنجه ۱ و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی (

نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت ابلاغی

شاخص های ایمنی بیمار

* حداقل شاخص های ایمنی شامل:

۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
۲. واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
۳. آسیب حین تولد نوزاد
۴. سوختگی یا کوتر در اتاق عمل
۵. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۶. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
۷. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۹. خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۱۰. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمارستان بستری
۱۱. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود
۲۱. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
۳۱. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عوارض پایدار شود
۴۱. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
۵۱. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود

کمیته های تخصصی مرگ و میر و عوارض

دستاورد استاندارد

تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی در موضوع مهم خطاهای پزشکی

فعالیت کمیته های قانونی مرگ و میر در بیمارستان

کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و تمامی زیر کمیته های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی ۲۴ ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند، سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت ریشه ای بررسی و مستند نموده و اقدام اصلاحی طراحی و مسئول فنی بیمارستان براساس قوانین و مقررات مربوط پی گیری و اقدام لازم به عمل می آورد.

تشکیل کمیته مرگ و میر *و زیر کمیته های آن، حداکثر ۲۴ ساعت پس از وقوع مرگ و میر غیرمنتظره و گزارش به دانشگاه

تحلیل ریشه ای و بررسی پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر غیر منتظره حداکثر تا ۷۲ ساعت و گزارش به دانشگاه

مشارکت کادر درمانی مرتبط در تحلیل ریشه دلایل مرگ و میری در کمیته

اخذ تصمیمات اصلاحی و نظارت مسئول فنی/ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی و پی گیری اقدامات قانونی

*کمیته مرگ و میر با حضور مسئول فنی نوعی ارزیابی داخلی از منظر خطا یا قصور پزشکی است که در صورت اثبات، ضمن گزارش فوری به ریاست بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی بایستی مسئول فنی طبق مقررات و شرح وظایف محوله اقدام نماید.

برنامه ریزی اتوپسی در مواردی که علت مشخصی برای مرگ و میر وجود ندارد با هماهنگی پزشکی قانونی (در صورتی که پس از تحلیل ریشه ای علت مرگ مشخص نشود، استفاده از فرصت اتوپسی ریشه یابی مرگ های غیر منتظره را میسر می نماید).

عضویت و حضور مسئول فنی/ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده در کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه ، کمیته مرگ مادران و پری ناتال، کمیته احیاء نوزادان

ارزیابی عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه‌های مدیریت خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار انجام و بازنگری می‌شود

تشکیل تیم ایمنی بیمار با سرپرستی مسئول فنی / ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار (تیم ایمنی حداقل شامل: مسئول فنی / ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مدیر پرستاری، مسئول کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت و سایر اعضا به تشخیص رئیس / مدیرعامل بیمارستان)

انجام ارزیابی میدانی با موضوع ایمنی بیماران در فواصل زمانی (فواصل زمانی برحسب حجم فعالیت و تعداد تخت‌های فعال بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی زمان بندی می‌شود و حداقل بایستی هر ماه یکبار انجام شود. در صورتی که مسائل حاد و فوری مطرح نباشد می‌تواند در فواصل سه ماه یکبار در تیم مدیریت اجرایی مطرح شود) حداقل هر ماه یک بار

گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت اجرایی و سایر کمیته های مربوطه توسط مسئول ایمنی

نتایج ارزیابی تیم ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و اقدام اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

ارائه نتایج ارزیابی تیم ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی / ایمنی *

تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی / پیشگیرانه / بهبود کیفیت برای موارد تهدید کننده ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی

نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای برنامه اصلاحی / پیشگیرانه / بهبود کیفیت ابلاغی

* تیم مدیریت اجرایی جلسات مشترک با تیم ایمنی برگزار می‌کند و در سه محور وضعیت ایمنی بیماران را بررسی نموده و تصمیمات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ می‌نماید.

استانداردهای همسو با این سنجه به شرح ذیل است:

استاندارد الف - ۲- ۴ سنجه های ۱ و ۲ با موضوع بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات احتمالی

گزارش تحلیل نتایج شاخص‌های ایمنی استاندارد الف ۴- ۳ سنجه ۱ با موضوع پایش شاخص‌های ایمنی

نتایج ارزیابی ایمنی بیمار توسط تیم ایمنی در سطح بیمارستان استاندارد الف ۴- ۳ سنجه ۱ و ۲ با موضوع ارزیابی تیم ایمنی

مدیریت خطر حوادث و بلایا

بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت و شرایط خاصی که دارند از جمله وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی، ناتوانی بیماران در هنگام وقوع حادثه جهت پناه و گریز، وجود دستگاه‌های حساس، وجود مواد خطرناک و خطر ساز، در معرض انواع حوادث داخلی از جمله آتش سوزی، قطع سیستم برق و سامانه اطلاعات بیمارستان، اپیدمی‌ها و سایر موارد قرار دارند. همچنین در صورت وقوع حوادث خارج از بیمارستان مانند تصادفات، زلزله، سیل و سایر بلایای طبیعی، ازدحام مصدومین و مراجعین، بیمارستان‌ها را با چالش مواجه می‌نماید. لذا بیمارستان همچون شهری پرخطر، در هر لحظه مستعد حوادث است. این مهم به ویژه در بیمارستان‌های با قدمت بیشتر و با ازدحام مراجعین از حساسیت بیشتری برخوردار است. ایجاد محیطی ایمن برای بیماران، همراهان و کارکنان مستلزم برنامه ریزی است. برنامه ریزی در راستای پیشگیری از بروز حوادث در داخل بیمارستان و کنترل و مدیریت مواجهه با حوادث و بلایای خارجی، از طریق ایجاد آمادگی و افزایش ظرفیت بیمارستان صورت می‌پذیرد. توجه مدیران ارشد به برنامه ریزی‌های پیشگیرانه و ایجاد آمادگی در مواجهه پیش از وقوع، سرمایه گذاری ارزشمندی است که لازم است در دستور کار مدیریت و رهبری بیمارستان قرار گیرد.

ارزیابی خطر حوادث و بلایا در بیمارستان

ارزیابی خطر حوادث و بلایا در بیمارستان براساس آخرین مرجع علمی اعلام شده از سوی وزارت بهداشت و در سه حیطه ایمنی عملکردی، ایمنی سازه‌ای و غیر سازه‌ای به صورت سالیانه انجام می‌شود

تشکیل تیم ارزیابی (تیم ارزیابی خطر حوادث و بلایا حداقل شامل مسئول فنی / ایمنی، مسئولان ساختمان، تأسیسات، تجهیزات، بهداشت محیط و حرفه‌ای، دبیر کمیته و سایر اعضاء منتخب کمیته توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا می‌باشند).

ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه ایمنی عملکردی منطبق با کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی شامل ایجاد ساختار و برنامه مقابله با حوادث و فوریت‌ها می‌باشد که شامل (تشکیل کمیته، تدوین برنامه و راهنماهای عملیاتی آمادگی، پاسخ و بازتوانی) می‌باشد. طبق بخشنامه شماره ۸۱۸۹/۴۰۱ مورخ ۹/۱۰/۱۳۹۰ در خصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی.

ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه ایمنی سازه‌ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می‌کنند مثل ستون‌ها، تیرآهن‌ها، صفحات بتون و سقف‌های باشد. طبق بخشنامه شماره ۸۱۸۹/۴۰۱ مورخ ۹/۱۰/۱۳۹۰ در خصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی.

ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطه ایمنی غیر سازه‌ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقش ندارند مانند سیستم‌های حیاتی (الکتریکی، ارتباطی، ذخایر آب، سوخت، گازهای پزشکی)، گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و اجزای معماری هستند. طبق بخشنامه شماره ۸۱۸۹/۴۰۱ مورخ ۹/۱۰/۱۳۹۰ در خصوص ارزیابی بیمارستان‌ها براساس کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی

توصیه. نتایج ارزیابی خطر بلایا در اتاق رئیس بیمارستان و یا اتاق مرکز عملیات فوریت (EOC) جهت بررسی و پایش برنامه‌ها، نصب شود.

ارزیابی خطر حوادث و بلایا در بیمارستان

براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطة‌های عملکردی، اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است

اولین مرحله برنامه ریزی مدیریت خطر، بررسی وضعیت موجود سازمان و شناسایی خطرات می‌باشد. مرحله بعد اولویت بندی خطرات است که توسط مدیران ارشد سازمان با در نظر گرفتن اولویت‌های سازمان‌های بالادستی و شرایط بیمارستان (منابع مالی، انسانی، تجهیزات و ارزش‌های سازمان) صورت می‌گیرد. سپس اقدامات پیشگیرانه جهت کنترل خطرات، تدوین و اجرایی خواهد گردید این اقدامات شامل مداخلاتی جهت حذف خطر، کاهش خطر، انتقال خطر و یا پذیرش خطر است

براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطة‌های سازه‌ای اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است

در بیمارستان‌های نوساز و قدمت کمتر از ۵ سال، لازم است مجوز مقاوم سازی ساختمان و تأسیسات در خصوص اجزای سازه‌ای از مراجع ذیصلاح دریافت شود و در بیمارستان‌های با قدمت بیش از ۵ سال در صورت لزوم مقاوم سازی اتصالات سازه‌در برخی قسمت‌های بیمارستان اجرا شود و الزاماً در هنگام توسعه فضاهای فیزیکی جدید و نصب تجهیزات پزشکی سنگین مانند MRI، CT Scan و موارد مشابه، مطالعات مقاوم سنجی صورت پذیرد.

براساس نتایج ارزیابی خطر حوادث و بلایا در حیطة‌های غیرسازه‌ای اولویت‌ها مشخص شده و اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی شده‌است

در بخش‌ها / واحدها اجزای غیر سازه‌ای ساختمان مانند تابلوها، کمد‌ها و وسایل و تجهیزات پزشکی / اداری جهت جلوگیری از سقوط یا پرتاب شدن در صورت بروز حوادثی مانند زلزله ثابت شده باشند.

ارزیابی خطر حوادث و بلایا در بیمارستان

برنامه ریزی برگزاری تمرین‌های شبیه‌سازی شده جهت کارکنان در رده‌های مختلف شغلی (تمرین‌های شبیه‌سازی شده جهت تقویت و ارتقای آمادگی سازمان و کارکنان در راستای پاسخ به حوادث و بلایا به کار می‌رود. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا براساس نتایج ارزیابی خطر و برنامه‌های آمادگی، برنامه ریزی جهت برگزاری تمرین‌های شبیه‌سازی شده را ویژه اعضای کمیته و سایر کارکنان در رده‌های مختلف شغلی بصورت سالیانه تدوین می‌کند که حداقل شامل "تمرین‌های آتش سوزی و تخلیه بیمارستانی" می‌باشد.

تدوین سناریوی تمرین (برای انجام تمرین‌ها نیاز به سناریو است. سناریو متن و داستانی است که در آن وقایعی توصیف می‌شود که به دنبال وقوع حوادث و بلایا باعث اختلال در عملکرد سازمان می‌شود. بهتر است سناریوها براساس نتایج ارزیابی خطر تدوین گردند. این تمرین‌ها در قالب تمرین‌های دورمیزی و عملیاتی محدود می‌باشد).

برگزاری تمرین دورمیزی (تمرین دورمیزی افراد اصلی مسئول در انجام یک کار دور هم جمع می‌شوند و به بررسی یک سناریو می‌پردازند. این کار معمولاً برای بررسی برنامه‌ها، سیاست‌ها و روش‌ها به کار می‌رود. (ویژه اعضای کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا)) حداقل سالیانه

برگزاری تمرین عملکردی محدود حداقل سالیانه (تمرین عملیاتی محدود، طرح هماهنگ و نظارت شده‌ای است که برای بررسی یک فعالیت معین طراحی شده است).

به عنوان مثال:

تمرین اطفای حریق

تمرین تریاژ در حوادث با مصدومین انبوه

تمرین فعالسازی سامانه مدیریت حوادث و بلایا در بیمارستان

تمرین فعالسازی سامانه هشدار سریع

تمرین استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی

تمرین آلودگی زدایی مصدومین در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی

تمرین حفظ ایمنی و امنیت بیمارستان، پرسنل و بیماران در زمان وقوع حوادث و بلایا

تمرین تخلیه اضطراری افقی و یا عمودی در بخش‌های مختلف بیمارستان به ویژه بخش اورژانس

اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان

دستآورد استاندارد

کاهش احتمال خطر آتش سوزی

محافظت از جان بیماران، همراهان و کارکنان در برابر خطر آتش سوزی

کاهش خسارات مالی ناشی از آتش سوزی

تدوین روش اجرایی ایمنی در مقابل آتش سوزی

پیش‌بینی طرح مدون ایمنی در مقابل آتش سوزی شامل پیشگیری، کشف سریع، پاسخ و خروج ایمن در روش اجرایی

نحوه آغاز عملیات آتش نشانی بخش‌ها / واحدها یا تیم‌های مقابله با آتش در صورت بروز آتش سوزی در روش اجرایی

شناسایی مکان‌های خطر آفرین (فضاهای تأسیساتی و فضاهایی که در آنها گازهای طبیعی (به تعداد قابل توجه)، مواد سوختنی و قابل اشتعال نگهداری می‌شوند مانند انبارها، بایگانی‌های کاغذی و سایر موارد به تشخیص کمیته به عنوان مناطق پرخطر و نقاط بحرانی در بیمارستان محسوب می‌شوند) و مستعد آتش سوزی در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و برنامه ریزی اقدامات پیشگیرانه آتش سوزی (برنامه‌ریزی شامل تعیین و تهیه امکانات لازم و تجهیزات جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق، مشخص نمودن مکان‌ها و آموزش به کارکنان جهت رعایت ایمنی در این مکان‌ها می‌باشد)

نگهداری مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان بیمارستان (لازم است مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان بیمارستان نگهداری شده و محل آن با تصویر گرافیکی یا علائم راهنما مشخص گردد)

اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان

تعداد و نوع خاموش کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها/واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده اطفاء، در ارتفاع و محلی با دسترسی آسان و در معرض دید نصب شده‌اند.

سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت آماده و سالم بکار گرفته شده‌اند. (نوع و حساسیت دتکتورها، با توجه به خطر حریق در هر محل تعیین شود. به همین دلیل لازم است در بخش‌های مختلف بیمارستان براساس صلاحدید کارشناس فنی حریق، انتخاب شود)

توصیه. محدوده حفاظتی دتکتورها بستگی به حساسیت آن و تراکم محصولات حریق دارد، بطوری که تعیین محدوده مؤثر آن، براساس توصیه‌های سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می‌پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین المللی (مثلا BS و NFPA) یا استاندارد ملی (ISIRI-3706) باشند.

مسیرهای تخلیه سریع و ایمن و پلکان اضطراری با علائم تصویری مشخص شده‌اند و در تمام اوقات باز و قابل دسترسی هستند.

تمهیدات لازم برای جلوگیری از سرایت دود و آلاینده‌های هوا از طریق موتور خانه و سرایت آتش و انفجار احتمالی از موتور خانه به سایر ساختمان‌ها پیش‌بینی شده و کنترل‌های لازم به عمل می‌آید

بیمارستان تیم آتش نشانی تشکیل داده است که به عنوان رابط آتش نشانی بخش فعالیت نموده و اعضاء به شرح وظایف خود آگاهی دارند (فهرست اعضای تیم آتش نشانی و رابطین بخش‌ها/ واحدها با ذکر نام و نام خانوادگی، مسئولیت در تیم و جزئیات تماس (شامل شماره تلفن ثابت و همراه، آدرس، تلفن خویشاوندان و دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت) در اختیار مسئول این واحد و سایر مسئولانی که در برنامه پیشگیری و کنترل آتش سوزی بیمارستان مشخص شده‌اند، می‌باشد.)

رابطین حداقل در خصوص مطالب ذیل مطلع باشند:

مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش سوزی.

کار با کپسول آتش نشانی و جعبه‌های آب آتش نشانی به منظور کسب مهارت عملی

نقش کارکنان در برنامه ایمنی آتش (به ویژه نگهبان‌ها و مسئولین ایمنی)

نگهداری ایمن از مواد قابل اشتعال و خطرناک

برنامه ارزیابی ، نگهداری و امنیت تأسیسات و ساختمان بیمارستان

دستاورد استاندارد

برقراری بی وقفه و سالم سیستم‌های تأسیسات و تجهیزات در محیطی امن

حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان در برابر حوادث ساختمان و تأسیسات

کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث ساختمان و تأسیسات

تدوین روش اجرایی نگهداشت سرمایه‌ش، گرمایش و تهویه بیمارستان

روش اجرایی با مشارکت مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین می‌شود.

مسئول تأسیسات، مسئول ساختمان و کارکنان این واحدها

توصیه. پیش‌بینی موارد ذیل در روش اجرایی

برنامه ادواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه وسایل و تجهیزات سرمایه‌ش، گرمایشی و تهویه بیمارستان و دستگاه‌های حساس و حیاتی در موتورخانه‌ها اعم از دیگ‌های بخار، چیلرهای جذبی و تراکمی، الکتروپمپ‌ها و...

برنامه نگهداری پیشگیرانه طبق نظر کارخانه سازنده و متخصصین نگهداری راهبری تأسیسات

شناسنامه دار شدن دستگاه‌ها و تجهیزات مهم و اساسی در موتورخانه بیمارستان حداقل شامل نوع و مدل دستگاه، سال ساخت، کارخانه سازنده، تاریخ نصب و راه اندازی آنها.

مدیریت سوابق تعمیرات دستگاه‌ها (تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام گرفته و قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک لیست‌های معین

سرویس‌های انجام گرفته در شناسنامه دستگاه مشخص و ثبت می‌شود.

فواصل زمانی معین تعمیرات و سرویس‌های پیشگیرانه در فرم‌های نگهداری پیشگیرانه ثبت شود.

برنامه ارزیابی ، نگهداری و امنیت تاسیسات و ساختمان بیمارستان

سوابق بازدیدهای دوره‌ای از تأسیسات و تجهیزات بیمارستان بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است و در صورت لزوم به روز رسانی و جایگزینی سیستم‌ها یا اجزای آن انجام می‌شود. (در هنگام تصویب بودجه جهت تعمیرات و نگهداری به اثربخش بودن هزینه‌ها نیز باید توجه شود. بعضی اوقات هزینه‌های نگهداری تجهیزات فرسوده بسیار بالاتر از هزینه تعویض و جایگزینی دستگاه طی دوره زمانی یک‌ساله و یا کمتر می‌باشد. توصیه: تدوین چک لیست بازدیدهای دوره‌ای و منظم از ساختمان، تأسیسات و تجهیزات بیمارستان)

تدوین دستورالعمل راهبری ایمنیسیستم‌های الکتریکی و مکانیکی

تدوین دستورالعمل ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها

دستورالعمل با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار، مسئول ساختمان بیمارستان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شود.

*** مسئول ایمنی، مسئول بهداشت و سلامت محیط کار، مسئول ساختمان بیمارستان و اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

توصیه‌های ایمنی سطوح

تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط واحد ساختمان بازدید و از استحکام آنها اطمینان حاصل می‌گردد.

جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آنها به دیوار ثابت شده اند.

در بخش‌های بستری و سرپایی برای بیماران در فواصل مناسب دستگیره‌های کنار دیوار برای پیشگیری از سقوط تعبیه شده است.

نرده پلکان برای تمام راه پله‌ها وجود دارد.

پله فرار در صورت طبقاتی بودن بیمارستان پیش‌بینی شده است.

در صورت وجود رمپ در ورودی بخش‌ها یا در محوطه بیمارستان، سطوح آنها مشبک شده تا اصطکاک کافی داشته باشند.

برای رمپ‌ها و مسیرهایی که همسطح با کف نیستند، نرده پیش‌بینی شده است.

در محلهاییکه رمپ در مجاورت دیوار قرار دارد روی سرتاسر دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب شده است.

در بازدیدهای دوره‌ای کلیه قسمت‌های بیمارستان از لحاظ ایمنی کنترل می‌شوند.

برنامه ارزیابی ، نگهداری و امنیت تاسیسات و ساختمان بیمارستان

اکسیژن سانترال بیمارستان با ظرفیت مورد نیاز بیمارستان فعال بوده و فشار اکسیژن بطور مستمر پایش و کنترل می شود

نکات ایمنی و فنی اکسیژن سازها : به برق اضطراری مجموعه متصل می باشد.

دستگاه دارای شناسنامه بوده و سوابق تعمیراتی ثبت شده و موجود است (مستندات شناسنامه و سوابق تعمیراتی)

چک لیست ثبت خلوص و فشار و میزان مصرف اکسیژن بصورت دوره ای (حداقل ۵ مرتبه در روز) ثبت و کنترل می شود.

برنامه نگهداری پیشگیرانه و بازبینی دوره ای لوله کشی های سانترال به بخش ها، موجود و در دسترس می باشد.

سیستم رزرو کپسول اکسیژن در بیمارستان در مواقع اضطراری موجود است.

منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن به علت احتمال خطر انفجار خارج از ساختمان بیمارستان قرار دارد.

جایگاه به آسانی در دسترس بوده و در معرض مخاطرات (سیل، منابع حرارتی و سقوط اشیاء و اجسام معلق در هوا) قرار ندارد.

توصیه. در خصوص سیستم گازهای طبی هوای فشرده با توجه به ورود هوا از طریق دستگاه ونتیلاتور به ریه بیمار، وجود سیستم کامل فیلترینگ هوا، فیلترهای ذره گیر و آنتی باکتریال و... ضروری است.

کنترل و مصرف گازهای طبی براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد

وجود و در دسترس بودن دستورالعمل استفاده از کپسول های گازهای طبی ابلاغی وزارت بهداشت

رنگ بندی کپسول ها به تفکیک گاز داخلی منطبق با دستورالعمل ابلاغی

نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۵۵۷/۴۰۲ مورخ ۱۱/۲/۹۵ موضوع؛ استاندارد رنگ سیلندرهای گازهای طبی

توصیه. نکات ایمنی کپسول های گازهای طبیعی شامل موارد ذیل می باشد:

کپسول های گازهای طبی در مکان های خود محکم شده اند.

حمل کپسول های گازهای طبی پر با کلاهک انجام می شود.

بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.

دستورالعمل استفاده از کپسول های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.

برنامه ارزیابی ، نگهداری و امنیت الکتریکی بیمارستان

دستاورد استاندارد:

برقراری بی وقفه و سالم سیستم‌های الکتریکی

حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان در برابر حوادث سیستم‌های الکتریکی

کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث سیستم‌های الکتریکی

❖ بیمارستان حداقل از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری تغذیه می‌شود و در مواقع خاموشی یکی از دو خط شهری قابل استفاده می‌باشد.

❖ بیمارستان حداقل دارای دو دستگاه ژنراتور برق اضطراری است، که حداقل یکی از آنها دوگانه سوز بوده و آماده به کار می‌باشند.(حداقل یکی از آنها دوگانه سوز باشد)

❖ تدوین دستورالعمل کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم‌های تأمین کننده برق اضطراری

❖ مکان‌های استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویت‌های ایمنی بیماران مشخص شده و پریزهای آن در سطح بیمارستان شناسایی شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و در صورت قطع موقت برق، فعال می‌شوند.

❖ سیستم توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان از نوع سیستم نقطه اتصال مستقیم به زمین است و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند.

❖ سیستم توزیع انرژی الکتریکی در بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل از نوع تابلو ایزوله می باشد و سیستم نول و ارت آن از هم جدا هستند

فرآیندی جهت گزارش حوادث و یا موقعیت های خطر آفرین برای کارکنان

- دستاورد استاندارد
- پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان
- پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده
- کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث
- تدوین روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین
- حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی، تحلیل و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.
- بررسی و تحلیل نتایج ارزیابی ها و حوادث گزارش شده در بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا (برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی شده، در صورت لزوم تحلیل ریشه ای می شود و برنامه مداخله ای برای آن تدوین می گردد. نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود)

آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت ها و عوامل خطر آفرین

دستاوردهای استاندارد

افزایش ظرفیت و آمادگی بیمارستان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی

کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی

افزایش ظرفیت و آمادگی بیمارستان جهت مقابله با حوادث و بلایای داخلی

کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای داخلی

عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان براساس آخرین مراجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، ارزیابی و اولویت بندی شده و حداقل پنج عامل مهم خطر آفرین داخلی و خارجی شناسایی، و برنامه‌های آمادگی پاسخ به این عوامل تدوین و اجرا می‌شود.

شناسایی و امتیاز دهی*عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا براساس آخرین مراجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت** حداقل به صورت سالیانه

اولویت بندی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی و تعیین ۵ اولویت اول بیمارستان

تدوینو ابلاغ برنامه‌های آمادگی پاسخ به این عوامل، براساس آخرین مرجع علمی تایید شده از سوی وزارت بهداشت***

* هر عامل خطر آفرین براساس شدت، احتمال وقوع، میزان آسیب پذیری و دوره بازگشت امتیاز دهی خواهد شد. عوامل خطر آفرین به ترتیب از بیشترین تا کمترین امتیازات شناسایی می‌شوند. در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا نتایج بررسی و با توجه به منابع مالی، انسانی، تجهیزات و شرایط سازمان (ارزش‌ها، باورها و اعتقادات و...) پنج عامل خطر آفرین اول بیمارستان تعیین می‌شوند.

** کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی

*** کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا

عوامل خطر آفرین (مخاطره): به پدیده‌هایی گفته شود که بالقوه آسیب‌زا هستند و می‌توانند منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا بیمارستان شوند عوامل خطر آفرین به صورت طبیعی مانند سیل، زلزله و... و یا انسان ساخت مانند آتش سوزی، اپیدمی، حملات سایبری و... هستند.

حوادث و بلایا در بیمارستان می‌تواند با منشأ داخلی بیمارستان باشد مانند (آتش سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستم‌های ارتباطی، نشت مواد رادیواکتیو و سایر... و یا با منشأ خارج از بیمارستان بوده ولی بیمارستان را تحت تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به بیمارستان می‌شود مانند تصادفات، زلزله، سیل و... HSI

آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت ها و عوامل خطر آفرین

برنامه‌های آمادگی با رویکرد تمامی عوامل خطر آفرینو براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، تدوین و اجرا می‌شود. برنامه آمادگی بیمارستانی :

۱. ارزیابی سریع بیمارستانی

۲. تریاژ بیمارستانی

۳. تیم پاسخ اضطراری بیمارستانی

۴. ارائه خدمات درمانی

۵. انتقال بین بیمارستانی

۶. تخلیه بیمارستانی

۷. آلودگی زدایی در بیمارستان

۸. مدیریت ازدحام در بیمارستان

سامانه هشدار اولیه* به منظور پاسخ‌دهی به عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شده و کسانی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند

تدوین سامانه هشدار اولیه قبل از حادثه براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت**در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

اولین قسمت از برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، سامانه هشدار اولیه است و به گونه‌ای عمل می‌کند که آمادگی پاسخ بیمارستان به حادثه را با قابلیت‌های در دسترس به بالاترین سطح برساند و جمعیت در معرض خطر پیش از مواجهه با حادثه از آن آگاه می‌شوند.

** ابلاغ نقشه راه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه طی نامه شماره ۲۸۲۹۷/۴۰۱ مورخ ۲۷/۱۰/۹۴

سامانه هشدار اولیه براساس کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا و منطبق با ۱۶ مورد ذکر شده تدوین گردد.

توصیه. نصب این فهرست موارد خطر آفرین قابل گزارش در بخش‌های مختلف بیمارستان سرعت واکنش را بالا می‌برد.

آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت‌ها و عوامل خطر آفرین

تدوین روش اجرایی افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه‌های فضای فیزیکی، تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی

کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا روش اجرایی، مسئول ایمنی، مسئول ساختمان، تأسیسات، تجهیزات

آگاهی افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند.

توصیه. یک مرکز درمانی در صورتی می‌تواند هنگام وقوع حوادث به ارائه خدمات خود ادامه دهد، که بتواند براساس یک برنامه از پیش تدوین و تمرین شده، ظرفیت خود را افزایش دهد. هر برنامه افزایش ظرفیت شامل سه جزء اصلی کارکنان (منابع انسانی)، تجهیزات و امکانات (تخصصی و غیرتخصصی بیمارستانی) و ساختارها (فضای فیزیکی) می‌باشد. کتاب "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا" مرجع تدوین این روش اجرایی است.

برنامه افزایش ظرفیت فضای بیمارستان: بیمارستانی می‌تواند از تمام ظرفیت فیزیکی خود که شامل اتاق‌های بستری، راهروها، سالن‌ها و حتی فضای باز بیمارستان، به‌خصوص در مواقعی که ایمنی ساختمان اصلی تهدید شده است، برای عرضه خدمات بهتر استفاده کند. در این برنامه، کاربری تمامی فضاهای موجود در بیمارستان در هنگام وقوع حادثه، از پیش مشخص و نیز فضاهای مورد نیاز برای تریاژ بیماران، بستری مصدومان، نگهداری اجساد و همچنین، محل استراحت کارکنان پیش‌بینی شده است. نکته بسیار مهم در استفاده از این فضاها، ایمن بودن آنها برای ارائه خدمات است.

برنامه افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات: بیمارستان برنامه‌ای را برای استفاده از منابع و تجهیزات از انبارهای موجود در بیمارستان و یا از طریق تفاهم‌هایی که با مراکز و نهادهای همکار برای تأمین مواد و تجهیزات منعقد ساخته است، تدوین کند. در این برنامه، علاوه بر تأمین نیازهای تخصصی، نحوه تأمین مواد مصرفی و همچنین مواد غذایی نیز مشخص شده است.

برنامه افزایش ظرفیت منابع انسانی: بیمارستان براساس یک برنامه پیش‌بینی شده منابع انسانی مورد نیاز برنامه، اعم از پزشکان، پرستاران، کادر پیراپزشکی و نیروهای خدماتی را تأمین سازد. بالطبع، ممکن است تمام این منابع هنگام بروز حادثه در اختیار مدیریت نباشند؛ بنابراین، برنامه افزایش ظرفیتی می‌تواند منابع انسانی مورد نیاز را از راه‌های مختلف (کارکنان بیمارستان، کارکنان مراکز همکار، نیروهای داوطلب و...) تأمین سازد.

برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی می‌تواند با تکیه بر منابع داخلی بیمارستان و یا استفاده از منابع خارجی در قالب انعقاد تفاهم‌هایی با سازمان‌ها، مراکز و یا سایر مراکز درمانی نزدیک به محل بیمارستان جهت استفاده از فضا، منابع انسانی و یا تجهیزات باشد. که منجر به تفاهم‌ها با سازمان‌ها، مراکز، بیمارستان‌ها و... جهت افزایش ظرفیت بیمارستانی می‌شود.

آمادگی بیمارستان برای پاسخ به فوریت ها و عوامل خطر آفرین

تدوین دستورالعمل تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه" را با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول ساختمان و تأسیسات و سایر مسئولان واحدها / بخش ها تدوین و ابلاغ نموده است.

توصیه: در تدوین دستورالعمل تخلیه بیمارستان حداقل موارد ذیل مد نظر قرار گیرد:

اندیکاسیون های فعالسازی برنامه تخلیه بیمارستانی و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه مشخص باشد.

مسئولیت های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده است.

نحوه اولویت بندی بیماران جهت تخلیه اضطراری مشخص باشد (روش هایی مثل تریاژ و...)

نوع و سطح تخلیه ای که ممکن است رخ دهد تعریف شود (افقی، عمودی، نسبی، کلی)

فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان بندی مشخص وجود داشته باشد (به عنوان مثال هشدار پرسنل، دسترسی به منابع و تجهیزات، آماده کردن بیماران و وسایل مورد نیاز)

مسیرها و خروجی های تخلیه تعیین شده باشد.

پروتکل برای تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند وجود داشته باشد.

وسایل و تجهیزات مورد نیاز برای تخلیه پیش بینی و موجود باشد.

منابع لازم برای بیماران که تخلیه می شوند و نحوه دسترسی به آنها تعیین شده باشد (از قبیل آب و غذا و..)

* افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند.

نتایج اجرای برنامه های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته و براساس آن برنامه اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا می شود. اعلام نتایج پایش برنامه ها، تمرین های برگزار شده، نقاط قوت و ضعف و اثربخشی آموزش های ارائه شده در کمیته (پایش برنامه های عملیاتی تدوین شده پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی حوادث و بلایا با مشارکت مسئولان مربوطه توسط دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا حداقل به صورت فصلی انجام می شود)

فعال سازی سامانه های مدیریت حوادث و بلایا

دستاوردهای استانداردها

پاسخ گویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران، مراجعین، کارکنان،

تدوین دستورالعمل فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" را با مشارکت مسئولان واحدها / بخشها تدوین و ابلاغ نموده است. دستورالعمل شامل برنامه فعال سازی منطبق با کتاب آمادگی بیمارستانی (HDP) و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا (EOP) در حوادث و بلایا تدوین می شود و شامل ارزیابی آسیبها، نیازها و برنامه عملیاتی پاسخ می باشد.

آگاهی افرادی که در هنگام حادثه مسئولیت فرماندهی و کنترل را برعهده دارند.

شرح وظایف، مسئولیتها و اختیارات، جایگاههای سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان موجود است و افرادی که در شرایط حادثه مسئولیت دارند بطور کامل و سایر کارکنان از کلیات آن آگاهی دارند.

تدوین دستورالعمل نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاههای سامانه فرماندهی حادثه

کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" را با مشارکت مسئولان واحدها / بخشها تدوین و ابلاغ نموده است.

آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از دستورالعمل فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاههای HICS و مطلع بودن سایر کارکنان از کلیات سامانه فرماندهی حادثه در دستورالعمل لحاظ شود.

تدوین دستورالعمل فعال سازی روشهای ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه

کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا دستورالعمل "فعال سازی روشهای ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه" را با مشارکت مسئولان واحدها / بخشها تدوین و ابلاغ نموده است.

آگاهی افراد مذکور در چارت فرماندهی حادثه از فعال سازی روشهای ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه و آگاهی سایر کارکنان از کلیات دستورالعمل لحاظ شود.

تدوین روش اجرایی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه (کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئولان واحدها / بخشها به تشخیص بیمارستان)

پیش بینی فهرستی از خدمات ضروری بیمارستان (خدمات در دسترس در هر شرایط و موقعیتی (اعمال جراحی و خدمات اورژانسی))

نحوه کسب اطمینان از دسترس بودن اقلام ضروری و حیاتی (از جمله آب، برق و اکسیژن و سوخت در زمان حوادث و بلایا حداقل به مدت ۷۲ ساعت)

نحوه کسب اطمینان از دسترس بودن تجهیزات پزشکی ضروری (در اتاق عمل، اورژانس، بخشهای ویژه، CSSD، آزمایشگاه و رادیولوژی)

شناسایی و تامین منابع مورد نیاز جهت تداوم خدمات ضروری بیمارستان (به ویژه برای گروههای آسیب پذیر و بیماران بدحال (مانند کودکان، افراد مسن و معلولین))

با توجه به نقش بیمارستانها یکی از اجزای مهم برنامه ریزی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان (مانند مراقبتهای اورژانسی، جراحیهای فوری و مراقبت از مادر و کودک) در زمان حوادث و بلایا می باشد.

مدیریت منابع انسانی

در سال‌های اخیر واژه نیروی انسانی به سرمایه انسانی و سپس به منابع انسانی تعبیر شده است. امروزه با توجه به جایگاه رفیع انسانی در برخی مراجع علمی از این مقوله با عنوان انسان‌یاد می‌شود. مدیریت منابع انسانی اصطلاحی است برای توصیف گستره‌ای از فعالیت‌های متنوع شامل انتخاب، جذب، بکارگیری و توانمندسازی کارکنان با استعداد و پتانژ، به منظور دستیابی به اهداف سازمان، به همین منظور اهم موضوعات این محور، افزایش انگیزش، بازدهی، بهره‌وری و رضایت شغلی کارکنان است. با توجه به نقش تعیین‌کننده منابع انسانی در موفقیت بیمارستان در پیاده‌سازی استانداردهای کیفی و ارتقای ایمنی بیماران، برنامه‌ریزی و توجه ویژه تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی به این محور بسیار ضروری می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، مسئولیت اداره منابع انسانی در بیمارستان‌های مختلف در کشور، به اشکال و عناوین متفاوتی صورت می‌پذیرد، از جمله مدیر منابع انسانی، مسئول واحد منابع انسانی، رئیس امور اداری، مسئول امور اداری و کارگزینی و سایر موارد، متناسب با چارت تشکیلاتی و قوانین بالا دستی هر بیمارستان. اما آنچه اهمیت دارد پیاده‌سازی استانداردهای این محور از طریق کار گروهی، با مشارکت همه صاحبان فرآیند و تحت محوریت رئیس، مدیر و مدیر پرستاری بیمارستان است. نسل نوین اعتباربخشی مروج کار گروهی و جایگزینی وظیفه (نقش) محوری به جای بخش محوری است. بنابراین فرد/ گروه هدایت‌کننده هر سنجه بایستی از طریق کار گروهی و ایفای نقش هر یک از اعضاء نسبت به پیاده‌سازی ارزش‌های کیفی پیش‌بینی شده اقدام نماید.

در بیمارستان‌های با اندازه کوچک و فاقد تولیت منابع انسانی متناسب با انتظارات کیفی، در صورت عدم مغایرت با تشکیلات سازمانی، با صلاحدید تیم مدیریت اجرایی، مدیر بیمارستان می‌تواند وظایف هدایت واحد منابع انسانی را بر عهده گرفته و یا پاسخگوی الزامات کیفی این محور باشد.



نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش‌ها و واحدها بر اساس شرح شغل تعیین شده، شناسایی و بکارگیری می‌شوند

برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش‌ها/واحدها بر اساس یک الگوی مبتنی بر شواهد علمی و منطبق با استراتژی‌های بیمارستان برای بازه‌های زمانی معین، با محوریت تیم مدیریت اجرایی صورت می‌پذیرد.

استفاده از یکی از روش‌های برآورد* نیروی انسانی در بخش‌ها / واحدها

برآورد تعداد نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش‌ها/ واحدها در بازه زمانی معین،** توسط تیم مدیریت اجرایی

لحاظ نمودن معیارهای کیفی*** در برآورد نیروی انسانی مورد نیاز هر یک از بخش‌ها / واحدها بدون مغایرت با استراتژی‌های بیمارستان

* برآورد کمی نیروی انسانی با استفاده از استانداردها و ضرایب اعلام شده از سوی وزارت بهداشت در بخش‌های مختلف بیمارستان، با لحاظ قوانین دیگر از جمله قانون استخدام کشوری، قانون ارتقا بهره‌وری و وزارت کار و تامین اجتماعی و یا با استفاده از یکی از روش‌های سازمان بهداشت جهانی، نگرش نظام گرا، حجم کار، روش کالیفرنیا و سایر روش‌های علمی معتبر میسر است.

** حداقل سالیانه و با تشخیص بیمارستان در بازه‌های زمانی کوتاه‌تر برآورد کمی نیروی انسانی انجام می‌شود.

*** معیارهای کیفی مانند توانمندی، تجربه، مهارت، سابقه، تحصیلات و سایر معیارهای کیفی

برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی فرآیندی است که به وسیله آن سازمان تعیین می‌کند که برای نیل به اهداف خود به چه تعداد کارمند، با چه تخصص و مهارت‌هایی، برای چه مشاغلی و در چه زمانی نیاز دارد.

توصیه ۱. الگوهای بسیار متنوعی در برنامه‌ریزی نیروی انسانی برای بیمارستان‌ها قابل استفاده است. توجه به ملاک‌هایی مانند حجم کاری، ساعت مفید مراقبت/ساعت کار مفید، تنوع مراقبت‌ها، سطح بندی مراقبت‌های بیماران، تعداد تخت، ضریب اشغال تخت در انواع الگوهای نیازسنجی نیروی انسانی مورد توجه قرار می‌گیرند. الگوهای نیازسنجی نیروی انسانی که بخشی از برنامه‌ریزی منابع انسانی محسوب می‌شود بسیار متنوع است و با جستجو در منابع علمی مرتبط امکان استخراج و بکارگیری یکی از روش‌های معتبر علمی میسر است. روش‌های سنتی، نگرش نظام گرا، تعیین حداقل استاندارد، روش کالیفرنیا، استفاده از دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی، استفاده از ضریب وزارت بهداشت، محاسبه بهره‌وری و چندین روش متنوع دیگر با توجه به انواع بیمارستان‌ها می‌تواند الگوی محاسبه نیروی انسانی مورد نیاز بیمارستان قرار گیرد.

توصیه ۲. در واحدهایی که حجم کار در ایام هفته/ماه/فصل تغییر می‌کند بایستی در برآورد نیروی انسانی لحاظ شود. جستجو و کسب اطلاعات جزئی‌تر در منابع معتبر توصیه می‌شود.

نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخش‌ها و واحدها بر اساس شرح شغل تعیین شده، شناسایی و بکارگیری می‌شوند

بکارگیری کارکنان بر اساس بر آورد کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز و رعایت توازن در بکارگیری آنها، صورت می‌پذیرد.

منظور از توازن در بکارگیری، رعایت ترکیب رده های شغلی و سابقه افراد و تعداد آنها در بر آورد نیروی انسانی بخش‌های مختلف با لحاظ حجم سنجی و زمان سنجی‌های انجام شده در نیازسنجی نیروی انسانی بخش‌های مختلف بیمارستان است.

تخصیص و چینش نیروهای موجود بین واحدها/بخش‌ها در هر نوبت کاری، متناسب با بر آورد کمی و کیفی نیروی انسانی و حجم کاری و ویژگی‌های افراد موجود در بیمارستان، انجام می‌شود.

تخصیص و چینش نیروها متناسب با حجم کار در هر نوبت کاری* در بخش‌ها / واحدها

لحاظ شدن ویژگی‌های افراد** در چینش نیروی انسانی در هر شیفت کاری بخش‌ها / واحدها

•* بر اساس بر آورد کمی و کیفی نیروی انسانی انجام شده در بیمارستان

•** سابقه کار و وضعیت های خاصی که محدودیت‌های شغلی ایجاد می کنند مانند ایام شیردهی و سایر

موارد

بکارگیری کارکنان بر اساس شرح شغل و شرایط احراز

- **دستاورد استاندارد**
- رعایت استانداردهای شغلی
- اطمینان از صلاحیت بکارگیری کارکنان در هر رده شغلی
- جانشین پروی و انتقال تجربه بین کارکنان
- شرح وظایف و شرایط احراز و سطح تحصیلات مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی در بیمارستان مشخص شده است
- *وجود آخرین نسخه ابلاغ شده کتاب طبقه بندی مشاغل از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و الزامات شرایط احراز شغل و پست براساس آن همچنین درخصوص سمت‌هایی که در کتاب به آن اشاره نشده است، لازم است شرح وظایف و شرایط احراز توسط بیمارستان تنظیم شود. شرح وظایف و شرایط احراز اختصاصی برای مشاغل نبایستی متناقض و یا مغایر با کتاب طبقه بندی مشاغل وزارت بهداشت باشد.
- ** شرایط احراز شامل نوع مدرک، سطح تحصیلات، نوع رابطه استخدامی و در مواردی سنوات است.
- مثال: تعیین شرایط احراز و شرح وظایف برای تصدی مسئولیت بهبود کیفیت، پزشک معتمد و سایر موارد متناسب با قوانین و تشکیلات انواع بیمارستان‌ها است. بدیهی است مشاغل تعیین شده در کتاب طبقه بندی مشاغل نیازی به تعیین شرایط احراز و شرح وظیفه ندارند. اما در صورت وجود انتظارات بومی و فراتر از شرح وظایف، حدود انتظارات علاوه بر شرح وظایف هر شغل یا پست سازمانی تدوین و ابلاغ می‌شود.
- توصیه. تهیه نسخه الکترونیکی کتاب طبقه بندی مشاغل و اطلاع رسانی آن به بخش‌ها و واحدها به صورت الکترونیکی توسط مسئول واحد منابع انسانی.

بکارگیری کارکنان بر اساس شرح شغل و شرایط احراز

فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی، برای هر یک از مشاغل بیمارستان تدوین و به روز است

تدوین فهرست توانمندی‌های* مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی، برای هر یک از مشاغل بیمارستان به روز رسانی فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی***

- * تدوین فهرست توانمندی‌های لازم برای انجام وظایف، ضرورتی برای همه مشاغل نیست و بیمارستان صرفاً در خصوص مشاغلی که علاوه بر شرایط تصدی موجود در کتاب طبقه بندی مشاغل و شرایط احراز و مشاغل (موضوع سنجه ۱) توانمندی‌های خاصی مانند گذراندن دوره‌های آموزشی یا داشتن سوابق اجرایی برای آن‌ها مدنظر است، تدوین می‌نماید.
- ** حداقل سالی یک بار بازنگری شود.

• به عنوان مثال مسئول بانک خون، به عنوان کارشناس آزمایشگاه (طبق کتاب طبقه بندی مشاغل) دارای شرح وظایف کلی است، اما توانمندی‌های اختصاصی این شغل می‌تواند شامل دوره آموزشی هموویژولانس و برخی توانمندی‌های فردیاز جمله دقت، سرعت عمل سایر موارد باشد که بایستی به تایید مسئول فنی آزمایشگاه برسد.

• توصیه ۱. در خصوص مشاغل حساس مانند پرستار تریاژ، مسئول اتاق عمل، سوپروایزرها، سرپرستاران، مسئول بانک خون و سایر مواردی که از نظر بیمارستان نیاز به توانمندی‌های خاص برای انجام وظایف دارند، بایستی فهرست توانمندی‌ها تعیین و قبل از بکارگیری احراز شود.

بکارگیری کارکنان بر اساس شرح شغل و شرایط احراز

یک فرد خبره و ذیصلاح، توانمندی‌های کارکنان جدیدالورود را با فهرست واحد منابع انسانی در مورد توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدیمسئولیت‌های شغل یا مسئولیت مشخص/جدید تطبیق داده و پس از احراز و تعیین محدوده صلاحیت بکار گمارده می‌شود

معیارهای انتخاب افراد خبره برحسب تحصیلات، تجربه، مهارت و سابقه کار مرتبط با شغل، و سایر معیارها، برای هر یک از مشاغل توسط تیم مدیریت اجرایی تعیین می‌شود.

مسئول واحد منابع انسانی درخصوص جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات کارکنان خروجی به سایر کارکنان با همکاری واحدهای مربوط، برنامه‌ریزی نموده و براساس آن عمل می‌شود.

وجود روشی مشخص برای انتقال تجربیات افراد با سابقه به روش‌استاد- شاگردی به افراد جدیدالورود (استفاده از هر روش متناسب با نوع شغل و شرایط محیطی مورد تایید است)

توصیه .ایجادبانک اطلاعات کارکنان و مدیران در بیمارستان، تدوین فلوچارت/ فرآیند جانشین پروری و انتخاب جانشین برای مسئولان در بیمارستانو تدوین دستورالعملانتقال دانش و تجربه راهبر(استاد) و رهجو(شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم مدیریت اجرایی بیمارستان.

بکارگیری کارکنان بر اساس شرح شغل و شرایط احراز

مسئول واحد منابع انسانی با همکاری مسئولین بخش‌ها/واحدهای بیمارستان در خصوص انطباق شرح شغل و شاغل و تطابق توانمندی‌های فرد در تصدی پست را ارزیابی نموده و در بازه زمانی معین گزارش موارد عدم انطباق را به تیم مدیریتی ارائه نموده و اقدام اصلاحی به عمل می‌آید

ارزیابی* انطباق شرح شغل و شاغل در بخش‌ها / واحدها

ارزیابی** انطباق توانمندی‌های کارکنان براساس فهرست مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی

گزارش موارد عدم انطباق شرح شغل و شاغل کارکنان و عدم انطباق توانمندی‌های کارکنان با فهرست توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیت‌های شغلی توسط مسئول واحد منابع انسانی به تیم مدیریت اجرایی

برنامه‌ریزی و انجام اقدام اصلاحی برای کارکنانی که در فهرست گزارش موارد عدم انطباق احراز صلاحیت/توانمندی با تصدی مربوط هستند

* حداقل در بازه زمانی سالیانه توسط مسئول واحد منابع انسانی با مشارکت مسئولان بخش‌ها / واحدها

** با پیشنهاد مسئول واحد منابع انسانی و تایید تیم مدیریت اجرایی

انتخاب/انتصاب مدیران و مسئولان بخش‌ها/واحدها متناسب با فهرست ویژگی‌های تحصیلی، دانشی، مهارتی و تجربه افراد با جایگاه مربوط و شواهد عملکردی آنها انجام می‌شود

تعیین ملاک‌های* تحصیلاتی، دانشی، مهارتی و تجربه لازم برای انتصاب مدیران و مسئولان بخش‌ها/واحدها

رعایت ویژگی‌های چهارگانه گام اول در احکام و پرونده پرسنلی مسئولان مدیران واحدها/ بخش‌ها

انتخاب/ انتصاب مسئول بخش / واحد منطبق با ویژگی‌های چهارگانه گام اول

*ملاک‌های چهارگانه توسط سازمان/نهاد بالا دستی و یا توسط تیم مدیریت اجرایی بیمارستان تعیین و ابلاغ می‌شود. همچنین تصدی برخی مسئولیت‌های کلیدی بیمارستان نظیر ریاست بیمارستان و مدیر بیمارستان براساس قوانین سازمان/نهاد متبوع می‌تواند توسط سازمان/نهاد بالادستی صورت گرفته و ملاک ارزیابی نمی‌باشد.

مقررات اداری مالی داخلی بیمارستان

دستاورد استاندارد

برنامه‌ریزی و توسعه منابع انسانی مبتنی بر روش‌های معین و از پیش تعیین شده
عدالت در آگاهی و دسترسی کارکنان به قوانین و مقررات و پیشگیری از تخلفات احتمالی
بیمارستان مجموعه الکترونیکی مقررات داخلی در موضوع امور اداری و مالی را تدوین و در دسترس کارکنان قرار داده است
مجموعه مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی می‌تواند فصلی از کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود نیز باشد.
اما بایستی به صورت فصل مستقل و فایل الکترونیکی در اختیار تمامی کارکنان قرار گیرد
مقررات داخلی در موضوع اداری مالی بیمارستان حداقل شامل شرح شغل، شرح وظایف، حقوق و مزایا، آیین‌نامه‌های انضباطی، نحوه ارزشیابی، ارتقای شغلی، ضوابط و مقررات مرخصی و خروج از خدمت است
کارکنان از تکالیف، شرح شغل و شرح وظایف، حقوق و مزایا/آیین‌نامه‌های انضباطی و نحوه ارزشیابی و ارتقاء شغلی و ضوابط و مقررات خروج از خدمت (انتقال، اخراج، بازنشستگی) آگاهی دارند
روند ارتقاء شغلی برای تمامی رده‌های شغلی تدوین و ابلاغ شده، کارکنان از آن آگاهی دارند و بیمارستان براساس آن عمل می‌نماید

پرونده پرسنلی کارکنان

دستآورد استاندارد

مدیریت بهینه اطلاعات کارکنان در بایگانی های پرسنلی

پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیک تمام کارکنان حتی کارکنان بخش‌ها و واحدهای برون سپاری شده، در واحد منابع انسانی موجود است و وجود پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیک برای تمامی کارکنان از جمله کارکنان بخش‌ها و واحدهای برون سپاری شده.

توصیه ۱. تعیین حداقل محتوای پرونده پرسنلی منطبق با قوانین سازمان های بالادستی، وجود فضای بایگانی منطبق بر استانداردها از نظر مساحت، دما، رطوبت و استفاده از ملزومات و تجهیزات با کیفیت برای نگهداری اسناد پرسنلی، تعیین سطح دسترسی ها و رعایت آن با نظارت مسئول واحد منابع انسانی.

توصیه ۲. ایجاد پرونده الکترونیکی به استثنای مستندات قانونی که فیزیک آنها مورد نیاز کارکنان و بیمارستان است مانند بیمه عمر، تاییدیه تحصیلی و سایر موارد.

تدوین دستورالعمل محافظت از فیزیک پرونده‌های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها

توصیه ۱. استخراج برگه‌های غیر جاری و غیر ضرور و انتقال آنها به بایگانی راکد در محیطی امن و ایمن

اطلاعات مربوط به مرخصی کارکنان و سوابق حوادث شغلی احتمالی آنها، به تفکیک بخش‌ها / واحدها، در واحد منابع انسانی ثبت می‌شود
اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان رعایت می‌شود

دسترسی به بایگانی فیزیک پرونده‌های پرسنلی و در موارد الکترونیک تعیین سطح دسترسی ضمن صیانت از محرمانگی بایستی تحت کنترل مسئول واحد منابع انسانی باشد

در دسترس بودن فهرست کارکنان

دستآورد استاندارد

امکان دسترسی به کارکنان کلیدی در تمامی ساعت شبانه روز در شرایط غیر مترقبه

حضور کارکنان براساس برنامه ریزی مدون ماهیانه در تمام ساعات شبانه روز و تمام روزهای تعطیل

فهرست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت کارکنان توسط بخش‌ها/ واحدها در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده و یک نسخه از آن در دفتر مدیریت پرستاری موجود است

هر یک از پرسنل بالینی مطابق بخشنامه هیئت دولت، در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمت می‌پردازند

دسترس‌ی شبانه روزی به فهرست اطلاعات کارکنان شامل؛ نام و نام خانوادگی، تلفن تماس، سمت سازمانی و آدرس با رعایت اصل محرمانه بودن و سطح دسترسی برای بخش‌ها/ واحدها امکان پذیر است

ارزشیابی کارکنان

دستاورد استاندارد

شناسایی نقاط قوت و قابل بهبود کارکنان در فرآیند ارزشیابی

امکان برنامه‌ریزی و توسعه منابع انسانی بر اساس نتایج ارزشیابی کارکنان

ارائه بازخورد به کارکنان باتوجه به عملکرد سازمانی آنها

ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی حداقل سالیانه با برنامه‌ریزی واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین بخش‌ها/واحدها صورت می‌پذیرد

براساس نتایج ارزشیابی کارکنان، نقاط قوت و قابل بهبود آنان، مشخص شده و نتایج آن با همکاری مسئولین بخش‌ها/واحدها در طراحی برنامه آموزشی و ارتقاء شغلی کارکنان مد نظر قرار می‌گیرد

شناسایی نقاط قابل بهبود هر یک از کارکنان براساس نتایج ارزشیابی (تهیه فهرستی از نقاط قابل بهبود کارکنان در هر یک از بخش‌ها / واحدها)

استفاده از نتایج ارزشیابی کارکنان در برنامه‌ریزی آموزشی سالیانه (برنامه‌ریزی آموزشی مبتنی بر توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی توسط مسئولان واحدها/بخش‌ها تدوین می‌شود. انتظار می‌رود دوره‌های آموزشی ارتقاء دهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرآیند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده اند در برنامه‌ریزی آموزشی لحاظ شود)

نظرات و پیشنهادات کارکنان در برنامه ریزی های بیمارستان

دستاورد استاندارد

ارزش گذاری به منابع انسانی و تقویت انگیزه کارکنان

توجه به نیازهای کارکنان و برنامه ریزی در جهت مرتفع ساختن آنها

بهره جستن از خرد جمعی و فرهنگ سازی نظام مشارکتی

بیمارستان حداقل دو بار در سال با فاصله شش ماهه، رضایت کارکنان را از طریق پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن تأیید شده‌است، مورد سنجش قرار می‌دهد و نتایج، در کمیته پایش و سنجش کیفیت بررسی و گزارش تحلیلی به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌شود

پایایی و روایی پرسشنامه بایستی توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و تأیید شود

تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی کارکنان را بررسی و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت را تدوین و ابلاغ نموده و مسئول واحد منابع انسانی بر اجرای آن نظارت می‌نماید

بیمارستان در جهت ترویج فرهنگ خرد جمعی و تعلق سازمانی، سامانه ای را برای اخذ نظرات و پیشنهادات کارکنان فراهم نموده و از پیشنهادهای اثربخش با حفظ حقوق معنوی پیشنهاد دهنده، حمایت نموده و به نحو مقتضی از آنها قدردانی به عمل می‌آورد

ایجاد بستر الکترونیکی در وب سایت بیمارستان برای اخذ پیشنهادات یا حداقل ایجاد صندوق و یا واحد متولی اخذ پیشنهادات کارکنان (یکی از واحدهای بهبود کیفیت یا دفتر رسیدگی به شکایات قابل قبول می‌باشد).

بررسی پیشنهادات کارکنان در کمیته سه نفره منتخب تیم مدیریت اجرایی در بازه زمانی معین مدیرپرستاری، مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد منابع انسانی حداقل هر سه ماه یکبار

قدردانی از ارائه دهندگان پیشنهادات برتر در صورت تأیید تیم مدیریت اجرایی نحوه قدردانی با تشخیص بیمارستان است اما حداقل لوح تشویق و قدردانی لازم است

جبران خدمت و برنامه های انگیزشی مبتنی بر عملکرد کیفی کارکنان

دستاورد استاندارد

افزایش تعلق سازمانی کارکنان

الگوسازی و تقویت انگیزش کارکنان

مزایای غیر مستمر کارکنان، به صورت مبتنی بر عملکرد و با تاثیر معیارهای کیفی محاسبه و پرداخت می شود

تعیین معیار های کیفی و پرداخت مبتنی بر عملکرد مزایای غیرمستمر کارکنان(در بیمارستان های دانشگاهی ملاک آخرین سامانه الکترونیک ابلاغی وزارت بهداشت است و در سایر بیمارستان ها، پرداخت مبتنی بر عملکرد به کارکنان براساس ملاک های درون سازمانی قابل قبول است)

امکانات رفاهی برای کارکنان در نظر گرفته شده است و براساس شاخص های عملکردی فرصت های رفاهی و فرهنگی به صورت عادلانه در اختیار آنها قرار می گیرد.

پیش بینی امکانات رفاهی، برنامه های فرهنگی آموزشی / تفریحی برای کارکنان اگر چه توصیه موکد بر پیش بینی انواع امکانات فوق برنامه ای برای تقویت انگیزش کارکنان و ایجاد فضای دوستی و همکاری صمیمانه و درنهایت ارتقای شاخص تعلق سازمانی در بین کارکنان است. اما سطح و ابعاد این برنامه ها در ارزیابی بیمارستان تاثیری نداشته و نحوه برگزاری یک مراسم جشن روز پرستار یا کارمند یا پزشک هم می تواند ملاک ارزیابی باشد

دسترسی کارکنان به امکانات رفاهی به صورت عادلانه (منظور از دسترسی عادلانه، آگاهی کارکنان به نحوه اطلاع رسانی عمومی و استفاده از امکانات رفاهی براساس ضوابط مشخص، برنامه های فرهنگی آموزشی و تفریحی بیمارستان است) و مبتنی بر شاخص های عملکردی(تعیین ملاک های عملکردی برای استفاده کارکنان از امکانات رفاهی، برنامه های فرهنگی آموزشی و تفریحی مانند پیشنهادات موثر، رضایت بیماران و سایر ملاک های مدنظر مدیران ارشد است)

عوامل کلیدی موثر بر کیفیت کاری کارکنان شناسایی شده و براساس معیارهای معین کارکنان نمونه معرفی و مورد تشویق قرار می گیرند

بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت جسمی و اتفاقات مرتبط از کارکنان حمایت می نماید

برنامه های ارتقای سلامت کارکنان در حیطة فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تغذیه سالم، با رویکرد پیشگیرانه و آموزشی اجرا می شود

اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزش ارتقای سلامت کارکنان* در حیطة فعالیت بدنی(براساس استانداردهای دوستدار ارتقای سلامت وزارت بهداشت و خط مشی و روش ابلاغی تیم حاکمیتی)

اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطة مصرف دخانیات (در حیطة مصرف دخانیات شاخص های کمی و کیفی مشخصی تعیین گردد)

اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطة تغذیه سالم

اثر بخشی برنامه های ارتقای سلامت کارکنان توسط مسئول آموزش همگانی* هر شش ماه سنجش و ارزیابی می شود و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود

ارزیابی اثر بخشی برنامه های پیشگیرانه و آموزش ارتقای سلامت کارکنان* در حیطة فعالیت بدنی*

ارزیابی اثر بخشی برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطة مصرف دخانیات*

ارزیابی اثر بخشی برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطة تغذیه سالم*

اقدام اصلاحی/ تدوین، ابلاغ و اجرای برنامه بهبود کیفیت برای بهبود اثر بخشی برنامه های کم اثر** توسط تیم مدیریت اجرایی

*با استفاده از روش های سنجش و ارزیابی اثر بخشی آموزشی و مصاحبه با کارکنان پس از اجرای برنامه به تشخیص بیمارستان.

توصیه . در حیطة مصرف دخانیات شاخص های کمی و کیفی تعیین شده، ارزیابی شود.

مراجعه شود به توضیحات روش های سنجش و ارزیابی اثر بخشی آموزشی در استاندارد (الف - ۷ - ۱۰) سنجه ۵ در همین محور

** بر مبنای نظرسنجی از کارکنان و تاثیر برنامه های پیشگیرانه و آموزشی در ارتقای سلامت آنها برنامه های کم اثر شناسایی و در جلسه تیم مدیریت اجرایی بازنگری می شود (در چارچوب خط مشی مربوط)

بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت جسمی و اتفاقات مرتبط از کارکنان حمایت می نماید

بیمارستان ساز و کار انجام بیمه حوادث شغلی و مسئولیت مدنی کارکنان را در خصوص حوادث و سوانح و خطاهای پزشکی فراهم آورده است

شناسایی و پیش بینی ساز و کاری برای بهره جستن از بیمه حوادث و سوانح شغلی در مشاغل پرخطر (شناسایی این گروه از کارکنان توسط مسئول بهداشت سلامت و محیط کار یا کمیته خطر حوادث و بلایا صورت می پذیرد).

شناسایی و پیش بینی ساز و کاری برای بهره جستن از بیمه مسئولیت مدنی کارکنان (مشاغل در معرض بروز خطاهای پزشکی توسط مسئول فنی / ایمنی یا کمیته مرگ و میر شناسایی می شوند)

توصیه ۱. تامین پوشش بیمه‌ای برای حوادث و سوانح، خطاهای پزشکی، حوادث شغلی، مسئولیت مدنی کارکنان، توسط بیمارستان به ویژه در مورد کارکنان با مشاغل حساس و پرخطر توصیه می شود، اما الزامی نبوده و ملاک ارزیابی نمی باشد.

توصیه ۲. با توجه به مسئولیت قانونی بیمارستان در بروز حوادث توصیه می شود مسئول فنی بیمارستان با مشارکت مسئول بهداشت سلامت و محیط کار نسبت به انتخاب راهکارهای متنوع حمایتی از کارکنان و کاهش مسئولیت مدنی بیمارستان برنامه ریزی نمایند و در این میان بهره جستن از دانش و تجربه اداره حقوقی دانشگاه توصیه می شود.

توانمندسازی کارکنان

دستاورد استاندارد

توسعه منابع انسانی

ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

بهبود هزینه اثربخشی برنامه های آموزشی

تیم مدیریت اجرایی با همکاری مسئول واحد منابع انسانی و سایر مسئولین بخش ها/واحدها کتابچه الکترونیکی توجیهی برای آشنا سازی پزشکان/پرستاران و سایر کارکنان جدیدالورود را در موضوعات معرفی شرایط عمومی بیمارستان و موارد اختصاصی هر بخش / واحد، به صورت فایل الکترونیک تدوین و در دسترس همه کارکنان قرار داده و تمامی کارکنان مرتبط از محتوای آن آگاهی دارند.

تدوین کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود با محوریت مسئول واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین بخش ها/واحدها

معرفی شرایط عمومی*بیمارستان در کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود

معرفی موارد اختصاصی هر بخش/ واحد**در کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود

دسترس کارکنان به کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود به صورت فایل الکترونیک

آگاهی کارکنان جدیدالورود از محتوای کتابچه توجیهی

* ابعاد و محتوای شرایط عمومی بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی تدوین می شود.

توصیه ۱. ابعاد و محتوای شرایط عمومی بیمارستان حداقل شامل: موضوعات برنامه استراتژیک (ماموریت، چشم انداز، ارزش ها و ..) اهمیت و رعایت موازین منشور حقوق بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای ملی پوشش، مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی باشد.

** ابعاد و محتوای موارد اختصاصی هر بخش/ واحد با تشخیص تیم مدیریت اجرایی و مسئول واحد/بخش تدوین می شود.

توصیه ۲. ابعاد و محتوای موارد اختصاصی هر بخش/ واحد حداقل شامل: محدوده عملکرد، الزامات کیفی، الزامات ایمنی شغلی، نقشه بخش و موقعیت قرارگیری بخش/ واحد در بیمارستان، طیف بیماران بستری/مراجعه کننده، مقررات داخلی بخش/ واحد، تجهیزات اختصاصی بخش/ واحد باشد.

توانمندسازی کارکنان

کارکنان، از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی آگاهی داشته و هریک از آنها دارای برنامه توسعه فردی است

آگاهی کارکنان از مفهوم برنامه توسعه فردی

آگاهی کارکنان از نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی

- فرم توسعه فردی و نحوه تدوین برنامه توسعه فردی با تشخیص بیمارستان است و ملاک ارزیابی نیست.
 - توصیه ۱. تمامی فرم ها به صورت الکترونیک تکمیل، تایید و ارسال شود.
 - برنامه توسعه فردی و یا توسعه شغلی و حرفه ای یک فرایند مستمر در خصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه ریزی برای رفع این نیازها است.
 - براساس برنامه توسعه فردی هر یک از کارکنان، بایستی در حیطه های دانشی و مهارتی نیازهای آموزشی در حیطه کاری و انجام وظایف محوله پیشنهاد نمایند.
 - برنامه توسعه فردی در تعامل نزدیک کارکنان با مسئول واحد و به صورت طرح پیشنهادات کارکنان شکل می گیرد که توسط مسئول واحد/ بخش به مقامات مافوق اعلام می شود. نحوه شناسایی برنامه های آموزشی به نحوی است که کارکنان وضع مطلوب و وضع موجود را مقایسه، و فاصله خود را با مهارت ها و قابلیت هایی که برای موفقیت در آینده در انجام وظایف محوله باید داشته باشند، تعیین می کنند.
 - توصیه ۲. برنامه توسعه فردی پزشکان با مشارکت روسای بخش های بالینی و هدایت رئیس/مدیرعامل بیمارستان تنظیم شود.
- برنامه ریزی آموزشی سالیانه براساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی پیشنهادی مسئولان بخش ها/واحدها انجام و رئیس/مدیرعامل برای پزشکان، مدیرپرستاری برای پرستاران و مدیر بیمارستان برای سایر کارکنان جمع بندی شده، و در جلسه تیم مدیریت اجرایی طرح می شود
- تدوین برنامه آموزشی سالیانه کارکنان ، لحاظ برنامه توسعه فردی کارکنان در برنامه آموزشی سالیانه کارکنان، لحاظ دوره های پیشنهادی مسئولان بخش ها / واحدها کارکنان در برنامه آموزشی* ، محوریت رئیس/مدیرعامل بیمارستان در نیازسنجی آموزشی پزشکان ، محوریت مدیر پرستاری در نیازسنجی آموزشی پرستاران ، محوریت مدیر پرستاری در نیازسنجی آموزشی پرستاران /مسئول واحد منابع انسانی در نیازسنجی آموزشی کارکنان غیر پزشک و غیر پرستار، بررسی برنامه آموزشی سالیانه کارکنان در تیم مدیریت اجرایی ، برآورد بودجه آموزشی مورد نیاز و ارسال برنامه آموزشی جهت تامین بودجه و تصویب به تیم حاکمیتی

توانمندسازی کارکنان

برنامه‌ریزی آموزشی سالیانه براساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی پیشنهادی مسئولان بخش‌ها/واحدها انجام و رئیس/مدیرعامل برای پزشکان، مدیرپرستاری برای پرستاران و مدیر بیمارستان برای سایر کارکنان جمع بندی شده، و در جلسه تیم مدیریت اجرایی طرح می‌شود.

لحاظ دوره‌های پیشنهادی مسئولان بخش‌ها / واحدها کارکنان در برنامه آموزشی (برحسب ضرورت های سیستمی در یک بخش / واحد در موضوعات مرتبط با بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران)

کسب تجربه و آموزش، یک اتفاق یا رویداد نیست، بلکه فرآیندی است مستمر که طی آن، کارکنان سازمان از متولیان آموزش در سازمان، سایر کارکنان و همکارانشان، مشتری/مراجعه کننده، الگوها و مدل‌های کاری و حتی از اشتباهات، یاد می‌گیرند.

مسئولیت آموزش کارکنان بر عهده سه مرجع است:

خود کارکنان

روسا / مسئولان و مافوق‌ها

متولیان آموزش در سازمان (مانند سوپروایزر آموزشی در بیمارستان)

برنامه آموزش کارکنان توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و پس از تصویب، بودجه های آموزشی آن تامین شده و اجرا می‌شود و مسئولان برنامه‌های آموزشی بر اجرای آنها نظارت نموده و گزارش ارزیابی خود را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌نماید

تعیین شاخص‌های دستیابی به اهداف آموزشی و اجرای برنامه ها توسط مسئولان برنامه‌های آموزشی

نظارت مسئولان* برنامه های آموزشی بر اجرای برنامه ها و ارائه گزارش به تیم مدیریت اجرایی**

رئیس / مدیرعامل بیمارستان مسئول نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی پزشکان است، مدیریت پرستاری مسئول نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی پرستاران و مدیربیمارستان / مسئول واحد منابع انسانی مسئول نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی کارکنان غیر پزشک و غیر پرستار هستند.

** با استفاده از شاخص‌های دستیابی به اهداف آموزشی و اجرای برنامه های آموزشی

توانمندسازی کارکنان

شاخص های ارزیابی اثربخشی برنامه های آموزشی در حیطه های دانشی، مهارتی توسط مجریان برنامه ها تعیین و پس از برگزاری دوره های آموزشی سنجش و براساس نتایج، اقدام اصلاحی به عمل می آید.

تعیین شاخص های ارزیابی اثربخشی* برنامه های آموزشی در حیطه های دانشی، مهارتی توسط مجریان برنامه ها

ارزیابی اثربخشی برنامه های آموزشی براساس شاخصهای تعیین شده

انجام اقدام اصلاحی براساس نتایج ارزیابی اثربخشی دوره های آموزشی برگزار شده**

- *شاخص های اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه های دانش، مهارت و نگرش تعیین می شوند. انتخاب این شاخص ها متناسب با انتظارات از فراگیران صورت می پذیرد.
- مثال: سنجش اثربخشی دوره آموزشی احیای قلبی - ریوی
- در این نمونه شاخص ها بایستی در هر سه حیطه آگاهی به مبانی تئوری، مهارت بکارگیری آموخته ها و بهبود اولویت بندی و کیفیت نتایج عملکردی به صورت مقایسه قبل و بعد از آموزش تعریف و ارزیابی می شود.
- میزان افزایش آگاهی فراگیران به مبانی تئوری آموزش با استفاده از درصد آگاهی فراگیران درپیش آزمون و پس آزمون
- میزان ارتقای مهارت بکارگیری آموخته ها با روش ارزیابی میدانی رعایت توالی و اصول فنی در عرصه عمل (واقعی و مجازی)
- بهبود اولویت بندی و کیفیت که معمولا نتایج عملکردی ارزیابی می شود: درصد احیای قلبی - ریوی موفق
- **در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخص های اثربخشی دوره های آموزشی در هر یک از حیطه های شناخت لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه های آموزشی اقدام شود.
- مفهوم آموزش الزاما معادل یادگیری نیست، در واقع تغییر رفتار پس از آموزش اثربخش، یادگیری تلقی می شود.
- تغییر رفتار بایستی در سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی رخ بدهد تا منجر به یادگیری پایدار بشود.
- روش های متعدد و معتبری برای ارزیابی اثربخشی آموزشی وجود دارد. از روش های سنتی مانند مدل هدف مدار تایلر تا روش ادیورنه، مدل کرک پاتریک، سالیوان و چندین مدل دیگر که تاثیر گذاری آموزش را در یک تا سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی ارزیابی می کنند.
- آگاهی قبل و بعد آموزش، اثرات تاخیری آموزش، تغییر رفتار، تغییر عملکرد و بهبود نتیجه کامل ترین ابعاد اثربخشی آموزشی است مدل پنج مرحله ای ارزیابی اثربخشی آموزشی سالیوان

توانمندسازی کارکنان

بیمارستان ضمن اطلاع‌رسانی کنگره‌ها و همایش‌های علمی به کارکنان، از حضور کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم پزشکان حمایت می‌نماید.

- توصیه ۱. اطلاع‌رسانی کنگره‌ها و همایش‌های علمی به پزشکان و کارکنان می‌تواند از طرق زیر انجام شود:

- نصب پوسترها یا فراخوانهای ارسال مقالات و برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی در معرض دید پزشکان و کارکنان

- اطلاع‌رسانی لازم از طریق مکاتبات اداری

- توصیه ۲. مساعدت لازم در شرکت نمودن پزشکان و کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم می‌تواند از طریق موافقت بیمارستان با حضور کارکنان در ساعات کاری، تخصیص حق الزحمه، اعطاء یا ماموریت آموزشی و سایر سیاستهای تشویقی باشد.

- در برنامه‌ریزی آموزشی بیمارستان، آموزش حین خدمت به منظور حفظ و ارتقای دانش و مهارت‌های کارکنان، پیش‌بینی شده و سالیانه اجرا می‌شود.

آموزش مهارت های نجات دهنده و حفظ ایمنی بیماران

دستاورد استاندارد

بهبود مهارت‌های نجات دهنده بیماران از طریق آموزش

ارتقای ایمنی بیماران

برای کارکنان (پزشک/پرستار و سایر کارکنان مرتبط با بالین بیمار) دوره‌های آموزشی شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و نحوه پیشگیری و کنترل آنها حداقل دو سال یکبار برگزار می‌شود.

برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار* برای پزشکان**

برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار برای پرستاران

برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار برای سایر کارکنان***

*در فرآیند ارزیابی اولیه بیمار عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار شناسایی می‌شوند. این عوامل با توجه به وضعیت و زمینه های آسیب پذیری بیمار شناسایی و از طریق کنترل عوامل محیطی، آموزش های خود مراقبتی، طرح مراقبت و درمان متناسب و مناسب، وضعیت بیمار کنترل می‌شود.

** تجدید این دوره آموزشی برای کارکنان مشروحه در هر سه گام حداقل هر دو سال یکبار.

*** کارکنان فیزیوتراپی، نمونه برداران آزمایشگاه، کارشناسان تصویر برداری، پرتوپزشکی / پرتو درمانی و سایر کارکنان مرتبط با بیمار با تشخیص و تعیین بیمارستان.

آموزش مهارت های نجات دهنده و حفظ ایمنی بیماران

دستاورد استاندارد

بهبود مهارت‌های نجات دهنده بیماران از طریق آموزش

ارتقای ایمنی بیماران

برای کارکنان (پزشک/پرستار و سایر کارکنان مرتبط با بالین بیمار) دوره‌های آموزشی شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و نحوه پیشگیری و کنترل آنها حداقل دو سال یکبار برگزار می‌شود.

برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار* برای پزشکان**

برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار برای پرستاران

برگزاری دوره‌های آموزشی شناسایی، پیشگیری و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار برای سایر کارکنان***

*در فرآیند ارزیابی اولیه بیمار عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار شناسایی می‌شوند. این عوامل با توجه به وضعیت و زمینه‌های آسیب پذیری بیمار شناسایی و از طریق کنترل عوامل محیطی، آموزش های خود مراقبتی، طرح مراقبت و درمان متناسب و مناسب، وضعیت بیمار کنترل می‌شود.

**تجدید این دوره آموزشی برای کارکنان مشروحه در هر سه گام حداقل هر دو سال یکبار.

*** کارکنان فیزیوتراپی، نمونه برداران آزمایشگاه، کارشناسان تصویر برداری، پرتوپزشکی / پرتو درمانی و سایر کارکنان مرتبط با بیمار با تشخیص و تعیین بیمارستان.

برای پزشکان دوره‌های آموزش مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت پیش بینی شده، که حداقل شامل احیای قلبی-ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و بزرگسالان می‌باشد.

*پزشکان می‌توانند دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکزی نظیر سازمان نظام پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی اتمی بگذرانند.

**دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت نظیر احیای قلبی-ریوی حداقل برای پزشکان اورژانس و متخصصین مقیم و پزشکان پشتیبان زایمان های طبیعی بلوک زایمان و سزارین در اتاق عمل‌ها الزامی است.

کارکنان بالینی و افرادی که بیمارستان تعیین می‌کند دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه را حداقل دو سال یک بار می‌گذرانند.

کارکنان می‌توانند دوره های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکزی نظیر سازمان نظام پرستاری، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی اتمی بگذرانند.

تدارک ، انبارش و توزیع ملزومات و تجهیزات

دستاورد استاندارد

برنامه ریزی مناسب برای تامین و پشتیبانی به موقع و اثربخش خدمات

بهبود هزینه اثربخشی

تدوین خط مشی و روش تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات

حداقل شامل مدیر، مسئول امور مالی، تدارکات، و سایر کارکنان با تشخیص بیمارستان

**منظور از منابع ملزومات و تجهیزات نیست بلکه ابزار و کارکنانی است که در اجرای خط مشی و روش پیش بینی شده اند.

**خرید دارو و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی با محوریت داروخانه و مدیریت برنامه ریزی جداگانه شده و انبار مستقل دارد و همچنین واحدهای برون سپاری شده مشمول این خط مشی نیستند.

ملزومات و تجهیزات شامل تمامی اقلام اداری، غذایی، بهداشتی، کیت، لوازم و تجهیزات پزشکی است.

تهیه فهرست تجهیزات پزشکی ضروری* موردنیازبخشها/واحدها براساس نوع خدمات، توسط مسئولینبخشها/واحدها

تایید فهرست تجهیزات پزشکی ضروری هریک از هربخشها/واحدها توسط واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی

*تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر ایمنی بیماران به مخاطره بیاندازد. تجهیزاتی مانند دی سی شوک و سایر تجهیزات با تشخیص روسا و مسئولان بخشها /واحدها

بخش/واحدپشتیبان، برای تامین موقت تجهیزات ضروری در شرایط اضطراری، به نحویکه تاخیری درفرآیند درمان بیماران رخ ندهد تعیین شده اند

تعیین بخش پشتیبان در فهرست تجهیزات پزشکی ضروری هر بخش(بخش یا واحدپشتیبانی، به نحوی انتخاب شود که در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان تجهیزات جایگزین در بخشهای آن دچار مشکل شده است قرار گیرد. این پشتیبانی بایستی به صورت شبانه روزی پیش بینی شود).



تدارک ، انبارش و توزیع ملزومات و تجهیزات

تدوین دستورالعمل انبارش ایمن

در تدوین دستورالعمل انبارش ایمن حداقل موارد ذیل در نظر گرفته شود

انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال ، رعایت اصول ایمنی و دتکتورهای هشداردهنده در فضای خارج از انبار اصلی که مجهز به وسائل آتش نشانی باشد، استفاده از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال، استفاده از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار، سیم کشی توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال، استفاده از کلیدها و پریزها و روشنایی های ضد جرقه ، چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقات پایین ، استفاده از علائم هشداردهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی، کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد، استحکام کافی و زیر سازیمناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله، روشنایی و تهویه مناسب انبار، وجود جعبه کمک های اولیه در انبار، استفاده از نرده محافظ در پشت پنجره های انبارها، رعایت نکات نگهداری اجزاء غیرسازه ای در هنگام زلزله (مانند قفسه ها و ...)

مدیر/مدیر داخلی بیمارستان به صورت مدون از انبارهای بیمارستان بازدید نموده و نحوه انبارش کالا ، تجهیزات و مواد را از نظر رعایت اصول ایمنی و امنیت محیطی ارزیابی می نماید، و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/پیشگیرانه به عمل می آورد.

تدوین چک لیست نظارت بر انبارش کالا، تجهیزات و مواد بر اساس دستورالعمل تدوین شده بیمارستان

انجام بازدید از انبارها در بازه های زمانی معین** توسط مدیر/ مدیر داخلی بیمارستان با استفاده از چک لیست (بازه زمانی بر اساس برنامه ریزی بیمارستان و حداقل سه ماه یکبار)

در صورت لزوم اقدام پیشگیرانه یا اصلاحی در انبار

خدمات خارج از زنجیره تامین

دستاورد استاندارد

حمایت کامل بیمارستان از بیماران در اخذ خدمات تشخیصی و درمانی

حفظ ایمنی بیماران در نقل و انتقالات بین بیمارستانی

خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان با محوریت و هماهنگی بیمارستان به بیماران ارائه می‌شود و از ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان بدون حمایت و برنامه ریزی بیمارستان ممانعت به عمل می‌آید.

برنامه ریزی و روشن بودن نحوه تامین خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان

محوریت** بیمارستان در ارجاع بیماران برای اخذ خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین و بازگشت ایمن بیمار

این سنجه در بیمارستان‌های مشمول برنامه تحول نظام سلامت الزامی و در سایر بیمارستان‌ها سطح اساسی دارد است.

**در بیمارستان‌های مشمول برنامه تحول نظام سلامت بایستی ضمن تامین آمبولانس هیچگونه هزینه ای را بیمار پرداخت نمی‌نماید و در صورت حساب بیمار محاسبه شود.

بیمارستان امکانات انتقال بیماران را برای اخذ خدمات خارج از زنجیره تامین خود برنامه ریزی نموده و با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوطه اقدام می‌نماید.

تامین آمبولانس با امکانات مناسب و متناسب با سطح بیماری* برای اعزام موقت بیماران اخذ خدمات خارج از زنجیره تامین با برنامه ریزی قبلی بیمارستان**

انتقال ایمن بیمار ضمن استمرار مراقبت از بیماران بدحال با همراهی پزشک یا پرستار با توجه به وضعیت بیمار

*تامین آمبولانس ویژه برای بیماران بدحال و همراهی الزامی پزشک یا پرستار خبره و نیز وجود تجهیزات لازم در آمبولانس.

**برنامه ریزی شامل نحوه هماهنگی با ستاد انتقال دانشگاه متبوع، هماهنگی با مرکز مقصد و تحویل بیمار طبق راهنمای "ارتباط مناسب کارکنان در زمان تحویل بیمار" بخشنامه

شماره ۱۰۷۵۷/۴۰۹ مورخ ۱۲/۶/۹۳

امکانات و تجهیزات برای حفاظت فردی و رعایت بهداشت دست

بیمارستان امکانات شستشوی بهداشتی و ضد عفونی کردن دست‌ها را مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت فراهم نموده است

امکانات شستشوی بهداشتی دست در کلیه بخش‌های بالینی و پاراکلینیک حداقل در هر اتاق بیماران بستری و به ازای هر ۶ تخت

امکانات ضد عفونی دست‌ها شامل محلول با پایه الکل، دیسپنسر، راهنماهای تصویری در دسترس کارکنان به تعداد کفیموجود می‌باشد.

توصیه . امکانات شستشوی بهداشتی دست شامل (روشویی نیم پایه، صابون مایع، حوله کاغذی، سطل‌های آشغال پدال دار و یادآورهای تصویری) به تعداد کافی در دسترس باشد. Hand Rub

وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/واحدها در دسترس کارکنان بوده و راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از آن در بخش‌ها/واحدهای مرتبط مشاهده می‌شود.

تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/واحدها براساس کتاب کنترل عفونتهای بیمارستانی.

**موقعیت های استفاده از ماسک ۹۵ را در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول به نحوه صحیح در تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک / محتمل / مبتلا به ماسک N₉₅ دسترسی و کارکنان از آن استفاده می‌نمایند.

توصیه . تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم کنترل عفونت و مسئولین بخش‌ها/واحدها تأیید لیست فوق در کمیته کنترل عفونت

امکانات بهداشتی و سرویس‌های بهداشتی مطابق الزامات مربوط به میزان کافی در دسترس کارکنان و بیماران است.

هدایت مراجعین در ورودی ها و داخل بیمارستان

دست‌آورد استاندارد

راهنمایی و هدایت بیماران

افزایش رضایت مندی مراجعین

تابلوهای راهنما در خیابان اصلی و فرعی منتهی به بیمارستان وجود دارد

تابلوهای اورژانس به صورت کاملاً واضح و با قابلیت دید از خیابان با تامین نورپردازی برای دید در شب وجود دارند.

ورودی های اصلی بیمارستان، درمانگاهها و اورژانس مستقل هستند

تابلوهای راهنمای بلوکهای ساختمانی وجود دارد.

علائم راهنمای بخش‌ها در داخل آسانسورها در معرض دید مراجعین نصب شده است

امکانات و دسترسی ایمن و حامی معلولین و افراد ناتوان به بیمارستان

دستاوردها استاندارد

تسهیل نقل و انتقال بیماران و مراجعین، امکان تخلیه سریع و ایمن با استفاده از پله فرار، ارائه تسهیلات برای بیماران معلول و کم توان آسانسورهای ویژه حمل بیمار به تعداد کافی در بیمارستان وجود دارد.

* تعداد کافی آسانسور: به ازای هر ۱۰۰ تخت ۲ آسانسور (۱ نفربر و ۱ تخت بیماربر) وجود دارد. توصیه . حداقل الزامات آسانسور شامل

همسطح بودن ورودی آسانسور با در دسترسی بلامانع صندلی چرخدار یا برانکار

حداقل فضای انتظار در جلو آسانسور در هر طبقه ۱۵۰*۱۵۰ سانتیمتر مربع

حداقل عرض مفید ۸۰ سانتیمتر و مجهز به درب کشویی با چشم الکترونیکی

در محل‌های پر تردد معلولان ارتفاع دکمه‌های کنترل کننده آسانسور حداکثر ۱۳۰ سانتیمتر؛ حداقل برجستگی آن ۵/۱ سانتیمتر و حداقل قطر آن ۲ سانتیمتر و نیز برای استفاده نابینایان قابل تشخیص باشد.

نصب دستگیره‌های کمکی در دیواره‌های آسانسور در ارتفاع ۸۵ سانتیمتر از کف اتاق

در صورتیکه بیمارستان تنها ناچار به انتخاب و خرید از یک نوع آسانسور باشد هر ۲ آسانسور از نوع تخت بر باشد.

لازم است توقف آسانسور با صوت مشخص شود مرجع: کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن جلد ۱ تالیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مچری طرح های عمرانی وزارت بهداشت

پله فرار با علائم راهنمایی واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است

توصیه . چند ویژگی پله فرار

ارتفاع نرده پلکان عمومی حداقل ۸۰ سانتیمتر

فاصله حفاظ داخلی (عمودی) حداکثر ۱۰ سانتیمتر در نظر گرفته شود

اطراف پلکان بوسیله جان پناه با ارتفاع حداقل ۸۰ سانتیمتر در نظر گرفته شود

دسترسی به پلکان‌های خارجی در هر طبقه باید از طریق درب‌های مقاوم در برابر آتش ضربه و دود بند صورت پذیرد

کف پاگردها و پلکان‌های خارجی با سازه فلزی باید از نوع ورق فلزی آجدار پوشش داده شود

امکانات و دسترسی ایمن و حامی معلولین و افراد ناتوان به بیمارستان

رمپ با شیب استاندارد در مسیر ورودی به اورژانس و درمانگاه بیمارستان وجود دارد.

رمپ یا شیب استاندارد: تمامی شیب راه ها از حداقل ۵٪ تا حداکثر ۸٪ برای سطوح شیب دار تا طول ۳ متر و با عرض حداقل ۱/۲ متری باشد. در سطوح شیب دار بیش از ۳ متر طول (تأحد مجاز ۹ متر) به ازای هر متر افزایش طول ۵ سانتیمتر به عرض مفید اضافه شده و نیم درصد از شیب آن کاسته می شود.

** در بیمارستان‌هایی که سطح اورژانس یا درمانگاه با سطح خیابان همسطح می باشد و نیازی به رمپ نیست و همچنین در بیمارستان‌هایی که از سایر امکانات از قبیل بالابر برای جابجایی بیمارانی که امکان رفتن از پله ها را ندارند امتیاز این سنجه کامل داده می شود

توصیه . شرایط مناسب رمپ

حداقل عرض سطح شیبدار ۱۲۰ سانتیمتر باشد.

برای سطوح شیبدار تا ۳ متر طول حداکثر شیب ۷ درصد با عرض ۱۲۰ سانتیمتر باشد

در سطوح شیبدار بیش از سه متر طول (تا حد مجاز ۹ متر) در ازای هر متر افزایش طول ۵ سانتیمتر به عرض مفید آن اضافه و ۵ درصد از شیب آن کاسته شود.

پیش‌بینی يك پاگرد حداقل به عرض ۱۲۰ سانتیمتر و در هر ۹ متر طول الزامی است. در سطوح شیبدار دو جهت عرض پاگرد برابر عرض سطح شیبدار خواهد بود.

کف سطح شیبدار باید غیرلغزنده باشد

سطوح شیبدار و ورودی ساختمان باید مسقف باشد

نصب میله دستگرد در طرفین سطح شیبدار الزامی است.

ارتفاع میله دستگرد از کف سطح شیبدار برای شخص نشسته ۷۵ سانتیمتر برای شخص ایستاده ۸۵ سانتیمتر و برای کودکان ۶۰ سانتیمتر باشد

حداکثر قطر میله دستگرد ۵ و ۳ سانتیمتر و حداقل فاصله بین آن و دیوار ۴ سانتیمتر باشد.

مرجع: کتاب استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن جلد ۱ (تالیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مجری طرح‌های عمرانی وزارت بهداشت)

امکانات و دسترسی ایمن و حامی معلولین و افراد ناتوان به بیمارستان

سرویس های بهداشتی با تسهیلات لازم و مناسب برای معلولین و افراد ناتوان و افراد با نیازهای ویژه وجود دارد

حداقل تسهیلات لازم

حداقل ابعاد سرویس بهداشتی برای استفاده با ویلچر، ۲ متر در ۲ متر است.

فضای خالی بدون مانع دایره‌ای شکل به قطر ۱۵۰ سانتیمتر برای چرخش ۱۸۰ درجه‌ی صندلی چرخدار باید فراهم باشد.

الزامی است که در این فضا از توالت فرنگی استفاده شده باشد.

هیچ گونه اختلاف ارتفاعی در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف طبقه نباید ایجاد شده باشد.

در سرویس بهداشتی به بیرون باز شود و گشودن آن در مواقع اضطراری از بیرون امکانپذیر باشد.

نصب کاسه توالت فرنگی به ارتفاع ۴۵ سانتیمتر از کف و با فاصله حداقل ۴۰ سانتی متر از روشویی و یا دیگر موانع مجاور (به جز دستگیره افقی) الزامی است.

کاسه روشویی در فضایی با حداقل ابعاد ۹۰ در ۱۲۰ سانتیمتر قرار گرفته باشد تا امکان دسترسی از رو به رو را فراهم کند.

حداقل فاصله ی لبه ی جانبی کاسه روشویی تا دیوار یا هر مانع دیگر، ۲۰ سانتیمتر

ارتفاع مناسب لبه ی بالایی روشویی برای فرد نشسته روی ویلچر، ۸۵ سانتی متر است.

فضای آزاد (بدون قرار گیری کابینت) با ارتفاع ۷۰ سانتی متر از کف تا زیر لبه ی کاسه ی روشویی برای قراره گرفتن زانو. عمق این فضا در قسمت زانو ۲۰ سانتیمتر و در قسمت نوک پا، ۴۵ سانتیمتر

دستگیره افقی در دو سمت توالت فرنگی، با ارتفاع ۷۰ سانتیمتر از کف و طول آن تا ۲۰ سانتیمتر جلوتر از لبه ی جانبی توالت فرنگی ادامه یابد.

نصب دستگیره اضافی بر روی قسمت داخلی در به ارتفاع ۸۰ سانتیمتر از کف و ۲۵ سانتیمتر فاصله از محور لولا الزامی است

شیرهای دستشویی از نوع اتوماتیک با سنسور چشمی و یا اهرمی بوده و به راحتی باز و بسته شوند.

توصیه به منظور کاهش مساحت بخش، فضای سرویس بهداشتی با فضای حمام مشترک در نظر گرفته شود. چیدمان مجموعه ی دوش، توالت، روشویی میتواند به شکلهای مختلف انجام شود. در این صورت، حداقل ابعاد فضا، ۴/۲ در ۵/۲ متر خواهد بود. مرجع: کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن جلد ۱ صفحه ۱۵۳ (تالیف دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مجری طرح های عمرانی وزارت بهداشت

امکانات و تسهیلات لازم برای اتاق بیمار

دستآورد استاندارد

بهبود تسهیلات اتاق بیمار

بهبود رضایت بیماران و همراهان

• تخت های بستری بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است

ویژگی های تخت های بستری در بخش های بستری

از نوع سه شکن(بخش ویژه)، دو یا سه شکن(بخش های عادی)به صورت مکانیکی یا برقی

دارای سایید ریل تاشو در امتداد تخت

امکان اتصال پایه سرم به تخت

قابلیت نصب مانکی بار

دارای چرخ های روان گرد با قطر حداقل ۱۲۵ میلیمتر از نوع دنباله شفت دار آلن خورودو عدد چرخ ترمزدار به صورت مورب

رویه های تخت از نوع ABS جدا شونده با قابلیت شست و شو و ضد عفونی

سر تخت و پای تخت از جنس ABS با پایه های فولادی

امکان آویز کیسه ای ادرار

دارای چهار ضربه گیر در چهار گوشه تخت

در نوع مکانیکی دارای جک با دسته های تا شونده

دارای پایه سرم با قابلیت تنظیم ارتفاع

امکانات و تسهیلات لازم برای اتاق بیمار

سیستم مجهز به کنسول گازهای طبی در بالای هر تخت نصب شده و فعال است.

تشک بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است

تشک بیمار از جنس فوم داخلی از مواد نو و غیربازیافتی*

تشک بیمار از افزایش حرارت در بدن بیمار جلوگیری کند(در خصوص بیماران مستعد زخم بستر ترجیحا جنس رویهتشک بیمار، با امکان گذردهی هوا به جهت عدم ایجاد حرارت نامطلوب و تعریق در سطح تماس بدن بیمار در نظر گرفته شود).

تشک با ضخامت ۷۰ میلیمتر

رویهتشک بیمار جداشدنی با زیپ دو طرفه در طول و عرض

رویهتشک بیمار از جنس ضد حساسیت

تشک بیمار ضد آب و مقاوم به روشهای شستشو و ضد عفونی

سطح رویه صاف تشک بیمار جهت کاهش میزان رشد قارچ و باکتری ها

استفاده از تشک مواج برای بیماران با کاهش سطح هوشیاری و بدون تحرک

البسه و پوشش های بیماران با شرایط بهداشتی و مناسب تامین شده است

لباس بیمار از جنس پارچه ای با الیاف نخ و پنبه و تعریق پذیر، راحتی و سبکی و بدن نما نبودن لباس بیمار، گان جراحی بیمار دارای کیفیت و جنس مناسب از نوع یکبار مصرف(ثبوت رنگ، بدن نما نبودن، استحکام دوخت، تعریق پذیری و قابلیت عبور هوا، سرد نبودن، ضد حساسیت، پوشش کافی تن بیمار)، دمپایی بیمار در سایز مناسب و ضد لغزش، تامین لباس و پوشش های بیماران با شرایط بهداشتی(تعویض به موقع و فاقد لکه و آلودگی بودن البسه بیماران)، استفاده از البسه یکبار مصرف

در بخش عفونی و اتاق هاب ایزوله عفونی،

امکانات و تسهیلات لازم برای اتاق بیمار

ملحقات تخت خواب و پوشش های آن با شرایط بهداشتی تامین شده است

ملحفه و روبالشی از نظر ابعاد، جنس، کیفیت دوخت و سلامت پارچه مناسب و مطابق استاندارد

وجود تعداد ۵/۱ برابر تعداد تخت فعال پتودر بخش، با ویژگی های سبک، گرم و دارای کاور جداگانه به منظور سهولت در شستشو

بالش سطح رویه صاف جهت کاهش میزان رشد قارچ و باکتری ها عدم استفاده از اسفنج ابری و روکش چرمی

میز غذای اتاق بیمار از جنس مقاوم در برابر رطوبت ، میز غذای اتاق بیمار به صورت یک طرفه و قابلیت تنظیم ارتفاع

تهویه و درجه حرارت اتاق بیمار تنظیم بوده و کنترل می شود

دمای اتاق بیمار در تابستان، ۲۴-۲۸ درجه سانتیگراد، و در زمستان ۲۰-۲۳ درجه سانتیگراد

دفعات تعویض هوا در اتاق بستری بیمار حداقل ۴ بار در ساعت* یا تهویه مستمر با اگزاست مرکزی

دفعات تعویض هوا در سرویس های بهداشتی و حمام حداقل ۱۰ بار در ساعت

ارزیابی تهویه، درجه حرارت اتاق بیماران توسط کارشناسان فنی حداقل هر سه ماه یکبار

توصیه ۱. در اقلیم گرم و خشک و بیابانی، رطوبت زنی در فصل های سرد و گرم و در اقلیم سرد و کوهستانی، در فصل سرد، افزایش رطوبت

توصیه ۲. رطوبت نسبی مناسب اتاق بیمار در تابستان ۵۰-۶۰ و در زمستان ۳۰-۵۰ درصد است.

توصیه ۳. حمام و سرویس های بهداشتی، پیش ورودی اتاق ایزوله، اتاق کار کثیف، اتاق جمع آوری زباله و لباس کثیف، اتاق نظافت نیاز به تخلیه ی دائم هوا دارند.

امکانات و تسهیلات لازم برای اتاق بیمار

نور طبیعی مناسب در روز و نور مصنوعی با شدت روشنایی استاندارد بین المللی (میزان لوکس) در شب در اتاق بیمار تامین شده است

تعبیه پنجره دارای شیشه های مسلح (سکوریت) با بازشوی محدود به یک فضای بیرونی، جهت استفاده از نور طبیعی و دید مناسب جهت آسایش روانی بیماران.

حداقل شدت روشنایی تامین شده توسط چراغ های دیواری بالای تخت بیمار و چراغ های نصب شده در کنسول بالای تخت در حدود ۱۰۰ لوکس جهت روشنایی عمومی، ۲۰۰ لوکس جهت مطالعه و برای چراغ معاینه، ۳۰۰ لوکس با کنترل مستقل.

حداقل روشنایی عمومی در فضاهای بستری برای آرامش و آسایش بیماران و جهت استفاده در شب، ۲۰ لوکس.

تسهیلات رفاهی از جمله یخچال مواد غذایی، تلویزیون و تلفن در هر اتاق بستری فراهم شده است (با ظرفیت حداقل ۲ فوت مربع برای هر بیمار)

مبل / صندلی تخت خواب شو برای همراهان در اتاق بیماران به تعداد تخت های بستری موجود است

دکوراسیون، مبلمان، فضاها و نمای داخلی بیمارستان

دستاورد استاندارد

رضایت بیماران و کارکنان از محیط دلنواز، آرامبخش و ایمن بیمارستان

نمای داخلی بخش‌ها/ واحدها و مکان‌های عمومی بیمارستان سالم بوده و با استفاده از مصالح متناسب با کاربری مربوط ایجاد شده‌اند. (تناسب ظاهری، هماهنگی و چشم نواز بودن نمای داخلیاز منظر زیباشناسی و استفاده از اصول گرافیک محیطی است.)

فضای انتظار مراجعین در لابی متناسب با تعداد مراجعین و دستوراتعمل های ابلاغی در نظر گرفته شده است

گذر از لابی بیمارستان جهت دسترسی به سایر فضاها صورت نگیرد. (حضور افراد در لابی تنها به منظور نشستن و انتظار باشد)

دید واضح به تابلوها و علائم راهنما در لابی، وجود فضای خالی کافی به عنوان فضای مکث در لابی، تفکیک فضای انتظار از فضای لابی، دید به پذیرش و اطلاعات در لابی

توصیه ۱. فضای مورد نیاز برای عبور و استقرار افراد بر روی ویلچر، کالسکه‌ی بچه و افراد ناتوان با تجهیزات حرکتی در نظر گرفته شود.

توصیه ۲. لابی نور طبیعی داشته باشد.

ورودی و لابی بیمارستان دارای مبلمان و امکانات رفاهی متناسب با نیاز بیماران و مراجعین است. وجود پیش‌ورودی (فیلتر اقلیمی) و یا پرده‌ی هوا برای درب اصلی، تناسب تعداد مبلمان با تعداد مراجعین و مساحت لابی (به ازای هر صندلی دست کم ۲/۲ متر فضا در نظر گرفته می‌شود.)، وجود تلویزیون، در سالن انتظار، وجود تلفن عمومی سالم در لابی، وجود بوفه یا مکانی برای فروش مواد غذایی، آب سرد/گرم کن و تلفن عمومی در لابی

توصیه. وجود تلفن داخلی جهت تماس ملاقات کنندگان با بخش/اتاق بیمار و کاهش تردد به بخش‌های بستری

دکوراسیون، مبلمان، فضاها و نمای داخلی بیمارستان

واحدهای پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعین می باشد، و فضای انتظار فرعی و اصلی متناسب با تعداد مراجعین وجود دارد

کانتر پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعیناز لابی ورودی

کانتر پذیرش و ترخیص در محلی قرار دارد که منجر به ازدحام در ورودی و سد معبر نشود

وجود فضاهای انتظار فرعی *در بخش های بستری

فضای انتظار فرعی بخش زایمان اختصاصی و به صورت ۲۴ ساعته فعال است**

*حداقل مساحت فضای انتظار فرعی ۱۶ متر مربع است، فضای انتظار فرعی می تواند بین چند بخش مشترک باشد. به جز بخش زایمان که بایستی مستقل باشد و همچنین به ازای هر یک تخت بخش مراقبت های ویژه، تعبیه ی یک صندلی لازم است. بایستی از فضاهای انتظار فرعی دسترسی به سرویس های بهداشتی عمومی وجود داشته باشد

**تعداد صندلی در فضای انتظار بخش زایمان، به تعداد متوسط زایمان و به ازای هر ۳۵۰ زایمان سالیانه یک صندلی در نظر گرفته شود.

توصیه ۱. در صورت کم بودن فضای انتظار عمومی، فضای انتظار فرعی برای بخش هایی چون بستری ها، بخش های ویژه، زایمان، و جراحی پیش بینی شود.

توصیه ۲. حریم بیمار در هنگام ارائه ی اطلاعات در زمان پذیرش مراقبت شود.

تسهیلات ارتباطات اضطراری

دستآورد استاندارد

اطمینان از برقراری ارتباطات ضروری

ارتقای ایمنی بیماران در فراخوان های فوری

در بخش‌های بالینی خطوط ارتباطی یک طرفه جهت اعلام نتایج تهدید آمیز از طرف واحدهای پاراکلینیک وجود دارد (محدوده نتایج تهدید آمیز در آزمایشگاه تعیین شده و در صورت مشاهده محدوده تهدید آمیز (بحرانی) بلافاصله به بخش اطلاع رسانی می‌شود)

برای هر تخت و هر سرویس بهداشتی در بخش‌های بستری، سیستم احضار پرستار به صورت سالم و فعال وجود دارد

صدای سیستم اطلاع رسانی (بلندگو/پیجر) در سراسر بیمارستان به صورت واضح قابل شنیدن است و تجهیزات/مسیرهای ارتباطی جایگزین در شرایط اضطراری پیش بینی شده و بطور منظم توسط مدیر/مدیر داخلی کنترل می‌شود.

وجود سیستم اطلاع رسانی (بلندگو/پیجر) قابل شنیدن به صورت واضح در سراسر بیمارستان (به خاطر آرامش و آسایش بیشتر بیماران از سیستم بلندگوی بیمارستان منحصرآ در موارد ضروری تعیین شده استفاده می‌گردد).

وجود سیستم جایگزین برای موارد قطع سیستم اطلاع رسانی (تلفن‌های واکی تاکی، پیجری الکترونیکی، بلندگو)

توصیه. تعیین موارد مجاز اطلاع رسانی از طریق بلندگو و ساعات مجاز آن در ساعات شبانه روز

تسهیلات جدا سازی (ایزولاسیون)

دستآورد استاندارد

تامین فضاهای فیزیکی ایمن و تجهیزات متناسب با الزامات قانونی

پیشگیری از انتقال بیماری های مسری

ترویج زایمان طبیعی از طریق تامین امکانات ساختاری مورد نیاز مادران باردار

اتاق / اتاق های ایزوله شامل ایزوله فشار منفی یا اتاق ایزوله با حداقل شرایط طبق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت موجود است

اتاق از سه بخش پیش ورودی، اتاق ایزوله و سرویس بهداشتی تشکیل شده و در پیش ورودی روشویی، وسایل حفاظت فردی قرار دارد.

بیمارستان‌های محدودی اتاق ایزوله فشار منفی دارند که بایستی دستورالعمل‌های اتاق ایزوله تنفسی فشارمنفی ذیل رعایت شود، در سایر بیمارستان‌ها ملاک اتاق‌های ایزوله معمولی است.

دستورالعمل‌های اتاق ایزوله تنفسی فشارمنفی:

۱۹/م مورخ ۱۹/۱/۸۸ موضوع: حفظ شرایط و به کارگیری و پایش فضاهای ایزوله تنفسی با فشار منفی و بهره‌گیری از فیلتر هپا رعایت شود.

۱۲۱۰۵/س مورخ ۲۹/۱/۸۹ موضوع: نحوه استفاده از ICU های تنفسی با فشار منفی

۳۳۸۷/۴۰۰ مورخ ۹/۳/۹۱ موضوع: حفظ و آماده سازی فضاهای ایزوله تنفسی با فشار منفی

تسهیلات جدا سازی (ایزولاسیون)

اتاق نگهداری وسایل تمیز و کثیف در همه بخش‌های بالینی و پاراکلینیک وجود دارد

برای بیمارانی که امکان انتقال بیماری آنها وجود دارد (مانند HBS-Ag+) دستگاه جداگانه جهت دیالیز فراهم شده است.

همودیالیز بیماران HBSAg+ با دستگاه مجزا و ترجیحا در اتاق مجزا (بخشنامه شماره ۴۰۹د/۱۰۵۳۱ مورخ ۱/۱۲/۱۳۹۰ معاونت درمان وزارت بهداشت در خصوص جداسازی بیماران همودیالیز مبتلا به هیپاتیت B و C و HIV)

جدا سازی بیماران HCV+ (جدا سازی بیماران HCV+ با پرسنل مشخص در یک اتاق یا مکان مجزا و یا در یک شیفت بخصوص (صبح، ظهر، عصر) بدون نیاز به دستگاه دیالیز مجزا با پرسنل مشخص و دوره دیده در صورت وجود شواهد مبتنی برانتقال بیمارستانی HCV به بیماران همودیالیزی انجام می‌شود).

توصیه ۱. هرگونه جداسازی با حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران انجام شود.

توصیه ۲. انتقال بیمارستانی HCV به بیماران همودیالیزی با انجام هر ۶ ماه یکبار آزمایشات سرولوژیک HCV پایش شود.

تسهیلات جدا سازی (ایزولاسیون)

فضاها و امکانات لازم برای زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) برابر دستورالعمل وزارت بهداشت تامین شده است.

وجود اتاق های LDR تک تختی برای زایمان طبیعی. دسترسی با کمتر از ۳ دقیقه از اتاق زایمان به اتاق عمل جراحی سزارین برای انجام عمل های اورژانسی وجود داشته باشد. تسهیلات حضور همراه جهت اقامت شامل صندلی تختخواب شو، تلفن، یخچال و ... طبق دستورالعمل های مرتبط: دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت نامه شماره ۸۹/۱۰۰ مورخ ۷/۲/۹۳

هر اتاق LDR برای ۴۰۰ زایمان سالانه

اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان وجود دارد.

در اتاق معاینه به ازای ۳۰۰۰ زایمان سالانه یک تخت، به ازای ۳۰۰۰ تا ۶۰۰۰ اتاق معاینه ۳ تخت و برای ۶۰۰۰ تا ۹۰۰۰ زایمان سالانه ۴ تخت موجود باشد و دارای روشویی از نوع نیم پایه باشد.

یک اتاق ویژه و ترالی پره اکلامپسی برای بیماران پره اکلامپسی با شرایط ابلاغ شده در دستورالعمل وزارت بهداشت، فراهم شده است

وجود اتاق ویژه پره کلامپسی در بیمارستان منطبق با شرایط دستورالعمل ابلاغی (دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص استانداردهای بلوک زایمان به شماره ۱۵۸۷/۴۰۰ مورخ ۲۱/۹/۱۳۸۹)

تفکیک فضاهای لازم در بخشها / واحدها

دستآورد استاندارد

اجرای صحیح مأموریت های متاثر از امکانات و فضاهای فیزیکی

رعایت دستورالعمل های تفکیک فضاهای فیزیکی بصورت ایمن و صحیح

محدوده فضای فیزیکی هر بخش مشخص بوده و از سایر بخشها تفکیک شده است به نحوی که به عنوان گذرگاهی جهت دسترسی به سایر بخشها استفاده نمی شود.

فواصل و فضای استاندارد در بین تخت ها مطابق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت و امکان انتقال تجهیزات در مواقع اورژانسی فراهم است.

حداقل فاصله از لبه ی کناری تخت بستری تا اولین مانع، ۷/۰ متر است، فاصله ی مطلوب میان دو تخت بستری، جهت تامین حریم شخصی و حرکت تجهیزات مورد نیاز، ۵/۱ متر است. عرض خالص و بدون مانع در مسیر حرکتی در اتاق های بستری از ورودی تا انتهای اتاق باید حداقل ۴/۱ متر باشد.

توصیه ۱. ابعاد در ورودی اتاق به گونه ای باشد که نقل و انتقال تخت بستری و تجهیزات پزشکی به آسانی صورت گیرد.

توصیه ۲. در صورت یک لنگه بودن، حداقل ۲/۱ متر، و در صورت دو لنگه بودن، با اندازه های ۴/۰ و ۹/۰ متر. نوع دوم توصیه می شود.

در بخش روانپزشکی ورود به منطقه مراقبت از بیماران این بخش، کنترل شده و محصور است

در بخش روانپزشکی یک محل مطمئن دارای تهویه جهت سیگار کشیدن موجود است (لازم است این اتاق دارای اگزاست قوی برای خارج کردن دود باشد، عدم وجود لوازم و اشیاء برنده و مخاطره آمیز)

یک محل مطمئن خارج از ساختمان جهت ملاقات بیماران در بخش روانپزشکی و عیادت کنندگان وجود دارد.

تفکیک فضاهای لازم در بخشها / واحدها

اتاق شیردهی مطابق با آخرین شرایط ابلاغی وزارت بهداشت و اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم، فراهم شده است

این اتاق برای استفاده مادران شیرده بستری و یا مادرانی است که شیرخوار آنها بستری می‌باشد. (تامین تجهیزات شیردوشی، یخچال و سایر امکانات بر اساس دستورالعمل بیمارستان‌های دوستدار کودک)

آموزش شیردهی برابر دستورالعمل بیمارستان‌های دوستدار کودک تامین می‌شود.

اتاق درمان در بخش‌های بالینی به صورت فضای مستقل وجود دارد.

توصیه. اختصاص فضای آزاد حداقل ۲/۱ متر اطراف تخت معاینه با توجه به عملیاتی که در این اتاق انجام می‌شود. ، توصیه . شرایط داخلی اتاق معاینه، تعبیه روشویی جهت شست و شوی دست، تعبیه پرز برق، گازهای طبی، احضار پرستار، ساکشن دیواری و ... بالای تخت معاینه، تعبیه پرده دور تخت جهت حفظ حریم شخصی بیمار در هنگام معاینات یا عملیات، در صورت در نظر گرفتن پنجره در این اتاق، از نوع ثابت و بدون بازشو باشد.

مکانی برای ستاد هدایت بحران با حداقل شرایط لازم در نظر گرفته شده است.

وجود مکانی برای مرکز عملیات فوریت با حداقل شرایط لازم برای مرکز عملیات فوریت (EOC) (مکان تجمع، مکان حادثه خیز نباشد (امن باشد) نسبت به قسمت های مختلف نزدیکترین مکان در نظر گرفته شده باشد)

مرکز عملیات فوریت (EOC) در مکانی محافظت شده، ایمن و در دسترس قرار دارد

مجهز بودن مکان فوق به تمامی وسایل ارتباطی** سیستم ارتباطی جایگزین مانند موبایل / تلفن ماهواره ای (تلفن، فکس، اینترنت، تجهیزات رایانه ای، بیسیم / واکتی تاکی)

مجهز بودن مکان فوق به وسایل و تجهیزات اداری (میز، صندلی، پرز برق، روشنایی، ذخیره آب)

مجهز بودن مکان فوق به لیست تلفن های ضروری (نقشه های مهم، فهرست تجهیزات، فهرست تیم های عملیات و فراخوان پرسنل و سرویس های پشتیبانی ، مدیریت بحران EOC منطقه، آتش نشانی)

تفکیک فضاهای لازم در بخشها / واحدها

در مجاورت سردخانه متوفیان، فضایی مسقف برای سوگواری همراهان در نظر گرفته شده و مسیر خروج اجساد مستقل از راهروهای اصلی است

هرگونه تغییر کاربری در بیمارستان با در نظر گرفتن اصول ایمنی و تایید کمیته خطر حوادث و بلایا و مقررات مرتبط انجام می‌شود.

رعایت اصول ایمنی بیماران در هرگونه تغییر کاربری و یا ساختاری در بیمارستان (بر اساس مجوزها و پروانه بهره برداری و رعایت سایر اصول ساختاری برای بیمارستان ایمن)

هرگونه تغییر کاربری یا ساختاری پس از بررسی و تایید کمیته خطر حوادث و بلایا

وجود محل نگهداری کودک و یا مهد کودک نیمه وقت برای عیادت کنندگان پیش بینی شده است.

پیش بینی مهد کودک نیمه وقت برای استفاده عیادت کنندگان با شرایط بهداشتی و مربیان آموزش دیده مکانی برای نگهداری ایمن و موقت کودکان. (هر کدام فراهم باشد امتیاز تعلق می‌گیرد)

توصیه . وسایل بازی تعبیه شده متنوع و متناسب با انواع گروه های سنی بوده از نظر استانداردهای مربوطه تایید شده باشد. امکان شست و شو و نظافت وسایل به صورت ادواری وجود داشته باشد. در گوشه های تیز و آسیب زا اجتناب گردد. مصالح مورد استفاده، مناسب فضای کودکان باشد. در کف و دیوارها از مصالح نرم و قابل ارتجاع استفاده گردد. رنگ، فرم و نور و معماری داخلی مناسب برای کودکان باشد.

امکانات و تسهیلات دیالیز

دستورد استاندارد

پیشگیری از انتقال بیماری های مسری از طریق دیالیز به بیماران

ارائه خدمات دیالیز با رعایت استانداردهای تجهیزات و ملزومات

مشخصات فنی دستگاههای همودیالیز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است

بخشنامه شماره ۱۱۶۹۶/۴۰۰ د مورخ ۲۱/۱۲/۱۳۹۰ معاون محترم درمان وزارت بهداشت، مشخصات فنی تمامی انواع دستگاههای همودیالیز بیمارستان در واحد تجهیزات پزشکی بررسی می شود.

مشخصات فنی دستگاههای تصفیه اسمز معکوس آب همودیالیز مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است.

بخشنامه شماره ۱۱۶۹۶/۴۰۰ د مورخ ۲۱/۱۲/۱۳۹۰ معاون محترم درمان وزارت بهداشت، وجود مشخصات فنی دستگاه/دستگاههای اسمز معکوس (RO) بیمارستان در قسمت تجهیزات پزشکی.

مشخصات فنی صافی های همودیالیز موجود در بخش همودیالیز، مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است (بخشنامه شماره ۱۱۶۹۶/۴۰۰ د مورخ ۲۱/۱۲/۱۳۹۰ معاون محترم درمان وزارت بهداشت)

مدیریت غذایی

مدیریت غذایی یکی از الزامات مهم مطرح شده در آیین‌نامه تاسیس بیمارستان‌ها می‌باشد، لذا با توجه به اهمیت تدارک، پشتیبانی و طراحی زیرساخت‌ها و تهیه امکانات لازم، در نسل نوین اعتبار بخشی محور مستقل مدیریت غذایی با هدایت و محوریت واحد تغذیه بیمارستان در زیر مجموعه مدیریت و رهبری تدوین شده است. علاوه بر این محور، با توجه به اهمیت و تاثیر رژیم درمانی در امر مراقبت و درمان بیماران، سایر استانداردهای بالینی در موضوع تخصصی تغذیه در محور مراقبت‌های بالینی پیش بینی شده و تحت نظارت واحد تغذیه برنامه ریزی و اجرا می‌شود ملاک پیاده سازی و ارزیابی استانداردهای کیفی این محور بر اساس کتاب فرایندهای مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌های کشور و مجموعه ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌های کشور



تهیه مواد اولیه و طبخ غذاتحت نظارت کارشناسان تغذیه

دستآورد استاندارد

تهیه مواد غذایی مرغوب و با کیفیت، رعایت اصول تغذیه‌ای، اصول بهداشتی، سلامت و ارزش غذایی

تنظیم رژیم غذایی بیماران بستری، با رعایت اصول و ضوابط تغذیه‌ای و بهداشتی

حفظ کیفیت و ارزش تغذیه‌ای مواد غذایی با استفاده از ظروف استاندارد

کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه‌ای مواد غذایی اولیه خریداری شده توسط کارشناس تغذیه بررسی و تایید می‌شود

آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا، تحت نظارت فنی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا انجام می‌شود(منظور از نظارت میدانی حضور و ارزیابی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا درمراحل آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا در شیفت های مختلف کاری می‌باشد.)

وسایل و امکانات پخت غذا تامین شده و مدت، نحوه بکارگیری و تعویض به موقع آنها براساس برنامه مشخص انجام می‌شود

فضایی مجزا، با رعایت اصول بهداشتی و امکانات لازم در آشپزخانه برای تهیه محلول گاوآژ بیماران تحت نظر کارشناس تغذیه پیش بینی شده، و توزیع محلول گاوآژ با استفاده از ظروف یکبار مصرف گیاهی درب دار انجام می‌شود

بیماران نیازمند استفاده مصرف محلول گاوآژ، عموماً ضعیف تر بوده و از سطح ایمنی پایین تری برخوردارند لذا رعایت نکات بهداشتی، طبق "دستور العمل اجرایی بازرسی بهداشتی ، طبخ از مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی"، در تهیه محلول گاوآژ و آگاهی کارکنان از ضرورت رعایت این نکات ضروری می‌باشد.

**حداقل شامل دستگاه مخلوط کننده، ترازو، سینک ظرفشویی، اجاق گاز، سطل زباله درب دار، ظروف یک بار مصرفی که فقط برای این قسمت استفاده می‌شود، در فضای گاوآژ مورد نیاز است.

***در صورت استفاده از محلول آماده گاوآژ استاندارد تجاری، نیازی به استفاده از ظروف یک بار مصرف نمی‌باشد.

توزیع غذا تحت نظارت کارشناس تغذیه

کارشناس تغذیه در خصوص رعایت اصول تغذیه‌ای در فرآیند توزیع غذا نظارت نموده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی به عمل می‌آورد

کارشناس تغذیه برای اصلاح و رفع مشکلات توزیع غذا اقداماتی از جمله تکمیل چک لیست نظارتی، کنترل سلامت و استاندارد بودن ترالیهای گرم خانه دار حمل غذا، را انجام می دهد به نحوی که غذا با کیفیت مطلوب و شرایط استاندارد بدست بیمار برسد.

در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی از طریق تیم مدیریت اجرایی.

توزیع میان وعده ها یا غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود

وجود برنامه مشخص برای توزیع میان وعده ها یا غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه (حداقل اجرای یکی از دو مورد توزیع میان وعده ها یا غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا مد نظر است اما توزیع میان وعده ها یا غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا به ویژه برای گروه‌های آسیب پذیر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است)

تهیه فهرست افراد واجد شرایط جهت دریافت میان وعده (حداقل شامل کودکان، افراد دیابتی، مادران باردار)

نظارت بر اجرای صحیح برنامه توزیع میان وعده ها یا غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار و همراه توسط کارشناس تغذیه با همکاری متصدی توزیع غذا

انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز توسط کارشناس تغذیه (در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی از طریق تیم مدیریت اجرایی)

غذا در ظرف چینی سالم سرو شده، و از قاشق و چنگال استیل (بجز بخش روانپزشکی) استفاده می‌شود

سرو غذا در ظرف چینی (استفاده از ظروف چینی بهداشتی بوده و هم چنین احساس خوشایندی در زمان اقامت برای بیماران تداعی می کند) سالم برای بیماران (به جای ظرف چینی می توان از ظروف آرکوپال و بلور نیز که مشابه ظروف چینی می باشند استفاده کرد و بایستی برای بیماران عفونی ، ایزوله و دیالیز از ظروف یکبار مصرف گیاهی/آلومینیم استفاده شود).

استفاده از قاشق و چنگال استیل سالم و بهداشتی در بخش های بالینی

نظارت بر عدم استفاده از ظروف چینی و قاشق و چنگال استیل در بخش های روان پزشکی توسط کارشناس تغذیه (به منظور حفظ ایمنی بیماران بخش روان پزشکی، استفاده از ظروف چینی، بلور، آرکوپال، قاشق و چنگال استیل و هرگونه اجسام تیز و برنده که احتمال آسیب به بیمار و یا اطرافیان را داشته باشد ممنوع می‌باشد).

امکان انتخاب نوع غذا با رعایت رژیم غذایی بیماران

دستآورد استاندارد

جلب رضایت بیماران

افزایش تمایل بیماران به صرف غذا

مشارکت بیماران با رژیم غذایی محدود در تغذیه موثر

بیمارستان ترتیبی اتخاذ نموده است که فهرست متنوع غذا شامل حداقل دو انتخاب در هر وعده، به تفکیک برای هر یک از رژیم های غذایی معمولی و درمانی (مانند کتوژنیک، دیابتیک، کلیوی) موجود باشد و به بیماران اطلاع رسانی لازم انجام می پذیرد. (رژیم های غذایی درمانی مانند کتوژنیک، دیابتیک، کلیویو سایر رژیم ها بسته به بیماریهای شایع بستری در بیمارستان به تشخیص کارشناس تغذیه)

حداقل دو نوبت میان وعده برای کودکان، مادران باردار و بیماران دیابتیک متناسب با رژیم غذایی در نظر گرفته شده و براساس منوی مشخصی ارائه می شود.

تنظیم فهرست میان وعده های مناسب به تفکیک مادران باردار، کودکان، بیماران دیابتیک و حتی سایر بیماران

پیش بینی حداقل دو نوبت میان وعده برای کودکان متناسب با رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه

پیش بینی حداقل دو نوبت میان وعده برای بیماران دیابتیک متناسب با رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه

پیش بینی حداقل دو نوبت میان وعده برای زنان باردار متناسب با رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه

سرو حداقل دو نوبت میان وعده متناسب با رژیم غذایی تنظیم شده برای کودکان، مادران باردار و بیماران دیابتیک

کیفیت غذای بیماران تحت نظارت کارشناس تغذیه

دستآورد استاندارد

کسب اطمینان از کیفیت و سلامت غذاهای سرو شده برای بیماران

سرو غذای متناسب با بیماری برای بیماران

کیفیت غذای بیمارستان تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه است و کیفیت و طعم آن مورد رضایت بیماران و همراهان است

نظارت میدانی منظم و روزانه کارشناس تغذیه بر کیفیت غذا قبل از سرو غذا

بررسی کیفیت و طعم غذای بیمار توسط کارشناس تغذیه پیش از توزیع غذا

اقدام اصلاحی با تدوین برنامه بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین

رضایت بیماران (حداقل ۷۰ درصد از جمعیت نمونه) از کمیت، کیفیت و طعم غذا(منظور از کیفیت غذا سلامت و ارزش غذایی و رضایت بیماران از طعم غذایی باشد)

رضایت همراهان (حداقل ۷۰ درصد از جمعیت نمونه) از کمیت، کیفیت و طعم غذا

توصیه . وجود برنامه‌ای مشخص برای رضایت سنجی بیماران در خصوص کمیت، کیفیت و طعم غذا به طور منظم و تحلیل و بررسی نتایج و اقدام اصلاحی با تدوین برنامه بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین.

مقدار غذای سرو شده تحت نظارت و کنترل کارشناس تغذیه بوده و متناسب با رژیم غذایی بیمار تنظیم می‌شود

نظارت بر مقدار و انطباق غذای سرو شده در آشپزخانه یا رژیم غذایی بیمار توسط کارشناس تغذیه

نظارت بر مقدار و انطباق غذای سرو شده بر بالین بیمار با رژیم غذایی بیمار، توسط **پرستار**

در هر وعده، در کنار غذای اصلی، پیش غذا و آب / نوشیدنی برای بیماران سرو می‌شود

الزامات کیفی در صورت برون سپاری خدمات غذایی

در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، استانداردها و سنجش‌های مرتبط با مدیریت غذایی و اصول بهداشت غذا در بیمارستان ارزیابی نمی‌شود و عملکرد آشپزخانه پیمانکار در ارزیابی نهایی، ملاک امتیاز دهی اعتباربخشی در استانداردهای مرتبط خواهد بود. این استانداردها شامل محور مدیریت غذایی و استانداردهای مرتبط با رعایت اصول بهداشتی در تهیه، انبارش، آماده‌سازی، انتقال و توزیع غذا در محور بهداشت محیط می‌باشد

دستآورد استاندارد

الزام و تعهد پیمانکاران به رعایت الزامات و استانداردهای تغذیه‌ای

ضابطه مند شدن شرایط شرکت در مناقصه

استفاده از نیروهای آموزش دیده

فراخوان و شرایط احراز صلاحیت پیمانکاران در خصوص برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، صورت پذیرفته است.

انجام فراخوان و انتخاب پیمانکار غذا بر اساس معیارهای کیفی تعیین شده در دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت (مهم !! در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، استانداردها و سنجش‌های مرتبط (تهیه، آماده‌سازی، طبخ در بیمارستان ارزیابی نمی‌شود و عملکرد آشپزخانه پیمانکار ملاک امتیاز دهی اعتباربخشی خواهد بود)

نظارت و لحاظ نمودن شرایط لازم بر اساس ضوابط وزارت بهداشت توسط مسئول واحد تغذیه در تمامی مراحل فراخوان، انتخاب و عقد قرارداد (رعایت خط مشی و روش انتخاب پیمانکاران در زیر محور تیم اجرایی از محور مدیریت و رهبری و لحاظ الزامات کیفی و تخصصی در شرایط انتخاب پیمانکار و مفاد قرارداد)

الزامات کیفی در صورت برون سپاری خدمات غذایی

در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت، استانداردهای اعتبار بخشی مرتبط با آشپزخانه اعم از تهیه، طبخ، بسته بندی و توزیع غذا به عنوان تعهدات طرف دوم در قرارداد واگذاری لحاظ شده است (تعهدات پیمانکار در خصوص استانداردهای اعتباربخشی و پاسخگویی به ارزیابان ، شامل تمامی مراحل تهیه مواد اولیه غذایی، آماده سازی، طبخ، بسته بندی، حمل و توزیع غذا می باشد)

در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان کارشناسان ناظر قرارداد، مطابق ضوابط وزارت بهداشت بر روند تهیه مواد اولیه غذایی، نگهداری، آماده سازی، طبخ، بسته بندی و انتقال و تحویل غذا به صورت روزانه و میدانی نظارت می نماید

تدوین چک لیست های نظارتی بر اساس الزامات و دستورالعمل های تغذیه ای

تدوین چک لیست های نظارتی بر اساس الزامات و دستورالعمل های بهداشتی

نظارت میدانی و حضور مستمر در مراحل تهیه، آماده سازی، طبخ، بسته بندی حمل و توزیع توسط کارشناس تغذیه ناظر قرارداد. (حضور مستمر به معنی حضور کارشناس ناظر تغذیه و بهداشت در تمامی شیفت های کاری و تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل در آشپزخانه پیمانکار است. بدیهی است بکارگیری کارشناس تغذیه و بهداشت محیط توسط پیمانکار غذایی الزامی است اما جایگزین کارشناس ناظر قرارداد نخواهد شد.)

نظارت میدانی و حضور مستمر در مراحل تهیه، آماده سازی، طبخ، بسته بندی، حمل و توزیع توسط کارشناس بهداشت محیط ناظر قرارداد

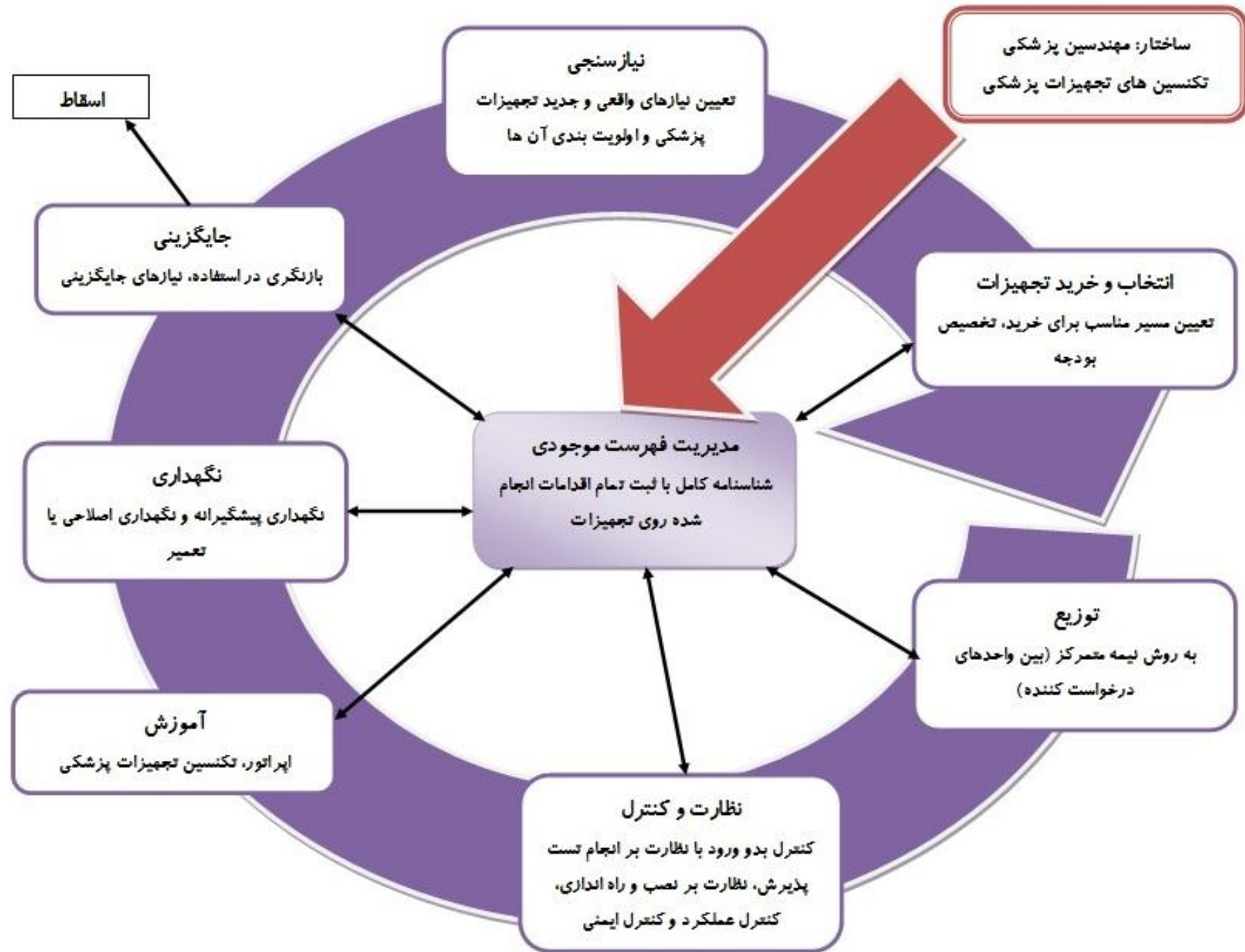
تکمیل چک لیست های نظارتی و گزارش ماهیانه عملکرد پیمانکار به صورت مدون به تیم مدیریت اجرایی توسط کارشناس تغذیه ناظر قرارداد.

تکمیل چک لیست های نظارتی و گزارش ماهیانه عملکرد پیمانکار به صورت مدون به تیم مدیریت اجرایی توسط کارشناس بهداشت ناظر قرارداد

انجام اقدام اصلاحی برابر مفاد قرارداد در جهت رفع مشکلات و یا اختتام قرارداد توسط تیم مدیریت اجرایی

مدیریت تجهیزات





ساختار: مهندسین پزشکی
تکنسین های تجهیزات پزشکی

نیازسنجی
تعیین نیازهای واقعی و جدید تجهیزات
پزشکی و اولویت بندی آن ها

انتخاب و خرید تجهیزات
تعیین مسیر مناسب برای خرید، تخصیص
بودجه

مدیریت فهرست موجودی
شناسنامه کامل با ثبت تمام اقدامات انجام
شده روی تجهیزات

توزیع
به روش لیمه متمرکز (بین واحدهای
درخواست کننده)

نظارت و کنترل
کنترل بدو ورود با نظارت بر انجام تست
پذیرش، نظارت بر نصب و راه اندازی،
کنترل عملکرد و کنترل ایمنی

آموزش
اپراتور، تکنسین تجهیزات پزشکی

نگهداری
نگهداری پیشگیرانه و نگهداری اصلاحی یا
تعمیر

جایگزینی
بارنگری در استفاده، نیازهای جایگزینی

اسقاط

چرخه مدیریت تجهیزات

قدم اول (ساختار): ایجاد واحد مدیریت تجهیزات پزشکی

چرخه مدیریت تجهیزات پزشکی با نیازسنجی آغاز می شود.

۱ - نیازسنجی:

الف) تعیین نیازهای واقعی و جدید تجهیزات پزشکی بر مبنای لیست استاندارد تجهیزات

ب) اولویت بندی این نیازها براساس دو مبنا:

□ واحدهای قابل راه اندازی، تکمیلی و تجهیزات جایگزین

□ براساس نوع و اهمیت تجهیزات (با توجه به اعتبارات)

ج) بر آورد اعتبار مورد نیاز تجهیزات

۲ - انتخاب و خرید تجهیزات:

۱-۲) بررسی فنی (توسط واحد مهندسی تجهیزات):

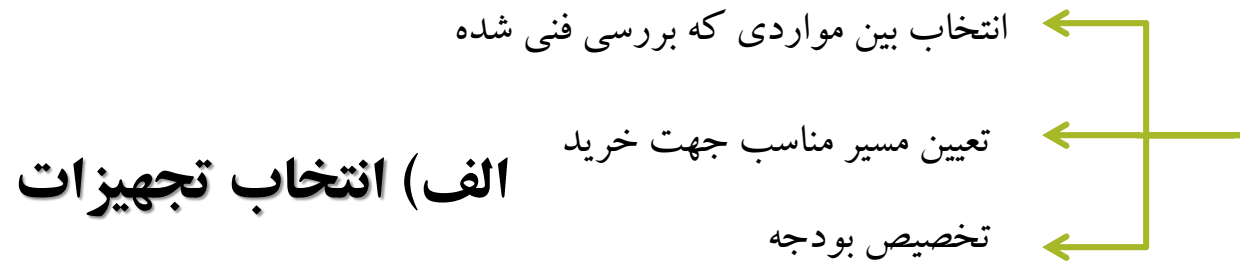
❖ تراز یابی دستگاه از کمپانی های مختلف

❖ تناسب با خدمت مورد نظر

❖ خدمات پس از فروش (مهم)

چرخه مدیریت تجهیزات

۲-۲) کمیته انتخاب و خرید:



ب) انجام خرید: به شیوه نیمه متمرکز (کارپرداز صرفاً مسئول خرید است نه انتخاب کننده نوع تجهیزات)

چرخه مدیریت تجهیزات

۳- توزیع:

توزیع متمرکز (تجهیزات گران ، پر تعداد، مشابه ، پیچیده)

علت: کارشناسی دقیق تر- کاهش هزینه ها

غیرمتمرکز (ارزان- موردی)

نیمه متمرکز (اغلب کشورها از این شیوه استفاده می کنند)

چرخه مدیریت تجهیزات

۴- کنترل و نظارت:

کنترل موردی

کنترل ادواری

کنترل اولیه

- در قالب کنترل عملکرد با انجام کالیبراسیون به همراه کنترل ایمنی (عقد قرارداد با مراکز و آزمایشگاه های مورد تایید اداره استاندارد)

- جانمایی در طراحی فضاها و پیش بینی محل استقرار
- کنترل بدو ورود دستگاه به سیستم (تست پذیرش - نظارت بر نصب و راه اندازی - رعایت استاندارد CE اروپا)

چرخه مدیریت تجهیزات

۵- آموزش:

- (با انجام نیازسنجی
آموزشی - صدور
گواهینامه کار با
دستگاه - تهیه
دستورالعمل ها یا
راهنماهای عملکردی)

آموزش مداوم

- کلیه اپراتورها

آموزش اولیه

آموزش
دانشگاهی

چرخه مدیریت تجهیزات

۶- نگهداری :

نگهداری پیشگیرانه

(کالیبراسیون، عقد قرارداد با مراکز و آزمایشگاه های
مورد تایید اداره استاندارد)

نگهداری اصلاحی یا تعمیر

انبارداری

چرخه مدیریت تجهیزات

۷- جایگزینی :

کمیته اسقاط

تعیین نیازهای جایگزین

چرخه مدیریت تجهیزات

۸- بانک اطلاعاتی و شناسنامه تجهیزات:

□ استقرار سیستم کامپیوتری مدیریت تجهیزات (ثبت و مستند سازی - ایجاد بانک اطلاعاتی)

□ شناسنامه کامل: با ثبت تمام اقدامات انجام شده بر روی تجهیزات

رعایت حقوق گیرنده خدمت

اطلاع رسانی و ارتباطات

توضیحات کلی

رعایت حقوق گیرندگان خدمت از منظر پاسخگویی به بیمار و خانواده او، یکی از کلیدی ترین محورهای نسل نوین اعتباربخشی است. با توجه به رشد آگاهی بیماران و مراجعین، و نیز رسالت مهم بیمارستان در امر پاسخگویی و مسئولیت پذیری، برنامه ریزی و نظارت دقیق مسئولان در خصوص صیانت از حقوق بیماران، امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. استانداردهای رعایت حقوق گیرندگان خدمت بر پایه اصول شرعی، حرفه‌ای و قانونی تبیین شده‌اند و تحقق آنها مستلزم اهتمام ویژه تیم حاکمیتی، مدیریت اجرایی، کمیته اخلاق پزشکی و رعایت اصول اخلاق و رفتار حرفه‌ای از سوی پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان می‌باشد. ضمن آنکه رضایت ذهنی اغلب گیرندگان خدمت، بسیار متاثر از نوع رفتار کارکنان و فرهنگ پاسخگویی و مسئولیت پذیری بیمارستان است. لذا رعایت حقوق بیمار و خانواده او قطعاً یکی از موثرترین معیارها در تعیین اعتبار یک بیمارستان محسوب خواهد شد.



منشور حقوق بیمار

دستاورد استاندارد

افزایش آگاهی گیرندگان خدمت نسبت به حقوق خود

افزایش آگاهی ارائه دهندگان خدمت نسبت به حقوق بیماران

کسب اطمینان از رعایت منشور حقوق بیمار

منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکان‌هایی که در معرض دید مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت می‌باشد، نصب شده‌است

کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و به آن عمل می‌نمایند (رده‌های مختلف کارکنان می‌بایست براساس ابلاغیه شماره ۳۸۷۹۵۶ مورخ ۱۰/۸/۸۸ مقام محترم وزارت وقت و براساس مصوبات کمیته اخلاق پزشکی نسبت به نقش خود آگاهی داشته باشند)

کمیته اخلاق پزشکی آموزش‌های مفهومی و کاربردی را در زمینه رعایت حقوق گیرنده خدمت و منشور حقوق بیمار برای گروه‌های مختلف بالینی و سایر کارکنان برگزار می‌نماید.

(صرفاً برگزاری کلاس‌های آموزشی مد نظر نیست، بلکه اطلاع رسانی و آموزش (مفهومی و کاربردی) به کارکنان می‌تواند به طرق مختلف نظیر بروشور، پمفلت، دوره های آموزشی و سایر روش‌ها انجام شود.

کمیته اخلاق پزشکی نسبت به آموزش و رعایت مفاد آیین‌نامه انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی به شماره ۲۸۶۳۴/ت ۲۳۸۸۸ هـ مصوب هیات وزیران اقدام می‌نماید.)

کمیته اخلاق پزشکی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان نظارت نموده و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود. (بازدیدهای میدانی، بررسی پرونده های بالینی، مصاحبه با بیماران و بررسی شکایت‌های بیماران و همراهان روش‌های گوناگون نظارت کمیته اخلاق پزشکی بر روند رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان است)

راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت

تدوین خط مشی و روش راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان

وجود واحد اطلاعات و پذیرش در لابی به نحوی که دید و دسترسی مناسب داشته، و فرد مطلع و مسلط به مهارت‌های ارتباطی جهت راهنمایی بیماران در این ایستگاه حضور دائم دارد

(واحد اطلاعات و پذیرش به نحوی باشد که در معرض دید کامل مراجعین قرار داشته و دسترسی آسان به آن فراهم باشد. در بیمارستان‌های بیش از ۱۰۰ تخت واحد اطلاعات و پذیرش مستقل از یکدیگر ارائه خدمت می‌نمایند.

وجود فرد/ افراد آشنا به مکان بخش‌ها/ واحدهای مختلف بیمارستان در واحد اطلاعات به صورت مستمر در لابی (این فرد، پاسخگویی به مراجعین را با حوصله و با برقراری ارتباط محترمانه و بیانی شیوا و قابل فهم انجام می‌دهد و آشنا به گویش‌های محلی متناسب با موقعیت جغرافیایی استقرار بیمارستان باشد. میزان آگاهی این فرد در خصوص پاسخگویی به نیازها و پرسش‌های احتمالی مراجعین کافی است).

در زمان پذیرش به منظور راهنمایی گیرندگان خدمت در خصوص خدمات قابل ارائه، نحوه پذیرش، بستری، ترخیص، هزینه‌های قابل پیش‌بینی، ضوابط و بیمه‌های طرف قرارداد، اطلاع‌رسانی می‌شود (نصب اطلاعیه و سامانه‌های رسیدگی به تخلفات تعرفه‌ای در پذیرش و ترخیص الزامی است). (سامانه‌های رسیدگی

راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت

بیمارستان دارای وب سایت روزآمد و حداقل دارای اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه‌ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان معالج است. (وب سایت بیمارستان باید به گونه ای باشد که کلیه اطلاعات موجود در سایت با اطلاعات روز بیمارستان همخوانی لازم را داشته باشد)

تیم مدیریت اجرایی در فواصل زمانی مشخص اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را ارزیابی نموده و در صورت نیاز اقدام های اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت، تدوین وبر اجرای آن نظارت می کند.

برنامه‌ای مشخص برای ارزیابی کفایت واثربخشی اطلاعات ارائه شده در فواصل زمانی مشخص (ارزیابی کیفیت اطلاع رسانی و اثربخشی شیوه های اطلاع رسانی از طریق مصاحبه آماری از مراجعین میسر است که هم در فرم های نظر سنجی و رضایت سنجی از بیماران قابل بارگذاری است و هم در قالب فرم‌های مستقل که حوزه مدیریت بیمارستان در فواصل زمانی حداقل ۶ ماه یکبار اثربخشی و کفایت اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمت را بررسی می نماید).

ارائه گزارش نتایج ارزیابی به تیم مدیریت اجرایی توسط مدیر بیمارستان

بررسی گزارش ارزیابی و در صورت لزوم، طراحی اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی
نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای اقدامات مصوب

راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت

مسئول آموزش همگانی در سطح بیمارستان تعیین شده و بیمارستان با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع در خصوص بیماری‌های فشارخون، دیابت و سرطان برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزش همگانی برای مراجعین طراحی و اجرا می‌نماید

تعیین یک نفر با دانش، اطلاعات و تجربه کافی به عنوان مسئول آموزش همگانی توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان (مسئول آموزش ارتقا سلامت در خط مشی ارتقای سلامت کارکنان (استانداردهای حاکمیتی)، می‌تواند به عنوان مسئول آموزش همگانی نیز ابلاغ دریافت نماید و یا به تشخیص بیمارستان از بین کارکنان رشته‌های بهداشتی، درمانی فرد دیگری انتخاب شود).

طراحی برنامه‌هایی به منظور اطلاع‌رسانی و آموزش در خصوص بیماری‌های فشار خون، دیابت و سرطان (اجرای برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزشی به بیماران/همراهان/مراجعین از طریق وب سایت بیمارستان، پمفلت‌ها و بروشورهای آموزشی، پیام‌های بهداشتی، برگزاری دوره‌های آموزش سلامت، برقراری ایستگاه‌های آموزش سلامت در زمان عیادت بیماران و سایر روش‌ها به تشخیص بیمارستان است).

اجرای برنامه‌های آموزشی فوق برای بیماران/همراهان/مراجعین

شناسایی رده های مختلف کارکنان بیمارستان

دستاورد استاندارد

رعایت اصول برقراری ارتباط موثر با بیمار

پیشگیری از مداخله افراد غیر مجاز در امور پزشکی از طریق احراز هویت ارائه دهندگان خدمت

کارکنان بیمارستان، کارت شناسایی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله یک متری را روی سینه نصب نموده‌اند

تهیه کارت شناسایی* عکس دار بر ای کارکنان / فراگیران رده‌های مختلف***

الصاق*** کارت شناسایی عکس دار به سینه کارکنان/ فراگیران رده‌های مختلف بیمارستان به سینه و در معرض دید بودن آن

*کارت شناسایی حداقل حاوی نام خانوادگی و سمت بوده که از یک متری قابل خواندن می باشد.

**سطح و رده آموزشی فراگیر بایستی دقیقاً بر روی کارت شناسایی مشخص و خوانا باشد و از به کار بردن عنوان "دکتر" بدون اشاره به سطح آموزشی خودداری شود.

***الصاق مستمر کارت شناسایی در معرض دید مراجعین به نحوی که از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود.

اعضای گروه پزشکی مسئول ارایه مراقبت به بیمار، در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه‌ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می رسانند.
(پرستاران، فراگیران (در مراکز آموزشی) سایر کارکنانی که مسئول مراقبت‌های پزشکی هستند)

بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان راعایت می‌نماید(بخشنامه شماره س/۹۸۰۷ مورخ ۱۳۸۷/۲۲/۲ استانداردهای ملی پوشش بیماران، کارکنان)

بیمارستان استانداردهای ملی پوشش فراگیران را مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می‌نماید(استانداردهای ملی پوشش فراگیران آیین‌نامه شماره د ۶۰۰/۹۰۴ مورخ ۱۳۹۱/۶/۱۴ و بخشنامه شماره ۶۰۰/۱۳۷ مورخ ۶/۱۰/۱۳۹۱، دانشجویان رشته‌های پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی، انترن‌ها، رزیدنت‌ها، فلوهای دوره‌های فوق تخصص در تمام رشته‌ها و مقاطع تحصیلی)

اطلاع رسانی نحوه دسترسی به پزشک معالج

دستاورد استاندارد

پاسخگویی پزشک معالج به خانواده بیمار

تقویت مشارکت بیمار و خانواده او در طرح درمان و مراقبت با توجه به اخذ آگاهی کافی از سیر بیماری توسط پزشک معالج

بیمارستان در طول مدت مراقبت و درمان، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی را به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم نموده و کارکنان درمانی در این خصوص به گیرنده خدمت اطلاع رسانی می‌نمایند.

تعیین نحوه دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی (ولی قانونی بیمار شامل والدین و سرپرستان قانونی افراد صغیر و نمایندگان قانونی وی می‌باشد) به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی

تامین تسهیلات لازم جهت برقراری تماسهای فوری با پزشک معالج/ اعضا اصلی گروه پزشکی

آگاهی بیماران/ همراهان (مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار، سرپرستار بخش و پرستار بیمار است) از نحوه برقراری ارتباط با پزشک معالج/ اعضا اصلی گروه پزشکی

امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرندگان خدمت

دستاورد استاندارد

مشارکت بیمار در تصمیم گیری‌های بالینی، رعایت حق تصمیم گیری آزادانه بیمار در مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی، کاهش عوارض حقوقی شکایات احتمالی

پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیماری، محاسن، روش‌های جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار می‌دهند

شناسایی (فهرست اقدامات تشخیصی درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول ایمنی بیمار شناسایی و تدوین می‌گردد.) و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه دارند در هر بخش

آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه (مطابق دستورالعمل شماره ۴۰۰/۴۳۸۴۳/۱۲۸ مورخ ۲۷/۴/۹۵ الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی")

تکمیل فرم (تا زمان ابلاغ فرم کشوری رضایت آگاهانه، این فرم توسط بیمارستان /دانشگاه طراحی می‌شود و حداقل شامل بندهای منافع و مضرات و روش پیشنهادی پزشک و سایر روش‌های جایگزین می‌باشد). رضایت آگاهانه در پرونده بیماران تحت عمل جراحی / پروسیجرهای تشخیصی درمانی مطابق فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه بخش

تایید بیماران در خصوص ارائه توضیحات و فرصت کافی جهت تصمیم‌گیری و مشارکت آنها در اخذ تصمیم در نحوه تشخیص یا درمان

توصیه. تدوین دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه به منظور یکپارچه سازی این فرآیند مهم در سراسر بیمارستان.

امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرندگان خدمت

در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده‌های خونی؛ رضایت آگاهانه اخذ می‌شود

اخذ رضایت آگاهانه* در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی*** از بیماران***

*اخذ رضایت آگاهانه مطابق سنجه ۱ همین استاندارد

*** اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه‌ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می‌باشد.

*** به بیماران تحت درمان‌های تشخیصی / درمانی و تهاجمی قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپپی، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده‌های خونی در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی، روش درمانی پیشنهادی پزشک و سایر موارد درمانی جایگزین، توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش‌های لازم داده می‌شود. در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی به شماره ۱۲۸۴۳ / ۴۰۰ د مورخ ۲۷/۴/۹۵ رضایت آگاهانه اخذ شود. اما در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست

تسهیلات و حمایت ها (محرمانگی اطلاعات بیماران)

دستاورد استاندارد

پیشگیری از عوارض اجتماعی و خانوادگی برای بیماران ، مدیریت اطلاعات محرمانه درمانی بیماران
تدوین روش اجرایی حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران
بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته‌ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می نماید.
اطلاع رسانی به تمام بخش‌های بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار(تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار و تابلوی موجود در بالین بیمار ممنوع می‌باشد)
آگاهی کارکنان بخش‌های بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی تشخیص اطلاعات درمانی بیماری
رعایت محرمانگی اطلاعات، اعم از تشخیص های احتمالی یا قطعی بیماری
نظارت تیم مدیریت اجرایی بر رعایت وانطباق عملکرد کارکنان با ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیمار
توصیه ۱. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی /قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود.
توصیه ۲. در صورت درخواست همراهان بیمار (در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/پیراپزشک و یا سایررشته های وابسته به گروه پزشکی است و تقاضای پرونده بیمار را می‌نماید) جهت مطالعه محتوای پرونده صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه‌ای برای بیمار نشود.

کنترل استفاده از تلفن همراه

دستآورد استاندارد

افزایش تمرکز کارکنان در رسیدگی به بیماران بدحال ، ایجاد فضای آرامبخش در محیط‌های حساس و پرخطر بیمارستان

شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در شیفت‌های موظف کاری از سوی تیم مدیریت اجرایی تدوین و ابلاغ شده است و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

ابلاغ شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در بخش‌های مختلف توسط رئیس/مدیرعامل*

آگاهی کارکنان از شرایط استفاده از تلفن همراه در بخش‌ها /واحدها

رعایت شرایط ابلاغی استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در بخش‌های مختلف

*محدودیت‌های استفاده از تلفن همراه در سراسر بیمارستان با تعیین حدود آن در بخش‌هایی که منجر به تضييع حقوق گیرنده خدمت می‌شود بایستی تعیین و توسط ریاست بیمارستان به تمامی بخش‌ها ابلاغ شود.

محدودیت استفاده از تلفن همراه در بخش‌های بالینی به معنی ممنوعیت نیست.

ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کتلب ممنوع می‌باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می‌نماید

اطلاع رسانی به کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب

آگاهی کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب

رعایت عدم استفاده از تلفن همراه در بالین بیماران در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب**

* کارکنان بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب

** استفاده از تلفن همراه صرفاً در اتاق‌های استراحت بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب در موارد ضروری و مطابق با رعایت سنجه ۲ استاندارد ب-۱-۸ مراقبت‌های عمومی بالینی جهت تعیین جانشین مجاز است.

کنترل استفاده از تلفن همراه

دستآورد استاندارد

افزایش تمرکز کارکنان در رسیدگی به بیماران بدحال ، ایجاد فضای آرامبخش در محیط‌های حساس و پرخطر بیمارستان

شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در شیفت‌های موظف کاری از سوی تیم مدیریت اجرایی تدوین و ابلاغ شده است و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

ابلاغ شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در بخش‌های مختلف توسط رئیس/مدیرعامل*

آگاهی کارکنان از شرایط استفاده از تلفن همراه در بخش‌ها /واحدها

رعایت شرایط ابلاغی استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیربالینی در بخش‌های مختلف

*محدودیت‌های استفاده از تلفن همراه در سراسر بیمارستان با تعیین حدود آن در بخش‌هایی که منجر به تضييع حقوق گیرنده خدمت می‌شود بایستی تعیین و توسط ریاست بیمارستان به تمامی بخش‌ها ابلاغ شود.

محدودیت استفاده از تلفن همراه در بخش‌های بالینی به معنی ممنوعیت نیست.

ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کتلب ممنوع می‌باشد و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می‌نماید

اطلاع رسانی به کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب

آگاهی کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب

رعایت عدم استفاده از تلفن همراه در بالین بیماران در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب**

* کارکنان بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب

** استفاده از تلفن همراه صرفاً در اتاق‌های استراحت بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کتلب در موارد ضروری و مطابق با رعایت سنجه ۲ استاندارد ب-۱-۸ مراقبت‌های عمومی بالینی جهت تعیین جانشین مجاز است.

ارائه خدمات منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه ای پزشکی

دستاورد استاندارد

حفظ حریم خصوصی بیمار، امنیت روانی، افزایش رضایتمندی، رعایت موازین شرعی و اصول حرفه ای پزشکی در ارائه خدمات

تدوین خط مشی و روش رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت

پوشش بیماران در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی باید بر اساس تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت موازین شرعی، اخلاق پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی می باشد. (اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش های مختلف به ویژه (اتاق عمل، ریکاوری، بخش های ویژه، تصویر برداری، آنژیو گرافی و هنگام جابجایی بین بخشی)، پوشش بیمار شامل (سایز، تمیزی و آراستگی) باید امنیت روانی بیمار را تامین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارند، پوشانده بماند.)

ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی خدمت گیرندگان انجام می شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می شود.

*در صورت کمبود نیروی انسانی همگن بیمارستان ترتیبی اتخاذ می کند که حداقل، در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، یا هر گونه مراقبت و درمان نافی حریم بیمار/همراه وی، توسط پرسنل همگن انجام می شود.

**در فرآیند ارزیابی حداقل موارد ذیل ارزیابی خواهد شد:

در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می شود حضور یک نفر محرم (یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری است.

کارکنان همگن در بخش های زنان و زایمان و اورولوژی

استفاده از کارکنان همگن در پروسیجرهای خاص مانند (گذاشتن سوند، shaving، سو نوگرافی های واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی

مراقبت از بیماران بخش های ویژه توسط همگن

استفاده بیمار بر همگن در همه انتقال های بین بخشی و درون بخشی (در انتقال به بخش های کلینیکی و یا پاراکلینیک)

بررسی رعایت استفاده از کارکنان همگن در شیفت های عصر و شب

ارائه خدمات منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه ای پزشکی

نیازهای عبادی گیرندگان خدمت توسط پرستاران هر بخش شناسایی و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می‌شود

شناسایی ادیان و مذاهب مختلف گیرنده خدمت و نیازهای عبادی مربوطه توسط پرستاران هر بخش اطلاع رسانی به بیماران جهت انجام فرایض دینی*

تامین امکانات لازم شامل قبله نما، ترالی تیمم، امکانات برگزاری نماز در اتاق بستری**

وجود مسجد / نماز خانه به تفکیک (خانم / آقا) در محوطه بیمارستان وجود دارد و اطلاع رسانی به بیمار / همراه

شناسایی و تامین امکانات الزامی جهت فرایض مذهبی سایر ادیان و اطلاع رسانی به بیمار / همراه

*امکان برقراری ارتباط با رو حانیون یا آگاهان دینی جهت پاسخگویی به سوالات شرعی بیماران / همراهان فراهم گردد.

** حداقل شامل سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن، در صورت درخواست بیماران کم توان مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی.

تدوین دستورالعمل نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت

حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر

دستاورد استاندارد

حمایت از مراجعین آسیب پذیر و در معرض خطر به صورت برنامه ریزی شده کاهش عوارض و خطاهای پزشکی در بیماران در معرض خطر و مجهول الهویه

تدوین خط مشی و روش حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر (کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه شایع ترین آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر هستند).

تدوین روش اجرایی نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه

تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین

دستاورد استاندارد

افزایش رضایتمندی بیماران / همراهان

ارتقای هتلینگ بیمارستان

در صورت نیاز بیمار به همراه، امکانات اقامت، برای ایشان فراهم می شود.

وجود فرآیند شناسایی همراهان بیمار مانند کارت همراه (یا هر روش دیگر به تشخیص بیمارستان)

تامین امکانات اقامت برای همراه بیمار (امکانات اقامت حداقل شامل وجود تخت خواب همراه یا مبل تخت خواب شو)

توصیه . وجود مهمان سرا در بیمارستان یا امکان رزرو هتل در نزدیکی بیمارستان برای همراهان بیمار بخصوص در بیمارستان های ریفرال

امکانات رفاهی لازم برای مراجعین و همراهان فراهم می شود

وجود مبلمان شهری مناسب (نیمکت) در محوطه، وجود آلاچیق و فضای استراحت برای مراجعین، وجود وسایل بازی کودک در محوطه بیمارستان (برای استفاده ی عیادت کنندگان)، وجود دستگاه خودپرداز فعال، وجود کیوسک تلفن عمومی، فعالیت فروشگاه خرید مواد غذایی و بوفه، وجود حداقل یک نوع غذای سرد و آب جوش، ارائه صبحانه های گرم و سرد به همراهان ، امکان سرو حداقل دو نوع غذای گرم تازه و با کیفیت در وعده های نهار و شام برای همراهان بیمار، وجود آبدارخانه بهداشتی و تامین آب جوش یا سرو نوشیدنی های گرم (چای) برای همراهان حداقل ۳ بار در شبانه روز

بیماران در حال احتضار

دستاورد استاندارد

حمایت از خانواده بیماران در حال احتضار و ترویج ارزش های انسانی

تداوم تکریم و ارج نهادن به مفهوم انسانی بیماران

کارکنان درمانی شرایطی فراهم می نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار، در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود. (مصاحبت با افرادی که بیمار مایل به دیدارشان است و ایجاد فرصت ملاقات برای خانواده بیمار، حتی در ساعات غیر ملاقات)

کارکنان درمانی براساس اصول حرفه ای، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تامین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی گیرامی گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می دهند

آگاهی کارکنان بخش های درمانی بالینی/خدماتی در خصوص چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار

فراهم کردن فضای مجزا و مناسب و سایر اقدامات به منظور تامین آسایش بیمار در حال احتضار (حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و هم چنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعائر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده).

نظر خواهی از پزشک دیگر

دستاورد استاندارد

پاسخگویی به نیازهای بیماران و اطمینان بخشی به آنها در خصوص کیفیت روند درمان و مراقبت

در صورت درخواست گیرنده خدمت، سرپرستار بخش با همکاری دفتر پرستاری با اطلاع و موافقت پزشک معالج تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظر خواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا نموده و در صورت تایید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می شود.

اطلاع رسانی و آگاهی پرستاران از روند نظر خواهی از سایر پزشکان (پزشکان دیگر در داخل / خارج بیمارستان به غیر از پزشک معالج) به غیر از پزشک معالج، در صورت درخواست بیمار

هماهنگی سرپرستار با پزشک معالج و اخذ موافقت او در خصوص نظر خواهی از سایر پزشکان بنا بر درخواست بیمار

پس از موافقت پزشک معالج هماهنگی سرپرستار با مدیریت پرستاری در خصوص حضور پزشک مورد نظر بیمار جهت نظر خواهی

انجام ویزیت مشورتی پزشک دوم

گزارش دستورات پزشک دوم به پزشک معالج پیش از انجام دستورات

اجرای دستورات پزشک دوم در صورت تایید پزشک معالج (مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار جهت نظر خواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته و در صورت تایید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا می باشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد)

تصویر اطلاعات پرونده بالینی بیماران

دستآورد استاندارد

پاسخگویی به نیازهای بیماران در خصوص مستندات پزشکی

در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او، تصویر کاغذی/فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنها قرار داده می‌شود (مسئول مدارک پزشکی بر اجرای این سنجه نظارت می‌نماید).

آگاهی کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت، درخصوص تحویل تصویر مستندات پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک به بیمار

تحویل تصویر کاغذی/فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج پاراکلینیک در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی

نظارت بر اجرا و رعایت مراحل مذکور جهت تحویل دریافت تصویر مستندات پرونده توسط مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت

سنجش رضایت گیرنده خدمت

دستاورد استاندارد

آگاهی از عملکرد واقعی بیمارستان از نگاه گیرندگان خدمت، فرصت بازنگری و ارتقای رضایت بیماران و همراهان آنها

در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان از بخش‌های مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن تایید شده است، مورد سنجش قرار می‌گیرد

تدوین پرسشنامه پایا و روا (لازم است روایی پایایی پرسشنامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و توسط کمیته پایش و سنجش تصویب شود) سنجش رضایت بیماران و همراهان در دو فرم مستقل

رضایت سنجی از بیماران حداقل سه ماه یک بار (فصلی) با محوریت دفتر بهبود کیفیت (به منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و پس آموزش آنها توسط دفتر بهبود نسبت به نظر سنجی واقعی بیماران و همراهان اقدام نمایند و در این فرآیند هرگونه عوامل مداخله کننده که نظر بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کنترل شود) مانند حضور کارکنان در زمان نظرسنجی، مهارت ارتباطی پرسشگر و تاکید او بر محرمانگی و بی‌نام بودن فرم‌ها) پرسشگران از بین کارکنان اداری و یا خارج از بیمارستان (داوطلبین) انتخاب شوند

رضایت سنجی از همراهان حداقل شش ماه یک بار با محوریت دفتر بهبود کیفیت

بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در کمیته پایش و سنجش کیفیت

گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت (حداقل متوسط رضایت کلی، متوسط رضایت در هر محور/پرسش، رضایت کلی در هر بخش و رضایت در هر محور/پرسش، در هر بخش و مقایسه نتایج کلی و محور به محور در بخش‌های مختلف و در نهایت شناسایی موارد بحرانی و موفق، به عنوان گزارش نهایی به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌شود. همچنین اعضای کمیته پایش و سنجش پیشنهادات اصلاحی خود را پیوست تحلیل نتایج ارائه می‌نمایند)

تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و یا همراهان آنها را بررسی و در صورت لزوم مداخلات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت را تعیین و ابلاغ می‌نماید و بر اجرای آن نظارت می‌کند.

نظام رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادهای

دستآورد استاندارد

پاسخگویی به شکایات و نارضایتی های بیماران و خانواده آنها

استفاده از نظرات و پیشنهادات بیماران و همراهان، در مسیر تعالی خدمات

استفاده از نظرات و پیشنهادات کارکنان، در مسیر تعالی خدمات

افزایش اعتماد گیرندگان خدمت از طریق رسیدگی به موقع به شکایات

فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند تدوین و در محلی قابل رؤیت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است. کارکنان نسبت به این فرآیند آگاهی داشته و مطابق آن عمل می نمایند.

تدوین فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت / انتقادات / و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند به صورت فلوچارت ساده و قابل فهم

نصب فرآیند مذکور حداقل در واحد پذیرش، اورژانس، حسابداری و سالن های انتظار و در معرض دید گیرندگان خدمت (اندازه آن حداقل A_3 باشد و در معرض دید نصب شود)

آگاهی کارکنان بیمارستان از فرآیند شکایت / انتقادات / و پیشنهادات اعلام شده

عملکرد کارکنان بر اساس فرآیند شکایت / انتقادات / و پیشنهادات اعلام شده

توصیه . فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت / انتقادات و پیشنهادات در کنار صندوق های رسیدگی به شکایات نیز نصب شود.

نظام رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات

دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه‌ای نارضایتی بیمار، خانواده و کارکنان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تایید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌دهد

جمع آوری و تحلیل ریشه‌ای موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان توسط دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار (این بازه زمانی سه ماهه) به منظور تحلیل سیستماتیک مجموع پیشنهادات و شکایات واصله است. اما دفتر رسیدگی به شکایت/مسئول معادل آن در بیمارستان موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، درالویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی و پس از هماهنگی با مسئولین مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید).

گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد رسیدگی به شکایت/مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار

بررسی گزارش تحلیلی در کمیته پایش سنجش کیفیت و ارائه پیشنهادات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی توسط اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت

ارایه گزارش مصوبات کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت

توصیه . رسیدگی به شکایت‌های آنی به صورت حضور بلافاصله‌ای در صحنه و پی‌گیری میدانی صورت پذیرد. رسیدگی به شکایت‌های فوری حداقل به صورت تلفن بلافاصله‌ای پی‌گیری شود و در موارد با الویت اول تا پایان روز کاری و سایر موارد حسب حساسیت موضوع برنامه ریزی و بر همین اساس به شکایت کننده نوبت پی‌گیری مجدد اعلام شود.

نظام رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادهای

تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند مرتبط با شکایات های وارده در صورت لزوم اقدام اصلاحی / برنامه بهبود / بازنگری فرآیندها به عمل آورده و در صورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می نماید

بررسی گزارش کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادهای بیمار، خانواده و کارکنان توسط تیم مدیریت اجرایی

تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود / بازنگری فرآیندها در صورت لزوم توسط تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند (به طور مثال در بررسی شکایات مرتبط با بخش اورژانس بایستی در جلسه رسیدگی و تصمیم گیری تیم مدیریت اجرایی نماینده این بخش حضور داشته باشد).

شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت / کارکنان و اقدام در راستای جبران خسارت توسط تیم مدیریت اجرایی

نحوه اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت توسط کمیته اخلاق پزشکی ارزیابی و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می شود.

ارزیابی داخلی محور حقوق گیرنده خدمت طبق برنامه اعلامی از سوی دفتر بهبود کیفیت توسط اعضای کمیته اخلاق پزشکی (با توجه به اهمیت این محور تولیت خود ارزیابی این محور به کمیته اخلاق پزشکی سپرده شود)

مدیریت اجرایی و اعضای کمیته اخلاق پزشکی در بازه زمانی خود ارزیابی های اعتباربخشی

منابع:

۱. عسگری ن و تیم تدوین دیگران، استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران، نسل نوین سال ۱۳۹۵، آفتاب اندیشه، تهران، ۱۳۹۵

