

گزارش عملکرد واحد بهبود کیفیت سال ۱۳۹۴

زیبا بزازجاوید - کارشناس مسئول واحد بهبود کیفیت

کبری عابدینی - کارشناس اعتباربخشی

فرزانه یوسفیان - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

طیبه اسلام زاده کارشناس پرستاری - کارشناس اعتباربخشی

مسئولیت کمیته های بیمارستانی (استقرار سنجه های کمیته های بیمارستانی) :

- ۱- تنظیم و ابلاغ نامه رعایت نکات الزامی کمیته ها طبق آیین نامه کمیته ها و بازخورد اعتباربخشی کشوری کمیته های بیمارستانی به کلیه دبیران .
- ۲- تنظیم و ارائه گزارش عملکرد کمیته های بیمارستانی (شش ماهه) در جلسه هماهنگی کمیته های بیمارستانی با حضور ریاست و مدیریت و دبیران کمیته ها و نیز درخواست تشویق براساس گزارش عملکرد مربوطه .
- ۳- ساماندهی دبیرخانه کمیته های بیمارستانی از طریق پیگیری تشکیل بموقع کمیته های بیمارستانی ، دریافت صورتجلسات و فرمهای پیگیری تکمیل شده از دبیران و نظارت بر پیگیری مصوبات کمیته ها بصورت تصادفی هر سه ماه یکبار و تهیه گزارش .
- ۴- تشکیل کمیته بهبود کیفیت بصورت فصلی و پیگیری مصوبات مربوط به کمیته مذکور .
- ۵- پیگیری تشکیل کمیته بحران و پیگیری مصوبات مربوط به کارشناس امور بیمارستان ، ریاست و مدیریت مرکز

استقرار استانداردهای اعتباربخشی بخشها و واحدها ، سنجه استانداردهای بهبود کیفیت و حقوق

گیرنده خدمت (و سایر سنجه های اعتباربخشی به تفکیک) :

- ۱- بازنگری شاخصهای کلیدی ، جمع آوری ، تحلیل طبق جدول زمان بندی مندرج در شناسنامه شاخص ها
- ۲- ایجاد تغییرات لازم در چارت تشکیلاتی بحران مرکز و صدور ابلاغ های جدید
- ۳- تشکیل جلسات تیم مدیریت اجرایی
- ۴- تغییر و بازنگری فرم گزارشات شاخص بخشهای درمانی با هماهنگی و همکاری مسئول واحد آمار
- ۵- هماهنگی با بیمارستان هاشمی نژاد تهران به عنوان نمونه برتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت و بازدید از واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت آن بیمارستان و تهیه گزارش مربوطه
- ۶- هماهنگی تکمیل پرسشنامه اعتباربخشی توسط مدیر ، مترون ، سرپرستار و نیز مسئول بهبود کیفیت و کارشناس بهبود کیفیت و ارسال آن به وزارت
- ۷- بروشور راهنمای بیماران بازنگری و تحویل مسئول انبار برای ارسال به چاپخانه گردید.
- ۸- فرایندهای بخش نازایی با همکاری سرپرستار بخش تدوین شد.
- ۹- همکاری با سرپرستار محترم بخش اورژانس در پاسخگویی به نامه های معاونت درمان در خصوص ارتقاء اورژانس
- ۱۰- پاسخ به نامه معاونت درمان در خصوص قانون انطباق امور پزشکی با موازین شرعی
- ۱۱- تکمیل پرسشنامه ارزیابی استانداردهای ایمنی بیمار ارسالی معاونت درمان و ارجاع به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- ۱۲- انجام ممیزی اعتباربخشی
- ۱۳- انجام ممیزی فرایندها از طریق تکمیل چک لیست فرایند توسط صاحبان فرایند در هر بخش و واحد
- ۱۴- تحلیل شاخص های عملکردی و بازخورد نتایج برای مسئولین محترم مرکز و بخش ها و واحدها
- ۱۵- بازنگری فرم آموزش به بیمار و طراحی پرسشنامه اختصاصی برای بخش های نوزادان و NICU

▣ اعتباربخشی آموزشی (پزشکان)

- ۸- مرور سنجه های اعتباربخشی پزشکان مشخص نمودن برنامه عملیاتی در جهت استقرار سنجه های مربوطه
- ۹- هماهنگی و ابلاغ تعیین و مستند نمودن اطلاعات مدارک پزشکی اشاره شده در سنجه اعتباربخشی پزشکان و ارائه جلسه آموزشی توسط مسئول مدارک پزشکی به پزشکان در این خصوص.
- ۱۰- هماهنگی و ابلاغ تعیین و مستند نمودن اطلاعات رعایت مقررات بیمه ای و درآمد ، اشاره شده در سنجه اعتباربخشی پزشکان و ارائه جلسه آموزشی توسط مسئول درآمد به پزشکان در این خصوص.
- ۱۱- مشارکت در خودارزیابی اعتباربخشی آموزشی پزشکان و ارسال آن به معاونت آموزشی دانشگاه .
- ۱۲- پیگیری استقرار قسمتهای کلیدی سنجه اعتباربخشی هر واحد در کمیته مربوطه (از جمله بهداشت محیط ، حرفه ، بانک خون و ...).
- ۱۳- تشکیل جلسات با حضور پزشک متخصص قانونی جهت ویزیت ترک با رضایت شخصی ، و رضایت آگاهانه و بدنبال آن تشکیل جلسه کمیته اخلاق پزشکی با حضور رییس ، مدیر و سایر متخصصین مربوطه در خصوص ایجاد و اصلاح روند مذکور

▣ انجام امور مربوط به بیمارستان

- ۱- رسیدگی به امور تختههای بیمارستانی و همکاری با واحد درآمد در خصوص امور ارزشیابی تخت
- ۲- پیگیری و جمع آوری اطلاعات و پاسخگویی به مکاتبات اداری از جمله ایجاد همراه سرا و اتاق مادران توسط خیرین
- ۳- پیگیری اخذ مجوز مدیریت دفع پسماند از واحد بهداشت محیط جهت ارائه به معاونت درمان
- ۴- شرکت در جلسات ارتقای فرایند تریاژ بیمارستان در معاونت درمان و نیز مرکز و پیگیری مصوبات مربوط
- ۵- انجام نظر سنجی در خصوص نحوه ادامه سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد در کلیه بخشها و واحدهای مرکز و ارسال به معاونت درمان

۶- انجام خود ارزیابی واحد داروخانه در طرح سلامت و ارسال آن به معاونت غذا و دارو

۷- بازنگری پیشنویس سیستم تشویق و تنبیه مرکز و ارائه به ریاست و مدیریت مرکز

۸- برآورد واحدها با تعداد نفرات آنها طبق چارت تشکیلاتی ابلاغی جدید جهت مدنظر قرار دادن در طرح توسعه

فضای فیزیکی

۹- هماهنگی با بیمارستان محب جهت بازدید از بخش VIP بیمارستان محب و گزارش مربوطه متعاقبا ارسال

خواهد شد

۱۰- شرکت در همایش بهره وری ملی یک روزه پدافند غیر عامل و انتقال تجربیات به دبیر کمیته بحران

۱۱- اعمال آخرین تغییرات در برنامه استراتژیک مرکز همراه با مشاور تدوین برنامه استراتژیک مرکز

۱۲- تنظیم تفاهم نامه همکاری با داروخانه جنب بیمارستان (شهید بهشتی) جهت ایجاد دسترسی بیماران به

داروهای ترجیحی اورژانس که در مرکز موجود نمی باشند و پیگیری جهت امضای تفاهم نامه مذکور.

۱۳- انجام امور مربوط به اخذ مجوز بخش نازایی از جمله تنظیم نامه به معاونت درمان جهت ارائه طریق ، دریافت

آخرین سطح بندی تخت از معاونت درمان جهت تعیین تعداد تخت بخش مذکور با رعایت سطح بندی مذکور،

پاسخگویی به مکاتبات در اینخصوص.

۱۴- جمع بندی فرمهای رسیدگی به شکایات صندوق ارتباط مستقیم با ریاست ، تنظیم گزارش مربوطه و ارائه به

ریاست و مدیریت مرکز هرشش ماه یکبار

۱۵- پیگیری تکمیل فرم اطلاعات بیمارستانی که تا ۲۶ هرماه که باید توسط واحد های مختلف تکمیل گردد.

۱۶- ارسال فرمهای مربوط به قاصدک به واحدهای مختلف ، پیگیری تکمیل کلیه قسمتهای مربوط به فرم ، وارد

نمودن اطلاعات فرمها به سایت

۱۷- اقدام در خصوص تعویض مسئول فنی شیفت صبح مرکز و تمدید پروانه مسئول فنی شیفت عصر و مسئولین

فنی شیفت شب

۱۸- اقدام در خصوص تمدید پروانه بیمارستان

۱۹- پاسخ به نامه اطلاعات توسعه بیمارستانی به معاونت درمان

۲۰- ارسال اطلاعات توسعه ای بیمارستان به معاونت پشتیبانی

۲۱- تکمیل اطلاعات جامع اورژانس بیمارستانی و ارسال به معاونت درمان

۲۲- اخذ تاییدیه آمبولانس مرکز از مرکز بحران ، سوانح و حوادث غیر مترقبه

☐ **مسئولیت رسیدگی به اسناد مرکز**

۱- ارسال فرمها و جمع آوری فرمهای مربوط به اسناد و تنظیم صورتجلسه اسناد ومتعاقبا ارسال به دانشگاه

۲- ابلاغ و ارسال بخشنامه مربوط به اسناد به کلیه واحدها و بخشهای مرکز

۳- پاسخگویی به تعیین تکلیف اسناد مختلف بیمارستانی از بخشها و واحدهای مختلف

☐ **رضایت سنجی بیمار، پرسنل و هتلینگ**

❖ در خصوص رضایت سنجی از بیماران در قالب دو پروسه رضایت سنجی انجام یافت.

۱. رضایت سنجی ماهانه از بیماران : پرسشنامه های رضایت سنجی به تفکیک هر بخش و واحدهای پاراکلینیک توسط منشی های محترم به واحد تحویل داده شد و پس از آنالیز ۶۶۰ پرسشنامه جمع آوری شده نتایج برای مسئولین ارسال گردید.

۲. رضایت سنجی هتلینگ بیماران : پرسشنامه های جمع آوری شده در طی سه ماهه سوم، آنالیز و نتایج برای مسئولین مرکز و معاونت درمان ارسال گردید.

❖ در خصوص رضایت سنجی از پرسنل در قالب سه پروسه رضایت سنجی انجام یافت.

۱. رضایت سنجی سالانه مرکز طبق خط مشی رضایت سنجی از پرسنل (به صورت مطالعه کیفی و با استفاده از ابزار مصاحبه و پرسشنامه) انجام یافت و نتایج پس از جمع بندی نهایی تا پایان دی ماه برای مسئولین مرکز ارسال خواهد شد.

۲. رضایت سنجی در قالب پرسشنامه ارسالی واحد طرح تکریم دانشگاه ، به تعداد ۱۹۵ عدد به پرسنل محترم بخش های درمان ارسال شد و پرسشنامه های جمع آوری شده ۱۰۲ عدد بود. با استفاده از نرم افزار spss آنالیز و برای واحد تکریم ارباب رجوع دانشگاه ارسال گردید.

۳. رضایت سنجی هتلینگ پرسنل که به تعداد ۲۳۳ عدد از همکاران بخش های درمانی توزیع و جمع آوری گردید و نتایج پس از آنالیز برای مسئولین مرکز و معاونت درمان ارسال گردید.

❖ لازم به ذکر است پرسشنامه های رضایت سنجی بیماران و پرسنل بازنگری شده و آماده اجرای مراحل روایی و پایایی می باشد.

📌 همکاری در امور روابط عمومی

۱. کار در زمینه سایت انگلیسی مرکز که از اوایل آبان ماه ، فعالیت در زمینه ترجمه منو و اطلاعات آغاز شده و با عنایات الهی تا پایان بهمن ماه، پس از تایید ریاست، مدیریت و مدیر خدمات پرستاری برای بارگذاری در سایت مرکز تحویل مسئول سایت خواهد شد.
۲. تغییرات لازم در منوها، زیر منوها در سایت مرکز برای مسئول سایت ارسال شد. تغییرات مربوط به سنجه های اعتباربخشی در حال انجام می باشد پس از نهایی کردن برای مسئول سایت ارسال خواهد شد.
۳. طبق فرمایش مسئول روابط عمومی مقرر گردید، اینجانب (عابدینی) نرم افزار فتوشاپ را برای کار با مانیتور اطلاع رسانی آموزش ببینم ، که یادگیری از طریق مطالعه سی دی و کتاب انجام گرفت.
۴. هماهنگی برای برگزاری دوره آموزشی گزارش بازدید از بیمارستان کوچ استانبول

📌 فعالیت در خصوص پروژه غربالگری

۱. طراحی و تکمیل پرسشنامه های برای غربالگری ماموگرافی و پاپ اسمیر
۲. تدوین دو پمفلت آموزشی برای بیماران با عناوین ماموگرافی و پاپ اسمیر که به تایید اساتید و مدیر خدمات پرستاری و سوپروایزر آموزشی رسانده شد.
۳. پیگیری برآورد تجهیزات ، نیروی انسانی و هزینه ها

📌 سیستم رسیدگی به شکایات

- ✓ دریافت و ثبت شکایات کتبی و شفاهی
- ✓ پیگیری رسیدگی به شکایات از واحد ذیربط (دفتر پرستاری ، حراست و معاون آموزشی زنان)
- ✓ استخراج آمار ۳ ماهه شکایات بر اساس نوع شکایات، بخش و سمت فرد دخیل در شکایت، تعداد شکایات به تفکیک کتبی و شفاهی و اطلاع رسانی آمار در کمیته اخلاق در پزشکی

استقرار استانداردهای ایمنی بیمار

- ✓ استقرار استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در مرکز با :
- * برگزاری جلسات **walk round** و پیگیری مصوبات جلسه
- * جمع آوری گزارش خطاهای پزشکی به صورت ماهانه و ارسال آمار و شرح خطاها به بخشها جهت یادگیری از خطاهای مشابه
- * انجام **RCA** در مورد خطاهای تکرار شونده و خطاهای منجر به بروز آسیب جدی در بیمار
- * شرکت در جلسات کمیته مورثالیته و **RCA** موارد بروز خطاهای پزشکی
- * استخراج موارد خطر در بخشها و تدوین برنامه علیاتی مدیریت خطر
- ✓ در رابطه با استقرار استانداردهای سنجه مدیریت و رهبری ، با توجه به ویرایش و ابلاغ سنجه های بازنگری شده تا پایان سال جاری ، به جز موارد اساسی و روتین (برگزاری جلسات، تعیین بودجه ایمنی و ...) اقدام جدیدی صورت نگرفته است .