



نگاهی به

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی

زیر نظر

دکتر سیدحسین امامی رضوی و دکتر محمودرضا محقق

سرپرستان گروه:

دکتر حسن کرانی و دکتر سیدمحمد صادق مهدوی

مترجمان و ویراستاران (به ترتیب حروف الفبا):

الف) همکاران معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

صمد خلیفه گری، دکتر پریسا دولتشاهی، دکتر مژده رضانی، راحله روحپور، نعمت‌اله عباس گودرزی،

لیلا کیکاووسی آرانی، فرناز مستوفیان و دکتر حمید مهربانی

ب) مترجم و ویراستار استانداردهای فرانسه:

دکتر حسن کرانی

ج) همکاران شرکت حمایت سبز پارسیان:

دکتر ابوالقاسم باباییگ، دکتر علیرضا تهامی و مهندس حمیدرضا حاتم‌آبادی

همکاران معاونت سلامت که در ترجمه اولیه بخش‌هایی از استانداردهای لبنان یا تهیه مقدمه همکاری داشته‌اند:

الف) همکاران اداره ارزشیابی مراکز درمانی: خدیجه دانایی، پرستو عابدینی، عطیه صباغیان و غلامعلی جعفری

ب) سایر همکاران معاونت سلامت: دکتر صغری انجرائی، آرزو اشرفی، طاهره رجبی، پوران جلیل‌وند،

دکتر سهیلا خزاعی و دکتر سیدعبدالحمید موسوی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

اداره ارزشیابی مراکز درمانی

سرشناسه: دکتر سیدحسین امامی رضوی، دکتر محمودرضا محقق، دکتر حسن کرانی، دکتر سیدمحمد صادق مهدوی، صمد خلیفه‌گری، دکتر پریسا دولتشاهی، دکتر مزده رضائی، راحله روحپرور، نعمت‌اله عباس‌گودرزی، لیلا کیکاووسی آرانی، فرناز مستوفیان و دکتر حمید مهربانی فر
عنوان: **نگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی** [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت سلامت؛ مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان؛ اداره ارزشیابی مراکز درمانی.

مشخصات نشر: تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۷.

مشخصات ظاهری: ۴۷۲ ص.

شابک: ۴-۲۳۹-۳۵۹-۹۶۴-۹۷۸

وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا

موضوع: استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی.

شناسه افزوده: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت سلامت؛ مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان؛ اداره ارزشیابی مراکز درمانی.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۸۷ ا ر الف / ۲۳۵۴/۵

رده‌بندی دیویی: ۵۵۱/۲۷۴

شماره کتابشناسی ملی: ۱۳۴۰۰۶۶

نگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی

مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

خدمات طراحی، چاپ و نشر: مرکز نشر صدا

صفحه‌آرایی: لیلا پور فولادی

ویرایش فنی و نسخه‌پردازی: مه‌ری تقی‌پور

نظارت فنی: محمدزاهد احمدی

چاپ اول: ۱۳۸۷

شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه

شابک: ۴-۲۳۹-۳۵۹-۹۶۴-۹۷۸

«حق چاپ برای مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان محفوظ است.»



مرکز نشر صدا: تهران، تقاطع خیابان مطهری و ولی‌عصر، خیابان منصور، شماره ۲۴

(۸۸۵۵۳۴۲۹ - ۸۸۵۵۳۴۰۳ - دورنگار: ۸۸۷۱۳۶۵۳)

محتوا

(خ)	۱
(ذ)	۲
(ز)	۲
(س)	۳
	۴
	۴
	۵
	۵
	۶
	۷
	۹
	۹
	۱۰
	۱۰
	۱۰
	۱۱
	۱۳
	۱۴
	۱۴
	۱۵
	۱۶
	۱۷
	۱۷
	۱۸
	۱۸
	۱۹
	۲۵
	۲۷

تقدیر و سپاسگزاری

سرآغاز

سخنی با خوانندگان

پیش‌گفتار

مقدمه

مفاهیم و تعاریف

بیمارستان

استاندارد

پایش

ارزیابی و ارزشیابی

ممیزی

اعتباربخشی

مجوز (پروانه)

وجوه تمایز اعتباربخشی و مجوز (پروانه)

کیفیت

بازرسی

کنترل کیفیت

تضمین کیفیت

ارتقای مستمر کیفیت

مدل‌های سرآمدی کسب‌وکار و جوایز کیفیت

قوت‌ها و ضعف‌های دیدگاه‌های مختلف

کیفیت در بهداشت و درمان

نقش سازمان بهداشت جهانی در اقدام‌های اولیه اعتباربخشی

وجوه اصلی الگوی اعتباربخشی منطقه‌ای EMRO

جامعه بین‌المللی کیفیت مراقبت‌های سلامت (ISQUA)

مدل‌های اعتباربخشی

نحوه اعتباربخشی

اهداف اعتباربخشی

دستاوردهای اعتباربخشی

ویژگی‌های استانداردهای اعتباربخشی

ارزشیابی بیمارستان‌ها در ایران

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کمیته مشترک بین‌المللی

محورهای استاندارد اعتباربخشی بیمارستانی کمیته مشترک بین‌المللی

(ث)

۲۸	دسترسی به درمان و تداوم درمان
۳۱	حقوق بیمار و خانواده
۳۵	ارزیابی بیماران
۴۰	مراقبت از بیماران
۴۳	مراقبت جراحی و بیهوشی
۴۵	استفاده و مدیریت دارو
۴۸	آموزش بیمار و خانواده
۵۰	بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
۵۵	پیشگیری و کنترل عفونت
۵۹	نظارت، رهبری و مدیریت
۶۲	مدیریت ارتباطات و اطلاعات
۶۶	مدیریت تأسیسات و ایمنی
۷۱	آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای

۷۵ استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

۷۶	محورهای استانداردهای اعتباربخشی لبنان
۷۹	بخش بیهوشی
۸۴	تأیید صلاحیت حرفه‌ای
۹۰	بخش آزمایشگاه
۹۷	مدیریت پزشکی
۱۰۳	تصویربرداری
۱۱۱	خدمات بالینی
۱۱۴	اتاق عمل
۱۲۲	نظام پزشکی
۱۲۴	بخش آنژیوگرافی
۱۳۰	بانک خون
۱۳۶	بخش روانپزشکی
۱۴۳	بخش مراقبت ویژه نوزادان
۱۵۱	بخش مراقبت‌های ویژه
۱۵۹	بخش اورژانس
۱۶۷	بخش دیالیز
۱۷۵	بخش کودکان
۱۸۰	بخش فیزیوتراپی
۱۸۵	بخش شیمی‌درمانی
۱۹۰	مهندسی پزشکی
۱۹۴	بخش مامایی

محتوا

۲۰۲	بخش مدارک پزشکی
۲۰۹	پرستاری بالینی
۲۱۶	مدیریت پرستاری
۲۲۲	بخش استریلیزاسیون مرکزی
۲۳۲	خدمات زیست محیطی
۲۳۹	ایمنی و آتش نشانی
۲۴۳	هیئت مدیره و مدیریت
۲۵۲	فن آوری اطلاعات
۲۵۶	تدارکات
۲۵۹	مدیریت پسماندها
۲۶۴	تأسیسات
۲۷۱	داروخانه
۲۷۹	ایمنی و سلامت حرفه‌ای
۲۸۵	کنترل عفونت
۲۹۱	بخش لاندردی (خدمات رختشوی خانه)
۲۹۹	منابع انسانی
۳۰۵	نظام کیفیت
۳۰۸	ساختمان
۳۱۶	تغذیه
۳۲۳	استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر
۳۲۵	محورهای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر
۳۲۶	دسترسی و تداوم مراقبت‌ها
۳۳۰	ایمنی بالینی
۳۴۰	ایمنی محیط
۳۴۵	منابع انسانی
۳۴۹	مدیریت اطلاعات
۳۵۱	مدیریت و رهبری
۳۵۴	مدارک پزشکی
۳۶۳	کارکنان پزشکی
۳۶۶	خدمات پرستاری
۳۷۱	ارزیابی بیمار
۳۸۰	حقوق بیمار و خانواده
۳۸۶	مراقبت بیمار
۴۰۵	بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
۴۱۱	خدمات پشتیبانی

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی فرانسه

۴۱۵

۴۱۷

استاندارد ۱: مدیریت منابع انسانی

۴۱۹

استاندارد ۲: مدیریت منابع مالی

۴۲۰

استاندارد ۳: انفورماتیک

۴۲۱

استاندارد ۴: مدیریت زیرساخت‌ها و پشتیبانی

۴۲۳

استاندارد ۵: سلامت و ایمنی محیط

۴۲۵

مدیریت کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های درمان

۴۲۵

استاندارد ۶: برنامه جامع مدیریت ریسک و مدیریت کیفیت

۴۲۹

استاندارد ۷: نظام پایش و ارزشیابی

استاندارد ۸: استفاده از شاخص‌های کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

۴۳۱

در برنامه بهبود کیفیت

۴۳۲

استاندارد ۹: حقوق بیمار و برخورد مناسب

۴۳۴

استاندارد ۱۰: اطلاع‌رسانی مشارکت و رضایت بیمار

۴۳۶

استاندارد ۱۱: کنترل درد بیمار

۴۳۶

استاندارد ۱۲: مدیریت لحظات احتضار (پیش از مرگ)

۴۳۸

استاندارد ۱۳: پرونده بیمار

۴۳۸

استاندارد ۱۴: شناسایی هویت بیمار

۴۳۹

استاندارد ۱۵: نحوه پذیرش بیمار و همراهان او

۴۳۹

استاندارد ۱۶: معاینه و ارزیابی اولیه بیمار و طراحی برنامه درمانی بیمار

۴۴۰

استاندارد ۱۷: تداوم و هماهنگی مراقبت‌های درمان

۴۴۱

استاندارد ۱۸: مراقبت از بیماران سالمند

۴۴۱

استاندارد ۱۹: مدیریت بیماری‌های مزمن

۴۴۲

استاندارد ۲۰: مراقبت از بیماران آسیب‌پذیر جامعه

۴۴۲

استاندارد ۲۱: شرایط ویژه

۴۴۳

استاندارد ۲۲: مدیریت دارویی

۴۴۵

استاندارد ۲۳: مدیریت آزمایشگاه

۴۴۶

استاندارد ۲۴: مدیریت تصویربرداری‌ها

۴۴۷

استاندارد ۲۵: آموزش سلامت بیمار و خانواده او

۴۴۷

استاندارد ۲۶: ترخیص بیماران

۴۴۸

مراقبت‌های خاص

۴۴۸

استاندارد ۲۷: مراقبت‌های اورژانس و غیرمنتظره

۴۴۹

استاندارد ۲۸: عملکرد اتاق‌های عمل و اقدام‌های سرپایی تهاجمی

۴۵۰

استاندارد ۲۹: فعالیت‌های بازتوانی و بازپروری

۴۵۱

استاندارد ۳۰: ارزیابی مهارت‌ای فنی در موارد خاص

۴۵۳

منابع



ضمن تشکر از زحمات جناب آقای دکتر سیدمحمد سادات که در تهیه این مجموعه مشارکت فعال داشته‌اند، از جناب آقای دکتر سیدمحمد طباطبایی که تهیه این کتاب بدون مساعدت و همکاری بی‌دریغ ایشان میسر نبود، صمیمانه سپاسگزاریم. همچنین، از زحمات صادقانه همکاران زیر تشکر و قدردانی می‌شود:

اسامی به ترتیب حروف الفبا:

- دکتر عباسعلی اسدی
- آقای بهمن اعتصامی
- خانم فرشته بابایی
- دکتر علی خمسه
- دکتر مجید رجب‌پور
- دکتر سیدجعفر رضوی
- دکتر محمد عقیقی
- دکتر سعید گودرزی
- دکتر سیاوش قره‌بگلو
- دکتر علیرضا مقیمی
- دکتر علیرضا مظهري
- آقای سعید معنوی

تشکر و سپاسگزاری

در جهان پیشرفته امروز تنوع و کیفیت ارائه خدمات سلامت و همچنین، ابزارها و فن‌آوری مرتبط با آن هر لحظه در حال گسترش و بهبود است؛ ولی این نکته مانع از آن نشده که حتی در کشورهای بسیار توسعه‌یافته و ثروتمند و مدعی در تمام این عرصه‌ها نیز نگرانی از نحوه ارائه خدمات، امنیت و ایمنی بیمار و همراهان او و هزینه‌های سلامت، عوارض و اتفاقات ناخواسته و ... همه و همه دغدغه‌های جدی نظام‌های سلامت در سراسر جهان نباشد.

خوشحالم که با رویکرد حکیمانه همکاران در معاونت سلامت گام مهم و مؤثری برای فرهنگ‌سازی و تأمین دستمایه‌های علمی مورد نیاز در این عرصه برداشته شده است.

در این میان، دو ویژگی بارز مایه خرسندی است:

۱. جلب همکاری بین‌بخشی در تدارک این مجموعه؛
 ۲. رویکرد تعامل دوجانبه با کشورهای اسلامی در کنار بهره‌گیری از تجربیات گسترده جهانی.
- یقین دارم پس از این اولین گام، شاهد مشارکت فراگیر اندیشمندان و علاقمندان این عرصه در سطح کشور و افزایش روزبه‌روز سرعت نوآوری‌ها در این حوزه مهم از مدیریت نظام سلامت و بهره‌مندی هم‌میهنان عزیز از مزایای نظارت و اعتباربخشی مراکز درمانی خواهیم بود.

دکتر کامران باقری لنکرانی

«وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»

پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی، در نظام سلامت کشور ما، روند پی‌ریزی و استقرار زیرساخت‌های شبکه بهداشت و درمان کشور تسریع شده و رشدیافت. اما بیشتر اقدام‌ها، در سطح اول خدمات (Primary Health Care) متمرکز شد و تا امروز، بنا به اقتضای زمانی و مکانی کشور، دو حلقه مفقوده این شبکه موارد زیر را شامل می‌شود:

۱. تکمیل زنجیره ارائه خدمات سلامت در سطوح دوم و سوم (درمان تخصصی و فوق تخصصی) و ایجاد یک شبکه واقعی به هم پیوسته و منسجم؛
 ۲. ارتقای سطح کیفی و اثربخشی خدمات سلامت، از ابتدایی‌ترین و محیطی‌ترین خدمات تا فوق تخصصی و متمرکزترین آن‌ها (یعنی از خانه بهداشت تا بیمارستان فوق تخصصی).
- خوشبختانه با تفکرات جدید و پویای سال‌های اخیر، از سال ۱۳۸۵ راهبردها و راهکارهای اجرایی موارد فوق در معاونت سلامت در حال شکل‌گیری و پیشرفت هستند. تکمیل شبکه ارائه خدمات با اجرای نظام ارجاع و گسترش خدمات پیشگیری و مراقبت اولیه به بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد انجام گرفت. اگرچه قدم اول درباره ارتقای کیفیت خدمات با استقرار پزشکان خانواده در روستاها و شهرهای کوچک برداشته شد، اما امروزه پس از گذشت چند دهه، معضل بزرگ نظام سلامت ما، مسئله کیفیت خدمات و همچنین، نحوه ارائه آن‌ها در بیمارستان‌ها است که به‌طور عمده از موضوع اول در بخش غیردولتی و از موضوع دوم در بخش دولتی، غفلت شده است. البته نگاه اکثر مردم و نمایندگان محترم ایشان و همچنین، رسانه‌ها و سازمان‌های صنفی مرتبط، به این بخش از خدمات نظام سلامت معطوف است و عمده مطالبات و شکایات‌ها هم مربوط به حوزه درمان و بیمارستان است.

در جهت رفع معضلات پیشگفت، با تدبیر هوشمندانه وزیر محترم و تلاش‌های همکاران دلسوز معاونت سلامت، چند اقدام مؤثر به‌طور هم‌زمان آغاز و هدایت گردید:

۱. طرح و بسط مبانی و مفاهیم نگرش نوین «محوریت بیمار در نظام مدیریت و ارائه خدمات بیمارستانی» با نگاه حاکمیت بالینی (Clinical Governance)؛

۲. طرح و بسط مبانی و مفاهیم «ارتقای مستمر کیفیت خدمات بیمارستانی» با نگاه تعالی بالینی (Clinical Excellence) و با استفاده از ابزار اعتباربخشی (Accreditation) برتر از الگوهای مدیریت کیفیت تجارت و صنعت (نظیر Sigma ۶، EFQM، ISO و ...)
۳. تحول نگاه و نظام ارزشیابی بیمارستان‌ها و مؤسسات پزشکی از الگوی ساختار محور قدیمی به الگوی طلایه‌دار و مترقی «اعتباربخشی» و ادغام و ایجاد ساختار اداری جدید؛
۴. تدوین استانداردهای «حوزه‌ای» و «عملکردی» بیمارستان‌ها و مؤسسات پزشکی، برگرفته از الگوهای موفق جهان و منطبق با سیاست‌های نظام سلامت و واقعیت‌های موجود کشور.
- ضمن تقدیر و تشکر از زحمات همکاران کوشا و ارجمندم که در این راه از بذل وقت ارزشمند خود دریغ ننمودند و در انجام مطالعه تطبیقی و ترجمه استانداردها مجدانه گام برداشتند، یادآور می‌گردد که این مجموعه صرفاً با هدف ارتقای دانش و آگاهی دست‌اندرکاران و مدیران اجرایی سلامت کشور در مقوله استانداردهای بیمارستانی تهیه و منتشر می‌گردد و تدوین و اجرایی نمودن استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور، فرایند دیگری است که هم‌اینک در حال انجام بوده و به‌زودی به بهره‌برداری خواهد رسید.

دکتر سیدحسین امامی رضوی
«معاون سلامت»

در هر نظام، مهم‌ترین وظایف حکومت در مقابل مردم تأمین امنیت، آموزش و سلامت است. در نظام مقدس جمهوری اسلامی نیز در جای‌جای قوانین به این مهم اشاره شده‌است. ازسوی دیگر، در جهان پرشتاب امروزی بحث رقابت در ارائه خدمات و به‌دست آوردن سهم بیشتری از بازار با تأکید بر ارائه خدمات باکیفیت بسیار پرطرفدار است.

امروزه، بهبود کیفیت در زمینه‌هایی مثل آموزش و پرورش، بهداشت و ... یک ضرورت است. در قلمرو بهداشت و سلامت، عواملی نظیر کمبود روزافزون بودجه، پافشاری مردم و دولت‌ها برای بهسازی گستره نظام‌های سلامت و ارتقای تجهیزات پزشکی، توجه به بهبود کیفیت را بااهمیت‌تر کرده‌است.

ازسوی دیگر، بهبود کیفیت نیازمند یک حرکت استراتژیک در سازمان است. سازمان‌هایی که اصولاً فاقد توانایی حرکت هستند، نمی‌توانند از این فرایند بهره‌برند. سازمان‌هایی لخت با مکانیزم‌های تصمیم‌گیری کند و بدون انعطاف؛ سازمان‌هایی که در آن چنددستگی مدیریتی وجود دارد؛ سازمان‌هایی که فرایندهای کاری در آن‌ها پیچیده و طولانی است؛ نوعاً نمی‌توانند فرصت‌ها را شناسایی کنند و حرکت‌های اساسی انجام دهند. پس این سازمان‌ها، ابتدا باید مسائل روزمره خود را حل کنند تا انجام حرکت‌های اساسی در آن‌ها امکان‌پذیر گردد.

امروزه، کیفیت ارائه خدمات و ارتقای آن در تمام سازمان‌ها از جمله سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی مفهومی آشنا و قابل قبول است. به موجب قانون، تمام مؤسسات و واحدهای بهداشتی - درمانی و پزشکی کشور اعم از بخش دولتی و خصوصی و خیریه، وابسته به نهادها و یا سازمان‌های غیردولتی، تحت نظارت و کنترل و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارند.

مرکز نظارت و اعتباربخشی درمان، ضمن هماهنگی با سایر ارکان وزارت بهداشت، متولی مستقیم امور ارزشیابی و نظارت بر فعالیت‌های درمانی در سطح کشور است. از جمله اهم وظایف و مسئولیت‌های این مرکز، سیاست‌گذاری‌های کلان ارزشیابی و نظارت، شامل برنامه‌ریزی، هماهنگی، تهیه دستورالعمل‌ها، تهیه و تدوین و ابلاغ استانداردهای ملی درمان

و آموزش آن‌ها در سطوح منطقه‌ای و دانشگاهی، پیگیری نحوه اجرای ضوابط استاندارد و نظارت عالیه بر نحوه ارزشیابی و بررسی نهایی گزارش‌ها و صدور گواهی‌نامه است.

مجموعه‌ای که پیش‌رو دارید، در راستای پیشبرد یکی از مهم‌ترین وظایف این مرکز، یعنی برنامه‌ریزی و تهیه و تدوین استانداردهای ملی درمان است. اگرچه تدوین دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور در طی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۶ و ابلاغ آن در مرداد ماه ۱۳۷۶، گام مهمی در این راستا بوده است، اما با گذشت ۱۱ سال از اجرا، نیاز به بازنگری آن با استفاده از دانش روز و پیشرفت‌های حاصله در این زمینه و نظرات تمام دست‌اندرکاران خدمات بهداشتی - درمانی بیمارستان‌ها، بر کسی پوشیده نیست.

این مجموعه برای آشناسازی تمام کارکنان بیمارستان‌های کشور با برنامه اعتباربخشی، به‌عنوان یکی از معتبرترین روش‌های ارزشیابی کنونی بیمارستانی در سطح جهان، تدارک دیده شده است. در این مجموعه، ضمن آشنایی با مفهوم برنامه اعتباربخشی، ترجمه‌های چهار برنامه ملی اعتباربخشی، در اختیار شما قرار می‌گیرد. دو برنامه اعتباربخشی JCI و اعتباربخشی مصر با روشی موسوم به Functional (بر پایه هر فعالیت خاص در بیمارستان) و برنامه اعتباربخشی لبنان با روش Departmental (بر پایه هر بخش در بیمارستان) و برنامه کشور فرانسه به صورت سطح‌بندی شده طراحی و تدوین گردیده است.

ذکر این نکته ضروری است که کارشناسان این مرکز در اداره ارزشیابی مراکز درمانی و سایر همکاران آن‌ها تلاش نموده‌اند که نهایت امانت را در ترجمه متون این مجموعه رعایت نمایند. اختلافاتی که بین پاره‌ای از استانداردهای اعتباربخشی این چهار کشور مشاهده می‌گردد، ناشی از نیازهای ویژه، خصوصیات سیستم درمانی، ویژگی‌های نیروهای انسانی از جمله تعداد نیروهای تخصصی بیمارستانی در هر رشته اعم از پزشکی، پرستار و سایر نیروها، منابع مالی و ... کشورهای فوق است. برنامه اعتباربخشی JCI به‌عنوان قدیمی‌ترین برنامه اعتباربخشی در جهان و دو برنامه اعتباربخشی مصر و لبنان به‌عنوان دو کشور منطقه EMRO و برنامه کشور فرانسه به‌عنوان نمونه‌ای از کشورهای توسعه‌یافته، حاوی نکات مهمی از نظر آشنایی با تغییر سیستم‌های ارزشیابی و نظارتی بیمارستانی در جهان، به سمت روش‌های فرایندی است.

همچنین، تأکید بر بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار به‌عنوان اساس و پایه برنامه اعتباربخشی، به وضوح در استانداردهای هر چهار برنامه ملی یادشده، مشاهده می‌گردد.

در این‌جا، لازم می‌دانم از زحمات دوستان گرامی جناب آقای دکتر کرانی مدیر کل محترم دفتر وزارتی و دکتر مهدوی ریاست محترم بیمارستان بقیه‌ا... که دانش و تجربیات گران‌قدر خود را در زمینه اعتباربخشی، بی‌شائبه در اختیار این مرکز قرار دادند، تشکر و تقدیر نمایم.

در پایان، از خوانندگان و استادان محترم خواهشمند است، این مرکز را از دیدگاه‌ها و نظرات اصلاحی خود بهره‌مند نمایند.

دکتر محمودرضا محقق

«رئیس مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان»

(ش)

سال‌هاست که کشورهای سراسر جهان مفهوم کیفیت را به سیستم‌های بهداشت و درمان خود وارد نموده‌اند؛ زیرا امروزه صرفاً فراهم‌نمودن و ارائه خدمات بهداشتی - درمانی مد نظر نیست، بلکه دریافت‌کنندگان خدمات، خواستار دریافت مراقبت‌های بهداشتی - درمانی باکیفیت هستند.

سیر تحول تدوین استانداردها در کشورهای مختلف نشان‌می‌دهد که استانداردهای بیمارستانی از شکل صرفاً ساختاری و دستوری، به استانداردهای متکی بر ارتقای مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت تغییر یافته‌اند. به‌عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا که سابقه چشم‌گیری در تدوین استانداردهای بیمارستانی دارد، این تحول از استانداردهای حداقلی آغاز شد که از سوی کالج جراحان آمریکا اعلام شد و ساختار اصلی واحد درمانی را ترسیم می‌نمود و تا جایگزینی فلسفه ارتقای مستمر کیفیت به جای نگرش سنتی تضمین کیفیت ادامه یافت.

به‌طور کل، استانداردهای ارزیابی فرایند، پیامد و ساختاری به تدریج جایگزین استانداردهای ارزیابی سنتی صرفاً مبتنی بر داده‌ها و ساختارهای فیزیکی شده‌است. البته این تغییر نگرش با برنامه‌ای مدون برای آشنایی مدیران و تصمیم‌گیرندگان همراه بوده و سال‌ها به طول انجامیده‌است تا اجرای برنامه‌های مدیریت جامع کیفیت در دنیا، در دستور کار متولیان نظام سلامت قرار گیرد و از تحمیل این برنامه به صورت دستوری نیز اجتناب گردد.



مفاهیم و تعاریف

بیمارستان

کمیته تخصصی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۲) «بیمارستان» را به عنوان یک بخش جامع از سازمان پزشکی - اجتماعی تعریف کرده است که برای جمعیت تحت پوشش خود، خدمات بهداشتی - درمانی کاملی شامل درمان، تشخیص، پیشگیری و سرپایی فراهم می کند. «بیمارستان» مرکزی است برای آموزش کارکنان بهداشتی - درمانی و تحقیقات زیستی - اجتماعی؛ بنابراین، از لحاظ عملی «بیمارستان» مؤسسه ای است که مراقبت های پرستاری و پزشکی را برای بیماران بستری فراهم می آورد. سایر فعالیت های «بیمارستان» شامل توانبخشی به بیماران بستری و سرپایی، پژوهش های اپیدمیولوژی بالینی و تحقیقات سازمانی و اجتماعی است (۱).

استاندارد

«استاندارد» عبارت است از شرایطی که تعیین کننده تحقق انتظارات در عملکرد، ساختار یا فرایندهایی است که در یک سازمان قادر به افزایش کیفیت خدمات باشد.



انواع مختلف استانداردها:

۱. استانداردهای ساختاری

استانداردهای ساختاری به مواردی اطلاق می‌شوند که ارائه خدمات را امکان‌پذیر می‌سازند؛ مانند انسان، منابع مالی و فیزیکی ...

۲. استانداردهای فرآیند

استانداردهای فرآیند به مواردی اطلاق می‌شوند که انجام می‌دهیم (فعالیت‌هایی که مراقبت، خدمات یا مدیریت را دربر می‌گیرند).

۳. استانداردهای پیامد (نتیجه)

استانداردهای پیامد نشان‌دهنده نتایج (بالینی و غیربالینی) در زمینه کاری است که با امکانات در دسترس انجام می‌دهیم.

به نظر می‌رسد که ترکیبی از استانداردهای ساختاری، فرآیند و نتیجه بهترین انتخاب برای کنترل کیفیت مراقبت و خدمات تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی - درمانی خواهد بود (۱).

پایش

«پایش» عبارت است از مراقبت از دریافت نشانه‌های انحراف یا عدم انحراف از معیار در کوتاه‌مدت و در جریان عملکرد فرایندهای اصلی بیمارستانی (۱).



ارزیابی و ارزشیابی

«ارزیابی» از دیدگاه صاحب نظران ۳ مقوله به شرح زیر دارد:.....

۱. ارزیابی برنامه پیش از اجرا

در برخی از متون معتبر، ارزیابی یا ارزشیابی پیش از اجرای برنامه را Appraisal
ثبت کرده‌اند.

۲. ارزیابی برنامه در جریان اجرا

در برخی از متون معتبر، این نوع ارزیابی را Assessment ثبت کرده‌اند.

۳. ارزیابی برنامه پس از خاتمه کار

در برخی از متون معتبر، این نوع ارزیابی را Evaluation ثبت کرده‌اند(۱).

ممیزی

«ممیزی» فرایندی است نظام‌مند، مستقل و مکتوب به منظور گردآوری شواهد عینی در تعیین میزان
برآورده شدن معیارهای استاندارد. ممیزی را می‌توان به سه نوع زیر بیان نمود:

۱. ممیزی داخلی یا ممیزی شخص اول

فرایند مذکور به وسیله خود سازمان یا به نمایندگی از طرف آن با مقاصد داخلی
انجام می‌شود که مبنای حصول اطمینان از نیل به اهداف سازمان است.



۲. ممیزی بیرونی یا ممیزی شخص دوم

به وسیله کسانی انجام می شود که از طرف های ذی نفع سازمان هستند.

۳. ممیزی شخص سوم

این ممیزی به وسیله سازمان های مستقل بیرونی انجام می شود. نتیجه ممیزی مستقل

معمولاً به تعیین درجه مؤسسه بهداشتی - درمانی می انجامد (۱).

اعتباربخشی

«اعتباربخشی» به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد. «اعتباربخشی» برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کار گرفته می شود.

خط مشی مراقبت های سلامت و درک آنچه به کیفیت مراقبت مربوط می شود و تمرکز بر روی اصول بنیادی برای یکپارچه نمودن توسعه سیستم بهداشت و درمان و پویانمودن آن، اساس «اعتباربخشی» را تشکیل می دهد (۲).

مجوز (پروانه)

«مجوز» اعطای اجازه رسمی (قانونی) برای انجام فعالیت های مرتبط با مراقبت سلامت بر اساس ضوابط بهداشت عمومی، تکنولوژی و تجهیزات و شرایط لازم کارکنان است. به بیان دیگر، «مجوز» یا



«پروانه» براساس یک سری ضوابط و استانداردهای پایه، توانایی و صلاحیت دارندگان آن را برای فراهم ساختن مراقبت سلامت تأییدمی نماید(۳).

◀ **وجه تمایز اعتباربخشی و مجوز(پروانه)**

صدور پروانه به عنوان فرایند ارزیابی یک مرکز ارائه کننده مراقبت های بهداشتی - درمانی، مجموعه ای از استانداردها است که حداقل ساختارهای لازم را برای انجام فعالیت، مورد بررسی قرارمی دهد. استانداردهای صدور پروانه به تجهیزات، ایمنی و تسهیلات فیزیکی (و نیروی انسانی) بیمارستان مربوط می شود که الزاماً برای ارائه مراقبت های پزشکی لازم هستند. اگر در مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی - درمانی این استانداردهای حداقل وجود داشته باشد، به آن مرکز پروانه اعطای می شود. در واقع، پروانه فعالیت مجوز دولت برای گشایش و فعالیت آن مرکز است که نشان می دهد امکان ارائه مراقبت های مؤثر را برای بیماران دارد. مرکزی که فاقد یکی از این شرایط حداقل است نمی تواند مراقبت مطمئن و مؤثری را برای بیماران فراهم سازد و نباید اجازه فعالیت داشته باشد، به عبارتی صدور پروانه متضمن حکم یا دستور فعالیت یا عدم فعالیت است.

به عبارت دیگر، صدور پروانه روی قابلیت سازمان (مراقبت سلامت) برای ارائه خدمات مراقبتی بر مبنای استانداردهای حداقل تمرکز دارد در حالی که اعتباربخشی سازمان های مراقبت سلامت، به عنوان یک ارزیابی خارج سازمانی، تمام اقدام های عینی، قابل اندازه گیری و قابل درجه بندی را مورد بررسی قرارمی دهند و استانداردهای آن بر ارتقای مستمر کیفیت و ایمنی



خدمات تأکیددارند. به‌طور کل، اعتباربخشی نباید به‌عنوان ابزاری برای صدور مجوز مورد استفاده قرار گیرد؛ اگرچه صدور مجوز پیش‌نیازی برای اعتباربخشی به‌شمار می‌رود (۱).

کیفیت

از یک دیدگاه، «کیفیت» عبارت است از مطابقت یک محصول یا خدمت با الزامات (نیازها و انتظارات مشتری) از پیش تعیین شده. یکی از آخرین تعاریفی که درباره کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده و هنوز هم اعتبار خود را حفظ کرده است عبارت است از سطحی از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق دانش حرفه‌ای روز باشد (۴).

«کیفیت» غالباً به معنی بهبود مستمر فرایندها و بهبود بیشتر به‌عنوان فرایندی از تعیین استانداردها، سنجش و ایجاد تحول است. عدم توفیق در تغییر رفتار مردم و سازمان بیشترین علت عدم کارایی اقدام‌های کیفی است. «کیفیت» مراقبت، درجه مطلوبیت عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات است که می‌تواند سبب رضایت گیرندگان خدمت گردد (۲).



منابع لازم برای بهبود کیفیت:

● زمان

فرصتی مناسب برای ایجاد بازخورد جهت همکاران؛

● داده‌ها

دسترسی مناسب، دقت کامل و به‌موقع بودن داده‌ها؛

● اطلاعات

راهنمای علمی و عملی برای استانداردها و معیارها؛

● مهارت‌ها

نحوه هماهنگی مهارت‌های فنی و آموزش متدولوژی؛

● پول

برای تجهیزات لازم، اطلاعات و آموزش (۲).

پیش‌نیازهای لازم به‌منظور بهبود کیفیت در خدمات مراقبت سلامت:

● اطلاعات

بازخورد عملکرد و مقایسه با دیگر سازمان‌ها؛

● حمایت کارکنان

عدم سرزنش و ملامت کارکنان و توسعه آموزش آنان؛

● ایجاد سیستم تشویق

ایجاد انگیزه برای بهبود؛

● سیستم

طراحی و مهندسی مجدد مطابق نیازهای مردم و بیماران؛

● مداخلات عمومی

کسب حمایت برای تغییر از طریق مشاوره (۲).



در سال‌های اخیر نظام‌های ارتقا و مدیریت کیفیت به سرعت متحول شده‌اند. در این مسیر

تحول، چهار مرحله تقریباً مشخص وجود داشته‌است:

۱. بازرسی،
۲. کنترل کیفیت،
۳. تضمین کیفیت،
۴. ارتقای مستمر کیفیت با مدیریت جامع کیفیت (۴).

بازرسی

«بازرسی» شامل فعالیت‌هایی از قبیل سنجش، ارزیابی یا آزمون یک یا چند ویژگی یک چیز و مقایسه نتایج آن با الزامات از پیش تعیین شده به منظور تعیین درجه تطبیق آن‌ها است. نظام بازرسی یک فرایند غربالگری است که پس از وقوع حادثه (تولید محصول یا ارائه خدمت) انجام می‌شود و فاقد جزء پیشگیری است (۴).

کنترل کیفیت

«کنترل کیفیت» شامل روش‌های اجرایی و فعالیت‌هایی است که به منظور دستیابی به الزامات کیفیت انجام می‌گیرند. با اینکه در «کنترل کیفیت» نیز سازوکار اصلی پیشگیری از محصولات و خدمات فاقد الزامات بازرسی است، ولی بیشتر از بازرسی به کنترل فرایندها و کاهش عدم مطابقت با الزامات منجر می‌شود. در هر حال، بازرسی و کنترل کیفیت به روش پلیسی و کارآگاهی، یعنی یافتن اشتباهات و رفع آن‌ها نه ریشه‌یابی و پیشگیری از بروز آنان (۴).



تضمین کیفیت

«تضمین کیفیت» بر ایجاد اطمینان از اینکه الزامات یا خواسته‌های مربوط به کیفیت برآورده خواهند شد، تمرکز دارد. در این شیوه، از روش‌های کنترل آماری فرایندها بیشتر استفاده می‌شود و مهم‌تر اینکه تأکید صرف از تشخیص مشکل به پیشگیری از آن منتقل می‌گردد (۴).

ارتقای مستمر کیفیت

«ارتقای مستمر کیفیت» رویکردی مبتنی بر سازمان است که هر فردی از اعضای سازمان در آن مشارکت دارد. همچنین، یک جهت‌گیری کیفیتی، مدیریتی و فلسفی است که بر سه محور مطالعه فرایندها، ارتقای مستمر و کسب رضایت مشتری‌ها تأکید دارد (۴).

◀ مدل‌های سرآمدی کسب‌وکار و جوایز کیفیت

اولین جایزه کیفیت تحت عنوان جایزه دمینگ، در سال ۱۹۵۱ از طرف یک مؤسسه ژاپنی بنا نهاده شد که اهدای آن همچنان ادامه دارد.

در اواخر دهه ۱۹۸۰، دو نگرش عمده، شیوه‌ها و نظام‌های مدیریت کیفیت سازمان‌ها را به‌طور محسوس تحت تأثیر قراردادند:

● استانداردهای سری ISO9000 و

● مدیریت کیفیت فراگیر.



برخلاف ایزو، یک استاندارد رسمی بین‌المللی که مشخص‌کند چگونه می‌توان استقرار و به‌کارگیری مدیریت کیفیت فراگیر را اندازه‌گیری و ارزیابی کرد، موجود نبود. به‌همین دلیل، تلاش‌هایی به‌منظور شناسایی و اندازه‌گیری معیارهای اصلی مدیریت کیفیت فراگیر، در کشورهای مختلف آغاز شد. یکی از اولین گام‌ها در سال ۱۹۸۳ و در کانادا با طرح جایزه کیفیت و سرآمدی کانادا برداشته شد. پس از آن، در سال ۱۹۸۷ جایزه ملی کیفیت مالکوم بالدريج در امریکا و در سال ۱۹۹۱ جایزه کیفیت بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت (EFQM) ارائه گردید (۵).

قوت‌ها و ضعف‌های دیدگاه‌های مختلف

در سال ۱۹۹۶، کمیسیون اروپا پروژه‌ای سه‌ساله را به‌عنوان پروژه Expert طراحی کرد. یکی از اهداف پروژه مذکور شناسایی و تحلیل نظام‌های مختلف برای بهبود کیفیت ارزیابی مستقل خارجی بود که در اتحادیه اروپا مورد استفاده قرار می‌گیرد. گروه تحقیق اتحادیه اروپا، ۴ گروه از استانداردهایی را که بیشتر در اروپا رایج بود مورد بررسی قرارداد.

حیطه و مقوله‌های این ۴ الگو عبارتند از:

۱. اعتباربخشی،
۲. بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت،
۳. سازمان استانداردهای بین‌المللی،
۴. بازرسی (۱).



این تحقیق نشان داد

۱. اعتباربخشی به طور اختصاصی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی طراحی و ارائه شده است. بنابراین، استانداردهای آن در مقایسه با ISO یا EFQM برای سازمان‌های بهداشتی - درمانی اختصاصی تر به شمار می‌آید. اعتباربخشی خواهان آن است که درجایی که تقاضای قاطعانه‌ای برای تعهد و شفافیت وجود دارد، به عنوان راهی برای هدایت نظارت دولت انتخاب شود.
۲. توانایی‌های EFQM در سادگی و آسان بودن آن است. اجرای آن نیز نسبتاً کم‌هزینه بوده و به طور تجربی در کشورهای مختلف با تفاوت‌هایی انجام شده است. در مراقبت‌های سلامت EFQM برای استانداردهای عملیاتی مناطق خاص سلامت که نقطه اشتراک با صنعت دارد، همچون نتایج بالینی رضایت‌مندی بیمار و پرسنل به کار برده می‌شود.
۳. ایزو به طور سنتی به عنوان راهی برای تضمین استاندارد کردن فرآورده‌ها و عملکردهای خاص (عمدتاً مستندسازی فرایندها و سیستم مدیریت) مورد استفاده قرار می‌گیرد. ایزو بیشتر در بخش‌های مکانیکال مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و حمل و نقل کاربرد دارد؛ ولی در تمام بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها نیز به کار گرفته می‌شود.
۴. فرایند ممیزی مطابق استانداردها صورت گرفته است و هدفی برای ارتقای سازمان ندارد.



کیفیت در بهداشت و درمان

در اواسط قرن نوزدهم، فلورانس نایتینگل ارتباط منطقی را بین کیفیت مراقبت پرستاری سربازان زخمی و کاهش میزان مرگ و میر دریافت که در طراحی چند معیار برای کیفیت مراقبت پرستاری تأثیرگذار بود. در ابتدای قرن بیستم، آبراهام فلکسنر (۱۹۱۰) تأثیر آموزش پزشکی را بر کیفیت مراقبت‌ها نشان داد و گزارش وی به تعطیلی چند دانشکده منجر شد و ارنست کادمن (۱۹۱۴) تأثیر پیگیری یک‌ساله در اعمال جراحی را اثبات کرد.

در سال ۱۹۱۳، کالج جراحان آمریکا به منظور بهبود وضع استاندارد کردن خدمات بیمارستانی بنیاد نهاده شد. کالج جراحان نسبت به استقرار برنامه استاندارد بیمارستانی در سال ۱۹۱۷ مبادرت نمود. این وضع به تنظیم تعدادی از اصول و معیارهایی انجامید که مبنای تعیین اعتبار را تشکیل داد.

تا سال ۱۹۴۹، بیش از نیمی از بیمارستان‌های ایالات متحده به صورت داوطلبانه در برنامه تعیین اعتبار شرکت کرده بودند. کالج جراحان آمریکا برای ارائه خدمات تعیین اعتبار به بیمارستان‌ها، که تعداد درخواست از سوی آن‌ها رو به فزونی می‌رفت، با تعدادی از سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی به تشکیل شورای مشترک تعیین اعتبار بیمارستان‌ها مبادرت نمود (این شورا بعدها نام خود را به کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی تغییر داد (JCAHO)).

پس از آن در سال ۱۹۵۲، کانادا^۱ و در سال ۱۹۷۴، استرالیا^۲ به اجرای اعتباربخشی پرداختند.

در سال ۱۹۹۸، کمیته مشترک بین‌المللی (JCI) به عنوان شاخه‌ای از کمیته مشترک ایالت متحده به وجود آمد و ویرایش جدید استانداردها مطابق با مأموریت ارتقای ایمنی و کیفیت مراقبت بیمار در

سراسر دنیا بازبینی مجدد گردید.

1. Canadian Commission on Hospital Accreditation
2. Australian Council on Hospital Standard



از دهه ۱۹۵۰ تا اوایل ۱۹۹۰، برنامه‌های اعتباربخشی فقط در کشورهای پیشرفته وجود داشت. اما افزایش نیاز به ارتقای کیفی خدمات بهداشتی - درمانی و آمارهای روبه‌تزايد خطاهای پزشکی، به گسترش چشم‌گیر آن در سال‌های اخیر منجر شد به طوری که در دهه ۱۹۹۰، در برخی از کشورهای در حال توسعه نیز اجرا شد و تا سال ۲۰۰۴، تقریباً ۶۰ کشور یا اجراکننده و یا در حال انجام پرونده‌های ایجاد برنامه‌های اعتباربخشی ملی مراقبت سلامت بودند.

نقش سازمان بهداشت جهانی در اقدام‌های اولیه اعتباربخشی

در سپتامبر سال ۲۰۰۲، اجلاسی در مصر برگزار گردید تا درباره اجرای نظام‌های اعتباربخشی بیمارستانی در سطح ملی، دستورالعمل‌ها و رهنمودهایی ارائه‌نماید. دفتر کشورهای عضو و دفتر منطقه‌ای EMRO در پاسخ به این تقاضا الگویی از اعتباربخشی بیمارستانی ارائه‌داد که برای منطقه مناسب بوده و به اندازه کافی انعطاف‌پذیر به نظر می‌رسید به نحوی که در سطح کشور متناسب و قابل اجرا تشخیص داده‌شد. با استفاده از این الگو، پیش‌نویسی از اعتباربخشی بیمارستانی ارائه‌داده‌شد که در کشورهای عضو به‌عنوان اصول راهنما در پایه‌ریزی برنامه‌ها و استانداردها و شاخص‌های اعتباربخشی ملی به‌شمار می‌آید.

◀ وجوه اصلی الگوی اعتباربخشی منطقه‌ای EMRO

۱. مالکیت ملی

تدوین استانداردهای ملی برای اعتباربخشی، سازگاری با اصول راهنمای سازمان بهداشت جهانی، شناسایی و آموزش بازرسان، نظارت بر کار بازرسان، اتخاذ تصمیماتی برای دادن آگاهی‌های لازم و حفظ نظام اعتباربخشی است.



۲. تعدد سازمانی

بدنه اعتباربخشی ملی چندسازمانه است و شامل مشهورترین و فعالترین برنامه‌ریزان بخش‌های دولتی و خصوصی در نظام سلامت است.

۳. جامع بودن اعتباربخشی

دستورالعمل‌ها نه تنها بر کیفیت خدمات بالینی بلکه بر کیفیت ارتباط و عملکردها با جامعه و سایر اجزای خدمات بهداشتی - درمانی ملی نظیر خدمات ارجاعی و آموزش نیروی کار در بخش بهداشت متمرکز است.

۴. رشد و تکثیر مداوم

پیوسته استانداردهایی با پیچیدگی بالاتر برای دستیابی به بهبود مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۵. یکپارچگی

خدمت یا بخش خاصی از بیمارستان نمی‌تواند به‌طور مجزا حتی در صورت برخورداری از تجهیزات خوب و کیفیت برتر، معتبر شناخته‌شود. در مجموع، بیمارستان یا دارای اعتبار است یا فاقد آن. توجه به این نکته بسیار ضروری است که بیمارستان یک واحد پراکنده و مجزا از هم به‌شمار نمی‌رود.

◀ جامعه بین‌المللی کیفیت مراقبت‌های سلامت (ISQUA)

در چند سال گذشته، افزایش چشم‌گیری در تمایل کشورها به اجرای برنامه اعتباربخشی به‌وقوع پیوسته‌است که مرکزیت و مشوق این امر جامعه بین‌المللی کیفیت مراقبت‌های سلامت (ISQUA) بوده‌است. ISQUA طی سال‌های متمادی کنفرانس‌ها و نشست‌هایی در زمینه اعتباربخشی برگزار نموده‌است. در کنفرانس سال ۱۹۹۸، این جامعه برنامه‌ای موسوم به برنامه ALPHA به‌تصویب رساند که مخفف دستورالعمل رهبری برنامه‌ها برای اعتباربخشی مراقبت‌های سلامت است.



سه اهرم قدرتمند برنامه آلفا:.....

۱. اثبات بین‌المللی این که اعتباربخشی یک فرایند ارزشیابی معتبر است.
۲. اثبات این که ارزشیابی خارجی با روش اعتباربخشی، راهی برای اندازه‌گیری فعالیت‌ها در سازمان‌های ملی با یک معنای واحد در اجرا است.
۳. پاسخ‌گوبودن به نیازهای بین‌المللی اعتباربخشی و قابلیت به اشتراک گذاشتن دانش و تجربیات در زمینه اعتباربخشی (۶).

◀ مدل‌های اعتباربخشی

در تدوین استانداردهای اعتباربخشی از دو مدل اصلی استفاده می‌شود:

۱. مدل عملکردی^۱ و
 ۲. مدل بخشی^۲.
- برخی کشورها از ترکیبی از این دو مدل نیز استفاده کرده‌اند. در مدل عملکردی که استانداردهای JCI نیز براساس آن تدوین شده‌است، محورهای همچون رعایت حقوق بیمار، دسترسی به خدمات مراقبتی، ارزیابی بیمار، ایمنی بیمار و ... در خصوص مراقبت از بیمار و نیز محورهایی مانند بهبود کیفیت، مدیریت و رهبری، ایمنی، مدیریت تأسیسات و ...، در رابطه با موضوعات مدیریتی بیمارستان مدنظر قرار می‌گیرند. اما در مدل بخشی، برای بخش‌های مختلف کلینیکی، پاراکلینیکی، پشتیبانی و مدیریتی به صورت مجزا استاندارد نوشته می‌شود. هر چند که چند موضوع اساسی همچون بهبود کیفیت، مستندسازی، آموزش کارکنان، جمع‌آوری و تحلیل داده، تدوین خط‌مشی‌ها و روش‌های ارائه خدمت و ... در تمام بخش‌ها مورد تأکید قرار می‌گیرند تا به یک فرهنگ سازمانی بدل شوند.

1. Functional
2. Departmental



◀ نحوه اعتباربخشی

اعتباربخشی زمانی انجام می‌شود که بیمارستان آمادگی کامل خود را به ارزیابان خارجی مبنی بر رعایت استانداردهای از پیش تعیین شده اعلام می‌نماید. استانداردهای اعتباربخشی براساس توانایی فراهم‌ساختن مراقبت توسط مدیریت و کارکنان بالینی، برای ارزیابی و اصلاح ساختار، فرایندها و نتایج مراقبت تعیین می‌شوند.

اعتباربخشی به بهبود مداوم نیاز دارد و صرفاً برای یک دوره زمانی تعیین شده انجام می‌شود. سازمان باید به‌طور موفق تحت ارزیابی مجدد دوره‌ای قرارگیرد تا موقعیت اعتبار داده‌شده را حفظ نماید (۳).

◀ اهداف اعتباربخشی

- به رسمیت شناختن و اعطای پاداش به آن دسته از بیمارستان‌هایی که اثبات می‌کنند در حال ارزیابی و ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت هستند.
- اعطای پاداش مالی در آینده به آن دسته از بیمارستان‌هایی که در اعتباربخشی موفق شده‌اند.
- بهبود مستمر کیفیت مراقبت سلامت و خدمات.
- افزایش اعتماد عمومی به مراقبت سلامت بیمارستان‌ها.
- بهبود افتخار ملی به سیستم مراقبت سلامت.

بسیار مهم است که تعریف روشن و واضحی از اعتباربخشی داشته‌باشیم و توافق جمعی (اتفاق آرا)

روی تعاریف وجود داشته‌باشد و مفهوم (تعریف) اعتباربخشی در بسیاری از موارد با نظر تمام

ذی‌نفعان مرتبط باشد (۳).



◀ دستاوردهای اعتباربخشی

- توجیه حمایت‌کننده از مکانیسم پرداخت‌ها.
 - افزایش اعتماد عمومی به کیفیت مراقبت‌ها و فراهم‌نمودن آن در سازمان‌ها.
 - کاهش عدم یکنواختی در کیفیت بین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت.
- اگرچه مثال‌های متعددی از کوشش‌های شکست‌خورده در برقراری برنامه‌های اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت از سلامت وجود دارد، ولی اعتباربخشی دارای ارزش انکارناپذیری است (۳).

◀ ویژگی‌های استانداردهای اعتباربخشی

- استانداردها باید قابل فهم باشند.
- محدوده استانداردها باید روشن باشد (اشاره بر این‌که این استاندارد چه چیز را پوشش می‌دهد).
- نوع استانداردها باید مشخص و واضح باشد (ساختاری، فرایندی و ...).
- استانداردها باید دارای محتوای جامع و بسیط باشند (قابل تشخیص برای فردی که از آن استفاده می‌کند).
- استانداردها باید توانایی اندازه‌گیری فرایندها را داشته باشند.
- استانداردها باید دارای یک فرایند هدفمند باشند (۷).
- استانداردها باید همسو با شرایط محلی، خط‌مشی‌های دولتی و نیازهای هر کشور باشد.



تعیین استانداردها همیشه از طریق فرایند مشاوره انجام شده است و در این رویه سعی می‌شود تا مشارکت لازم با کسانی که از استانداردها استفاده می‌کنند، به عمل آید. استانداردهای اعتباربخشی معمولاً به وسیلهٔ اجماع یا توافق متخصصان مراقبت سلامت و به منظور همگامی با آخرین پیشرفت‌های علمی متناوباً مورد بررسی و ویرایش قرار می‌گیرد (۳).

ارزشیابی بیمارستان؛ در ایران

نظام بهداشت و درمان ایران، به تبع نظام اداری آن، از یک شیوهٔ متمرکز متأثر است به طوری که جز در یک دورهٔ مشخص، دورهٔ فعالیت انجمن‌های بهداری، نظارت بر امور مراکز بهداشتی - درمانی، اجازهٔ فعالیت و اعمال ارزیابی کیفیت مراقبت و کمیت آن پیوسته به عهدهٔ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است. این وزارتخانه طی سال‌های گذشته به نام‌های وزارت بهداری و بهزیستی، وزارت بهداری و رفاه اجتماعی و ... فعالیت نموده است.

به طور اجمال، مسیر تحول در تدوین دستورالعمل‌های ارزشیابی بیمارستان‌های کشور را می‌توان به ۳ دورهٔ مشخص تقسیم نمود (۱):

۱. ارزشیابی و تهیه و تنظیم ضوابط و معیارهای واحدهای درمانی به هنگام شروع برنامهٔ سوم عمرانی (۱۳۴۱ تا ۱۳۴۶) به صورت امری تازه و بدیع و در قالب مجموعه‌ای براساس چکلیست‌هایی با ۲۱ فهرست، تمام بخش‌های درمانی اعم از سرپایی و بستری؛ واحدهای پشتیبانی اعم از کاخداری، تأسیسات، تهیه و توزیع غذا و رختشوی‌خانه؛ واحدهای تشخیصی؛ خدمات آموزشی و نیز واحدهای اداری و مدیریت بیمارستان را دربر می‌گیرد.



پرسشنامه‌ها درخصوص منبع و روش تدوین مجموعه مذکور با استفاده از تجربیات مراجع علمی بین‌المللی تنظیم شده است به طوری که براساس شواهد موجود، مبنای اصلی تنظیم مجموعه، ترجمه کتاب ایندیانا بوده است (۱).

۲. براساس ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۴، تمام مؤسسه‌ها و واحدهای بهداشتی - درمانی کشور که از طریق بخش خصوصی و غیردولتی در امر بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند، تحت نظارت، کنترل و برنامه‌ریزی این وزارتخانه قراردارند. آیین‌نامه اجرایی ماده مذکور مصوب سال ۱۳۶۵ (اصلاحات مصوب سال ۱۳۶۶) است (۱).

شواهد موجود نشان می‌دهد که از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۳، آیین‌نامه اجرایی فوق مبنای قانونی ارزشیابی بیمارستان‌ها بوده است. حوالی آذرماه سال ۱۳۷۳، حوزه معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعملی در ۲۵ صفحه به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ می‌کند که کلیات و اساس آن بر مبنای آیین‌نامه فوق‌الذکر است. براساس آن، نظارت بر عملکرد بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، خیریه و نهادها به دانشگاه‌های علوم پزشکی محول شد (۱).

شایان ذکر است که در سال ۱۳۷۴ با توجه به اهمیت و ویژگی‌های خاص بخش‌های مراقبت ویژه، دستورالعمل جداگانه‌ای برای ارزشیابی و درجه‌بندی بخش‌های مراقبت ویژه (به تفکیک CCU، ICU و NICU) از سوی دفتر ارزشیابی و نظارت معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و برای اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید. دستورالعمل مذکور هنوز مبنای ارزشیابی بخش‌های مراقبت ویژه است (۱).



۳. در ادامه، در مرداد ۱۳۷۶، در مسیر تغییر ضوابط و استانداردهای ارزشیابی، دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور ازسوی معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و ازسوی مقام عالی وزارت جهت اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید و اکنون نیز همچنان مبنای ارزشیابی بیمارستان‌های کشور است (۱).

چک‌لیست مذکور دارای دو فرم اصلی «الف» و «ب» است. فرم «الف» به ارزشیابی اورژانس و

فوریت‌های پزشکی بیمارستان‌های کشور مربوط است و شامل ۲ محور اصلی است:

محور اصلی الف/۱:

- ◆ نیروی انسانی،
- ◆ جنبه‌های ارزشی - اخلاقی،
- ◆ مراعات موازین شرعی،
- ◆ مسائل ساختاری،
- ◆ تجهیزات پزشکی و مصرفی دارویی،
- ◆ تجهیزات غیرپزشکی و ایمنی،
- ◆ ارائه سایر خدمات پزشکی.

محور اصلی الف/۲:

- ◆ شاخص‌های کیفی با عنوان‌های متوسط زمان انجام اولین ویزیت بالینی پزشک اورژانس،
- ◆ متوسط زمان انجام اولین خدمات پرستاری،
- ◆ میزان رضایت‌مندی مراجعان اورژانس.



فرم «ب» با عنوان برنامه ملی ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور شامل ۱۵ محور با

موضوعات ذیل است:

۱. مراعات ارزش‌های متعالی و ضوابط شرعی،
۲. رضایت‌مندی بیماران،
۳. مدیریت بیمارستانی،
۴. نیروی انسانی پزشکی،
۵. نیروی انسانی پرستاری،
۶. نیروی انسانی اداری و خدماتی و سایر ابعاد،
۷. بهداشت و نظافت،
۸. مدارک پزشکی و اطلاع‌رسانی،
۹. کمیته‌ها و شوراهای بیمارستانی،
۱۰. ساختار بیمارستانی و تأسیساتی،
۱۱. تجهیزات ایمنی،
۱۲. تجهیزات غیرپزشکی،
۱۳. تجهیزات پزشکی و دارو،
۱۴. آموزش و پژوهش،
۱۵. شاخص‌های کیفی:

- ارزیابی لازم پیش از عمل جراحی الکتیو،
- نسبت سزارین به کل زایمان‌های انجام‌شده،



- آنتی‌بیوتیک‌تراپی پروفیلاکتیک پیش از جراحی،
- راهنمای تسکین دردهای حاد و سرطانی پس از اعمال جراحی،
- تزریقات سالم،
- میزان عفونت بیمارستانی.

این شاخص‌های کیفی به منظور اجرای تشویقی از اول آبان ۱۳۸۲ و اجرای قانون‌مند آن از اول اردیبهشت ۱۳۸۳، برای تمام بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و خیریه و در تاریخ ۱۳۸۲/۶/۱۵ طی نامه شماره ۰۲/۸۵۹۵۸/س از طرف معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد. همچنین، در تاریخ ۱۳۸۵/۹/۲۹ طی نامه شماره ۰۲/۱۳۳۸۳۷/س که از طرف معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شده است، ۵ محور بهداشت و نظافت، مدارک پزشکی و اطلاع‌رسانی، کمیته‌های بیمارستانی، شاخص‌های کیفی بیمارستان و شاخص‌های کیفی اورژانس تحت عنوان محورهای اصلاح و رتبه‌بندی، مورد تأکید بیشتر قرار گرفتند (۱).

اکنون، با توجه به گذشت بیش از ده سال از آخرین بازنگری چک‌لیست‌های ارزشیابی و با توجه به این که طی سال‌های اخیر، نظام اعتباربخشی در کشورهای توسعه‌یافته و برخی کشورهای در حال توسعه به‌طور روزافزون در مسیر تکامل قرار گرفته است و امروزه در تعیین اعتبار باید به این اصل مهم و اساسی توجه داشت که مؤسسه‌های درمانی تا چه اندازه قابلیت تأمین نیازهای ایمنی، رفاهی، مراقبتی و حقوقی بیماران را دارا هستند، از نظر



نگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی

اقتصادی در چه رتبه و درجه‌ای از مقبولیت قرار دارند و به چه میزان قادرند اطمینان خاطر سازمان‌های بیمه‌گر را به‌عنوان حافظ منافع بیمه‌شدگان خود فراهم نمایند؛ برآن شدیم تا با ارائه نمونه‌هایی از استانداردهای اعتباربخشی جهان و منطقه، به معرفی دیدگاه‌های نوین اعتباربخشی بیمارستان‌ها پرداخته و با ایجاد زبان و درک مشترک از اعتباربخشی روز دنیا و به‌پشتوانه دانش و تجربه استادان و کارشناسان برجسته کشور، در مسیر تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران گام برداریم.

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کمیته مشترک بین المللی

در سال ۱۹۹۸، کمیته مشترک بین المللی به عنوان شاخه‌ای از کمیته مشترک ایالت متحده به وجود آمده و ویرایش جدید استانداردهای آن مطابق با مأموریت ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت بیمار در سراسر دنیا بازبینی مجدد شده است.

استانداردهای JCI با مشارکت بین المللی توسعه پیدا کرده و تجدید نظر شده اند. فرایند توسعه استانداردها به طور فعال به وسیله گروه کاری کارشناسان بین المللی انجام شده است که اعضای آن از مناطق مختلف جهان هستند. به علاوه، استانداردها به وسیله افراد در سراسر جهان از طریق اینترنت ارزیابی شده است. همین طور به وسیله دفترهای شوراهای مشورتی JCI در آسیا - اقیانوسیه، اروپا و خاورمیانه و دیگر کارشناسان رشته‌های مختلف مراقبت سلامت مورد بررسی قرار گرفته است.

ویرایش جدید استانداردها دنباله استانداردهای بین المللی JCI در ارتباط با خدمات درمانگاهی، مراقبت مداوم، آزمایشگاه‌های بالینی یا برنامه‌ها در شرایط ویژه بیمارستانی است.

استانداردهای JCI بر مبنای اعتباربخشی و اعطای گواهی نامه به مراکز مراقبت سلامت و برنامه‌های مرتبط جهانی هستند. به علاوه، برای توسعه و ایجاد برنامه‌های اعتباربخشی در بسیاری از کشورها استفاده شده‌اند و به وسیله آژانس‌های عمومی، وزارتخانه‌های بهداشت و دیگر پویندگان ارزیابی و



ارتقای ایمنی و کیفیت مراقبت بیمار مورد استفاده قرار گرفته‌اند. ویرایش سوم منعکس‌کننده تغییرات پویای به‌وجود آمده در مراقبت‌های سلامت در جهان است.

تکنیک‌ها و درمان‌های نوین به‌منظور خروج از روش‌های سنتی مراقبت بیمار به‌کار برده شده‌اند و بیماران ماورای روش‌های قدیمی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را دریافت نموده‌اند. پزشکان، پرستاران و متخصصان سلامت بیرون از مرزها حرکت کرده‌اند تا به فرصت‌های بهتر دست یابند. کارکنان بهداشتی در معرض مواجهه با عوامل بیولوژیکی و دیگر خطرات هستند. هر روزه مهارت‌های مراقبت سلامت به‌عنوان آموزش‌های اساسی دانشجویان متخصص سلامت به‌کار برده می‌شود. عوامل عفونت به‌سرعت در زمین پراکنده می‌شوند. زیان‌های خطاهای مراقبت بهداشتی مداوم اتفاق می‌افتد و تعداد و تنوع چالش‌های اخلاقی و قانونی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی افزایش مداوم دارد.

ویرایش سوم استانداردهای بیمارستانی با هدف دستیابی به این اهداف و دیگر موضوعات مرتبط جدید و استانداردهای بازبینی شده شامل فصل جدید با تمرکز بر اهداف بین‌المللی ایمنی بیمار، قوانین تصمیم‌گیری اعتباربخشی و خط‌مشی‌های بازبینی شده اعتباربخشی است.

مطابق با همه استانداردهای JCI، این ویرایش نیز شامل مجموعه کامل استانداردها، توضیحات، مفهوم هر استاندارد و اساس اندازه‌گیری برای سنجش مطلوبیت هر استاندارد است. این ساختار به خواننده اجازه می‌دهد که نیازهای ویژه استانداردها را شناسایی و درک نماید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره بیمارستان‌ها و دیگر برنامه‌های اعتباربخشی و اعطای گواهی نامه JCI، اهداف بین‌المللی ایمنی بیمار و دیگر ابتکارات JCI یا کمک در توسعه برنامه اعتباربخشی یک کشور خاص یا پشتیبانی در آماده‌سازی برای اجرای اعتباربخشی می‌توان به سایت اینترنتی این کمیته مراجعه نمود.



محورهای استاندارد
اعتباربخشی بیمارستانی
کمیته مشترک بین المللی

Access to Care and Continuity of Care	۱. دسترسی به درمان و تداوم درمان (ACC)
Patient and Family Rights	۲. حقوق بیمار و خانواده (PFR)
Assessment of Patients	۳. ارزیابی بیماران (AOP)
Care of Patients	۴. مراقبت از بیماران (COP)
Anesthesia and Surgical Care	۵. مراقبت جراحی و بیهوشی (ASC)
Medication Management and Use	۶. استفاده و مدیریت دارو (MMU)
Patient and Family Education	۷. آموزش بیمار و خانواده (PFE)
Quality Improvement Patient Safety	۸. بهبود کیفیت و ایمنی بیمار (QIPS)
Prevention and Control of Infections	۹. پیشگیری و کنترل عفونت (PCI)
Governance, Leadership and Direction	۱۰. نظارت، رهبری و مدیریت (GLD)
Management of Communication and Information	۱۱. مدیریت ارتباطات و اطلاعات (MCI)
Facility Management and Safety	۱۲. مدیریت تأسیسات و ایمنی (FMS)
Staff Qualifications and Education	۱۳. آموزش حین خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای (SQE)



دسترس‌ی به درمان و تداوم درمان

ACC (1)

بیماران به منظور دریافت خدمات بستری و یا سرپایی با توجه به رسالت و منابع سازمان و نیازهای شناسایی شده آنان پذیرش می‌شوند.

۱-۱ در سازمان، به منظور پذیرش بیماران بستری و ثبت نام بیماران سرپایی روش و فرایند

معینی وجود دارد.

۱-۱-۱ ارزیابی و درمان بیماران اورژانسی و یا اضطراری در اولویت است.

۱-۱-۲ در سازمان، با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان

به خدمات پیشگیری، تسکینی، درمانی و توانبخشی اولویت بندی می‌شود.

۲-۱ در زمان پذیرش، به بیماران بستری و خانواده‌های آنها اطلاعات مرتبط به نوع

مراقبت پیشنهاد و پیامدهای مورد انتظار از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار

توضیح داده می‌شود.

۳-۱ سازمان درصدد کاهش موانع جسمانی، زبانی، فرهنگی و ... در دسترسی بیماران

به خدمات درمانی و ارائه خدمات به آنان است.

۴-۱ پذیرش و یا انتقال بیماران از، یا به بخش‌های ویژه و یا سایر بخش‌های ارائه‌کننده

خدمات تخصصی براساس موازین معین انجام می‌شود.



ACC (۲)

سازمان به منظور ارائه خدمات مراقبتی مداوم به بیماران و هماهنگی درون سازمانی بین متخصصان و کادر حرفه‌ای سلامت فرایندهایی را برنامه‌ریزی و اجرا می‌نماید.

۱-۲ طی تمام فازهای مراقبتی، فرد واجد صلاحیت و توانمند حرفه‌ای به‌عنوان مسئول

مراقبت و درمان بیمار شناخته و مشخص شده‌است.

ACC (۳)

در سازمان خط‌مشی‌ای برای هدایت، ارجاع یا ترخیص مناسب بیماران وجود دارد.

۱-۳ سازمان با متخصصان خدمات بهداشتی - درمانی و مؤسسه‌های خارج از بیمارستان،

به‌منظور کسب اطمینان از ارجاع به‌هنگام و مناسب بیماران هماهنگی می‌نماید.

۲-۳ در پرونده بیماران تصویر خلاصه پرونده آنان موجود است.

۳-۳ هنگام ترخیص و یا ارجاع، دستورالعمل‌های قابل درک برای پیگیری، به بیماران

و یا در صورت لزوم خانواده آنان داده می‌شود.



ACC (۴)

در راستای برآورده نمودن تداوم نیازهای درمانی بیماران، خط‌مشی‌ای به منظور هدایت و انتقال مناسب بیماران به سازمان‌های دیگر وجود دارد.

۱-۴ سازمان ارجاع‌دهنده معین می‌نماید که آیا سازمان مقصد قادر به برآورده نمودن

مداوم نیازهای درمانی - مراقبتی بیماران است.

۲-۴ توسط سازمان ارجاع‌دهنده خلاصه‌ای مکتوب از وضعیت بالینی بیمار و مداخلات

انجام شده به سازمان مقصد ارائه می‌شود.

۳-۴ در زمان انتقال مستقیم بیمار، یکی از کادرهای درمانی واجد صلاحیت و توانمند

از نظر حرفه‌ای وضعیت بیمار را پایش می‌نماید.

۴-۴ فرایند انتقال در پرونده بیمار ثبت می‌شود.

ACC (۵)

در فرایند ارجاع، انتقال و ترخیص بیماران، نیازهای حمل و نقل بیماران مد نظر قرار می‌گیرند.

ACC (۶)

خدمات حمل و نقل پزشکی مطابق با قوانین، مقررات و الزامات لازم برای اخذ گواهی نامه است.

۱-۶ خدمات حمل و نقل درمانی از طریق فرایندهای مدیریت شده‌ای صورت می‌گیرد که

به خوبی ایمنی کارکنان و کیفیت خدمات حمل و نقل را تأمین می‌کند.



حقوق بیمار و خانواده

PFR (1)

سازمان مسئول ارائه فرایندهایی است که از حقوق بیماران و خانواده آنان طی دوران مراقبت حمایت می‌نمایند.

۱-۱ مراقبت با ملاحظه و رعایت احترام نسبت به ارزش‌های شخصی و اعتقادات بیماران صورت می‌گیرد.

۱-۱-۱ سازمان فرایندی در پاسخ به درخواست‌های بیماران و خانواده آنان در زمینه خدمات عبادی و یا درخواست‌های مشابه در رابطه با اعتقادات مذهبی و معنوی آنها دارد.

۲-۱ مراقبت با احترام به نیاز بیماران در رعایت حریم خصوصی آنها انجام می‌گیرد.

۳-۱ سازمان اقدام‌های پیشگیرانه‌ای را برای جلوگیری از دزدیده یا گم شدن وسایل و دارایی‌های بیماران انجام داده است.

۴-۱ بیماران در برابر حملات فیزیکی محافظت شده هستند.

۵-۱ کودکان، افراد ناتوان، سالمندان و دیگر جمعیت‌های در خطر از حمایت مناسبی برخوردار هستند.

۶-۱ اطلاعات بیماران محرمانه است.



PFR (۲)

سازمان حقوق بیماران و خانواده آنان را در زمینه مشارکت در فرایند مراقبت رعایت می‌نماید.

۱-۲ سازمان به بیماران و خانواده آنان درباره چگونگی آگاهی آنها از وضعیت پزشکی

و هر تشخیص قطعی که برای بیمار مطرح شده است، اطلاعات کافی می‌دهد.

همچنین، در زمینه برنامه مراقبت و درمان و نحوه مشارکت در اتخاذ تصمیمات

مراقبتی با وسعتی که خودشان مایل باشند، آگاهی خواهند یافت.

۱-۱-۲ سازمان به بیماران و خانواده آنان در رابطه با چگونگی توضیح در زمینه پیامدهای

مراقبت و درمان، شامل پیامدهای دور از انتظار اطلاعات می‌دهد و مشخص می‌نماید

چه کسی این توضیحات را به آنها ارائه خواهد کرد.

۲-۲ سازمان بیماران و خانواده آنان را در خصوص حقوق و مسئولیت‌های آنها در زمینه رد

ادامه درمان آگاه می‌سازد.

۳-۲ سازمان به خواسته‌ها و ترجیحات بیماران در زمینه رد استفاده از خدمات احیا و یا

چشم‌پوشی از درمان‌های نگهدارنده حیات احترام می‌گذارد.

۴-۲ سازمان حقوق بیماران را در زمینه ارزیابی و کنترل مناسب درد رعایت می‌نماید.

۵-۲ سازمان حقوق بیماران را در زمینه تأمین مراقبت‌های محترمانه و توأم با دلسوزی

در مراحل انتهایی زندگی رعایت می‌نماید.



PFR (۳)

سازمان به بیماران و خانواده آنان در رابطه با فرایند دریافت شکایات و اقدام‌های متعاقب آن و همچنین، چگونگی عملکرد بیمارستان در زمان بروز تعارضات و اختلافات میان موارد مطلوب مراقبتی از نظر بیماران و بیمارستان و حقوق بیماران در اقدام به انجام این فرایندها آگاهی می‌دهد.

PFR (۴)

کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید بیماران و رعایت حقوق آنان آموزش دیده‌اند.

PFR (۵)

به همه بیماران در رابطه با حقوق آن‌ها به شیوه‌ای قابل درک توضیح داده می‌شود.

PFR (۶)

رضایت آگاهانه بیماران توسط کارکنان آموزش دیده، طی فرایندی که بیمارستان مشخص نموده‌است، اتخاذ می‌گردد.

۱-۶ بیماران و خانواده آنان اطلاعات مناسب در زمینه بیماری، درمان یا درمان‌های پیشنهادی

و ارائه‌کنندگان مراقبت دریافت می‌نمایند؛ بنابراین، می‌توانند در زمینه مراقبت تصمیم‌گیری نمایند.

۲-۶ سازمان فرایندی در رابطه با مواردی که فرد دیگری به جای بیمار رضایت می‌دهد، در

قالب قوانین و فرهنگ موجود، ایجاد کرده‌است.

۳-۶ رضایت آگاهانه اقدام‌های درمانی که هنگام پذیرش بستری یا اولین پذیرش سرپایی

بیمار اخذ می‌گردد، دارای حد و حدود واضحی است.



۴-۶ رضایت آگاهانه پیش از جراحی، بیهوشی، استفاده از خون و دیگر فرآورده‌های خونی و

سایر درمان‌ها یا اقدام‌های درمانی پرخطر اخذ می‌گردد.

۱-۴-۶ سازمان فهرستی از انواع درمان‌ها و اقدام‌هایی که نیازمند اخذ رضایت‌نامه آگاهانه

است، تهیه کرده‌است.

PFR (۷)

سازمان بیماران و خانواده آنان را از چگونگی دسترسی به تحقیقات بالینی، بررسی‌ها و کارآزمایی‌های

بالینی که روی انسان انجام گرفته‌است، مطلع می‌گرداند.

۱-۷ سازمان بیماران و خانواده آنان را در زمینه چگونگی حفاظت از شرکت‌کنندگان در

تحقیقات بالینی، بررسی‌ها و کارآزمایی‌های بالینی آگاه می‌سازد.

PFR (۸)

رضایت آگاهانه پیش از مشارکت بیمار در تحقیق بالینی، بررسی و کارآزمایی بالینی اخذ می‌گردد.

PFR (۹)

سازمان، کمیته یا روش دیگری برای نظارت بر تمام تحقیقاتی که روی انسان انجام می‌شود، ایجاد کرده‌است.

PFR (۱۰)

سازمان، بیماران و خانواده آنان را از چگونگی انتخاب دهنده ارگان یا بافت آگاه می‌نماید.

PFR (۱۱)

سازمان، فرایند نظارت بر خارج ساختن عضو از دهنده و انتقال آن را ایجاد نموده‌است.



ارزیابی بیماران

AOP (1)

از طریق فرایند ارزیابی معین، نیازهای مراقبتی تمام بیماران دریافت‌کننده خدمات سازمان تعیین شده است.

۱-۱ سازمان حدود و محتوای ارزیابی‌ها را براساس قوانین و مقررات کاربردی و

استانداردهای حرفه‌ای معین می‌نماید.

۲-۱ هر ارزیابی اولیه از بیماران شامل ارزیابی عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی و

اقتصادی و مبتنی بر معاینات بالینی و اخذ تاریخچه وضعیت سلامتی است.

۳-۱ نیازهای پرستاری و پزشکی بیماران از طریق ارزیابی‌های اولیه مشخص می‌شود.

۱-۳-۱ ارزیابی اولیه پزشکی و پرستاری بیماران اورژانسی با نیازها و وضعیت آنان

متناسب است.

۴-۱ ارزیابی‌ها در یک محدوده زمانی تعیین شده توسط سازمان تکمیل می‌شود.

۱-۴-۱ ارزیابی اولیه پزشکی و پرستاری بیمار طی ۲۴ ساعت ابتدایی پس از پذیرش

و بستری بیمار و یا با توجه به خط‌مشی بیمارستان و یا وضعیت بیمار، سریع‌تر

تکمیل می‌شود.



۵-۱ یافته‌های ارزیابی بیماران در پرونده آن‌ها ثبت و در دسترس مسئولان درمانی قرار می‌گیرد.

۱-۵-۱ ارزیابی اولیه پزشکی پیش از بیهوشی و درمان جراحی مستند می‌شود.

۶-۱ بیماران از نظر وضعیت تغذیه‌ای و نیازهایشان برای کارکرد فیزیکی بدن غربالگری شده و برای ارزیابی تکمیلی و درمان ضروری ارجاع می‌شوند.

۷-۱ سازمان ارزیابی اولیه فردی - اختصاصی را برای گروه‌های خاصی که تحت مراقبت آن هستند، انجام می‌دهد.

۸-۱ ارزیابی اولیه شامل تعیین نیازهای بیماران برای ارزیابی‌های تخصصی بیشتر است.
۱-۸-۱ ارزیابی اولیه شامل تعیین نیازهای بیماران می‌شود که هنگام ترخیص در قالب برنامه ترخیص گنجانده شده است.

۲-۸-۱ تمام بیماران از نظر درد غربالگری و در زمان درد ارزیابی می‌شوند.

AOP (۲)

تمام بیماران در فواصل زمانی متناسب برای تعیین پاسخ آن‌ها به درمان، برنامه‌ریزی برای ادامه درمان و ترخیص ارزیابی مجدد می‌شوند.

AOP (۳)

کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیماران را انجام می‌دهند.



AOP (۴)

پزشکان، پرستاران و سایر افراد مسئول مراقبت بیمار به منظور تجزیه و تحلیل و یکپارچه نمودن ارزیابی های بیماران با یکدیگر همکاری می نمایند.

۱-۴ اضطراری ترین و مهم ترین نیازهای مراقبتی بیماران مشخص می شود.

AOP (۵)

خدمات آزمایشگاهی و سایر خدمات مشابه به منظور رفع نیازهای بیماران در دسترس هستند و در صورت کاربرد با استانداردها، قوانین و مقررات محلی و کشوری مطابقت می نمایند.

۱-۵ برنامه ایمنی آزمایشگاه موجود بوده، پیگیری شده و مستند می شود.

۲-۵ افراد با آموزش های علمی و عملی، مهارت ها، توجیه و تجربه مناسب بررسی های آزمایشگاهی را انجام و نتایج را تفسیر و گزارش می نمایند.

۳-۵ نتایج بررسی های آزمایشگاهی با توجه به محدوده زمانی مشخص شده توسط سازمان ارائه می شوند.

۴-۵ تمام تجهیزات مورد استفاده در فعالیت های آزمایشگاه به صورت منظم بازدید، تعمیر، نگهداری و کالیبره می شوند و گزارش های مناسب برای این فعالیت ها ثبت می شود.

۵-۵ مواد اولیه ضروری دستگاه ها و سایر وسایل مصرفی به صورت منظم در دسترس هستند.

۶-۵ فرایندهایی برای جمع آوری، تشخیص، جابه جایی، حمل و نقل ایمن و جابه جایی نمونه ها در ظرف های آزمایشگاهی پی گیری و اجرا می شوند.

۷-۵ به منظور تفسیر و گزارش نتایج بالینی آزمایشگاهی محدوده نرمال معین شده و موجود است.



- ۸-۵ افراد واجد صلاحیت مسئول مدیریت خدمات آزمایشگاه بالینی و یا پاتولوژی هستند.
- ۹-۵ فرایندهای کنترل کیفیت موجود بوده، پی گیری شده و مستند می شوند.
- ۹-۵-۱ فرایندی برای آزمون مهارت وجود دارد.
- ۱۰-۵ سازمان نتایج کنترل کیفیت را به صورت منظم برای تمام منابع خارجی خدمات آزمایشگاهی مرور می نماید.
- ۱۱-۵ سازمان در صورت لزوم به کارشناسان در حیطه های تشخیص تخصصی دسترسی دارد.

AOP (۶)

خدمات رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی و سایر خدمات مشابه به منظور رفع نیازهای بیماران در دسترس هستند و در صورت کاربرد با استانداردها، قوانین و مقررات محلی و کشوری مطابقت می نمایند.

- ۱-۶ خدمات رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی به وسیله سازمان ارائه می شود و یا از طریق قرارداد با منابع خارجی به آسانی در دسترس قرار می گیرد.
- ۲-۶ برنامه ایمنی اشعه موجود بوده، پیگیری شده و مستند می شود.
- ۳-۶ افراد با آموزش های علمی و عملی، مهارت ها، توجیه و تجربه مناسب بررسی های تشخیصی تصویربرداری را انجام و نتایج را تفسیر و گزارش می نمایند.
- ۴-۶ نتایج بررسی های تشخیصی تصویربرداری و رادیولوژی با توجه به محدوده زمانی مشخص شده توسط سازمان ارائه می شوند.



استانداردهای اعتباربخشی
بیمارستانی کمیته مشترک بین‌المللی

۵-۶ تمام تجهیزات مورد استفاده در انجام بررسی‌های تشخیصی تصویربرداری و رادیولوژی

به صورت منظم بازدید، تعمیر، نگهداری و کالیبره می‌شوند و گزارش‌های مناسب برای این فعالیت‌ها ثبت می‌شود.

۶-۶ فیلم X-ray و سایر وسایل مصرفی در دسترس هستند.

۷-۶ افراد واجد صلاحیت مسئول مدیریت خدمات رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی هستند.

۸-۶ فرایندهای کنترل کیفیت موجود بوده، پیگیری شده و مستند می‌شوند.

۹-۶ سازمان به طور منظم نتایج کنترل کیفیت تمام منابع خارجی ارائه‌کننده خدمات تشخیصی را، مورد بازبینی و نقد قرار می‌دهد.

۱۰-۶ سازمان در صورت لزوم به کارشناسان در حیطه‌های تشخیص تخصصی دسترسی دارد.



مراقبت از بیماران

COP (1)

خط‌مشی‌ها، روش‌ها، قوانین کاربردی و آیین‌نامه‌ها، راهنمای مراقبت یکسان از تمام بیماران را فراهم می‌کنند.

COP (۲)

فرایندی وجود دارد که یکپارچگی و هماهنگی تأمین مراقبت برای تمام بیماران را فراهم می‌کند.

۱-۲ مراقبت از هر بیمار طراحی و در پرونده او ثبت شده است.

۲-۲ کسانی که مجاز به ثبت دستورات برای بیمار هستند، آنها را در یک محل یکسان

در پرونده بیمار ثبت می‌کنند.

۳-۲ اقدام‌های درمانی انجام شده در پرونده بیمار ثبت می‌شود.

۴-۲ بیماران و همراهان وی از پیامدهای مراقبت و درمان و حتی پیامدهای غیرقابل

پیش‌بینی و احتمالی آگاه شده‌اند.



COP (۳)

خط‌مشی‌ها و روش‌ها، مراقبت از بیماران پرخطر و تأمین خدمات ویژه را شرح می‌دهند.

۱-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌ها، چگونگی مراقبت از بیماران اورژانسی را نشان می‌دهند.

۲-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌ها، چگونگی کاربرد خدمات احیا(عملیات احیا) را در سازمان

شرح می‌دهند.

۳-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌ها، چگونگی جابه‌جایی، کاربرد و تجویز خون و ترکیبات

خونی را شرح می‌دهند.

۴-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های مربوط به چگونگی مراقبت از بیمارانی که نیازمند حمایت

حیاتی بوده و یا در کما هستند، تدوین شده‌است.

۵-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های مربوط به مراقبت از بیماران دارای بیماری مسری و یا

نقص ایمنی، تدوین شده‌است.

۶-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های مربوط به مراقبت از بیماران دیالیزی، تدوین شده‌است.

۷-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های مربوط به چگونگی محدود کردن بیمار و همچنین مراقبت

از بیماران مهارشده، تدوین شده‌است.

۸-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های مربوط به چگونگی مراقبت از بیماران مسن، افراد ناتوان،

کودکان و جمعیت در خطر سوءاستفاده^۱ تدوین شده‌است.

۹-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های مربوط به چگونگی مراقبت از بیماران تحت شیمی‌درمانی

و یا سایر داروهای پرخطر تدوین شده‌است.



COP (۴)

امکان انتخاب غذاهای متنوع و متناسب با وضعیت تغذیه‌ای بیمار و هماهنگی با وضعیت مراقبت‌های کلینیکی وی به‌طور منظم وجود دارد.

۱-۴ آماده‌سازی، جابه‌جایی، انبارکردن و توزیع غذا ایمن و هماهنگ با قوانین، آیین‌نامه‌ها و آداب رایج (عرف) قابل قبول است.

COP (۵)

بیماران در معرض خطر سوء تغذیه (خطر تغذیه‌ای) درمان تغذیه‌ای دریافت می‌کنند.

COP (۶)

از بیماران برای مهار درد به‌طور مؤثر حمایت می‌گردد.

COP (۷)

سازمان چگونگی مراقبت از بیماران در حال احتضار را شرح می‌دهد.

۱-۷ همان‌طور که خدمات و مراقبت‌های مناسب بیماران در حال احتضار ارائه می‌گردد،

ارزیابی‌های مجدد این بیماران و خانواده‌های آنان برای برآورده‌ساختن نیازهای فردی آن‌ها طراحی می‌گردد.

۲-۷ مراقبت مطلوب از بیماران در حال احتضار برای تأمین راحتی و رعایت شأن و

احترام و منزلت آنان صورت می‌گیرد.



مراقبت جراحی و بیهوشی

ASC (۱)

خدمات بیهوشی برای تأمین نیازهای بیماران در دسترس هستند و در تمام این خدمات، استانداردهای ملی و محلی قابل اجرا، قوانین، آیین‌نامه‌ها و استانداردهای حرفه‌ای رعایت شده‌اند.

ASC (۲)

یک فرد واجد صلاحیت، سرپرستی خدمات بیهوشی را برعهده دارد.

ASC (۳)

خط‌مشی‌ها و روش‌ها، نحوه مراقبت از بیمارانی را که تحت آرام‌بخشی متوسط و عمیق قرار گرفته‌اند، مشخص می‌نمایند.

ASC (۴)

یک فرد واجد صلاحیت، ارزیابی پیش از بیهوشی و القاء را هدایت می‌نماید.



ASC (۵)

۱-۵ هر مراقبت بیهوشی بیماران، برنامه‌ریزی و مستند شده‌است.

۲-۵ بیهوشی انجام‌شده و تکنیک بیهوشی به‌کار رفته در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده‌است.

۳-۵ وضعیت فیزیولوژیک بیمار طی بیهوشی به‌طور مستمر پایش و در پرونده پزشکی

وی ثبت می‌شود.

ASC (۶)

وضعیت پس از بیهوشی بیمار پایش و ثبت می‌گردد و ترخیص وی از قسمت ریکاوری^۱، توسط یک فرد واجد صلاحیت یا با استفاده از معیارهای مشخص‌شده، صورت می‌گیرد.

ASC (۷)

۱-۷ در رابطه با خطرات احتمالی، مزایا و روش‌های جایگزین با بیمار، خانواده او یا

هر کس که برای وی تصمیم‌گیری می‌نماید، صحبت شده‌است.

۲-۷ جراحی انجام‌شده در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده‌است.

۳-۷ وضعیت فیزیولوژیک بیمار طی جراحی و بلافاصله پس از آن، به‌طور مستمر

پایش و در پرونده پزشکی وی ثبت شده‌است.

۴-۷ نحوه مراقبت از بیمار پس از جراحی برنامه‌ریزی و ثبت شده‌است.



استفاده و مدیریت دارو

MMU (۱)

استفاده از دارو در سازمان مطابق با قوانین و مقررات و متناسب با نیاز بیماران سازمان‌دهی شده است.

۱-۱ یک دکتر داروساز دارای پروانه، بر داروخانه و خدمات دارویی نظارت می‌نماید.

MMU (۲)

یک مجموعه دارویی مناسب برای تجویز در نسخه یا دستورات دارویی بیماران، در انبار دارویی وجود دارد یا به سهولت قابل دسترسی است.

۱-۲ روشی برای نظارت بر فهرست دارویی و نحوه استفاده از داروها موجود است.

۲-۲ بیمارستان قادر است داروهای مورد نیاز را در مواردی که دارویی در انبار دارویی

وجود ندارد یا به‌طور معمول در دسترس بیمارستان نیست و یا زمانی که داروخانه

بیمارستان تعطیل است، به‌سهولت تهیه‌نماید.

MMU (۳)

داروها به‌طور مناسب و ایمن انبار می‌شوند.

۱-۳ خط‌مشی بیمارستان به‌طور مناسب از ذخیره مطلوب داروها و فرآورده‌های تغذیه‌ای

پشتیبانی می‌نماید.



۲-۳ داروهای اورژانسی که خارج از داروخانه ذخیره شده‌اند، قابل دسترسی، قابل نظارت و ایمن هستند.

۳-۳ سازمان یک سیستم فراخوان دارویی دارد (برای بازگرداندن داروها در موارد لزوم).

MMU (۴)

خط‌مشی‌ها و روش‌های راهنما برای تجویز دارو در نسخه‌ها و دستورات دارویی وجود دارد.

۱-۴ بیمارستان اصول یک دستور یا نسخه کامل دارویی و انواع دستورات دارویی مورد پذیرش و قابل استفاده را مشخص کرده‌است.

۲-۴ بیمارستان افراد واجد صلاحیتی را که مجاز به نوشتن نسخه و دستورات دارویی برای بیماران هستند، مشخص نموده‌است.

۳-۴ داروهایی که برای بیمار تجویز شده و به وی داده می‌شوند، در پرونده پزشکی وی ثبت می‌گردند.

MMU (۵)

داروها در یک محیط ایمن و تمیز آماده و توزیع می‌شوند.

۱-۵ دستورات و نسخه‌های دارویی از جهت متناسب بودن با بیمار مورد بازنگری قرار می‌گیرند.

۲-۵ در بیمارستان یک سیستم توزیع دارویی مناسب که دُز دارویی صحیح را در زمان مناسب به بیمار تحویل می‌دهد، برقرار شده‌است.



MMU (۶)

سازمان افراد واجد صلاحیتی را که اجازه دارند داروی تجویز شده را به بیمار بدهند، مشخص نموده است.

۱-۶ دادن دارو، فرایند تأیید انطباق دارو با دستورات دارویی را شامل می‌شود.

۲-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌هایی برای داروهایی که بیمار خارج از بیمارستان مصرف می‌کرده

و به همراه دارد و یا به‌عنوان نمونه دارویی آورده، تدوین شده است.

MMU (۷)

اثرات دارو روی بیماران پایش می‌شوند.

۱-۷ خط‌های دارویی با یک فرایند زمان‌بندی شده که توسط بیمارستان مشخص

شده است، گزارش می‌شوند.



آموزش بیمار و خانواده

PFE (۱)

بیمارستان برنامه‌ای آموزشی ارائه می‌نماید که مشارکت بیمار و خانواده او را در تصمیم‌گیری و فرایند مراقبت جلب نماید.

PFE (۲)

نیازهای آموزشی بیماران ارزیابی و در پرونده پزشکی آنان ثبت می‌شود.
۱-۲ توانایی و تمایل بیماران و خانواده آنان برای یادگیری ارزیابی می‌شود.

PFE (۳)

آموزش بیماران به تداوم برآورده‌نمودن نیازهای سلامتی آنان کمک می‌کند.

PFE (۴)

آموزش بیماران و خانواده آنان برای مراقبت مناسب شامل موارد زیر است:

- ◀ استفاده ایمن از داروها،
- ◀ راهنمایی‌های تغذیه‌ای،
- ◀ استفاده ایمن از تجهیزات،
- ◀ مدیریت درد،
- ◀ تداخلات بین غذا و دارو،
- ◀ روش‌های توانبخشی.



PFE (۵)

روش‌های آموزشی با لحاظ ارزش‌ها، ترجیحات بیماران و خانواده آنان و تعامل مناسب بین بیمار، خانواده و کارکنان صورت می‌گیرد.

PFE (۶)

هماهنگی لازم بین گروه‌های مختلف پزشکی در خصوص مطالب آموزشی صورت می‌گیرد.



بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

QPS (1)

کسانی که مسئولیت مدیریت و اداره سازمان را به عهده دارند، در برنامه ریزی و پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار شرکت می نمایند.

۱-۱ رهبران سازمان در انجام دادن برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار همکاری می کنند.

۲-۱ رهبران اولویت بندی فرایندهایی را که باید پایش شوند و همچنین، فرایندهای

مؤثر در بهبود کیفیت و ایمنی بیمار را انجام می دهند.

۳-۱ رهبران تکنولوژی لازم و دیگر ابزارهای حمایتی را از برنامه های بهبود کیفیت

و ایمنی بیمار فراهم می کنند.

۴-۱ اطلاعات مربوط به بهبود کیفیت و ایمنی بیمار به تمام کارکنان منتقل می گردد.

۵-۱ کارکنان برای مشارکت در این برنامه آموزش دیده اند.

QPS (۲)

سازمان سیستم ها و فرایندهای جدید و اصلاح شده را مطابق اصول بهبود کیفیت طراحی می کند.

۱-۲ دستورالعمل های درمان بالینی برای راهنمای مراقبت بالینی مورد استفاده

قرار گرفته اند.



QPS (۳)

رهبران سازمان شاخص‌هایی را برای پیش‌ساختار، فرایند و نتایج مدیریتی و بالینی سازمان و اهداف بین‌المللی ایمنی بیمار تعریف می‌کنند.

۱-۳ پیش‌بالینی در جنبه‌هایی از ارزیابی بیمار انجام می‌گیرد که رهبران تعیین نموده‌اند.

۲-۳ پیش‌بالینی در جنبه‌هایی از خدمات آزمایشگاهی انجام می‌گیرد که رهبران تعیین نموده‌اند.

۳-۳ پیش‌بالینی در جنبه‌هایی از خدمات رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی انجام می‌گیرد که رهبران تعیین نموده‌اند.

۴-۳ پیش‌بالینی در جنبه‌هایی از اعمال جراحی انجام می‌گیرد که رهبران تعیین نموده‌اند.

۵-۳ پیش‌بالینی در جنبه‌هایی از کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها و یا سایر داروها انجام می‌گیرد که رهبران تعیین نموده‌اند.

۶-۳ پیش‌بالینی شامل پیش‌خطاهای پزشکی و خطاهای با احتمال وقوع بالا است.

۷-۳ پیش‌بالینی شامل جنبه‌هایی از بیهوشی و استفاده از آرام‌بخش‌های انتخاب شده است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۸-۳ پیش‌بالینی شامل جنبه‌هایی از استفاده از خون و فرآورده‌های خونی است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۹-۳ پیش‌بالینی شامل جنبه‌هایی از دسترسی به مستندات و محتوی آن و استفاده از مستندات مربوط به بیمار است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۰-۳ پیش‌بالینی شامل جنبه‌هایی از کنترل عفونت، نظارت و گزارش‌دهی است که رهبران تعیین نموده‌اند.



۱۱-۳ پایش بالینی شامل جنبه‌هایی از تحقیقات بالینی است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۲-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از تدارک احتیاج‌های متداول دارو و وسایل مصرفی برای برطرف کردن نیازهای بیماران است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۳-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از گزارش‌دهی فعالیت‌های قانونی مورد نیاز است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۴-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از مدیریت خطر است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۵-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از مدیریت کاربرد(مصرف) است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۶-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از رضایت و انتظارات بیماران و خانواده آنان است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۷-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از انتظارات و رضایت‌مندی کارکنان است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۸-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از ویژگی‌های جمعیت‌شناسی بیمار و تشخیص‌های بالینی است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۱۹-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از ویژگی‌های مدیریت مالی است که رهبران تعیین نموده‌اند.

۲۰-۳ پایش مدیریتی شامل جنبه‌هایی از پیشگیری و کنترل حوادثی که ایمنی بیماران، خانواده آنان و کارکنان را به‌مخاطره می‌اندازد، است که رهبران و اهداف بین‌المللی ایمنی بیمار تعیین نموده‌اند.



QPS (۴)

در سازمان افرادی با تجربه و دانش کافی و مهارت‌های مناسب داده‌ها را به‌طور منظم جمع‌آوری و تحلیل می‌کنند.

۱-۴ تعداد دفعات تحلیل داده‌ها با فرایندهای درحال مطالعه و برآورد نیازهای سازمان متناسب است.

۲-۴ فرایند تحلیل شامل مقایسه درونی و مقایسه با دیگر سازمان‌ها، در صورتی که در دسترس باشند و مقایسه با استانداردهای فنی و روش‌های مطلوب است.

QPS (۵)

سازمان از فرایندهای تعریف‌شده برای شناسایی و مدیریت حوادث مرگ‌آور استفاده می‌کند.

QPS (۶)

زمانی که روند تغییرات غیرمطلوب از داده‌ها قابل مشاهده باشد، داده‌ها تحلیل می‌شوند.

QPS (۷)

سازمان از فرایندهای تعریف‌شده برای شناسایی و تحلیل حوادثی که احتمال وقوع بالایی دارند، استفاده می‌کند.

QPS (۸)

بهبود در کیفیت و ایمنی خدمات انجام و پیگیری می‌گردد.



QPS (۹)

فعالیت‌های بهبود کیفیت و افزایش ایمنی در حوزه‌هایی انجام می‌گیرد که توسط رهبران سازمان به‌عنوان الویت تعیین شده‌اند.

QPS (۱۰)

یک برنامه مداوم شناسایی و کاهش حوادث نامطلوب و غیرمنتظره محل ایمنی برای بیماران و کارکنان تعریف و اجرا می‌گردد.



PC (۱)

یک یا چند نفر بر تمام فعالیت‌های کنترل و پیشگیری عفونت نظارت می‌نمایند. این افراد واجد صلاحیت در روش‌های کنترل عفونت از طریق آموزش، تعلیم، تجربه یا اخذ گواهی‌نامه هستند.

PC (۲)

یک مکانیسم همکاری معین برای تمام فعالیت‌های کنترل عفونت وجود دارد که شامل پزشکان، پرستاران و سایرین به تناسب اندازه و پیچیدگی سازمانی است.

PC (۳)

برنامه کنترل عفونت براساس آگاهی‌های علمی جدید، دستورالعمل روش‌های مورد قبول، قوانین و آیین‌نامه‌های کاربردی است.

PC (۴)

هیئت مدیره بیمارستان منابع مناسب را برای حمایت از برنامه کنترل عفونت فراهم می‌نماید.

PC (۵)

بیمارستان یک برنامه جامع برای کاهش خطرات عفونت ناشی از فعالیت‌ها و مراقبت‌های سلامت در بیماران و کارکنان مراقبت سلامت مشخص و اجرا می‌نماید.



۱-۵ تمام محیط‌هایی که بیماران، کارکنان و بازدیدکنندگان در آن حضور دارند، مشمول برنامه کنترل عفونت هستند.

PC (۶)

بیمارستان روی برنامه کاهش و پیشگیری از عفونت ناشی از مراقبت سلامت تمرکز نموده است.

PC (۷)

بیمارستان روش‌ها و فرایندهایی را که همراه با خطر عفونت است تعیین نموده و استراتژی‌هایی را به منظور کاهش خطر عفونت اجرایی نماید.

۱-۷ بیمارستان خطر عفونت را به وسیله اجرای پاکسازی و آلودگی زدایی مناسب تجهیزات و مدیریت صحیح رختشوی‌خانه و البسه کاهش می‌دهد.

۲-۷ بیمارستان خطر عفونت را از طریق انهدام مناسب زباله کاهش می‌دهد.

۳-۷ بیمارستان خط‌مشی و روشی درباره انهدام سوزن‌ها و اجسام تیز دارد.

۴-۷ بیمارستان خطر عفونت را در وسایل مورد استفاده در سرویس‌دهی غذا و وسایل مورد استفاده در کنترل مکانیکی و مهندسی بیمارستان کاهش می‌دهد.

۵-۷ بیمارستان خطر عفونت را طی تخریب، ساخت‌وساز و تعمیرات در بیمارستان کاهش می‌دهد.



PC (۸)

بیمارستان احتیاط‌های حفاظتی و روش‌های ایزولاسیون را فراهم نموده‌است به نحوی که بیماران، ملاقات‌کنندگان و کارکنان از بیماری‌های قابل سرایت محافظت شوند و بیماران با نقایص ایمنی از عفونت‌های اکتسابی (که مستعد آن هستند) در امان بمانند.

PC (۹)

دستکش‌ها، ماسک‌ها، حفاظ‌های چشم و سایر تجهیزات حفاظتی، صابون و ضدعفونی‌کننده‌ها در دسترس بوده و در زمان لازم به‌طور صحیح مورد استفاده قرار می‌گیرند.

PC (۱۰)

برنامه کنترل عفونت در برنامه کلی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در بیمارستان ادغام گردیده‌است.

۱-۱۰ بیمارستان خطرات عفونت و میزان عفونت را پیگیری نموده و متوجه عفونت‌های همراه با فعالیت‌ها و مراقبت‌های بهداشتی - درمانی است.

۲-۱۰ پایش شامل استفاده از شاخص‌های عفونت است که از نظر اپیدمیولوژی برای بیمارستان اهمیت دارد.

۳-۱۰ بیمارستان از اطلاعات موجود درباره روندها، مقادیر و خطرات برای طراحی یا اصلاح روش‌های کاهش خطر عفونت ناشی از فعالیت‌ها و مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به کمترین سطح، استفاده می‌نماید.

۴-۱۰ بیمارستان میزان عفونت ناشی از فعالیت‌ها و مراقبت‌های بهداشتی - درمانی خود را از طریق اطلاعات تطبیقی با سایر بیمارستان‌ها مقایسه می‌نماید.



۵-۱۰ نتایج پایش عفونت در بیمارستان به طور منظم به هیئت مدیره و کارکنان

اعلام می گردد.

۶-۱۰ بیمارستان اطلاعات عفونت های بیمارستانی را به سازمان های سلامت و

بهداشت عمومی خارج از بیمارستان گزارش می نماید.

PC (۱۰)

بیمارستان آموزش در زمینه روش های کنترل عفونت را به کارکنان، پزشکان، پرستاران و به طور مناسب

به خانواده و سایر مراقبت دهندگان ارائه می نماید.



نظارت، رهبری و مدیریت

GLD (۱)

شرح وظایف و مسئولیت پذیری هیئت مدیره توسط قوانین، سیاست‌ها، دستورالعمل‌ها و یا آیین‌نامه‌های اجرایی تشریح و توصیف شده است.

۱-۱ بیانیه رسالت بیمارستان توسط هیئت مدیره تأیید و به اطلاع عموم رسانده می‌شود.

۲-۱ هیئت مدیره سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی بیمارستان را تأیید می‌نماید.

۳-۱ هیئت مدیره بودجه را تصویب می‌نماید و منابع مورد نیاز را به منظور رسیدن به

رسالت بیمارستان تخصیص می‌دهد.

۴-۱ هیئت مدیره مدیران ارشد بیمارستان را منصوب می‌کند.

۵-۱ هیئت مدیره با مدیران بیمارستان تشریک مساعی می‌نماید.

۶-۱ هیئت مدیره برنامه کیفیت و ایمنی بیمار را تأیید می‌نماید و به صورت منظم روی

گزارش‌های واصله کیفیت و ایمنی بیمار اقدام می‌نماید.

GLD (۲)

مدیر ارشد مسئول فعالیت بیمارستان و رعایت قوانین و مقررات است.



GLD (۳)

اعضای هیئت مدیره پس از منصوب شدن به این سمت، همگی با هم رسالت بیمارستان را تعیین نموده و در راستای انجام آن، برنامه‌ها و خط‌مشی‌های بیمارستان را تدوین می‌نمایند.

۱-۳ هیئت مدیره به منظور رفع نیازهای بهداشتی - درمانی جامعه برنامه‌ریزی و با رهبران انجمن‌ها هماهنگی می‌نمایند.

۲-۳ هیئت مدیره انواع خدمات بالینی مورد نیاز بیماران را شناسایی و در راستای ارائه آن‌ها برنامه‌ریزی می‌نماید.

۱-۲-۳ تجهیزات، وسایل مصرفی و داروهای توصیه شده توسط سازمان‌های حرفه‌ای و یا سایر منابع مورد استفاده قرار می‌گیرند.

۳-۳ هیئت مدیره مسئولیت نظارت بر قراردادهای بالینی یا خدمات مدیریتی را برعهده دارد.

۴-۳ مدیران پزشکی - پرستاری و مدیران ارشد بیمارستان در ارتباط با مفاهیم بهبود کیفیت آموزش دیده‌اند.

۵-۳ هیئت مدیره باید از وجود برنامه‌های مناسب استخدام، ابقاء، رشد و آموزش مستمر تمام کارکنان اطمینان یابد.

GLD (۴)

مدیران پزشکی - پرستاری و دیگر خدمات بالینی به منظور حمایت از مسئولیت‌ها و اختیارات پست‌های بیمارستانی یادشده، ساختار بیمارستانی مناسبی را در بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرایی نمایند.



GLD (۵)

یک یا چند نفر از کارکنان واجد شرایط مسئولیت هدایت هر بخش یا واحد بیمارستان را به عهده دارند.

۱-۵ مدیر بخش مسئولیت‌ها و وظایف بخش را به صورت مکتوب تعیین می‌کند.

۱-۱-۵ خدمات درون‌بخشی با یکدیگر و با خدمات سایر بخش‌ها هماهنگ و

یکپارچه می‌شود.

۲-۵ مدیران پیشنهاد فضا، تجهیزات، تعداد نیروی انسانی و سایر منابع ضروری را برای

ارائه خدمات توسط بخش ارائه می‌نمایند.

۳-۵ مدیران معیارهای انتخاب کارکنان حرفه‌ای را پیشنهاد می‌دهند و در انتخاب آنان

شرکت می‌نمایند.

۴-۵ مدیران برای تمام کارکنان آموزش توجیهی و یا مهارتی را متناسب با مسئولیت‌های

آنها برگزار می‌نمایند.

۵-۵ مدیران عملکرد بخش‌ها و کارکنان را پایش می‌نمایند.

GLD (۶)

بیمارستان چهارچوبی را برای مدیریت اخلاقی پی‌ریزی می‌نماید تا از ارائه خدمات مراقبتی مطابق

ضوابط شغلی، مالی، اخلاقی، قانونی و حفاظت از بیماران و حقوق آنها کسب اطمینان نماید.

۱-۶ چارچوب مدیریت اخلاقی در بیمارستان شامل بازاریابی، پذیرش، انتقال، ترخیص، افشای

مالکیت و هرگونه تعارضات حرفه‌ای (تجاری) که می‌تواند به نفع بیمار نباشد، می‌شود.

۲-۶ ساختار بیمارستان با توجه به اصول اخلاقی از تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت

بالینی حمایت می‌نماید.



مدیریت ارتباطات و اطلاعات

MCI (۱)

سازمان به منظور تسهیل دسترسی بیماران به خدمات مراقبتی ارائه شده به جامعه تحت پوشش خود اطلاع رسانی می نماید.

MCI (۲)

سازمان به بیماران و همراهان آنها درباره خدمات و مراقبت ها و چگونگی دسترسی به خدمات ارائه شده اطلاع رسانی می نماید.

MCI (۳)

آموزش و ارتباطات بیماران و همراهان آنها به شکل و زبان قابل فهم برای آنها است.

MCI (۴)

ارتباط شبکه ای در سراسر سازمان اثربخش است.

MCI (۵)

مسئولان از وجود ارتباط مؤثر و هماهنگ میان بخش ها و افراد مسئول ارائه اقدام های پزشکی اطمینان حاصل می کنند.



MCI (۶)

اطلاعاتی دربارهٔ مراقبت بیمار و مسئول مراقبت و نیز ارتباطات میان پزشک، پرستار و سایر کارکنان فراهم‌کنندهٔ خدمات در طول هر شیفت و بین شیفت‌ها وجود دارد.

MCI (۷)

پروندهٔ بیمار برای دسترسی به اطلاعات ضروری دربارهٔ بیماران به سهولت در دسترس ارائه‌دهندگان مراقبت است.

MCI (۸)

اطلاعات مرتبط با مراقبت بیماران به همراهان آن‌ها انتقال می‌یابد.

MCI (۹)

برنامه‌ها و طرح‌های فرایندهای مدیریت اطلاعات سازمان نیازهای داخلی و خارجی را فراهم می‌کند.

MCI (۱۰)

حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات تأمین می‌شود.

MCI (۱۱)

امنیت اطلاعات شامل رعایت امانت داده‌ها تأمین شده است.

MCI (۱۲)

سازمان دارای یک خط‌مشی برای طول زمان نگهداری مدارک، داده‌ها و اطلاعات است.



MCI (۱۳)

سازمان از کدهای تشخیصی، کدهای اقدام‌های عملی، سمبل‌ها، حروف اختصاری و تعاریف استاندارد شده استفاده می‌کند.

MCI (۱۴)

داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز در درون و خارج سازمان دارای زمان‌بندی در قالبی که انتظارات کاربر را برآورده می‌کند با تکرار زمانی مطلوب است.

MCI (۱۵)

کارکنان مدیریتی و بالینی شایسته در انتخاب، ایجاد یکپارچگی و به کار بردن مدیریت فن‌آوری اطلاعات شرکت می‌کنند.

MCI (۱۶)

مدارک و اطلاعات از جهت ازدست رفتن، خرابی، دخیل و تصرف و استفاده یا دسترسی غیرمجاز محافظت می‌شوند.

MCI (۱۷)

تصمیم‌گیرندگان و دیگر اعضای کارکنان مجاز، درباره مبانی و اصول مدیریت اطلاعات، آموزش دیده و تربیت می‌شوند.

MCI (۱۸)

پروتکل یا خط‌مشی مکتوب، نیازها را برای ایجاد، توسعه و تکمیل و نگهداری، خط‌مشی‌ها و روش‌هایی که سازمان در زمینه مدیریت ارتباطات و اطلاعات دارد، تعیین می‌نماید.



MCI (۱۹)

سازمان پرونده همه بیماران مورد ارزیابی یا درمان شده را ایجاد و تکمیل می‌نماید.

۱-۱۹ پرونده پزشکی شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار، اقدام‌های تشخیصی، اقدام‌های درمانی، دوره‌ها و نتایج درمان و تداوم مراقبت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است. ۱-۱-۱۹ مدارک پزشکی همه دریافت‌کنندگان خدمات اورژانسی شامل اطلاعات زمان ورود، نتایج اتمام درمان، وضعیت بیمار هنگام ترخیص و دستورات پیگیری‌های بعدی مراقبتی است.

۲-۱۹ خط‌مشی سازمان افراد مجاز تعیین‌کننده محتویات و قالب پرونده پزشکی و افراد مجاز برای پرکردن پرونده پزشکی را تعیین می‌نماید.

۳-۱۹ واردکننده هر اطلاعاتی در پرونده پزشکی بیمار و زمان واردکردن داده در پرونده مشخص است.

۴-۱۹ سازمان ارزیابی منظم محتویات مدارک پزشکی بیمار و تکمیل بودن مدارک را به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های ارتقای کیفیت ارزیابی می‌نماید.

MCI (۲۰)

داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده مراقبت از بیمار، مدیریت سازمان و برنامه مدیریت کیفیت را حمایت می‌کنند.

۱-۲۰ سازمان دارای فرایندی برای جمع‌آوری و تعیین دلایل منطقی جمع‌آوری داده و اطلاعات با توجه به نیازهای بالینی و مدیریت منابع انسانی برای داخل سازمان و پیمانکاران خارج سازمانی است.

۲-۲۰ سازمان مراقبت بیمار، آموزش، تحقیق و مدیریت دوره‌ای اطلاعات منابع رایج را پشتیبانی می‌کند.

۳-۲۰ سازمان فرایندی برای استفاده یا مداخله در بانک داده‌های خارجی دارد.



مدیریت تأسیسات و ایمنی

FMS (۱)

سازمان از قوانین و مقررات مرتبط با بازرسی ساختمان و تأسیسات پیروی می‌نماید.

FMS (۲)

سازمان برنامه مکتوب فرایند مدیریت خطرات را برای بیماران، خانواده‌ها، ملاقات‌کنندگان و کارکنان ایجاد و نگهداری می‌نماید.

FMS (۳)

یک یا چند شخص واجد شرایط درباره برنامه‌ریزی و پیاده‌کردن برنامه مدیریت خطر در محیط مراقبت از بیمار نظارت می‌نمایند.

۱-۳ به منظور پشتیبانی از طرح‌های کاهش خطرات آتی جمع‌آوری داده‌های مربوط به

حادثه، آسیب‌ها و وقایع دیگر، طی یک برنامه پایش در دسترس است.

FMS (۴)

طرح‌ها و برنامه‌های سازمان برای تأمین ایمنی و امنیت محیط فیزیکی برنامه‌ریزی شده‌اند.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کمیته مشترک بین‌المللی

۱-۴ سازمان تمام ساختمان‌های مراقبت بیماران را بازرسی می‌نماید و دارای یک طرح کاهش رخدادهای خطرناک و تأمین ایمنی ساختمان و تأسیسات برای تمام بیماران، خانواده‌ها، کارکنان و ملاقات‌کنندگان است.

۲-۴ طرح‌ها و برنامه‌های مالی سازمان برای به‌روزرسانی و یا جایگزینی سیستم‌های اصلی، ساختمان‌ها یا اجزای تشکیل‌دهنده، با توجه به بازرسی از ساختمان و تأسیسات و با لحاظ کردن قوانین و مقررات انجام می‌پذیرد.

FMS (۵)

سازمان یک طرح سرجمع‌داری، جابه‌جایی، ذخیره‌کردن و چگونگی استفاده از مواد خطرناک و کنترل و انهدام مواد خطرناک و زائد را دارا است.

FMS (۶)

سازمان یک طرح و برنامه مدیریت اورژانس برای مقابله با موارد اورژانسی، اپیدمی، بلاهای طبیعی و غیرطبیعی، نوشته و نگهداری می‌نماید.

۱-۶ سازمان برای مقابله با موارد اورژانسی، اپیدمی، بلاهای طبیعی و غیرطبیعی مانور می‌دهد.

FMS (۷)

طرح‌ها و برنامه‌های سازمان در راستای اطمینان از ایمنی افراد درون ساختمان در مقابل آتش، دود و سایر موارد اورژانسی مرتبط با ساختمان و تأسیسات تدوین شده است.



۱-۷ این برنامه شامل پیشگیری، کشف زودرس، متوقف کردن، فروکش کردن و خروج ایمن از مجموعه ساختمان و تأسیسات در مقابل اورژانس‌های آتش‌سوزی و غیرآتش‌سوزی می‌شود.

۲-۷ سازمان به‌طور منظم برنامه ایمنی آتش و دود را آزمایش می‌نماید. این برنامه شامل هرگونه ابزار مربوط به کشف زودرس و خنثی کردن آتش می‌شود و نتایج مستند می‌گردد.

۳-۷ سازمان یک برنامه برای محدود کردن سیگار کشیدن کارکنان و بیماران آماده می‌نماید که در مناطق غیرمراقبتی بیماران و تأسیسات نیز اجرامی گردد.

FMS (۸)

سازمان یک برنامه برای بازرسی، آزمایش و نگهداری تجهیزات پزشکی را آماده و اجرامی نماید و نتایج را مستند می‌سازد.

۱-۸ سازمان پایش داده‌ها را برای برنامه مدیریت تجهیزات پزشکی جمع‌آوری می‌نماید. این داده‌ها برای برنامه‌ریزی نیازهای طولانی‌مدت سازمان و به‌روزرسانی و جابه‌جایی دستگاه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲-۸ سازمان باید نظام فراخوانی تجهیزات و محصولات مصرفی را داشته‌باشد (برای بازگرداندن تجهیزات و محصولات مصرفی در صورت لزوم).



FMS (۹)

آب آشامیدنی و برق باید ۲۴ ساعت در روز و هفت روز در هفته از طریق منابع منظم یا متناوب، متناسب با نیازهای ضروری بخش‌های دخیل در مراقبت از بیمار فراهم شود.

۱-۹ سازمان فرایندهای اورژانسی برای حفاظت از افراد موجود در ساختمان را دارا باشد که در صورت هرگونه قطع، آلودگی یا نقص در سیستم آب و برق مورد استفاده قرارگیرد.

۲-۹ سازمان سیستم آب و برق اورژانس را به‌طور منظم آزمایش و نتایج را مستند نماید.

FMS (۱۰)

سیستم آب و برق، پسماند، تهویه، گازهای طبی و سیستم‌های دیگر به‌طور منظم بازرسی و نگهداری می‌شوند و در صورت لزوم بهبود می‌یابند.

۱-۱۰ یک فرد واجد صلاحیت کیفیت آب را به‌طور منظم پایش می‌نماید.

۲-۱۰ سازمان اطلاعات حاصل از پایش را برای مدیریت سیستم تأسیسات جمع‌آوری می‌نماید. این داده‌ها برای برنامه‌ریزی نیازهای طولانی‌مدت سازمان در جهت به‌روزردن و جابه‌جایی سیستم تأسیسات استفاده می‌شود.

FMS (۱۱)

سازمان همه کارکنان را درباره نقش آنان در ایمنی ساختمان و تأسیسات مراقبت مؤثر بیمار به‌طور نظری و عملی آموزش می‌دهد.



- ۱-۱۱ کارکنان برای نقش خود در برنامه ایمنی آتش، امنیت، مواد خطرناک و اورژانس ها به طور قابل توجهی آموزش می بینند.
- ۲-۱۱ کارکنان برای کار و نگهداری تجهیزات پزشکی و سیستم تأسیسات آموزش می بینند.
- ۳-۱۱ سازمان به طور دوره ای دانش کارکنان خود را از طریق نمایش، حوادث ساختگی و سایر روش های مناسب آزمایش می نماید؛ سپس، این آزمایش ها را مستند می سازد.



آموزش بین‌خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای

SQE (۱)

مسئولان بیمارستان تحصیلات، مهارت‌ها، دانش مطلوب و سایر ویژگی‌های مورد نیاز کارکنان را مشخص و معین می‌نمایند.

۱-۱ مسئولیت‌های هر فرد در شرح وظایف فعلی وی مشخص گردیده‌است.

SQE (۲)

مسئولان بیمارستان برای استخدام، ارزشیابی و به‌کارگیری کارکنان فرایندهایی را تهیه می‌کنند و به‌اجرا می‌گذارند.

SQE (۳)

سازمان برای حصول اطمینان از کفایت دانش و مهارت‌های درمانی کارکنان، متناسب با نیازهای بیمار از یک فرایند مشخص استفاده می‌کند.

SQE (۴)

سازمان برای حصول اطمینان از کفایت دانش و مهارت‌های کارکنان غیردرمانی، متناسب با نیازهای سازمان و شرایط احراز پست مربوطه از یک فرایند مشخصی استفاده می‌کند.



SQE (۵)

اطلاعات فردی ثبت شده برای هر کدام از کارکنان وجود دارد.

SQE (۶)

یک برنامه نیازسنجی نیروی انسانی که گویای تعداد، نوع و توانمندی‌های مورد نظر است با نظارت مسئولان بیمارستان تهیه و به اجرا گذاشته شده است.

۱-۶ برنامه نیازسنجی نیروی انسانی به طور مستمر و مداوم بازبینی شده و در صورت

نیاز به روز می شود.

SQE (۷)

تمام کارکنان درمانی و غیردرمانی هنگام به کارگیری، نسبت به کل بیمارستان، بخش یا واحدی که در آن به کار گرفته شده‌اند و همچنین، نسبت به مسئولیت‌های خاص شغلی توجیه می گردند.

SQE (۸)

تمام کارکنان برای حفظ و ارتقای دانش و مهارت‌های خود دوره‌های آموزش حین خدمت را طی می کنند.

۱-۸ کارکنانی که خدمات مراقبتی و درمانی ارائه می کنند و سایر افرادی که توسط بیمارستان

معین می گردند، به گونه‌ای آموزش می بینند که بتوانند در اقدام‌های درمانی حیات بخش

به طور شایسته عمل کنند.

۲-۸ بیمارستان فرصت و امکانات لازم برای آموزش کارکنان را تدارک دیده است.

۳-۸ اگر در بیمارستان، آموزشی (پزشکی، پیراپزشکی و ...) ارائه می شود، این آموزش

در قالب برنامه دانشگاه مربوطه صورت گیرد.

۴-۸ بیمارستان برنامه ایمنی و سلامت کارکنان را تدارک دیده است.



SQE (۹)

بیمارستان برای جمع‌آوری، انطباق و ارزشیابی مدارک کارکنان درمانی (اعم از گواهی‌نامه، مدارک تحصیلی، دوره‌های آموزشی و تجربه‌های کاری) که خدمات درمانی و مراقبتی را مستقیماً و بدون نظارت دیگران انجام می‌دهند، یک فرایند فعال و کارا دارد.

SQE (۱۰)

بیمارستان یک دستورالعمل استاندارد و بر مبنای مراجع علمی و قانونی دارد که به‌واسطه آن به همه کارکنان درمانی براساس صلاحیت‌هایشان اجازه پذیرش، درمان و ارائه سایر خدمات درمانی را می‌دهد.

SQE (۱۱)

ارزشیابی کیفیت و ایمنی عملکرد حرفه‌ای هر کدام از کارکنان در ارائه خدمات بالینی به‌طور مداوم انجام می‌گیرد.

SQE (۱۲)

بیمارستان برای جمع‌آوری، انطباق و ارزشیابی مدارک کارکنان پرستاری (اعم از گواهی‌نامه، مدارک تحصیلی، دوره‌های آموزشی و تجربه‌های کاری) یک فرایند فعال و کارا دارد.

SQE (۱۳)

بیمارستان برای مشخص کردن مسئولیت‌های شغلی و تعیین نوع فعالیت درمانی بر مبنای ارزیابی مدارک کارکنان پرستاری و نیازهای موجود، یک دستورالعمل استاندارد دارد.



SQE (۱۴)

بیمارستان برای مشارکت کارکنان پرستاری در فعالیتهای بهبود کیفیت، یک دستورالعمل استاندارد دارد که شامل ارزشیابی عملکرد فردی تعیین شده است.

SQE (۱۵)

بیمارستان برای جمع‌آوری، انطباق و ارزشیابی مدارک کارکنان سایر حرفه‌های پزشکی (اعم از گواهی‌نامه، مدارک تحصیلی، دوره‌های آموزشی و تجربه‌های کاری) یک فرایند فعال و کارا دارد.

SQE (۱۶)

بیمارستان برای مشخص کردن مسئولیتهای شغلی و تعیین نوع فعالیت درمانی بر مبنای صلاحیت‌های کارکنان سایر حرفه‌های پزشکی و نیازهای موجود، یک دستورالعمل استاندارد دارد.

SQE (۱۷)

سازمان برای مشارکت کارکنان سایر حرفه‌های پزشکی در فعالیتهای بهبود کیفیت بیمارستان، یک فرایند مؤثر و کارا دارد.

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

کیفیت ارائه خدمات بیمارستانی در لبنان گواهی است بر تغییر مسیر سیستم درمانی این کشور، از تمرکز بر ساختار فیزیکی و تجهیزاتی به یک نگرش چندبعدی گسترده‌تر که بر روندهای مدیریتی، شاخص‌های پیامد و شاخص‌های اجرایی تأکید دارد.

پیش از اجرای برنامه اعتباربخشی در لبنان، یک سیستم گروه‌بندی «الفبایی - ستاره‌دار» به‌عنوان سیستم اولیه گروه‌بندی بیمارستان‌ها مطرح بوده‌است که در آن، سیستم رتبه‌های الفبایی منعکس‌کننده سطح کیفیت و پیچیدگی ارائه خدمات پزشکی و تعداد ستاره‌های کسب‌شده منعکس‌کننده سطح ارائه خدمات هتلینگ بیمارستان بوده‌است.

در بیمارستان‌ها، این سیستم امتیازدهی بدون در نظر گرفتن برنامه‌ریزی منطقی، انگیزه‌ای قوی برای سرمایه‌گذاری در زمینه تهیه و تدارک تجهیزات پیشرفته و خدمات فنی در سطح بالا ایجاد می‌نمود.

در سال ۱۹۹۹، وزارت بهداشت و درمان لبنان به پشتوانه قوانین موجود در کشور، کمیته‌ای متشکل از نمایندگان تمام سازمان‌ها، مراکز و گروه‌های ذی‌نفع در بیمارستان‌ها تشکیل داد. این کمیته با همکاری مشاوران بین‌المللی یک برنامه اعتباربخشی مدرن را تدوین نمود.



اجرای برنامه اعتباربخشی مدرن در ۴ مرحله صورت گرفت:.....

مرحله اول: تنظیم استانداردها و آزمودن آنها توسط مطالعه پایلوت؛

مرحله دوم: اجرای اولین ارزیابی ملی؛

مرحله سوم: اجرای دومین ارزیابی ملی برای بررسی بیمارستان‌های جدید و همچنین،

بیمارستان‌هایی که در مرحله اول ارزیابی نمره حد نصاب را کسب نکرده بودند؛

مرحله چهارم: بازنگری استانداردها و انجام سومین ارزیابی ملی.

این ۴ مرحله از ماه می سال ۲۰۰۰ میلادی آغاز و در سال ۲۰۰۵ با انجام بازنگری

استانداردها و اجرای سومین مرحله اعتباربخشی خاتمه یافت.

◀ محورهای استانداردهای اعتباربخشی لبنان

Anesthetics	۱. بخش بیهوشی (AN)
Credentialing Medical	۲. تأیید صلاحیت حرفه‌ای (CM)
Laboratory Department	۳. بخش آزمایشگاه (LD)
Medical Administration	۴. مدیریت پزشکی (MA)
Medical Imaging	۵. تصویربرداری (MI)
Medical Services	۶. خدمات بالینی (MS)
Operating Room	۷. اتاق عمل (OR)
Organized Medical Staff	۸. نظام پزشکی (OM)
Cardiac Catheterizational Laboratory	۹. بخش آنژیوگرافی (CL)



Blood Bank	۱۰. بانک خون (BB)
Psychiatry Department	۱۱. بخش روانپزشکی (PY)
Neonatal Intensive Care Unit	۱۲. بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU)
Special Care Units	۱۳. بخش مراقبت‌های ویژه (SC)
Emergency room	۱۴. بخش اورژانس (ER)
Renal Dialysis	۱۵. بخش دیالیز (RD)
Children Department	۱۶. بخش کودکان (CC)
Physicaltherapy	۱۷. بخش فیزیوتراپی (PT)
Chemotherapy	۱۸. بخش شیمی درمانی (CH)
Biomedical Department/ Clinical Engineering	۱۹. مهندسی پزشکی (BM)
Obstetrics	۲۰. بخش مامایی (OB)
Medical Records-Content	۲۱. بخش مدارک پزشکی (MC)
Clinical Nursing	۲۲. پرستاری بالینی (CN)
Nursing Administration	۲۳. مدیریت پرستاری (NA)
Central Sterilization Department	۲۴. بخش استریلیزاسیون مرکزی (CS)
Environmental Services	۲۵. خدمات زیست محیطی (ES)
Fire and Safety	۲۶. ایمنی و آتش نشانی (FF)
Governing Body and Management	۲۷. هیئت مدیره و مدیریت (GB)
Information Technology	۲۸. فن آوری اطلاعات (IT)



Procurement	۲۹. تدارکات (PR)
Waste Management	۳۰. مدیریت پسماندها (WM)
Engineering Maintenance	۳۱. تأسیسات (EM)
Pharmacy	۳۲. داروخانه (PH)
Occupational Health and Safety	۳۳. ایمنی و سلامت حرفه‌ای (OH)
Infection Control	۳۴. کنترل عفونت (IC)
Laundry Services	۳۵. بخش لاندري (خدمات رختشوی خانه) (LS)
Human Resource	۳۶. منابع انسانی (HR)
Quality System	۳۷. نظام کیفیت (QS)
Buildings	۳۸. ساختمان (BU)
Dietetic Nutrition and food services	۳۹. تغذیه (DN)



بخش بیهوشی

AN (۱)

بخش بیهوشی تحت نظر یک متخصص بیهوشی واجد صلاحیت است که در زمینه بیهوشی تجربه و تبحر دارد.

مستندات گواهی نامه شرکت کارکنان بیهوشی در دوره‌های زیر وجود داشته باشد:

- ۱-۱ تجربه شش ماهه در زمینه بیهوشی کودکان؛
- ۲-۱ تجربه شش ماهه در زمینه بی‌حسی موضعی مانند بی‌حسی اپیدورال؛
- ۳-۱ برای موارد اورژانسی، متخصص بیهوشی به صورت آنکال طی ۲۴ ساعت در دسترس است.

AN (۲)

- ۱-۲ رئیس بخش بیهوشی در جلسه‌های کمیته اتاق عمل شرکت می‌کند.
- ۲-۲ مدارک صورت جلسه موجود هستند.
- ۳-۲ مدارک کامل اقدام‌های مورد نیازی که کارکنان بیهوشی با توجه به جلسه‌های کمیته اتاق عمل ملزم به اجرای آن گردیده‌اند، وجود دارد.



AN (۳)

شواهد تجهیزات مناسب بیهوشی برای هر اتاق عمل در دسترس هستند؛ به ویژه:

- ۱-۳ مدارکی برای قدمت دستگاه بیهوشی در دسترس است.
- ۲-۳ پایش تجهیزات مربوط به ECG، اکسیژن، دی‌اکسیدکربن و فشار خون.
- ۳-۳ فیلترهای سیستم تنفسی مانند فیلتر hepa برای هر بیمار عوض می‌گردد. شماره سریال آن فیلتر در اسناد و مدارک پزشکی هر بیمار ثبت می‌شود.
- ۴-۳ لوله‌های اندوتراکیال، ایروی^۱ و آمبویگ تنفسی در اندازه‌های مختلف در دسترس است.
- ۵-۳ حداقل یک ترالی احیای نوزاد برای هر بخش وجود دارد.
- ۶-۳ یک کیت لوله‌گذاری که مجهز به آندوسکوپ فیبر اپتیک برای لوله‌گذاری‌های مشکل است، وجود دارد.
- ۷-۳ چهار ماسک صورت در اندازه‌های مختلف وجود دارد.
- ۸-۳ کیت تراکئومی اورژانس وجود دارد.
- ۹-۳ اگر اعمال جراحی در خارج از حیطه اتاق عمل انجام می‌گردد، مانند اتاق زایمان یا بخش‌های دیگر، سرپرست بخش باید مدارکی دال بر این تهیه نماید که تجهیزات در حد معقول و مناسب وجود داشته‌است و نظارت کند که تمام شاخص‌های بالا رعایت گردد.

AN (۴)

- ۱-۴ تهیه مدارکی که تمام لوله‌های گازسانی برای بیماران روزانه تمیز می‌گردد.
- ۲-۴ سیستم ایمنی فشار گاز^۲ موجود و فعال است.

1. Air way
2. Savenging system



AN (۵)

- ۱-۵ تمام بیماران پیش از بیهوشی تحت ارزیابی بالینی قرار گرفته و متخصص بیهوشی باید تمام مدارک را داشته و پاسخ گو باشد.
- ۲-۵ برای وجود پروتکل پذیرش و ترخیص از اتاق عمل شواهدی وجود دارد.
- ۳-۵ بیماران مبتلا به بیماری سیکل سل^۱ دارای مشاوره هماتولوژی مناسب پیش از عمل جراحی بوده و به وسیله یک خط مشی و فرایند حمایت می گردند.

AN (۶)

- ۱-۶ اشباع اکسیژن، تهویه مکانیکی، گردش خون و مشاهده درجه حرارت بدن بیماران باید تا زمانی که بیهوش هستند، به طور مستمر مورد ارزشیابی قرار گیرد.
- ۲-۶ شواهدی برای زمان اتمام ترکیب گاز و هوا وجود دارد (سیستم تحلیل گازهای هوایی - بازدمی).
- ۳-۶ تمام مقادیر بالا در یک فرم طراحی شده مناسب ثبت و به وسیله متخصص بیهوشی امضای گردد.
- ۴-۶ فرمها در پرونده مدارک پزشکی بیمار حفاظت می شوند.
- ۵-۶ تمام دستگاهها دارای سیستم اخطار دهنده فشار و سیستم قطع کننده هستند.
- ۶-۶ شواهدی وجود دارد که نشان می دهد سیستم اخطار دهنده پیش از القای بیهوشی به طور فعال و آماده برای هر بیمار وجود دارد.



AN (۷)

- ۱-۷ مدارکی مبنی بر حضور متخصص بیهوشی در اتاق عمل، تازمانی که بیمار از قسمت ریکاوری ترخیص نشده است، وجود دارد.
- ۲-۷ مدارک مستندی مبنی بر سطح هوشیاری بیمار در زمان تحویل به قسمت ریکاوری وجود دارد.
- ۳-۷ مدارکی دال بر مدیریت پس از بیهوشی وجود دارد.
- ۴-۷ شواهد پایش اصولی پس از اتاق ریکاوری که شامل دسترسی ساده به یک دفیبریلاتور است، وجود دارد.
- ۵-۷ مدارکی برای وجود تجهیزات و کارکنان پرستاری کافی برای مراقبت پس از بیهوشی بیمار وجود دارد.
- ۶-۷ ارزیابی سطح درد برای همه بیماران انجام و ثبت می شود.
- ۷-۷ شواهد ثبت شده برای تسکین درد بیمار که به طور مناسب نظارت شده است، وجود دارد.
- ۸-۷ یک متخصص بیهوشی باید مسئولیت ترخیص بیمار را پس از اتاق ریکاوری با امضا و درج زمان ترخیص، به عهده داشته باشد.

AN (۸)

- ۱-۸ شواهدی که تکنیسین های بیهوشی با آموزش رسمی و آموزش دوره های مورد نیاز یک تکنیسین بیهوشی صلاحیت کافی را کسب کرده اند، وجود دارد.
- ۲-۸ مدارک استخدامی توسط مدیریت پزشکی بیمارستان نگهداری می شوند.
- ۳-۸ آزمون توانمندی تکنیسین ها به طور منظم صورت می گیرد.

AN (۹)

یک متخصص بیهوشی یک برنامه آموزشی حین خدمت سالیانه را برای همه کارکنان ارائه می دهد.



AN (۱۰)

یک کتابچه خط‌مشی‌ها و فرایندها وجود دارد که نحوه اجرای بیهوشی و مدیریت موضوعات مربوط به این بخش را شرح می‌دهد.

۱-۱۰ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۱۰ روش‌ها واضح هستند.

۳-۱۰ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۱۰ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۱۰ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازبینی می‌شوند.

AN (۱۱)

جزئیات خط‌مشی‌ها و فرایندها برای بی‌حسی موضعی (لوکال) موجود است.

AN (۱۲)

۱-۱۲ داده‌های مربوط به فعالیت‌های سرویس بیهوشی جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.

۲-۱۲ دلایل منطقی برای جمع‌آوری داده‌ها وجود دارد.

۳-۱۲ ابزار ممیزی برای بخش ایجاد شده است.

۴-۱۲ ممیزی انجام می‌گردد.

۵-۱۲ آنالیز و مداخلات طراحی شده حاصل از ممیزی‌ها ثبت می‌گردند.

AN (۱۳)

مدارک برنامه توجیهی برای تمام کارکنان جدید موجود و شامل موارد زیر هستند:

۱-۱۳ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان،

۲-۱۳ معرفی جزئیات بخش مربوطه.



تأیید صلاحیت حرفه‌ای

CM (۱)

فقط پزشکان عضو نظام پزشکی مجاز به طبابت در بیمارستان هستند.

CM (۲)

۱-۲ آیین‌نامه یا اساس‌نامه بیمارستان شامل نکاتی درباره مراحل تأیید صلاحیت حرفه‌ای پزشکان است.

۲-۲ مراحل تأیید صلاحیت حرفه‌ای پزشکان به صورت گام به گام در آیین‌نامه قید شده‌اند.

CM (۳)

مدارک تخصصی که توسط مدیر پزشکی نگهداری می‌شود، حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۳ اسامی پزشکانی که در بیمارستان کار می‌کنند؛

۲-۳ رشته تخصصی هر پزشک؛

۳-۳ شماره نظام پزشکی؛

۴-۳ جزئیات تماس.



CM (۴)

- ۱-۴ یک شرح وظایف نوشته و امضا شده برای کل کارکنان تمام وقت و نیمه وقت وجود دارد.
- ۲-۴ نقش‌ها و مسئولیت‌ها به موازات رعایت مرزبندی بین تخصص‌ها در شرح وظایف نوشته شده‌اند.

CM (۵)

هر بخش بالینی توسط یک پزشک با تخصص متناسب سرپرستی می‌گردد.

CM (۶)

- ۱-۶ یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها وجود دارد که نحوه تأیید صلاحیت حرفه‌ای پزشکان در بیمارستان را شرح می‌دهد.
- ۲-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.
- ۳-۶ روش‌ها واضح هستند.
- ۴-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.
- ۵-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

CM (۷)

هر پزشک پرونده کارکنانی دارد که شامل موارد زیر است:

- ۱-۷ جزئیات تماس معمولی و مواردی که بتوان در شرایط بحرانی از طریق آن‌ها با وی تماس گرفت (تلفن و پست الکترونیک)؛
- ۲-۷ شماره نظام پزشکی؛



- ۳-۷ مدارک تحصیلی و گواهی گذراندن دوره‌ها؛
- ۴-۷ رزومه کامل؛
- ۵-۷ جزئیات بیمه مسئولیت؛
- ۶-۷ جزئیات ارزشیابی؛
- ۷-۷ تاریخ انتصاب فعلی و زمان تعیین شده برای تجدید قرارداد؛
- ۸-۷ شواهد شرکت در دوره‌های مدون آموزش مداوم؛
- ۹-۷ شواهدی دال بر آشنایی با تجهیزات جدید؛
- ۱۰-۷ جزئیات تأیید فعالیت بالینی و شرح مسئولیت‌های پزشکان مهمان؛
- ۱۱-۷ قرارداد امضا شده با ذکر تاریخ بازنگری مجدد.

CM (۸)

کمیته انتصاب پزشکان انتصاب افراد برای جایگاه‌های شغل پزشکی را برعهده دارد. این کمیته حداقل شامل افراد زیر است:

- ۱-۸ نماینده‌ای از هیئت مدیره؛
- ۲-۸ تیم مدیریت؛
- ۳-۸ مدیر پزشکان (معاون درمان بیمارستان)؛
- ۴-۸ رئیس یا نایب رئیس کمیته پزشکی؛
- ۵-۸ رئیس بخش یا بخش‌های مربوطه؛
- ۶-۸ باید شواهدی از حضور نمایندگان سازمان‌های غیروابسته (مانند انجمن‌های علمی) در کمیته وجود داشته باشد که نشان دهد فرایند تأیید صلاحیت حرفه‌ای، برطبق اصول و منصفانه صورت گرفته است.



CM (۹)

۱-۹ سرپرست پزشکان یک نسخه مستند از برگه انتصاب پزشکان را که در جلسه کمیته تنظیم شده است، نگهداری می نماید.

۲-۹ پس از هر فرایند تأیید صلاحیت حرفه‌ای، هر یک از اعضای کمیته باید یک فرم تکمیل شده استاندارد را که بیان‌کننده نظر اجمالی آنان نسبت به فرد پیشنهادی است، به سرپرست پزشکان ارائه نماید.

۳-۹ کمیته انتصابات پزشکی پیشنهاداتی را در رابطه با پزشکان مهمان به هیئت مدیره ارائه می نماید.

CM (۱۰)

۱-۱۰ هیئت مدیره، داور و حاکم نهایی در رابطه با انتصاب کارکنان پزشکی در بیمارستان هستند و شرح مسئولیت‌های بالینی را با شواهد مستند در اختیار دارند.

۲-۱۰ مکانیسم انجام انتصابات و تعیین مسئولیت‌های بالینی مستند شده است.

۳-۱۰ انتصابات و مسئولیت‌ها برای یک دوره زمانی مشخص تأیید می شوند (مثلاً یک سال برای دوره اول انتصاب و سه سال برای انتصاب مجدد).

۴-۱۰ یک خط‌مشی مورد تأیید هیئت مدیره برای انتصابات موقت در دسترس است.



CM (۱۱)

۱-۱۱ یک روش انضباطی مستند برای برخورد با پزشکانی که خارج از محدوده انتصابی و مسئولیت‌های بالینی مشخص شده عمل می‌کنند و یا استانداردهای اخلاق پزشکی را رعایت نمی‌نمایند، تدوین شده است.

۲-۱۱ یک فرد بی‌طرف از خارج بیمارستان باید در تمام جلسه‌های کمیته انضباطی حضور داشته باشد تا جلسه‌ها منصفانه برگزار شوند.

۳-۱۱ در روند رسیدگی به موارد انضباطی، پزشک خاطی باید برای دادن توضیحات دعوت و به وی اجازه دفاع داده شود. همچنین، نماینده‌ای به همراه داشته باشد تا از منصفانه بودن مراحل رسیدگی اطمینان حاصل نماید.

۴-۱۱ انتصابات و روش‌های انضباطی شامل فرایند درخواست رسیدگی مجدد (استیناف) نیز می‌باشد.

CM (۱۲)

انتصابات و مسئولیت‌های شرح داده شده برای پزشکان براساس نقش، کارکرد و نیازهای بیمارستان تنظیم شده‌اند.

۱-۱۲ معیارهای اطمینان از دریافت مراقبت‌های باکیفیت مناسب بیماران:

- ◆ شواهد صلاحیت‌های پزشکی،
- ◆ داشتن شماره نظام،
- ◆ توانمندی‌های فعلی،
- ◆ نظریه پزشکان همکار،
- ◆ مهارت‌ها و یا تجربه‌های مرتبط،
- ◆ گزارش‌های داوران.

۲-۱۲ استعلام مدارک کامل متقاضی از نظام پزشکی.



CM (۱۳)

مکانیسم منظمی برای تجدید قرارداد کارکنان پزشکی و مرور مسئولیت‌های بالینی آنان وجود دارد. این مکانیسم اجازه می‌دهد که مسئولیت‌های جدیدی به فرد محول شود و یا مسئولیت‌های پیشین ادامه یابد و حتی در صورت لزوم، کاسته و یا قطع شوند. عملکرد حرفه‌ای پزشک، نظر پزشکان همکار و شاخص‌های دیگری که بیان‌کننده میزان توانمندی فرد هستند، در این تصمیم‌گیری‌ها دخیل خواهند بود. شاخص‌ها باید شامل شواهدی از موارد زیر باشند:

۱-۱۳ مشارکت در فعالیتهای ارتقای کیفیت؛

۲-۱۳ تعهد به آموزش مداوم پزشکی؛

۳-۱۳ شواهدی که نشان‌دهد پزشک گزارش‌های پرونده پزشکی بیماران را به‌دقت و

با جزئیات ثبت می‌نماید؛

۴-۱۳ قراردادی که شامل موارد فوق است.

CM (۱۴)

شواهدی دال بر عقد قرارداد بیمه مسئولیت حرفه‌ای مناسب وجود دارد.



بخش آزمایشگاه

LD (۱)

رئیس بخش آزمایشگاه پزشک متخصص علوم آزمایشگاهی یا متخصص کلینیکال پاتولوژی و یا دکترای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی تمام وقت است.

LD (۲)

کارکنان فنی واجد شرایط احراز پست و دارای صلاحیت لازم متناسب با بخش اختصاصی آزمایشگاه هستند.

LD (۳)

آزمایشگاه به صورت شبانه‌روزی ارائه خدمت می‌نماید.

LD (۴)

۱-۴ رئیس آزمایشگاه یک نسخه از شرح وظایف کارکنان بخش در اختیار دارد.

۲-۴ کپی (تصویر) مدارک آموزشی افراد در پرونده کارکنان موجود در بخش نگهداری می‌شود.

۳-۴ سوابق ارزشیابی عملکرد کارکنان به صورت رسمی (مکتوب و امضا شده) موجود است.



LD (۵)

جدول شیفت کاری هر یک از کارکنان با ذکر نام و مسئولیت آنها موجود است.

LD (۶)

مسئول آزمایشگاه یا نماینده تام‌الاختیار وی، عضو فعال کمیته کنترل عفونت بیمارستان است.

LD (۷)

۱-۷ تمام برگه‌های درخواست آزمایش که از بخش به آزمایشگاه ارسال می‌شوند توسط

پزشک معالج امضا شده‌اند.

۲-۷ قسمتی از فرم درخواست آزمایش به منظور ثبت شرح مختصری از اطلاعات بالینی

بیمار در نظر گرفته شده است که توسط بخش تکمیل می‌شود.

۳-۷ جواب آزمایش‌های فوری حداکثر تا دو ساعت پس از دریافت نمونه توسط

آزمایشگاه تحویل می‌گردد.

۴-۷ نظارت و پایش منظم برای اطمینان از رعایت چارچوب زمانی فوق‌الذکر

انجام می‌شود.

۵-۷ موارد مقادیر بحرانی^۱ به‌طور منظم بازنگری و بلافاصله به اطلاع پزشک معالج

رسانده می‌شوند.



LD (۸)

دفتر ثبت موجود در آزمایشگاه قابل دسترسی و شامل موارد زیر است:

۱-۸ مشخصات نمونه‌ها و زمان دریافت آن‌ها؛

۲-۸ آزمایش‌های درخواستی و نتایج آن‌ها؛

۳-۸ صحت نتایج؛

۴-۸ نتیجه ارزیابی اولیه نمونه‌های دریافتی.

LD (۹)

کتابچه توجیهی خط‌مشی‌ها و روش‌ها به صورت اختصاصی برای آزمایشگاه موجود است.

۱-۹ خط‌مشی‌ها و روش‌ها مختص آزمایشگاه بیمارستان است.

۲-۹ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۹ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۴-۹ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه می‌شوند.

۵-۹ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر است:

۶-۹ چگونگی جمع‌آوری و ارسال نمونه‌ها از مراکز خارج از آزمایشگاه، به عنوان مثال

از کلینیک خصوصی یا مطب پزشکان؛

۷-۹ برچسب‌گذاری صحیح روی ظرف‌های حاوی نمونه شامل:

۱-۷-۹ نام بیمار،

۲-۷-۹ شماره پرونده پزشکی،



۳-۷-۹ تاریخ و زمان نمونه‌گیری،

۴-۷-۹ سن بیمار (بخش و شماره تخت برای بیمار بستری)؛

۸-۹ استفاده از مواد نگهدارنده مناسب برای هر آزمایش؛

۹-۹ محتوای گزارش‌های چایی آزمایشگاه؛

۱۰-۹ فهرست آزمایش‌هایی که به خارج از آزمایشگاه ارجاع می‌گردند؛

۱۱-۹ آزمایش‌هایی که توسط آزمایشگاه انجام می‌شوند؛

۱۲-۹ مدیریت نمونه‌های آزمایش؛

۱۳-۹ قراردادهای خدماتی آزمایشگاه؛

۱۴-۹ موارد انجام اتوپسی (متناسب با فرهنگ جامعه).

LD (۱۰)

فضای آزمایشگاه متناسب با وظیفه تخصصی واحدهای آزمایشگاه جداسازی شده است.

LD (۱۱)

۱-۱۱ اطلاعات آماری آزمایشگاه به منظور استفاده در مدیریت استراتژیک و برنامه‌ریزی

جمع‌آوری می‌شوند.

۲-۱۱ اطلاعات آماری تجزیه و تحلیل می‌شوند و اطلاعات حاصل با اطلاعات سایر

بخش‌ها به منظور ارتقای عملکرد آزمایشگاه مورد استفاده قرار می‌گیرند.



LD (۱۲)

گزارش‌های منظم برای کارکنان بخش‌های بیمارستان در جهت اطلاع‌رسانی و به‌روزرسانی در ارتباط با موضوعات بالینی (به‌عنوان مثال، حساسیت آنتی‌بیوتیکی و توصیه‌های مرتبط) ارسال می‌شود.

LD (۱۳)

نتایج آزمایش‌ها توسط پزشک معالج برای تأیید دریافت و امضا می‌شود.

LD (۱۴)

۱-۱۴ نتایج پایش و کالیبراسیون روزانه تجهیزات ثبت می‌شود.

۲-۱۴ آزمایشگاه تحت پوشش برنامه ارزیابی خارجی کیفیت که توسط مراکز مورد تأیید

وزارت بهداشت انجام می‌گیرد قرارداد و به‌طور منظم در آن شرکت می‌نماید.

۳-۱۴ پایش نتایج حاصل از انجام یک آزمایش مشخص توسط کارکنان مختلف برای

اطمینان از یکنواخت بودن گزارش‌دهی انجام می‌شود.

LD (۱۵)

۱-۱۵ مستندات مربوط به سنجش مهارت کارکنان متناسب با وظایف و مسئولیت‌های

آنان موجود است.

۲-۱۵ سوابق قبولی تمام کارکنان در آزمون سنجش مهارت‌های حرفه‌ای وجود دارد.

۳-۱۵ آزمون مربوط به سنجش مهارت کارکنان به‌طور ادواری صورت می‌گیرد.

۴-۱۵ اقدام‌های اصلاحی به‌منظور برطرف‌نمودن نواقص مشخص شده در آزمون‌های

مهارت‌سنجی انجام می‌گیرد و مستندات آن موجود است.

۵-۱۵ سوابق آموزش‌های دوره‌ای ضمن خدمت کارکنان وجود دارد.



LD (۱۶)

آزمایشگاه دارای کتابچه توجیهی برای توجیه کارکنان جدید است که موارد زیر را شامل می‌شود:

۱-۱۶ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۱۶ معرفی جزئیات بخش مربوطه؛

۳-۱۶ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از

امضا در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.

LD (۱۷)

۱-۱۷ برای نگهداری تمام تجهیزات جدول مستندی وجود دارد.

۲-۱۷ جدول فوق شامل جزئیات نحوه نگهداری دستگاه‌ها است.

۳-۱۷ پریزهای برق اضطراری و سیستم UPS در همه بخش‌ها مشخص هستند.

LD (۱۸)

۱-۱۸ برنامه بهبود کیفیت برای ارتقای آزمایشگاه در نظر گرفته شده است.

۲-۱۸ برنامه فوق شامل شاخص‌های قابل اندازه‌گیری، واقعی و زمان‌بندی شده است.

۳-۱۸ شواهد پایش مستمر این برنامه در دسترس است.

LD (۱۹)

۱-۱۹ اطلاعات مربوط به فعالیت‌های آزمایشگاه جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.

۲-۱۹ دلایل منطقی جمع‌آوری اطلاعات تدوین شده‌اند.



- ۳-۱۹ چکلیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۹ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۹ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

LD (۲۰)

آموزش‌های مربوط به ایمنی و بهداشت حرفه‌ای برای کارکنان آزمایشگاه، در هر واحد جداگانه تدوین و ارائه می‌شوند.

LD (۲۱)

آزمایشگاه قادر به انجام آزمایش‌های زیر است:

- ۱-۲۱ ارزیابی هورمونی،
- ۲-۲۱ ویروس‌شناسی،
- ۳-۲۱ ایمونولوژی،
- ۴-۲۱ سیتولوژی،
- ۵-۲۱ Frozen section.

LD (۲۲)

آزمایشگاه شامل تجهیزات زیر است:

- ۱-۲۲ سینک شستشوی دست،
- ۲-۲۲ امکانات ایمنی شامل تجهیزات شستشوی چشم و دوش اضطراری،
- ۳-۲۲ نگهداری مناسب مایعات قابل اشتعال و شیمیایی،
- ۴-۲۲ امحای مناسب نمونه‌ها.



مدیریت پزشکی

MA (1)

- 1-1 یک پزشک واجد صلاحیت مدیر پزشکی بیمارستان است.
- 2-1 مدیر پزشکی واجد صلاحیت بوده و یا دارای تحصیلات تکمیلی در رشته مدیریت پزشکی یا مدیریت است.
- 3-1 مدیر پزشکی عضو هیئت مدیره بیمارستان است.

MA (2)

- 1-2 فهرستی از تمام کارکنان شاغل در بیمارستان در واحد مدیریت پزشکی موجود است.
- 1-2 فهرست کارکنان شامل موارد زیر است:
 - ◆ سمت،
 - ◆ شماره تماس،
 - ◆ شماره نظام پزشکی،
 - ◆ نیمه وقت یا تمام وقت بودن.



MA (۳)

واحد مدیریت پزشکی دارای کتابچه آموزش توجیهی است که موارد زیر را شامل می‌شود:

۱-۳ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۳ معرفی جزئیات بخش مربوطه؛

۳-۳ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا

در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.

MA (۴)

مدیر پزشکی در همه جلسه‌های سازمان‌یافته کادر پزشکی شرکت می‌نماید و به واسطه پست سازمانی خود در تمام کمیته‌های تحت نظارت خود عضو است.

MA (۵)

مدیر پزشکی از وجود و برقراری امکانات و تسهیلات آموزشی برای آموزش دانشجویان پزشکی اطمینان حاصل می‌نماید.

MA (۶)

شواهد، مبنی بر تأیید مدیر پزشکی در ارتباط با نیازسنجی نیروی انسانی برای بخش‌های تحت نظارت او است.

MA (۷)

۱-۷ مدیر پزشکی شواهد مستندی ارائه می‌نماید مبنی بر این که برنامه استراتژیک شامل مطالعات

توجیه اقتصادی برای خدمات موجود و جدید بوده است.

۲-۷ برای تمام خدمات جدید تراز مالی نوشته و به هیئت مدیره ارسال می‌شود.



MA (۸)

مدیر پزشکی در جلسه‌ها شرکت و حداقل صورت جلسه‌های کمیته‌های زیر را نگهداری می‌نماید:

۱-۸ تأیید صلاحیت حرفه‌ای پزشکان،

۲-۸ مدارک پزشکی،

۳-۸ ایمنی و سلامت حرفه‌ای،

۴-۸ کنترل عفونت،

۵-۸ دارویی،

۶-۸ اتاق عمل،

۷-۸ بخش اورژانس،

۸-۸ بهبود کیفیت.

MA (۹)

در واحد مدیریت پزشکی پرونده پرسنلی تمام پزشکان نگهداری می‌شود و شامل موارد زیر است:

۱-۹ مشخصات دموگرافیک،

۲-۹ برگه تقاضای استخدام،

۳-۹ شواهدی از برگزاری مصاحبه،

۴-۹ تأییدیه استخدام،

۵-۹ برگه شرح وظایف امضا شده،

۶-۹ شواهد آموزش توجیهی در خصوص کل بیمارستان و بخش مربوطه،

۷-۹ شواهد اخذ گواهی نامه آتش نشانی پس از طی دوره آموزش توجیهی به‌طور سالانه،

۸-۹ گزارش ارزشیابی عملکرد،



۹-۹ نسخه اصلی و یا کپی برابر اصل مدارک تحصیلی،

۱۰-۹ مدارک تأیید صلاحیت حرفه‌ای.

MA (۱۰)

۱-۱۰ در صورت وجود برنامه آموزش کادر پزشکی، مسئولیت‌های کارآموزان با توجه به مراقبت از بیمار مستند و تنظیم می‌شود.

۲-۱۰ شواهدی مبنی بر نظارت بر دانشجویان پزشکی هنگام کارآموزی در بیمارستان موجود است.

MA (۱۱)

۱-۱۱ مدیر پزشکی در فرایند بودجه‌ریزی مشارکت دارد و رئیس هر بخش حداقل یک‌بار در سال نیازهای بودجه‌ای بخش خود را به صورت مستند مطرح می‌نماید.

۲-۱۱ شواهد دال بر این است که رئیس هر بخش نیازهای بودجه‌ای بخش مربوط را به طور مستند به مدیر پزشکی بیمارستان ارائه می‌نماید.

MA (۱۲)

کتابچه راهنمای جامع خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است که مدیریت پزشکی و موضوعات مدیریتی مرتبط به بیمارستان را توضیح می‌دهد.

۱-۱۲ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۱۲ روش‌ها واضح هستند.

۳-۱۲ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۱۲ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۱۲ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به طور منظم بازنگری می‌شوند.



MA (۱۳)

- ۱-۱۳ اطلاعات مربوط به بخش مدیریت پزشکی جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.
- ۲-۱۳ دلایل منطقی جمع‌آوری اطلاعات تدوین شده‌اند.
- ۳-۱۳ چک لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۳ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۳ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

MA (۱۳)

- ۱-۱۴ مدیر پزشکی از مطابقت ثبت پزشک در پرونده پزشکی با الزامات بالینی و قانونی اطمینان کسب می‌نماید.
- ۲-۱۴ به منظور کسب اطمینان از مورد فوق، از گزارش‌ها و ثبت پزشکی، ممیزی منظم انجام می‌شود.
- ۳-۱۴ شواهد، دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی در خصوص نواقص شناسایی شده پس از ممیزی گزارش‌های پزشکی است.
- ۴-۱۴ ممیزی گزارش‌های پزشکی به لحاظ آماری با تمام پزشکان ارتباط دارد.

MA (۱۴)

- ۱-۱۵ تسهیلات کتابخانه‌ای در بیمارستان موجود است.
- ۲-۱۵ امکان دسترسی به اینترنت وجود دارد.
- ۳-۱۵ کمیته کتابخانه در بیمارستان فعال است و برنامه سالانه را برای به‌روزر نمودن کتاب‌های مرجع در کتابخانه ارائه می‌دهد.
- ۴-۱۵ کتابخانه دارای کتاب‌های مرجع جاری است.
- ۵-۱۵ کتابخانه دارای کتاب‌های مرجع چند تخصصی است.



۶-۱۵ سیستم فهرست‌بندی در کتابخانه موجود است.

۷-۱۵ خط‌مشی و دستورالعمل کتابخانه امکان دسترسی کامل کارکنان بالینی (نظیر پرستاران،

روانشناسان و متخصصان) را به کتابخانه فراهم می‌نماید.

۸-۱۵ کتابخانه دارای تسهیلات سمعی - بصری است.



تصویربرداری

MI (۱)

بخش تصویربرداری رادیولوژی پزشکی تحت مدیریت یک پزشک توانمند آموزش دیده و باتجربه رادیولوژی تصویربرداری پزشکی است.

MI (۲)

یک کارشناس ارشد رادیولوژی (تحت هر نامی) باصلاحیت از نظر آموزش، مدرک و تجربه به عنوان مسئول آن بخش شناخته می شود.

MI (۳)

۱-۳ در یک سیستم مدیریت غیرمتمرکز در بخش رادیولوژی تصویربرداری فایل های شخصی هر یک از کارکنان، شامل شرح وظایف امضا شده توسط فرد، نگهداری می شود.

یا

۲-۳ در یک سیستم مدیریت مرکزی، رئیس هر بخش باید از تمام شرح وظایف کارکنان بخش کپی (برابر اصل) داشته باشد.

۳-۳ در هر دو حالت، فایل های کارکنان باید شامل مدارک آموزشی افراد شود.

۴-۳ شواهد باید نشان دهنده ارزیابی عملکرد متناسب با نقش ها و مسئولیت های فرد در قالب شرح وظایف آنها باشد (مدارک تحصیلی مرتبط با کار محوله باشد).



MI (۴)

بخش رادیولوژی تصویربرداری پزشکی باید یک فهرست از همه کارکنان نگهداری کند که شامل:

۱-۴ نام،

۲-۴ جزئیات تماس،

۳-۴ سمت و موقعیت،

۴-۴ تاریخ استخدام (شروع به کار)،

۵-۴ جدولی از نام‌ها و نقش کارکنانی که پوشش ۲۴ ساعته بخش را فراهم می‌نمایند،

توسط بخش مستند شده است (در صورت نیاز).

MI (۵)

شواهد مستند، که برای تمام کارکنان در زمینه CPR و آتش‌نشانی، سالانه، بازآموزی تجدید و بازنگری می‌شود، وجود داشته باشد.

MI (۶)

بخش رادیولوژی تصویربرداری پزشکی یک کتابچه توجیهی نگهداری می‌کند که موارد زیر را شامل می‌شود:

۱-۶ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۶ مسائل مربوط به بخشی که کارکنان در آن مشغول به کار شده‌اند؛

۳-۶ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا

در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.



MI (۷)

یک کتابچه روش کار و خط‌مشی‌ها که توصیف‌کننده مدیریت بخش رادیولوژی و خدمات بالینی در بیمارستان است، وجود دارد.

۱-۷ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۷ روش‌ها واضح هستند.

۳-۷ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه می‌شوند.

۴-۷ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۷ خط‌مشی‌ها و روش‌ها منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۷ اورژانس‌های پزشکی و جواب‌های اورژانس؛

۷-۷ ارزیابی سطوح اشعه پزشکان و کارکنان؛

۸-۷ سلامتی از نظر اشعه (به‌خصوص استفاده از شیلدهای محافظتی برای بیماران و کارکنان)؛

۹-۷ مواد حاجب؛

۱۰-۷ روش‌های رایج رادیولوژی؛

۱۱-۷ رعایت حریم خصوصی بیمار؛

۱۲-۷ مواجهه با بیماران باردار؛

۱۳-۷ گزارش حوادث و اختلاف‌های موجود بین برنامه‌های پیش‌بینی‌شده و اقدام‌های

صورت‌گرفته.

MI (۸)

۱-۸ شواهد مستند انجام آزمون توانمندی از کارکنان متناسب با نقش‌ها و مسئولیت‌های

افراد وجود دارد.



۲-۸ شواهد نشان می‌دهند که مدارک همه کارکنان واحد از نظر آزمون توانمندی تکمیل است.

۳-۸ آزمون‌های منظم توانمندی کارکنان برگزار می‌گردد.

۴-۸ شواهد انجام اقدام‌های اصلاحی با توجه به کمبودهای شناخته شده در آزمون‌های

توانمندی وجود دارد.

MI (۹)

برنامه روش‌های ایمنی و سلامتی کار برای بخش، با فصل‌های مجزا برای قسمت‌های مختلف شامل سونوگرافی، CT و MRI و کتابچه راهنما برای نحوه جابه‌جایی تمام نواحی وجود دارد.

MI (۱۰)

شواهد پایش منظم (کنترل) و ثبت سطوح اشعه برای پزشکان و کارکنان شامل آزمایش خون شش‌ماهه و Chest X-ray سالانه وجود دارد.

MI (۱۱)

دیوارهای سرب‌کوبی شده، درها و اتاقک‌های کنترل وجود دارد و به صورت منظم کنترل، ثبت و مستند می‌شود (از لحاظ دوزیمتری).

MI (۱۲)

مسئول ثبت در بخش رادیولوژی وجود داشته باشد.

MI (۱۳)

۱-۱۳ اتاق رختکن خصوصی و دردسترس بیماران وجود دارد.

۲-۱۳ دسترسی راحت به سرویس‌های بهداشتی در بخش برای بیماران وجود داشته باشد.



MI (۱۴)

- ۱-۱۴ در قسمت اتاق تاریک‌خانه (تهیه فیلم) یک فن برای تهویه هوا وجود دارد.
- ۲-۱۴ یک مسیر فرعی برای دفع مواد زائد شیمیایی با استفاده از جدیدترین روش‌های متداول به‌طور متناسب وجود دارد.

MI (۱۵)

یک برنامه مستند برای نگهداری همه تجهیزات وجود دارد و جزئیات مواردی را که در هر بازنگری مورد بررسی قرار می‌گیرد، مشخص می‌نماید.

MI (۱۶)

بخش دارای ترالی اورژانس است که به‌طور متناسب تجهیز شده است:

- ۱-۱۶ همه اندازه‌های تجهیزات ضروری کودکان؛
- ۲-۱۶ دفیبریلاتور؛
- ۳-۱۶ مانیتور قلبی؛
- ۴-۱۶ داروهای ضروری؛
- ۵-۱۶ ایروی در اندازه‌های مختلف مناسب با جمعیت؛
- ۶-۱۶ آمبویگ در اندازه‌های مختلف مناسب با جمعیت؛
- ۷-۱۶ لارنگوسکوپ در اندازه‌های مختلف با لبه‌های متفاوت؛
- ۸-۱۶ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۹-۱۶ لوله‌های اندوتراکتال در اندازه‌های مختلف مناسب با جمعیت؛
- ۱۰-۱۶ تخت‌ احیا؛
- ۱۱-۱۶ دسترسی به اکسیژن و ساکشن سانترال و یا شبکه‌ای؛
- ۱۲-۱۶ تجهیزات الکتریکی همیشه شارژ هستند؛
- ۱۳-۱۶ چک کردن ترالی توسط کارکنان باصلاحیت مناسب و ثبت روزانه.



MI (۱۷)

۱-۱۷ اطلاعات کتبی (نوشته شده) مناسبی پیش از انجام اقدام‌های درمانی^۱ به همه بیماران ارائه می‌شود.

۲-۱۷ فرم رضایت‌نامه باید از همه بیماران که تحت اعمال با خطر بالا و یا تهاجمی قرار می‌گیرند، گرفته شود.

MI (۱۸)

سرویس‌های (خدمات) ویژه مثل پزشکی هسته‌ای و رادیوتراپی به وسیله پزشکان باصلاحیت تأیید شده و با تجربه برای انجام این روش‌ها ارائه می‌گردد.

MI (۱۹)

۱-۱۹ یک پرستار دارای شماره نظام در طول مراحل انجام فرایند، به منظور اقدام‌های پرستاری مورد نیاز احتمالی در دسترس باشد.

۲-۱۹ ثبت کردن اقدام‌های پرستاری با بخش رادیولوژی است.

MI (۲۰)

۱-۲۰ گزارش‌های رادیولوژی توسط یک رادیولوژیست طی ۷۲ ساعت پس از انجام آزمایش‌ها تکمیل و امضا می‌شود.

۲-۲۰ ممیزی روش گزارش، برای دقت و تطابق با بیمار (برای وجود تفاوت‌ها) انجام می‌گردد.

MI (۱۴)

همه ماموگرافی‌ها باید به وسیله ۲ پزشک رادیولوژیست خوانده، گزارش، امضا و تأیید شوند.



MI (۲۲)

۱-۲۲ مدارک حضور در آموزش‌های ضمن خدمت در حین کار برای تمام کارکنان بخش موجود باشد.

۲-۲۲ رادیولوژیست‌ها در آموزش افراد تازه‌کار کارکنان پزشکی مانند افراد اورژانس، ایترن، رزیدنت و کارآموز شرکت می‌نمایند.

MI (۲۳)

رادیولوژیست‌ها به‌طور منظم در جلسه‌های بالینی تخصص‌های دیگر که در ارتباط با رادیولوژی هستند، شرکت می‌کنند.

MI (۲۴)

مدارک آموزش حرفه‌ای مداوم و پیشرفته (مدارک بازآموزی) وجود دارد.

MI (۲۵)

۱-۲۵ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.

۲-۲۵ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.

۳-۲۵ مدارک پیش‌مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

MI (۲۶)

۱-۲۶ داده‌ها برای خدمات رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.



۲-۲۶ اطلاعات خدمات ارائه شده برای هر واحد مشخص مثل سونوگرافی، CT و MRI

جمع آوری و در رایانه ثبت می شوند. همچنین، این قابلیت وجود دارد که برای تمام بخش، یک جا جمع آوری شوند.

۳-۲۶ دلایل منطقی جمع آوری داده ها به صورت مستند وجود دارد.

۴-۲۶ چک لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.

۵-۲۶ در این بخش ممیزی انجام می شود.

۶-۲۶ تحلیل ها و اقدام های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می شوند.



خدمات بالینی

MS (۱)

رئیس هر بخش بالینی یک پزشک باتجربه و واجد صلاحیت است.

MS (۲)

۱-۲ یک پزشک در تمام اوقات در بیمارستان خدمت می‌نماید.

۲-۲ در صورت لزوم، امکان دسترسی به پزشکان متخصص و پزشک مسئول پذیرش وجود دارد.

MS (۳)

۱-۳ شواهد آموزش توجیهی پزشکان در خصوص تجهیزات جدید در پرونده پرسنلی هر یک از آنان بایگانی می‌شود.

۲-۳ شواهد بازآموزی سالانه پزشکان در خصوص آتش‌نشانی در پرونده پرسنلی هر یک از پزشکان بایگانی می‌شود.

MS (۴)

رئیس هر بخش بالینی در برنامه‌های بهبود کیفیت و بازنگری بالینی به شرح زیر شرکت می‌کند:

۱-۴ شرکت در جلسه‌های بهبود کیفیت؛

۲-۴ تدوین شاخص‌های بالینی؛

۳-۴ تکمیل اطلاعات پایه برای پیامدهای بالینی؛



۴-۴ ممیزی بالینی؛

۵-۴ بازنگری مجدد اطلاعات مرگ و میر و معلولیت.

MS (۴)

ثبت موارد زیر در پرونده پزشکی بیمار الزامی است:

۱-۵ سابقه بیمار هنگام پذیرش:

۱-۱-۵ سابقه آلرژی‌ها،

۲-۱-۵ سابقه پزشکی پیشین،

۳-۱-۵ شکایت فعلی،

۴-۱-۵ داروهایی که بیمار در حال حاضر مصرف می‌نماید،

۵-۱-۵ یک معاینه بالینی دقیق و کامل.

۲-۵ خلاصه پرونده دارای مهر بیمارستان با جزئیات زیر می‌باشد:

۱-۲-۵ تشخیص بیمار در زمان ترخیص،

۲-۲-۵ درمان و روند بهبود در زمان اقامت بیمار در بیمارستان،

۳-۲-۵ نتایج آزمایش‌ها،

۴-۲-۵ داروهای تجویز شده برای بیمار در زمان ترخیص،

۵-۲-۵ تاریخ مراجعه بعدی.

۳-۵ شواهدی دال بر خوانابودن دستورات و امضای پزشک وجود دارد.

۴-۵ شواهدی دال بر امضای روزانه برگه سیر پیشرفت بیماری توسط پزشک وجود دارد.

MS (۳)

شواهد شرکت منظم کادر پزشکی در دوره‌های آموزشی وجود دارد.



MS (۷)

وجود ارزیابی و پروتکل درمانی برای شرایط عمده که شامل موارد زیر است:

- ۱-۷ نقشه‌های فرایندی (فلوچارت)؛
- ۲-۷ داده‌های چند تخصصی (داده‌های حاصل از معاینه بیمار توسط متخصصان مختلف در بیمارستان)؛
- ۳-۷ متکی بر شواهد؛
- ۴-۷ داده‌های مربوط به پیامدهای بالینی نشان می‌دهند که بازنگری‌ها (و مداخلات) به بهبود پیامدها منجر شده‌اند؛
- ۵-۷ شواهدی که پذیرش ضوابط، روش‌ها و پروتکل‌های مرتبط با موارد فوق را در صورتی که بیمارستان مایل به ارتقای کیفیت باشد، تأیید کند.

MS (۸)

- ۱-۸ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.
- ۲-۸ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۳-۸ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.



اتاق عمل

OR (۱)

۱-۱ یک پزشک واجد صلاحیت با تحصیلات مناسب و آموزش دیده مسئول اتاق عمل است.

۲-۱ یک کارشناس پرستاری با حداقل پنج سال سابقه کار سرپرستار اتاق عمل است.

OR (۲)

۱-۲ فهرست کامل مشخصات، سمت و شماره تماس‌های تمام کارکنان موجود است.

۲-۲ برنامه حضور و آنکال کارکنان موجود است.

۳-۲ فهرست کامل جراحان و شماره تماس آن‌ها موجود است.

OR (۳)

در اتاق عمل، یک کتابچه آموزش توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط بیمارستان و اتاق

عمل موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۳ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۳ معرفی جزئیات اتاق عمل؛

۳-۳ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا

در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.



OR (۴)

کتابچه خطمشی‌ها و روش‌ها در اتاق عمل موجود و موارد ذیل را توصیف می‌نماید:

- ۱-۴ مسائل مدیریتی اتاق عمل؛
- ۲-۴ مسائل درمانی اتاق عمل؛
- ۳-۴ خطمشی‌ها واضح هستند؛
- ۴-۴ روش‌ها واضح هستند؛
- ۵-۴ خطمشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند؛
- ۶-۴ فهرست دقیق خطمشی‌ها و روش‌ها موجود است.
- ۷-۴ خطمشی‌ها و روش‌ها منظم بازنگری می‌شوند.

خطمشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۸-۴ پذیرش و انتقال بیمار از اتاق عمل،
- ۹-۴ نوبت‌دادن با در نظر گرفتن اولویت‌ها،
- ۱۰-۴ نظافت اتاق‌های عمل،
- ۱۱-۴ جابه‌جایی نمونه‌ها،
- ۱۲-۴ روش‌های ضد عفونی،
- ۱۳-۴ ایمنی بیمار،
- ۱۴-۴ ایمنی کارکنان (به‌ویژه هنگام استفاده از فلوروسکوپی، لیزر و ...)،
- ۱۵-۴ آمادگی برای موارد اورژانس،
- ۱۶-۴ داروهای مسکن و کنترل‌کننده درد،
- ۱۷-۴ برنامه احتیاط‌های استاندارد (بین‌المللی) در رابطه با دستگاه‌ها و مواد.

خطمشی‌ها و روش‌های ویژه بخش جراحی یک‌روزه حداقل شامل موارد زیر است:

- ۱۸-۴ فرایند پذیرش و ترخیص؛
- ۱۹-۴ معیارهای پذیرش و ترخیص؛



- ۲۰-۴ نوبت‌دهی برای اقدام‌های درمانی یا اسکوپ‌ها؛
- ۲۱-۴ برگه خلاصه پرونده شامل درمان انجام‌شده و پیگیری؛
- ۲۲-۴ بروشورهای آموزشی برای مراقبت‌های پس از ترخیص بیمار؛
- ۲۳-۴ دستبند شناسایی بیماران ویژه بخش جراحی یک‌روزه.

OR (۵)

- ۱-۵ شواهد مربوط به کمیته اتاق عمل موجود هستند.
- ۲-۵ کمیته حداقل هر سه‌ماه یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهد.
- ۳-۵ فهرست اعضای کمیته اتاق عمل موجود است.
- ۴-۵ آیین‌نامه داخلی کمیته اتاق عمل وجود دارد.
- ۵-۵ صورت‌جلسه‌های تمام جلسه‌ها نگهداری می‌شوند.
- ۶-۵ نتیجه حاصل از بحث‌ها و مصوبات کمیته از طریق مستندات موجود قابل ردیابی هستند.

OR (۶)

- حداقل، موارد زیر در تمام مدارک پزشکی ثبت می‌شوند:
- ۱-۶ مشخصات بیمار(نام، شماره پرونده و تاریخ) در تمام صفحات پرونده بیمار درج شده‌اند.
 - ۲-۶ برای ثبت داخل پرونده بیمار از خودکار استفاده شده است.
 - ۳-۶ زمان و تاریخ تمام گزارش‌ها و دستورات در پرونده بیمار ثبت شده است.
 - ۴-۶ در تمام گزارش‌های ثبت‌شده در پرونده پزشکی بیماران نام، سمت، امضا و مهر فرد ثبت شده است.
 - ۵-۶ شواهد، دال بر عدم استفاده از لاک برای غلط‌گیری مطالب داخل پرونده بیماران است.
 - ۶-۶ هیچ فاصله‌ای بین موارد ثبت‌شده در پرونده و امضای پایان آن‌ها نیست.



- ۷-۶ در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن «اصلاح شد» نوشته می‌شود. سپس، امضاء، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- ۸-۶ برگ رضایت عمل نوع عمل را به وضوح روشن کرده است و شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند جراح، نوع عمل جراحی و عوارض احتمالی آن را کاملاً برای بیمار تشریح کرده و برگ رضایت عمل را نیز امضا کرده است.
- ۹-۶ برگ شرح عمل توسط جراح مهر و امضا شده است.
- ۱۰-۶ برنامه ترخیص بیمار مطابق خط‌مشی‌ها و روش‌ها اعمال می‌شود.

OR (۷)

ترالی اورژانس در دسترس است و محتویات آن عبارتند از:

- ۱-۷ دفیبریلاتور؛
- ۲-۷ مانیتور قلبی؛
- ۳-۷ داروهای اورژانسی؛
- ۴-۷ ایروی در تمام اندازه‌ها؛
- ۵-۷ آمبوبگ متناسب با تعداد بیماران؛
- ۶-۷ لوله‌های داخل تراشه در تمام اندازه‌ها؛
- ۷-۷ تخته زیر بیمار برای احیا؛
- ۸-۷ لارنگوسکوپ با لبه‌هایی در تمام اندازه‌ها؛
- ۹-۷ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۱۰-۷ تجهیزات الکتریکی (مانند مانیتور و دفیبریلاتور) همیشه شارژ هستند؛
- ۱۱-۷ مستندات وجود دارند که نشان می‌دهند ترالی اورژانس در هر شیفت توسط مسئول واجد شرایط چک، ثبت و امضا شده است.



OR (۸)

شواهد اجرای احتیاط‌های استاندارد یا بین‌المللی وجود دارد.

OR (۹)

رختکن جداگانه برای کارکنان خانم و آقا وجود دارد.

OR (۱۰)

برگه پذیرش بیمار در اتاق عمل دارای دو بخش است که یکی توسط کارکنان بخش و دیگری توسط کارکنان اتاق عمل تکمیل می‌شوند و شامل موارد زیر هستند:

- ۱-۱۰ کنترل دستبند شناسایی بیمار،
- ۲-۱۰ تأیید نام و مشخصات فردی بیمار،
- ۳-۱۰ تأیید نوع عمل جراحی توسط بیمار،
- ۴-۱۰ برگه رضایت عمل جراحی امضا شده توسط بیمار و جراح،
- ۵-۱۰ تأیید وضعیت حساسیت‌های بیمار (آلرژی)،
- ۶-۱۰ ثبت نتایج آزمایش‌ها و بررسی‌های تشخیصی مرتبط،
- ۷-۱۰ پاک کردن لاک ناخن بیمار و خارج کردن جواهرات،
- ۸-۱۰ پوشاندن حلقه یا النگو در صورت امکان پذیر نبودن خارج کردن آنها،
- ۹-۱۰ خارج کردن لنزهای چشمی،
- ۱۰-۱۰ خارج کردن دندان‌های مصنوعی و سایر پروتزها،
- ۱۱-۱۰ تأیید ناشتابودن بیمار،
- ۱۲-۱۰ آمادگی محل عمل (شامل علامتگذاری، ضد عفونی کردن، برداشتن موهای زاید و ...).



OR (۱۱)

شمارش دقیق تعداد گاز، ابزار جراحی و سوزن‌های بخیه پیش و پس از عمل جراحی انجام گرفته و در پرونده بیمار ثبت می‌شود. فرم مربوط از برگه لوازم مصرفی که برای تسویه حساب ارسال می‌شود، مجزای بوده و توسط دو نفر از اعضای تیم جراحی که در حین عمل حضور داشته‌اند، امضای گردد.

OR (۱۲)

۱-۱۲ اتاق ریکاوری مشخص و دارای وسایل احیا بوده و دسترسی به دفیبریلاتور به سادگی میسر است.

۲-۱۲ در تمام ساعات حضور بیمار در ریکاوری یک کارشناس پرستاری نیز حضور دارد.

۳-۱۲ امکان جداسازی کودکان از بزرگسالان در ریکاوری وجود دارد.

OR (۱۳)

۱-۱۳ یک دفتر ثبت جداگانه برای بیماران جراحی یک‌روزه وجود دارد.

۲-۱۳ مستندات پرونده پزشکی واضح بوده و نشان می‌دهند که بیمار برای جراحی یک‌روزه بستری شده است.

۳-۱۳ پرونده بیماران بخش جراحی یک‌روزه به‌طور کامل و مشابه سایر بیماران بخش جراحی تکمیل می‌گردد.

۴-۱۳ روند پذیرش و آماده‌سازی بیماران بخش جراحی یک‌روزه مشابه سایر بیماران بخش جراحی است.

۵-۱۳ یک بخش جراحی یک‌روزه به‌صورت مستقل در بیمارستان وجود دارد.



OR (۱۴)

- ۱-۱۴ شواهد مستندی دال بر آزمون منظم مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان براساس نقش‌ها و مسئولیت‌های اختصاصی آنان در اتاق عمل موجود است.
- ۲-۱۴ این شواهد شامل توانایی به‌کارگیری صحیح تجهیزات خاص در اتاق عمل نیز است.
- ۳-۱۴ شواهدی مبنی بر این که تمام کارکنان آزمون مهارت‌های حرفه‌ای را گذرانده‌اند، موجود است.
- ۴-۱۴ کارایی کارکنان به‌طور مداوم مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.
- ۵-۱۴ شواهدی دال بر وجود اقدام‌های اصلاحی برای رفع نیازهای شناسایی شده متعاقب برگزاری آزمون‌های بررسی مهارت‌های کارکنان در بخش وجود دارند.

OR (۱۵)

- ۱-۱۵ داده‌های اتاق عمل جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.
- ۲-۱۵ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مستند وجود دارد.
- ۳-۱۵ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۵ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۵ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

OR (۱۶)

- ۱-۱۶ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.
- ۲-۱۶ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۳-۱۶ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.



OR (۱۷)

طراحی فضاهای اتاق عمل موارد زیر را تأمین می‌کند:

۱-۱۷ تنظیم مسیر نقل و انتقال (به نحوی که ورودی بیمار و کارکنان مجزا باشد. همچنین،

ورود و خروج بیمار از یک محل صورت نگیرد)؛

۲-۱۷ محدودیت رفت و آمد همراهان بیمار؛

۳-۱۷ سیم اتصال زمین برای وسایل برقی؛

۴-۱۷ کفپوش ضد جرقه، صاف و بدون درز؛

۵-۱۷ مشخص بودن تمام سیستم UPS و پریزهای برق اضطراری؛

۶-۱۷ اتصال حداقل یکی از رایانه‌های اتاق عمل به شبکه رایانه‌ای بیمارستان؛

۷-۱۷ نگهداری مناسب مواد مصرفی و تجهیزات؛

۸-۱۷ صاف و صیقلی بودن سطوح دیوارها و کف.



نظام پزشکی

نظام پزشکی (تحت هر نامی) به عنوان نماینده کارکنان پزشکی در بیمارستان وجود دارد. کارکنان پزشکی شامل افراد زیر هستند:

OM (۱)

- ۱-۱ کارکنان حقوق‌بگیر بیمارستان،
- ۲-۱ سایر کارکنان پزشکی.
- ۳-۱ نظام پزشکی جلسه‌های منظمی داشته و صورت جلسه‌ها را مستند می‌نماید.

OM (۲)

- ۱-۲ نظام پزشکی بر طبق یک اساس‌نامه مدون که فعالیت‌ها و مسئولیت‌های آن و کمیته اجرایی را تعیین می‌کند، فعالیت می‌نماید.
- ۲-۲ آیین‌نامه داخلی باید شامل نحوه تشکیل و شرح وظایف هیئت مدیره باشد و فقط محدود به مسائل مالی نباشد.

OM (۳)

- ۱-۳ ارتباطات اداری (چارت تشکیلاتی) بین نظام پزشکی و هیئت مدیره، رئیس بیمارستان و مسئول فنی به طور واضح مشخص می‌گردد.



۲-۳ شواهد مستندی مبنی بر ارتباط منظم و دوره‌ای بین گروه‌های زیر وجود دارد:

- ◆ هیئت مدیره،
- ◆ نظام پزشکی،
- ◆ تیم مدیریت اجرایی،
- ◆ رؤسای بخش‌ها و گروه‌ها،
- ◆ مدیریت پزشکی،
- ◆ رئیس بیمارستان.

۳-۳ رئیس یا معاون او در جلسه‌های هیئت مدیره به‌عنوان مشاور شرکت می‌نمایند و در

تمام موارد مرتبط نظر مشورتی می‌دهند.

OM (۴)

۱-۴ نظام پزشکی تمام خط‌مشی‌ها، روش‌ها و پروتکل‌های جدید را برای همکاری

حداکثری و تحویل خدمات با کیفیت مورد بازبینی و بررسی قرارداد و نظر خود را اعلام می‌نمایند.

۲-۴ نظام پزشکی مباحث و مصوبات کمیته‌های بیمارستانی مانند کنترل عفونت، داروخانه،

مدارک پزشکی و غیره را بررسی می‌نماید.

OM (۵)

نظام پزشکی اطمینان حاصل می‌نماید که چارچوب اخلاقی حرفه‌ای اعمال شده در بیمارستان، مطابق با اخلاق پزشکی حرفه‌ای نظام پزشکی در کشور یا نظام پزشکی بین‌المللی است.



بخش آنژیوپلاستی

CL (1)

- ۱-۱ بخش کاتتریزاسیون قلبی تحت ریاست یک کاردیولوژیست متبحر در اقدام‌های تهاجمی قلب قرارداد دارد.
- ۲-۱ تمام کاردیولوژیست‌های شاغل در این بخش دارای مدرک کاردیولوژی (با مهارت در اقدام‌های تهاجمی قلب) هستند.

CL (۲)

- ۱-۲ در سیستم مدیریت غیرمتمرکز، بخش کاتتریزاسیون قلبی فایل‌های تمام کارکنان خود را نگهداری می‌کند و فایل محتوی یک شرح وظایف امضا شده است.
- یا
- ۲-۲ در یک سیستم مدیریت متمرکز، رئیس هر بخش کپی برابر اصل تمام شرح وظایف مربوط به کارمندان خود را در بخش نگهداری می‌کند.
- ۳-۲ در هر دو حالت، فایل‌های کارکنان حاوی شواهد صلاحیت‌های تحصیلی هستند.
- ۴-۲ شواهدی مبنی بر انجام ارزیابی‌های رسمی وجود دارد.

CL (۳)

- هریک از کارکنان بخش کاتتریزاسیون آموزش دیده بوده و تحصیلات و تجربه‌های زیر را دارند:
- ۱-۳ مدارک (آموزشی، تحصیلی و تجربی) رادیولوژی و پرستاری به‌عنوان سوابق فنی نگهداری می‌شود.



۲-۳ ثبت دوره‌ی اینترنت شپ به‌عنوان یک دوره‌ی آموزشی فعال در بخش کاتریزاسیون قلبی انجام می‌گیرد.

۳-۳ مدارک دال‌بر توجیه کارکنان نسبت به بخش وجود دارد.

CL (۴)

۱-۴ شواهد مکتوب آزمون‌های توانمندی کارکنان در ارتباط با وظایف و مسئولیت‌های کارکنان در بخش وجود دارد.

۲-۴ شواهد آزمون‌های کامل توانمندی تمام کارکنان در بخش وجود دارد.

۳-۴ آزمون‌های منظم توانمندی کارکنان انجام می‌گیرد.

۴-۴ شواهد رفع نواقص و کاستی‌ها به‌دنبال آزمون‌های سنجش توانمندی وجود دارد.

CL (۵)

جدول مکتوبی حاوی اسامی و تعیین مشاغل و مسئولیت‌ها به‌نحوی که پوشش کامل فعالیت‌های بخش صورت گرفته باشد، در بخش موجود است.

CL (۶)

۱-۶ یک پرستار اختصاصی برای بخش کاتریزاسیون قلبی در نظر گرفته شده است.

۲-۶ پرستار بخش دارای شماره‌ی نظام پزشکی است.

۳-۶ پرستار بخش دارای تجربه‌های پیشین ICU یا CCU است.

CL (۷)

۱-۷ تمام فرایندها و مداخلات قابل انجام در قالب یک جدول در بخش موجود است.



- ۲-۷ جزئیات هر مجموعه عملیات روزانه ثبت می‌گردد.
- ۳-۷ مجموعه عملیات بخش از زمان پذیرش تا پایان ثبت می‌گردد.

CL (۸)

کتابچه حاوی خط‌مشی‌ها و روش‌های قابل انجام در بخش که تمام مطالب مربوط به بخش کاتتریزاسیون قلبی را شرح می‌دهد، وجود دارد.

- ۱-۸ خط‌مشی‌ها واضح هستند.
- ۲-۸ روش‌ها واضح هستند.
- ۳-۸ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.
- ۴-۸ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.
- ۵-۸ خط‌مشی‌ها و روش‌ها منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۶-۸ پذیرش و انتقال از بخش کاتتریزاسیون قلبی،
- ۷-۸ شاخص‌های انتخاب کاتتریزاسیون قلبی،
- ۸-۸ کنترل عفونت،
- ۹-۸ آماده‌سازی بیمار،
- ۱۰-۸ ایمنی کارمندان،
- ۱۱-۸ آمادگی پاسخ‌گویی به موارد اورژانس،
- ۱۲-۸ فرایندهای به‌طور معمول انجام‌شده،
- ۱۳-۸ تجویز دارو،
- ۱۴-۸ استفاده از آرام‌بخش‌ها.



CL (۹)

- ۱-۹ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.
- ۲-۹ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۳-۹ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

CL (۱۰)

بخش شواهد عدم استفاده مجدد از ابزار کاتترگذاری در پروسه بازفرآوری را دارد.

CL (۱۱)

بخش به‌طور مناسب توالی اورژانس را تجهیز نموده است:

- ۱-۱۱ اگر کودکان پذیرش می‌شوند، تمام تجهیزات اورژانس مناسب آن‌ها وجود دارد؛
- ۲-۱۱ دفیبریلاتور (مختص بخش کاتتریزاسیون قلبی)؛
- ۳-۱۱ مانیتور قلبی؛
- ۴-۱۱ داروهای اورژانس؛
- ۵-۱۱ آمبویگ در اندازه‌های مختلف مناسب با جمعیت؛
- ۶-۱۱ ایروی دهانی در اندازه‌های مختلف مناسب با جمعیت؛
- ۷-۱۱ لارنگوسکوپ در اندازه‌های مختلف با لبه‌های متفاوت (کوچک، متوسط، بزرگ و مستقیم)؛
- ۸-۱۱ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۹-۱۱ لوله‌های اندوتراکتال در اندازه‌های مختلف مناسب با جمعیت؛
- ۱۰-۱۱ تختة احیا.



CL (۱۲)

شواهد جذب کارکنان مجرب (اگر بخش کارکنان تمام وقت نداشته باشد) موجود است.

CL (۱۳)

اقدام‌های کاتتریزاسیون قلبی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار حداقل شامل موارد زیر است:

- ۱-۱۳ فرم‌های استاندارد شده برای مستندسازی اقدام‌ها، دردسترس هستند.
- ۲-۱۳ فرم رضایت برای اقدام‌های ویژه، پیش از انجام اقدام‌ها به وسیله بیمار و کاردیولوژیست امضای شود.
- ۳-۱۳ روند ثبت وسایل یکبار مصرف انجام می‌شود.
- ۴-۱۳ ارزیابی بیمار توسط پرستار پیش از شروع اقدام‌ها انجام می‌گیرد.
- ۵-۱۳ داروهایی که طی انجام کاتتریزاسیون استفاده می‌گردد، ثبت می‌شود.
- ۶-۱۳ مراقبت پرستاری انجام شده طی اقدام‌های کاتتریزاسیون ثبت می‌گردد.
- ۷-۱۳ ارزیابی بیماران پس از انجام اقدام‌ها (کاتتریزاسیون) و پیش از ترخیص آن‌ها انجام می‌گردد.

CL (۱۴)

اطلاعات بخش جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند:

- ۱-۱۴ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.
- ۲-۱۴ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۳-۱۴ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۴-۱۴ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.



CL (۱۵)

بخش، تجهیزات و فضای مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبت بیمار را فراهم نموده است:

- ۱-۱۵ وجود سینک شستشوی دست‌ها؛
- ۲-۱۵ سردکننده مناسب برای تجهیزات کامپیوتر؛
- ۳-۱۵ امکانات شستشوی دست‌ها داخل بخش؛
- ۴-۱۵ پریزهای برق اضطراری و سیستم UPS در همه بخش‌ها مشخص شده‌اند؛
- ۵-۱۵ بخش کاتریزاسیون قلبی دارای پایانه کامپیوتری اختصاصی وصل به سیستم اطلاعات بیمارستان است؛
- ۶-۱۵ اتاق تعویض لباس برای کارکنان وجود دارد؛
- ۷-۱۵ انبار وسایل تمیز؛
- ۸-۱۵ اتاق وسایل کثیف؛
- ۹-۱۵ محافظ سربی مناسب برای کارمندان و بیماران (اگر اندیکاسیون دارد) وجود دارد؛
- ۱۰-۱۵ شبکه گازهای طبی شامل ساکشن وجود دارد.



بانک خون

BB (۱)

بخش بانک خون توسط یک پزشک تمام وقت متخصص علوم آزمایشگاهی یا هماتولوژیست مدیریت می شود.

BB (۲)

- ۱-۲ فهرستی از تمام کارکنان بخش موجود است.
- ۲-۲ صلاحیت کارکنان با نقش هر فرد و مسئولیت او متناسب است.

BB (۳)

- ۱-۳ رئیس آزمایشگاه یک نسخه از شرح وظایف کارکنان این بخش در اختیار دارد.
- ۲-۳ پرونده پرسنلی موجود در بخش محتوی مدارک آموزشی افراد است.
- ۳-۳ سوابق ارزشیابی عملکرد به صورت رسمی (مکتوب و امضاشده) موجود است.
- ۴-۳ شرح وظایف مرتب بازنگیری می شوند.
- ۵-۳ برنامه مستند ارزشیابی عملکرد در راستای شرح وظایف تنظیم شده است.

BB (۴)

در بخش، یک کتابچه راهنمای توجیهی کارکنان وجود دارد که شامل موارد زیر است:

- ۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت های عمومی بیمارستان؛



۲-۴ معرفی جزئیات بخش مربوطه؛

۳-۴ چک لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا

در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می شود.

BB (۵)

کتابچه راهنمای خط مشی ها و روش های مربوط به بخش بانک خون موجود است.

۱-۵ خط مشی ها و روش ها منظم بازنگری می شوند.

۲-۵ خط مشی ها واضح هستند.

۳-۵ خط مشی ها و روش ها در کل بیمارستان یکسان ارائه می شوند.

۴-۵ فهرست دقیق شرح وظایف و روش ها موجود است.

خط مشی ها و روش ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۵-۵ تهیه خون و محصولات خونی طبق درخواست پزشکان؛

۶-۵ غربالگری برای بیماری های واگیر؛

۷-۵ Cross matching خون و محصولات خونی؛

۸-۵ خون گیری ایمن از دهندگان خون؛

۹-۵ ذخیره ایمن خون و محصولات خونی؛

۱۰-۵ روش های قابل قبول انجام Cross matching؛

۱۱-۵ برچسب شامل مشخصات گیرنده، شماره واحد و وضعیت مطابقت با خون اهدایی است؛

۱۲-۵ تعیین و پیگیری دریافت کنندگان دارای آنتی بادی که شامل مشاوره های اختصاصی است؛

۱۳-۵ اطمینان از این که کارکنان در معرض ارگانسیم های پاتوژنیک آلوده کننده نیستند؛

۱۴-۵ امحای مناسب خون و محصولات خونی.



BB (۶)

امکان توزیع خون در ۲۴ ساعات مقدور است.

BB (۸)

۱-۷ ثبت بانک خون به وسیله رایانه بوده و شامل سابقه واکنش‌ها در هنگام تزریق خون است.

۲-۷ سیستم پیگیری توزیع خون به واسطه یک Bar coding تسهیل می‌شود.

BB (۸)

۱-۸ یک کمیته انتقال خون بیمارستانی با آیین‌نامه داخلی وجود دارد و صورت جلسه‌ها و

گزارش‌های آن موجود است.

۲-۸ کمیته حداقل ماهی یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهد.

BB (۹)

خون اهداشده به‌طور مناسب برچسب‌گذاری می‌شود.

BB (۱۰)

چک‌لیست امضاشده ضوابط اهدای خون توسط فرد دهنده و فرد گیرنده خون وجود دارد.

BB (۱۱)

۱-۱۱ سیستمی برای بررسی تاریخ انقضای خون و محصولات خونی وجود دارد تا هیچ خونی

بیشتر از مدت زمان تعیین شده ذخیره نشود.

۲-۱۱ خط‌مشی انتقال خون و محصولات خونی حین سزارین و جراحی قلب باز وجود دارد.

۳-۱۱ از عمر خون استفاده‌شده برای سزارین و جراحی قلب باز کمتر از ۲۴ ساعت گذشته است.



BB (۱۲)

- ۱-۱۲ محصولات خونی در یخچالی ذخیره می‌شوند که دمای آن پایش می‌گردد و هنگامی که درجه حرارت آن از محدوده دمای ایمن فراتر می‌رود، سیستم هشداردهنده فعال می‌شود.
- ۲-۱۲ خون کامل و RBC در دمای ۲ تا ۶ درجه سانتی‌گراد ذخیره می‌شود.
- ۳-۱۲ پلاکت‌ها در دمای بین ۲۰ تا ۲۴ درجه سانتی‌گراد ذخیره می‌شود.
- ۴-۱۲ پلاکت‌ها با تکان آرام ذخیره می‌شود (با استفاده از روتاتور).
- ۵-۱۲ پلاسما تازه یخ‌زده (FFP) در ۲۵- درجه سانتی‌گراد ذخیره می‌شود.

BB (۱۳)

- ۱-۱۳ خون‌هایی که باید طی ۵ روز منقضی شوند تعیین و به یک قسمت جدا در یخچال منتقل می‌شوند تا مشخص گردد که به تاریخ انقضا نزدیک شده‌اند.
- ۲-۱۳ از خونی که تاریخ انقضای آن نزدیک است استفاده می‌شود و سوابق کاربردی بودن این سیستم موجود است.

BB (۱۴)

Pre-testing استاندارد برای فرد گیرنده خون، از جمله بیماران اورژانسی، در تمام موارد اجرامی شود و سوابق آن‌ها وجود دارد.

BB (۱۵)

سوابق Pre-testing کامل شده برای هر گیرنده شامل موارد زیر است:

۱-۱۵ ABO typing،

۲-۱۵ گروه Rh،



۳-۱۵ غربالگری آنتی بادی،

۴-۱۵ Cross matching.

اطلاعات بالا به وسیله برچسب روی کیسه خون حفظ می شود.

BB (۱۶)

۱-۱۶ تمام واکنش های ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی ثبت می شوند.

۲-۱۶ اطلاعات واکنش های ناخواسته گیرنده جمع آوری، تحلیل و به کمیته انتقال خون

گزارش می شوند.

۳-۱۶ تمام مراحل انتقال خون و محصولات خونی به وسیله دو نفر از کارکنان آموزش دیده

انجام و ثبت می شوند.

BB (۱۷)

سیستم رایانه ای جمع آوری داده ها کاربردی شده و به منظور بهبود مدیریت و خدمت رسانی مورد استفاده

قرار می گیرد.

BB (۱۸)

۱-۱۸ سوابق مربوط به اتفاقات و رویدادهای حین جمع آوری ذخیره، توزیع و تزریق خون و

محصولات خونی نگهداری می شوند.

۲-۱۸ اطلاعات بالا جمع آوری و تحلیل شده و به کمیته انتقال خون گزارش می شود.

۳-۱۸ اقدام های پیشگیرانه برای کاهش احتمال وقوع خطا مستند شده اند.



BB (۱۹)

- ۱-۱۹ داده‌های مربوط به فعالیت‌های بانک خون جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.
- ۲-۱۹ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.
- ۳-۱۹ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۹ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۹ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

BB (۲۰)

- ۱-۲۰ سوابق آموزش حرفه‌ای مداوم و گسترش (توسعه) آن‌ها موجود است.
- ۲-۲۰ آزمون‌های مهارت‌سنجی تکنسین‌ها مستند شده و به صورت منظم انجام می‌گیرد.

BB (۲۱)

یک گرم‌کننده خون استاندارد مورد استفاده قرار می‌گیرد و دمای آن به منظور این که خون بیش از ۳۸ درجه سانتی‌گراد گرم نشود، پایش می‌شود.



بخش روانپزشکی

PY (۱)

- ۱-۱ یک پزشک توانمند آموزش دیده در روانپزشکی به طور تمام وقت ریاست بخش را به عهده دارد.
- ۲-۱ دسترسی به پزشکان متخصص به صورت شبانه روزی است.
- ۳-۱ برنامه کشیک شبانه روزی پزشکان عمومی، متخصصان و مشاوران در دسترس است.

PY (۲)

- ۱-۲ یک کارشناس پرستاری با آموزش ها و مهارت های لازم در پرستاری با حداقل پنج سال تجربه، سرپرستار بخش روانپزشکی است.
- ۲-۲ حداقل یک کارشناس پرستاری همواره در بخش حضور دارد.

PY (۳)

- ۱-۳ فهرست تمام کارکنان شامل شماره های تماس و عنوان شغلی در بخش موجود است.
- ۲-۳ برنامه تقسیم کار و شیفت های پرستاری در دسترس است.
- ۳-۳ شواهد نشان می دهد که انتخاب سطح کارکنان و تقسیم کار با سطح وخامت و نوع بیماری بیماران تطابق دارد.



PY (۴)

- ۱-۴ در یک سیستم مدیریت غیرمتمرکز که بخش روانپزشکی پرونده پرسنلی هریک از کارکنان را نگهداری می‌نماید، پرونده کارکنان شامل شرح وظایف شغلی امضا شده است.
- ۲-۴ در یک سیستم مدیریت متمرکز، رئیس هر بخش کپی تمام شرح وظایف مشاغل کارکنان بخش را نگهداری می‌نماید.
- ۳-۴ در هر دو حالت، پرونده‌های کارکنان حاوی تأییدیه دوره‌های آموزشی است.
- ۴-۴ شواهد انجام ارزیابی‌های رسمی موجود است.

PY (۵)

- ۱-۵ شواهد آموزش ضمن خدمت منظم برای کارکنان بخش موجود است.
- ۲-۵ شواهد مستندی دال بر انجام آزمون‌های منظم توانمندی حرفه‌ای کارکنان در بخش روانپزشکی موجود است.
- ۳-۵ شواهد مکتوبی مبنی بر این که تمام کارکنان آزمون توانمندی حرفه‌ای را گذرانده‌اند، موجود است.
- ۴-۵ شواهدی دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی برای رفع نواقص شناسایی شده متعاقب برگزاری آزمون بررسی توانمندی حرفه‌ای موجود است.

PY (۶)

- یک کتابچه جامع خط‌مشی و روش‌ها ویژه این بخش موجود است.
- ۱-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌های بالینی مربوط به بخش روانپزشکی است.
- ۲-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها منظم بازنگری می‌شوند.
- ۳-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.



۴-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۵-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۶ معیارهای پذیرش و ترخیص؛

۷-۶ توجه بیماران جدید بخش؛

۸-۶ محدودیت‌ها (فیزیکی یا شیمیایی)؛

۹-۶ جداسازی کامل بیمار؛

۱۰-۶ ارزیابی خطر خودکشی؛

۱۱-۶ دسته‌بندی مشاهدات پرستاری؛

۱۲-۶ تنظیم ملاقات‌کنندگان و عبور و مرور در بخش (همچنین شامل موضوعات امنیتی)؛

۱۳-۶ مراقبت‌های اورژانس؛

۱۴-۶ پروتکل‌های دارویی؛

۱۵-۶ موارد کاربرد و تجویز درمان الکتروکانوالسیو؛

۱۶-۶ درمان بیماران مهاجم یا خشن؛

۱۷-۶ بیماران متواری؛

۱۸-۶ کاردرمانی؛

۱۹-۶ آموزش خانواده؛

۲۰-۶ احتیاطات امنیتی.

PY (۷)

۱-۷ بخش روانپزشکی یک محل مطمئن خارج از ساختمان برای عیادت بیماران و

ملاقات‌کنندگان دارد.



۲-۷ یک محل مطمئن دارای تهویه برای سیگارکشیدن موجود است.

۳-۷ خطمشی و راهنمای لازم در محل سیگارکشیدن موجود است.

PY (۸)

ترالی اورژانس در دسترس و شامل موارد زیر است:

۱-۸ دفیبریلاتور؛

۲-۸ مانیتور قلبی؛

۳-۸ داروهای اورژانس؛

۴-۸ آمبوبگ؛

۵-۸ لوله‌های داخل تراشه در تمام اندازه‌ها؛

۶-۸ لارنگوسکوپ با لبه‌هایی در تمام اندازه‌ها؛

۷-۸ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛

۸-۸ تخته احیا؛

۹-۸ مستندات وجود دارند که نشان می‌دهند ترالی اورژانس در هر شیفت توسط مسئول

واجد شرایط چک، ثبت و امضا شده است.

۱۰-۸ تجهیزات الکتریکی همیشه شارژ هستند.

PY (۹)

کارکنان بخش روانپزشکی آموزش‌ها در زمینه احیای قلبی ریوی و استفاده از دفیبریلاتور را سالانه دریافت می‌نمایند.

PY (۱۰)

بخش‌های حمایتی مانند تصویربرداری، آزمایشگاه و غیره ۲۴ ساعته در دسترس بخش روانپزشکی قرار دارند.



PY (۱۱)

در بخش روانپزشکی یک کتابچه جیبی شامل موارد زیر موجود است:

۱-۱۱ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۱۱ معرفی جزئیات بخش روانپزشکی؛

۳-۱۱ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا

در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.

PY (۱۲)

۱-۱۲ تمام کارکنان بخش تحت آموزش‌های آتش‌نشانی قرار گرفته‌اند.

۲-۱۲ تمام کارکنان سالانه مانور تخلیه انجام می‌دهند.

PY (۱۳)

۱-۱۳ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش

در نظر گرفته شده است.

۲-۱۳ برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیربالینی است.

۳-۱۳ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه

و زمان‌بندی شده باشد.

۱۳-۴ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد

PY (۱۴)

۱-۱۴ بخش روانپزشکی دارای یک پایانه اختصاصی رایانه است که به سیستم اطلاعات

بیمارستان متصل است.



- ۲-۱۴ اطلاعات فعالیت‌های بخش روانپزشکی جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌است.
- ۳-۱۴ توضیحات جمع‌آوری اطلاعات به‌طور مکتوب موجود است.
- ۴-۱۴ شواهد مکتوب مداخلات برنامه‌ریزی شده در پاسخ به آنالیز اطلاعات موجود است.

PY (۱۵)

یک آمار جامع سالانه از خرابی تجهیزات نگهداری می‌شود (شامل تواتر خرابی و هزینه تعمیرات به‌ازای هر قلم).

PY (۱۶)

- ۱-۱۶ یک بروشور حاوی روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی (ویژه بخش‌های روانپزشکی و با هدف کاهش خطرات شناسایی شده در این بخش) موجود است.
- ۲-۱۶ یک سیستم ایمنی زنگ خطر که به یک سامانه مرکزی ارتباط داشته باشد در دسترس و قابل استفاده است.
- ۳-۱۶ اتاق‌های خصوصی داخل بخش به سامانه زنگ خطر ایمنی متصل هستند.
- ۴-۱۶ کارکنان انتظامات بی‌درنگ در موارد حادثه در دسترس بخش‌های روانپزشکی قرار دارند.
- ۵-۱۶ کارکنان انتظامات شواهد دو سال تجربه یا آموزش را دارند.

PY (۱۷)

مستندات مدارک پزشکی شامل موارد زیر است:

- ۱-۱۷ در تمام صفحات مدارک پزشکی مشخصات بیماران شامل نام، شماره پرونده و تاریخ ثبت می‌گردد.
- ۲-۱۷ تمام داده‌های ورودی با خودکار نوشته شده‌اند.
- ۳-۱۷ زمان و تاریخ تمام داده‌های ورودی ثبت شده‌اند.



- ۴-۱۷ سیر پیشرفت روزانه بیمار به وسیله کارکنان پرستاری ثبت می شود.
- ۵-۱۷ تمام مستندات و نوشته ها با نام و امضا است.
- ۶-۱۷ هیچ نوع لاک غلط گیری استفاده نشده است.
- ۷-۱۷ هیچ فضای خالی بین نوشته ها و امضای پایانی داده های ورودی نیست.
- ۸-۱۷ روی هرگونه خطایی در نوشته ها یک خط کشیده شده و پس از آن کلمه «Error» همراه با تاریخ و امضا درج می شود.
- ۹-۱۷ برنامه ترخیص به عنوان یکی از خط مشی ها و روش های بخش روانپزشکی مشخص شده است.

PY (18)

- ۱-۱۸ شواهد وجود یک کمیته بخش روانپزشکی با آیین نامه داخلی وجود داشته و مسیر گزارش دهی مشخص است.
- ۲-۱۸ مدت زمان جلسه ها (با دقیقه) مشخص می گردد.

PY (19)

- ۱-۱۹ یک برنامه آموزش مداوم مکتوب در بخش روانپزشکی برای پرستاران و کارکنان پزشکی وجود دارد.
- ۲-۱۹ آموزش حداقل شامل نحوه دارودهی و برخورد با عوارض جانبی است.



بخش مراقبت ویژه نوزادان

NICU (۱)

- ۱-۱ بخش مراقبت ویژه نوزادان تحت نظارت یک پزشک واجد شرایط شایسته است.
- ۲-۱ در تمام ساعات شبانه‌روز، یک پزشک واجد شرایط در بخش حضور دارد.
- ۳-۱ پزشکان متخصص ۲۴ ساعته در دسترس بخش هستند.
- ۴-۱ فهرستی از پزشکان و متخصصان پزشکی برای تماس در مواقع ضروری روی دیوار بخش نصب شده است.

NICU (۲)

سوپروایزر بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان یک کارشناس پرستاری است که ضمن تحصیلات دانشگاهی و کسب مهارت از طریق گذراندن دوره‌های آموزشی و یا داشتن حداقل پنج سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، صلاحیت مناسب را کسب نموده است.

NICU (۳)

- ۱-۳ فهرستی از کارکنان، سمت و شماره‌های تماس آن‌ها در دسترس است.
- ۲-۳ برنامه شیفت‌های کادر پرستاری در دسترس است.
- ۳-۳ یک کارشناس پرستاری که به‌واسطه آموزش و حداقل دو سال سابقه کار صلاحیت کافی را کسب نموده است، در تمام شیفت‌ها در بخش حضور دارد.



NICU (۴)

در هر بخش مراقبت ویژه نوزادان، یک کتابچه آموزش توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط بیمارستان و بخش مراقبت ویژه نوزادان موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۴ معرفی جزئیات بخش مراقبت ویژه نوزادان؛

۳-۴ زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی بخش ویژه نوزادان را دربرمی‌گیرد.

۴-۴ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.

NICU (۵)

۱-۵ شواهد مستندی دال بر آزمون منظم مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان براساس نقش‌ها و مسئولیت‌های اختصاصی آنان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان موجود است.

۲-۵ شواهدی مبنی بر اینکه تمام کارکنان آزمون مهارت‌های حرفه‌ای را گذرانده‌اند، موجود است.

۳-۵ حداقل انواعی از مهارت‌های کارکنان که باید به‌طور منظم آزمون شوند، شامل موارد زیر هستند:

۱-۳-۵ پایش همودینامیک،

۲-۳-۵ محاسبات دارویی،

۳-۳-۵ تشخیص و درمان ریتم‌های قلبی غیرطبیعی،

۴-۳-۵ پایش اکسیژن‌رسانی غیرتهاجمی،

۵-۳-۵ تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایش‌های خونی معمول.

۴-۵ شواهدی دال بر وجود اقدام‌های اصلاحی برای رفع نیازهای شناسایی شده متعاقب برگزاری آزمون‌های بررسی مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان در بخش وجود دارند.



NICU (۶)

کتابچه خطمشی‌ها و روش‌ها در بخش وجود دارد که موضوعات بالینی و مدیریتی بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان را توصیف می‌نماید:

- ۱-۶ خطمشی‌ها واضح هستند.
- ۲-۶ روش‌ها واضح هستند.
- ۳-۶ خطمشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.
- ۴-۶ فهرست دقیق خطمشی‌ها و روش‌ها موجود است.
- ۵-۶ خطمشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

خطمشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۶-۶ معیارهای بستری؛
- ۷-۶ معیارهای ترخیص؛
- ۸-۶ پروتکل‌های ثبت پرونده پزشکی؛
- ۹-۶ پاسخ اورژانسی (مانند یک موقعیت ایست قلبی - تنفسی)؛
- ۱۰-۶ مدیریت بیماری‌های شایع؛
- ۱۱-۶ کنترل عفونت؛
- ۱۲-۶ فرایندهای بستری، حمل و نقل و انتقال؛
- ۱۳-۶ ایمنی کارکنان؛
- ۱۴-۶ معیارهای نسبت کارکنان به بیمار (به‌طور ویژه نسبت کارکنان به بیماران و نیتله ۱=۱ است)؛
- ۱۵-۶ محاسبات داروهای خطرناک.
- ۱۶-۶ دستورات دارویی که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی فوری به پزشک، بدون دستور دارویی مستند پزشک به بیمار بدهد^۱ (فهرست این داروها و دُز مجاز از پیش در بخش مستند شده و موجود است)؛



۱۷-۶ ساعت‌های ملاقات؛

۱۸-۶ آموزش خانواده.

NICU (۷)

در پرونده پزشکی بیمار حداقل موارد زیر ثبت می‌شوند:

۱-۷ مشخصات بیمار(نام، شماره پرونده و تاریخ) در تمام صفحات پرونده بیمار درج می‌شوند.

۲-۷ برای ثبت داخل پرونده بیمار از خودکار استفاده می‌شود.

۳-۷ زمان و تاریخ تمام گزارش‌ها در پرونده بیمار ثبت می‌شوند.

۴-۷ در تمام گزارش‌های ثبت شده در پرونده پزشکی بیماران نام، سمت، امضا و مهر

فرد ثبت می‌شود.

۵-۷ شواهد دال بر عدم استفاده از لاک برای غلط‌گیری مطالب داخل پرونده بیماران است.

۶-۷ هیچ فاصله‌ای بین موارد ثبت شده در پرونده و امضای پایان آن وجود ندارد.

۷-۷ در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک

خط کشیده شده و بالای آن «اصلاح شد» نوشته می‌شود. سپس، امضاء، مهر و سمت

فرد ثبت می‌گردد.

۸-۷ ارزیابی بیمار و تغییر وضعیت و جابه‌جایی وی در پایان شیفت توسط یک کارشناس

پرستاری ثبت، امضا و مهر می‌شود.

NICU (۸)

یک کارشناس پرستاری نوزاد را در بخش بستری و موارد زیر را در پرونده پزشکی او ثبت می‌نماید:

۱-۸ دلیل بستری شدن در بخش مراقبت ویژه نوزادان؛

۲-۸ زمان بستری شدن بیمار در بخش؛



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۳-۸ وضعیت سلامت و نتایج ارزیابی سیستمیک در هنگام پذیرش؛
- ۴-۸ وزن نوزاد در زمان پذیرش؛
- ۵-۸ برنامه درمانی و بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست‌شده به وسیله پزشک معالج؛
- ۶-۸ پیشرفت برنامه مراقبتی که در ۱۲ ساعت اول پس از پذیرش توصیه شده است؛
- ۷-۸ تفاوت میان برنامه‌های مراقبتی ثبت‌شده با اقدام‌های صورت‌گرفته به‌طور روزانه و یا در هر زمان که لازم‌گردد، مستند می‌شوند؛
- ۸-۸ یک کارشناس پرستاری، هر درمان، بررسی مجدد و وضعیت بیمار را به‌طور منظم طی شیفت کاری خود ثبت می‌نماید.

NICU (۹)

- ۱-۹ درمان‌های انجام‌گرفته و داروهای داده‌شده به بیمار ثبت می‌شوند.
- ۲-۹ فرایند ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی توسط دو کارشناس پرستاری بررسی و تأیید می‌شوند.
- ۳-۹ فرایند بررسی دُز، محاسبه و راه تزریق داروهای خطرناک توسط یک کارشناس پرستاری انجام و ثبت شده و توسط یک کارشناس پرستاری دیگر با امضای مجدد تأیید می‌گردد.

داروهای خطرناک به‌وسیله کمیته دارویی مشخص شده‌اند و حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۴-۹ تمام مواد مخدر و داروهای تزریقی تحت نظارت وزارت بهداشت؛
- ۵-۹ دیگوکسین داخل وریدی؛
- ۶-۹ کلریدپتاسیم داخل وریدی؛
- ۷-۹ انسولین؛
- ۸-۹ دُزهای اول آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی؛
- ۹-۹ مخلوط‌های تغذیه کامل وریدی؛
- ۱۰-۹ دُزهای کودکان و نوزادان از ویال‌های چنددُزه.



NICU (۱۰)

۱-۱۰ ترالی اورژانس در دسترس و شامل موارد زیر است:

۱-۱-۱۰ مانیتور قلبی؛

۲-۱-۱۰ داروهای اورژانسی؛

۳-۱-۱۰ ایروی در تمام اندازه‌ها؛

۴-۱-۱۰ آمبویگ برای نوزادان؛

۵-۱-۱۰ لوله‌های داخل تراشه در تمام اندازه‌ها و متناسب با جمعیت؛

۶-۱-۱۰ لارنگوسکوپ با لبه‌های نوزادی؛

۷-۱-۱۰ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ.

۲-۱۰ چک‌لیست امضا شده‌ای که نشان می‌دهد ترالی اورژانس در پایان هر شیفت کاری

کنترل شده و موجود است.

۳-۱۰ مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا

از ترالی اورژانس بخش موجود هستند.

NICU (۱۱)

داده‌های بخش مراقبت ویژه نوزادان جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.

۱-۱۱ دلایل منطقی جمع‌آوری اطلاعات تدوین شده‌اند.

۲-۱۱ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.

۳-۱۱ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.

۴-۱۱ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.



NICU (۱۲)

- ۱-۱۲ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.
- ۲-۱۲ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۳-۱۲ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

NICU (۱۳)

- ۱-۱۳ تمام تخت‌ها به سهولت برای مراقبت روتین و اورژانسی در دسترس هستند.
- ۲-۱۳ تمام انکوباتورها سالم هستند.
- ۳-۱۳ تخت‌ها در تمام اوقات و به‌طور مستقیم توسط کارکنان قابل مشاهده هستند.
- ۴-۱۳ تمام تخت‌ها برای درخواست کمک اورژانسی به سیستم فراخوان پرستار مجهز هستند.
- ۵-۱۳ تسهیلات کافی برای شستشوی دست‌ها در بخش موجود است.
- ۶-۱۳ بخش یک پایانه کامپیوتری اختصاصی دارد که به سیستم اطلاعاتی بیمارستان متصل است.
- ۷-۱۳ پریزهای اضطراری و سیستم UPS در همه بخش‌ها مشخص شده‌اند.
- ۸-۱۳ تمام انکوباتورها سیستم اعلام خطر دارند.
- ۹-۱۳ دسترسی به بخش کنترل‌شده و محدود است و فقط کارکنانی که حضورشان ضرورت دارد و ملاقات‌کنندگان دارای مجوز، اجازه ورود به بخش را دارند.
- ۱۰-۱۳ توانایی فراهم کردن تسهیلات ایزوله مناسب در بخش وجود دارد.



۱۱-۱۳ در این بخش امکانات پایش مرکزی بیماران موجود است.

۱۲-۱۳ بخش قادر به فراهم‌سازی پوشش ۲۴ ساعته برای انجام رادیولوژی، رادیوگرافی

پرتابل و بررسی‌های آزمایشگاهی است.

NICU (۱۴)

کارکنان پرستاری تجهیزات و امکانات لازم برای دستیابی به اهداف مراقبت از بیماران را

دراختیار دارند.



بخش مراقبت‌های ویژه

SC (۱)

- ۱-۱ بخش مراقبت‌های ویژه تحت سرپرستی و نظارت یک پزشک واجد صلاحیت است.
- ۲-۱ سرپرست بخش مدارک تأیید صلاحیت حرفه‌ای پزشکان متخصص (همچون متخصص قلب، واحدهای ویژه و احیا) را نگهداری می‌کند.
- ۳-۱ یک پزشک واجد صلاحیت برای ارائه خدمات ۲۴ ساعته در بخش حضور دارد.
- ۴-۱ پزشکان متخصص در طول ۲۴ ساعت در دسترس بخش هستند.
- ۵-۱ فهرستی از شماره‌های تماس پزشکان متخصص یا مشاوران بخش برای تماس در مواقع ضروری در دسترس است.

SC (۲)

- ۱-۲ سوپروایزر بخش مراقبت‌های ویژه، پرستاری است که ضمن تحصیلات دانشگاهی و کسب مهارت از طریق گذراندن دوره‌های آموزشی و یا داشتن حداقل پنج سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه، صلاحیت مناسب را کسب نموده است.
- ۲-۲ یک سوپروایزر (با شرایط فوق) در تمام اوقات در بخش حضور دارد.

SC (۳)

- ۱-۳ فهرستی از تمام کارکنان، نشانی، شماره تماس و سمت آن‌ها برای برقراری تماس در مواقع ضروری در بخش موجود است.



- ۲-۳ برنامه شیفت‌های کارکنان پرستاری شاغل در بخش موجود است.
- ۳-۳ شواهدی دال بر تطابق الگوی نیروی انسانی به کار گرفته شده متناسب با نوع و میزان و خامت بیماری بیماران بستری موجود است.

SC (۴)

در هر بخش مراقبت‌های ویژه یک کتابچه آموزش توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط بیمارستان و بخش ویژه موجود است که شامل موارد زیر است:

- ۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛
- ۲-۴ معرفی جزئیات بخش مراقبت‌های ویژه؛
- ۳-۴ زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی بخش ویژه را دربرمی‌گیرد.
- ۴-۴ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.

SC (۵)

- ۱-۵ شواهد مستندی دال بر آزمون منظم مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان براساس نقش‌ها و مسئولیت‌های اختصاصی آنان در بخش مراقبت‌های ویژه موجود است.
- ۲-۵ شواهدی مبنی بر این که تمام کارکنان آزمون مهارت‌های حرفه‌ای را گذرانده‌اند، موجود است.
- ۳-۵ حداقل مهارت‌های کارکنان که باید به‌طور منظم آزمون شوند، شامل موارد زیر هستند:

- ۱-۳-۵ پایش همودینامیک،
- ۲-۳-۵ محاسبات دارویی،
- ۳-۳-۵ دفیبریلاسیون و کاردیوورژن،



۴-۳-۵ تشخیص و درمان ریتم‌های قلبی غیرطبیعی،

۵-۳-۵ پالس اکسیمتر،

۶-۳-۵ تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایش‌های خونی معمول.

۴-۵ شواهدی دال بر وجود اقدام‌های اصلاحی برای رفع نیازهای شناسایی شده متعاقب

برگزاری آزمون‌های بررسی مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان در بخش وجود دارند.

SC (۶)

یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش وجود دارد که موضوعات بالینی و مدیریتی بخش مراقبت‌های ویژه را توصیف می‌نماید:

۱-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۶ روش‌ها واضح هستند.

۳-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۶ موارد پذیرش کودکان؛

۷-۶ اندیکاسیون‌های بستری؛

۸-۶ شاخص‌های ترخیص.

پروتکل‌های ثبت گزارش‌های پزشکی:

۹-۶ پاسخ‌های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی - تنفسی)؛

۱۰-۶ پاسخ اورژانسی به بحران خارجی که به بستری‌های متعدد منجر می‌شود؛

۱۱-۶ مدیریت بیماری‌های شایع؛



۱۲-۶ کنترل عفونت؛

۱۳-۶ فرایندهای انتقال، حمل و نقل و بستری؛

۱۴-۶ ایمنی کارکنان.

معیارهای نسبت کارکنان به بیماران با توجه به موارد زیر تعیین می‌گردد:

۱۵-۶ محاسبات دارویی (داروهای خطرناک)؛

۱۶-۶ داروهایی که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی فوری به پزشک

بدون دستور دارویی مستند پزشک به بیمار بدهد (فهرست این داروها و دُز مجاز

آنان از پیش در بخش مستند شده و موجود است)؛

۱۷-۶ کنترل و تسکین درد؛

۱۸-۶ استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی.

SC (۷)

۱-۷ اگر بیماران بخش کودکان در یک واحد مراقبت‌های ویژه عمومی یا بزرگسالان بستری شوند،

تجهیزات اورژانس به اندازه مناسب و خط‌مشی‌ها و روش‌های متناسب با آنان نیز

در بخش موجود است.

۲-۷ کارکنان مسئول مراقبت از کودکان بیمار باید تجربه و مهارت مراقبت از آنان

را داشته باشند.

SC (۸)

یک پرستار دارای شماره نظام، بیمار را در بخش بستری و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

۱-۸ شکایت و مشکل فعلی بیمار و دلیل بستری این بار وی؛

۲-۸ زمان بستری شدن بیمار در بخش؛

۳-۸ وضعیت سلامت و نتایج ارزیابی سیستمیک در هنگام پذیرش؛



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۴-۸ برنامه درمانی و بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست‌شده به وسیله پزشک معالج؛
- ۵-۸ پیشرفت برنامه مراقبتی که در ۱۲ ساعت اول پس از پذیرش توصیه شده است؛
- ۶-۸ تفاوت میان برنامه‌های مراقبتی ثبت‌شده با اقدام‌های صورت‌گرفته به‌طور روزانه و یا در هر زمان که لازم‌گردد، مستند می‌شود.
- ۷-۸ یک کارشناس پرستاری هرگونه درمان، بررسی مجدد و تغییر وضعیت بیمار را به‌طور منظم طی شیفت کاری خود ثبت می‌نماید.

SC (۹)

در پرونده پزشکی بیمار حداقل موارد زیر ثبت می‌شوند:

- ۱-۹ مشخصات بیمار (نام، شماره پرونده و تاریخ) در تمام صفحات پرونده بیمار درج می‌شوند.
- ۲-۹ برای ثبت داخل پرونده بیمار از خودکار استفاده می‌شود.
- ۳-۹ زمان و تاریخ تمام گزارش‌ها در پرونده بیمار ثبت می‌شوند.
- ۴-۹ در تمام گزارش‌های ثبت‌شده در پرونده پزشکی بیماران نام، سمت، امضا و مهر فرد ثبت می‌شوند.
- ۵-۹ شواهد دال بر عدم استفاده از لاک برای غلط‌گیری مطالب داخل پرونده بیماران است.
- ۶-۹ هیچ فاصله‌ای بین موارد ثبت‌شده در پرونده و امضای پایان آن وجود ندارد.
- ۷-۹ در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن «اصلاح شد» نوشته می‌شود. سپس، امضاء، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- ۸-۹ ارزیابی بیمار و تغییر وضعیت و جابه‌جایی وی در پایان شیفت توسط یک کارشناس پرستاری ثبت و امضا می‌شود.



SC (10)

- ۱-۱۰ درمان‌های انجام‌گرفته و داروهای داده‌شده به بیماران ثبت‌شده‌اند.
- ۲-۱۰ فرایند ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی توسط دو کارشناس پرستاری بررسی و تأیید می‌شوند.
- ۳-۱۰ فرایند بررسی دُز محاسبه و راه تزریق داروهای خطرناک توسط یک کارشناس پرستاری انجام و ثبت شده و توسط یک کارشناس پرستاری دیگر با امضای مجدد تأیید می‌گردد.

داروهای خطرناک به وسیله کمیته دارویی مشخص شده‌اند و حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۴-۱۰ تمام مواد مخدر و داروهای تزریقی تحت نظارت وزارت بهداشت؛
- ۵-۱۰ دیگوکسین داخل وریدی؛
- ۶-۱۰ کلریدپتاسیم داخل وریدی؛
- ۷-۱۰ انسولین؛
- ۸-۱۰ دُزهای اول آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی؛
- ۹-۱۰ مخلوط‌های تغذیه کامل وریدی؛
- ۱۰-۱۰ دُزهای کودکان و نوزادان از ویال‌های چنددُزه.

SC (11)

ترالی اورژانس در دسترس و شامل موارد زیر است:

- ۱-۱۱ دفیبریلاتور؛
- ۲-۱۱ مانیتور قلبی؛
- ۳-۱۱ داروهای اورژانسی؛
- ۴-۱۱ ایروی در تمام اندازه‌ها؛
- ۵-۱۱ آمبویگ متناسب با تعداد بیماران؛



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۶-۱۱ لوله‌های داخل تراشه در تمام اندازه‌ها؛
- ۷-۱۱ تخته زیر بیمار برای احیا؛
- ۸-۱۱ لارنگوسکوپ با لبه‌هایی در تمام اندازه‌ها؛
- ۹-۱۱ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۱۰-۱۱ تجهیزات الکتریکی (مانند مانیتور و دفیبریلاتور) همیشه شارژ هستند؛
- ۱۱-۱۱ مستندات وجوددارند که نشان می‌دهند ترالی اورژانس در هر شیفت توسط مسئول واجد شرایط چک، ثبت و امضا شده‌است.
- ۱۲-۱۱ مانیتور قلبی قابل حمل و دفیبریلاتور برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس بخش موجود هستند.

SC (۱۲)

- ۱-۱۲ داده‌های بخش مراقبت‌های ویژه جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.
- ۲-۱۲ دلایل منطقی جمع‌آوری اطلاعات تدوین شده‌اند.
- ۳-۱۲ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده‌است.
- ۴-۱۲ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۲ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

SC (۱۳)

- ۱-۱۳ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده‌است.
- ۲-۱۳ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۱۳-۳ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.



SC (۱۴)

- ۱-۱۴ سرپرستار بخش داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۲-۱۴ پرستار مسئول داروهای مخدر کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۳-۱۴ داروها باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مخدر نگهداری شود.

SC (۱۵)

- ۱-۱۵ تمام تخت‌ها به سهولت برای مراقبت روتین و اورژانسی در دسترس هستند.
- ۲-۱۵ تخت‌ها در تمام اوقات و به‌طور مستقیم توسط کارکنان قابل مشاهده هستند.
- ۳-۱۵ تمام تخت‌ها برای درخواست کمک اورژانسی به سیستم فراخوان پرستار مجهز هستند.
- ۴-۱۵ تسهیلات کافی برای شستشوی دست‌ها در بخش موجود است.
- ۵-۱۵ بخش یک پایانه رایانه‌ای اختصاصی دارد که به سیستم اطلاعاتی بیمارستان متصل است.
- ۶-۱۵ پریزهای اضطراری و سیستم UPS در همه بخش‌ها مشخص شده‌اند.
- ۷-۱۵ دسترسی به بخش کنترل‌شده و محدود است و فقط کارکنانی که حضورشان ضرورت دارد و ملاقات‌کنندگان دارای مجوز، اجازه ورود به بخش را دارند.
- ۸-۱۵ توانایی فراهم کردن تسهیلات ایزوله مناسب در بخش وجود دارد.
- ۹-۱۵ در این بخش امکانات پایش مرکزی بیماران موجود است.
- ۱۰-۱۵ بخش قادر به فراهم‌سازی پوشش ۲۴ ساعته برای انجام رادیولوژی، رادیوگرافی پرتابل و بررسی‌های آزمایشگاهی است.

SC (۱۶)

- کارکنان پرستاری تجهیزات و امکانات لازم برای دستیابی به اهداف مراقبت از بیماران را در اختیار دارند.



بخش اورژانس

ER (۱)

بخش اورژانس به صورت تمام وقت (زمان اداری) توسط یک پزشک متخصص اورژانس اداره می شود.

ER (۲)

یک پزشک در بخش اورژانس با حداقل ۵ سال تجربه کاری به صورت شبانه روزی حاضر است.

ER (۳)

یک پرستار با تحصیلات دانشگاهی، دارای مجوز و آموزش دیده و با حداقل ۵ سال تجربه کاری در بخش اورژانس مسئول بخش است.

ER (۴)

۱-۴ در سیستم مدیریت غیر متمرکز که بخش اورژانس برای هر یک از کارکنان یک پرونده

پرسنلی مجزا نگهداری می کند، برگه شرح وظایف امضا شده کارمندان وجود دارد.

یا

۲-۴ در سیستم متمرکز، مسئول بخش یک نسخه از شرح وظایف مربوط به کارکنان آن

بخش را در دسترس دارد.

۳-۴ در هر دو حالت، پرونده افراد حاوی مدارک تحصیلی آنها است.

۴-۴ شواهدی مبنی بر اجرای ارزیابی رسمی ارائه می گردد.



- ۴-۵ شرح وظایف به صورت منظم مورد بازنگری قرار می‌گیرد.
- ۴-۶ مستندات مبنی بر انجام ارزیابی براساس شرح وظایف موجود است.

ER (۵)

- ۱-۵ شواهد مستند انجام منظم آزمون شایستگی و صلاحیت کارکنان با توجه به مسئولیت‌ها و وظایف آن‌ها در بخش اورژانس موجود است.
- ۲-۵ شواهدی مبنی بر انجام آزمون صلاحیت درباره تمام کارکنان موجود است.
- ۳-۵ شواهد مستند انجام منظم آزمون صلاحیت و شایستگی وجود دارد.
- ۴-۵ شواهدی دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی براساس نواقص کشف شده در جریان آزمون صلاحیت وجود دارد.

ER (۶)

در بخش اورژانس باید یک فهرست از تمام کارکنان شامل موارد زیر موجود باشد:

- ۱-۶ نام،
- ۲-۶ نشانی و شماره تماس،
- ۳-۶ سمت،
- ۴-۶ فهرست شیفت شبانه‌روزی با ذکر نام و سمت افراد.

ER (۷)

- ۱-۷ بخش اورژانس باید براساس ارائه خدمات شبانه‌روزی برنامه‌ریزی شده باشد.
- ۲-۷ پزشکان متخصص به صورت شبانه‌روزی در دسترس هستند.
- ۳-۷ یک فهرست از پزشکان، متخصصان یا مشاوره‌دهندگان آنکال که در موارد اورژانس بتوان با آن‌ها تماس گرفت، در تمام اوقات در بخش اورژانس موجود است.



ER (۸)

یک جدول از کارکنان واجد شرایط که اقدام‌های تریاژ را انجام می‌دهند، وجود دارد.

ER (۹)

ترالی اورژانس در دسترس و شامل موارد زیر است:

- ۱-۹ دفیبریلاتور؛
- ۲-۹ مانیتور قلبی؛
- ۳-۹ داروهای اورژانس؛
- ۴-۹ ایروی در اندازه‌های مختلف؛
- ۵-۹ لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان؛
- ۶-۹ آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان؛
- ۷-۹ لارنگوسکوپ با لبه‌هایی در تمام اندازه‌ها؛
- ۸-۹ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۹-۹ تخته احیا؛
- ۱۰-۹ مستنداتی وجود دارند که نشان می‌دهند ترالی اورژانس در هر شیفت توسط مسئول واجد شرایط چک، ثبت و امضا شده است.
- ۱۱-۹ تجهیزات الکتریکی (دفیلاتور و مانیتور) همیشه شارژ هستند.

ER (۱۰)

دفیبریلاتور و مانیتور قابل حمل و مجزا از ترالی اورژانس برای انتقال بیمار در دسترس است.

ER (۱۱)

همواره فهرستی از پادزهرها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش اورژانس وجود دارد.



ER (۱۲)

- ۱-۱۲ خدمات پشتیبانی بخش اورژانس باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد، مانند تصویربرداری، آزمایشگاه و غیره.
- ۲-۱۲ یک سیستم برای بازبینی تمام تصاویر توسط یک رادیولوژیست طی ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۳-۱۲ توانایی انجام آزمایش‌های خونی و دریافت جواب طی یک ساعت وجود دارد:
- ۴-۱۲ گازهای خون شریانی؛
- ۵-۱۲ شمارش کامل سلول‌های خونی، اوره، الکترولیت، پلاسما، گلوکز و غیره؛
- ۶-۱۲ سطح خونی داروهایی که به‌طور شایع باعث مسمومیت دارویی به‌علت افزایش سطح پلاسمایی دارو می‌شوند؛
- ۷-۱۲ بررسی‌های انعقادی.

ER (۱۳)

- ۱-۱۳ بخش اورژانس باید دارای ورودی جداگانه برای پذیرش موارد اورژانسی باشد.
- ۲-۱۳ ورودی باید حفاظ مناسب برای تغییرات آب‌وهوا داشته باشد (مسقف باشد).
- ۳-۱۳ ورودی دارای سطح شیب‌دار (رمپ) برای افراد ناتوان باشد.
- ۴-۱۳ بخش اورژانس باید قادر به تأمین فضای مناسب ایزوله بیمار در بخش باشد.

ER (۱۴)

بخش اورژانس مستنداتی دارد که نشان می‌دهد دوره‌های کارآموزی احیای قلبی - ریوی و استفاده از دفیبریلاتور در فواصل شش‌ماهه برای کارکنان برگزار می‌گردند.



ER (۱۵)

یک کتابچه خطمشی و روش‌های جامع بخش اورژانس وجود دارد و خطمشی‌ها و روش‌های بالینی مخصوص بخش اورژانس در آن موجود است.

۱-۱۵ خطمشی‌ها و روش‌های مربوط به کودکان واضح هستند.

۲-۱۵ خطمشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۱۵ خطمشی‌ها واضح هستند.

۴-۱۵ خطمشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه می‌شوند.

۵-۱۵ فهرست دقیق خطمشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خطمشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۱۵ مراقبت از بیمار اورژانس شامل تریاژ؛

۷-۱۵ چگونگی گندزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی؛

۸-۱۵ حفاظت از شأن و احترام و اسرار بیمار تحت درمان در بخش اورژانس؛

۹-۱۵ انتقال سریع و زودهنگام بیماران شدیداً بدحال و مجروحان به بخش‌های ویژه و

دیگر بخش‌ها؛

۱۰-۱۵ پروتکل‌های مشخص برای موارد وخیم و شایع.

ER (۱۶)

۱-۱۶ مستنداتی از روش‌های ایمنی و بهداشت حرفه‌ای مخصوص بخش اورژانس وجود دارد

که هدف آن‌ها کاهش خطرهای شناخته‌شده این بخش است.

۲-۱۶ سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز دردسترس و سالم است.

۳-۱۶ داخل اتاق‌های خصوصی اورژانس، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و

جایی که سریعاً جواب‌گو باشند، وجود دارد.



۴-۱۶ نگهبان در بخش اورژانس در زمان مورد نیاز فوراً در دسترس است.

۵-۱۶ شواهدی مبنی بر این که نگهبان دارای حداقل دو سال تجربه یا آموزش امنیتی است، وجود دارد.

ER (۱۷)

مستنداتی مبنی بر وجود برنامه آموزش مستمر پیرامون مراقبت‌های پزشکی اورژانس برای پرستاران و کارکنان پزشکی وجود دارد.

ER (۱۸)

۱-۱۸ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.

۲-۱۸ برنامه بهبود کیفیت شامل موضوعات بالینی و غیربالینی است.

۳-۱۸ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.

۴-۱۸ مدارک پایش مستمر این برنامه باید در دسترس باشد.

ER (۱۹)

۱-۱۹ مستندسازی در بخش اورژانس باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده پزشکی نگهداری شود.

۲-۱۹ شواهد مستندی از عملکرد تریاژ در پرونده پزشکی همه بیماران وجود دارد.

ER (۲۰)

۱-۲۰ دستورالعمل مناسب برای پیگیری مراقبت از بیماران بخش اورژانس پس از ترخیص وجود دارد.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

بروشور آموزشی چگونگی مراقبت از بیماری، برای بیماران در دسترس است. این بروشورها حداقل شامل

موارد زیر هستند:

- ۲-۲۰ آسم،
- ۳-۲۰ حالات همراه با تب،
- ۴-۲۰ مراقبت از اندام گچ‌گیری شده،
- ۵-۲۰ جراحات سر،
- ۶-۲۰ تیفوئید،
- ۷-۲۰ گاستروانتریت.

ER (۲۱)

- ۱-۲۱ داده‌های بخش اورژانس جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.
- ۲-۲۱ دلایل منطقی جمع‌آوری اطلاعات تدوین شده‌اند.
- ۳-۲۱ شواهد مستند طراحی برنامه مداخله‌ای مناسب در پاسخ به تحلیل اطلاعات وجود دارد.
- ۴-۲۱ چک‌لیست ممیزی مختص بخش اورژانس تدوین شده‌است.
- ۵-۲۲ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۶-۲۱ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

ER (۲۲)

- ۱-۲۲ کارمندان پرستاری، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران را در اختیار دارند.
- ۲-۲۲ امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۳-۲۲ هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار برای دریافت کمک دارد.



- ۴-۲۲ پریزهای برق اضطراری و سیستم UPS در همه بخش‌ها مشخص شده‌اند.
- ۵-۲۲ این بخش حداقل دارای یک پایانه رایانه‌ای مخصوص به خود بوده که متصل به سیستم اطلاعات بیمارستان است.
- ۶-۲۲ دسترسی آسان به امکانات شستشوی دست فراهم است.
- ۷-۲۲ اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۸-۲۲ اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۹-۲۲ دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش اورژانس کنترل شده و محصور است.



بخش دیالیز

RD (۱)

- ۱-۱ بخش دیالیز تحت ریاست یک پزشک توانمند آموزش دیده و باتجربه در نفرولوژی است.
- ۲-۱ یک پرستار آموزش دیده (طبق اصول مدون) با حداقل پنج سال تجربه، واحد دیالیز را مدیریت می کند.

RD (۲)

- ۱-۲ در یک سیستم مدیریت غیر متمرکز که فایل کارمندان در بخش دیالیز نگهداری می شود، هر فایل پرسنلی شامل شرح وظایف شغلی آن فرد است.
یا
- ۲-۲ در یک سیستم متمرکز، ریاست بخش دیالیز کپی برابر اصلی تمام شرح وظایف مرتبط با بخش خود را نگهداری می نماید.
- ۳-۲ در هر دو حالت، فایل های شخصی شامل شواهد تأییدیه های آموزشی است.
- ۴-۲ شواهد ارزیابی های رسمی وجود دارد.

RD (۳)

در بخش دیالیز باید یک فهرست از تمام کارکنان شامل موارد زیر موجود باشد:

- ۱-۳ نام،
- ۲-۳ شماره تماس،
- ۳-۳ مسئولیت ها.



- ۴-۳ جدول کامل طوری تنظیم شده است که وظایف و مسئولیت‌های کارمندان در هر شیفت مشخص است.
- ۵-۳ برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی کارکنان دارد، برنامه‌ریزی انجام شده است.
- ۶-۳ حداقل یک پرستار مجرب در هر شیفت حضور دارد (غیر از پرستار مدیر).

RD (۴)

- واحد (بخش) دیالیز مجموعه‌ای مکتوب و واضح در دسترس دارد که شامل موارد زیر است:
- ۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛
- ۲-۴ معرفی جزئیات بخش دیالیز؛
- ۳-۴ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی مورد نیاز توسط کارکنان که پس از امضا توسط هر یک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

RD (۵)

- ۱-۵ شواهد مستندی دال بر آزمون منظم مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان بر اساس نقش‌ها و مسئولیت‌های اختصاصی آنان در بخش دیالیز موجود است.
- ۲-۵ شواهدی مبنی بر این‌که تمام کارکنان آزمون مهارت‌های حرفه‌ای را گذرانده‌اند، موجود است.
- ۳-۵ شواهد اصلاح عملکرد و اصلاح نقایص و کمبودهای کشف شده به دنبال آزمون‌های تعیین صلاحیت موجود است.

RD (۶)

- یک مجموعه مکتوب خط‌مشی‌ها و روش‌ها ویژه بخش دیالیز وجود دارد و به شرح زیر است:
- ۱-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌های کلینیکی در ارتباط با بخش دیالیز این بیمارستان.



۲-۶ خط‌مشی‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۴-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه می‌شوند.

۵-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌های ویژه بخش دیالیز حداقل در موارد زیر وجود دارد:

۷-۶ پروسه پذیرش و ترخیص؛

۸-۶ خط‌مشی (جذب) کارمند از نظر نسبت پرستار به بیمار؛

۹-۶ کنترل عفونت؛

۱۰-۶ مراقبت از فیستول؛

۱۱-۶ استفاده از خون و محصولات خونی؛

۱۲-۶ الگوریتم‌های درمانی (پروتکل‌ها)؛

۱۳-۶ پاسخ‌دهی موارد اورژانس؛

۱۴-۶ ایمنی کارمندان (و کارگران)؛

۱۵-۶ برنامه آموزش بیماران و خانواده آن‌ها؛

۱۶-۶ برنامه تصفیه مناسب آب و فعالیت‌های مربوطه.

RD (۷)

۱-۷ مستندات طرز نگهداری هر دستگاه دیالیز موجود است.

۲-۷ هر دستگاه دیالیز به یک سیستم هشداردهنده خطر مجهز است.

RD (۸)

شواهدی مبنی بر وجود سیستم عفونت‌زدایی دستگاه دیالیز بین بیمارگیری وجود دارد.



RD (۹)

شواهدی مبنی بر نگهداری جداگانه وسایل مورد نیاز بیمار مانند تورنیکه و کلامپ هموستاز وجود دارد.

RD (۱۰)

۱-۱۰ شواهدی مبنی بر عدم استفاده مجدد صافی‌های همودیالیز وجود دارد.

یا

۲-۱۰ اگر شواهدی مبنی بر استفاده مجدد از صافی‌های همودیالیز وجود دارد، دستورالعمل‌های

دقیقی برای کسب اطمینان از موارد زیر موجود است:

۳-۱۰ فقط برای همان بیمار استفاده شده است.

۴-۱۰ سیستم مشخص جداکننده و ذخیره‌کننده صافی‌های استفاده شده وجود دارد.

۵-۱۰ سیستم محدودکننده تعداد دفعات استفاده از صافی‌ها وجود دارد.

۶-۱۰ یک خط‌مشی و روش مدون برای استفاده مجدد صافی وجود دارد.

RD (۱۱)

یک مجموعه مدون در دسترس در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی با ویژگی‌های زیر در بخش موجود است:

۱-۱۱ حاوی اطلاعات ایمنی و سلامت شغلی است.

۲-۱۱ حاوی اطلاعات اختصاصی بخش است.

۳-۱۱ حاوی شواهد احتیاطات عمومی است که توسط کارمندان اجرایی شود.

RD (۱۲)

هموفیلتراسیون در موارد مورد نیاز توسط بخش دیالیز، برای بیماران با وضعیت‌های حاد که در بخش‌های

مراقبت ویژه بستری هستند، انجام می‌گیرد.



RD (۱۳)

مستندات پزشکی حداقل شرایط زیر را دارند:

- ۱-۱۳ تمام مستندات پزشکی بیماران شامل نام، شماره فایل و تاریخ هستند.
- ۲-۱۳ تمام اطلاعات وارد شده با خودکار نوشته می شوند.
- ۳-۱۳ زمان و تاریخ تمام اطلاعات وارد شده مشخص است.
- ۴-۱۳ تمام مستندات دارای امضا و نام (واردکننده اطلاعات) است.
- ۵-۱۳ هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط گیر) استفاده نشده است.
- ۶-۱۳ هیچ فضایی بین مستندات و امضا در انتهای نوشته ها وجود ندارد.
- ۷-۱۳ در صورتی که در پرونده بیمار جمله ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می شود «اصلاح شد» و سپس، امضا، مهر و سمت فرد ثبت می گردد.
- ۸-۱۳ جدول برنامه درمانی دیالیز برای بیماران مزمن و جدید وجود دارد.
- ۹-۱۳ دُز هپارین تخصیص یافته برای دیالیز هر بیمار مشخص است.
- ۱۰-۱۳ مستندات رئوس مطالب پروفایل خونی هر بیمار پیش از هر دیالیز موجود است.
- ۱۱-۱۳ مستندات برنامه آموزشی و تدارکات آموزش برای بیماران و خانواده آن ها به وسیله پزشک یا پرستار موجود است.

RD (۱۴)

برنامه تصفیه آب شامل موارد زیر است:

- ۱-۱۴ یک فیلتر ذرات بزرگ وجود دارد.
- ۲-۱۴ قابلیت برداشت منیزیم و کلسیم موجود است.
- ۳-۱۴ یک فیلتر کربن برای برداشت کلرین و کلرامین وجود دارد.



- ۴-۱۴ یک سیستم اسمز معکوس برای تکمیل فیلتراسیون وجود دارد.
- ۵-۱۴ آب به وسیله ورود به یک لوله مارپیچ بدون فضای مرده به سمت بیمار آمده و سپس وارد قسمت درناژ می شود.
- ۶-۱۴ شواهد انجام آزمایش های منظم کیفیت آب دیالیز از نظر باکتری و محتویات شیمیایی وجود دارد.
- ۷-۱۴ شواهد آزمایش های منظم سیستم توزیع آب از نظر اندوتوکسین ها وجود دارد.
- ۸-۱۴ شواهد پروسه عفونت زدایی بین بیمارگیری وجود دارد.
- ۹-۱۴ شواهد پیگیری مناسب و گزارش دهی موارد عدم تطابق کیفیت آب با پارامترهای تأیید شده وجود دارد.

RD (۱۵)

شواهد مشاوره منظم و همکاری با کارشناسان سلامت (مانند متخصصان تغذیه و داروسازان) وجود دارد.

RD (۱۶)

- ۱-۱۶ اطلاعات مربوط به دیالیز جمع آوری و در رایانه ثبت می شود.
- ۲-۱۶ دلایل منطقی جمع آوری اطلاعات تدوین شده اند.
- ۳-۱۶ چک لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۶ در این بخش ممیزی انجام می شود.
- ۵-۱۶ تحلیل ها و اقدام های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می شوند.

RD (۱۷)

- ۱-۱۷ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای بخش دیالیز در نظر گرفته شده است.



۲-۱۷ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.

۳-۱۷ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

RD (۱۸)

ترالی اورژانس در بخش دیالیز در دسترس و شامل موارد زیر است:

۱-۱۸ دفیبریلاتور؛

۲-۱۸ مانیتور قلبی؛

۳-۱۸ داروهای اورژانس؛

۴-۱۸ ایلوی در اندازه‌های مناسب برای افراد؛

۵-۱۸ کیسه احیا (آموبگ) در اندازه مختلف مناسب افراد؛

۶-۱۸ لوله‌های داخل تراشه در اندازه‌های مختلف مناسب افراد؛

۷-۱۸ لارنگوسکوپ با لبه‌هایی با اندازه‌های مختلف برای تطابق با افراد؛

۸-۱۸ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛

۹-۱۸ بخش دارای دسترسی به اکسیژن و ساکشن پرتابل یا متصل به شبکه است؛

۱۰-۱۸ پالس اکسیمتر؛

۱۱-۱۸ تخته احیا (تخته زیر بیمار)؛

۱۲-۱۸ مستندات وجود دارند که نشان می‌دهند ترالی اورژانس در هر شیفت توسط مسئول

واجد شرایط چک، ثبت و امضا شده است.

۱۳-۱۸ تجهیزات الکتریکی همیشه شارژ هستند.

RD (۱۹)

بخش دارای توانایی و تسهیلات ایزولاسیون است.



RD (۲۰)

- ۱-۲۰ پرستاران تجهیزات و لوازم مناسب برای مراقبت از بیماران را دارا هستند.
- ۲-۲۰ بخش یک پایانه اختصاصی رایانه دارد که به سیستم اطلاعاتی بیمارستان متصل است.
- ۳-۲۰ پریزهای برق اضطراری و سیستم UPS در همه بخش‌ها مشخص شده‌اند.
- ۴-۲۰ سرویس‌های بهداشتی برای بیماران تدارک دیده شده‌است.
- ۵-۲۰ تسهیلات راحت و مجهز شستشوی دست‌ها فراهم است.
- ۶-۲۰ تجهیزات آنتی‌استاتیک وصل به زمین دور تخت یا صندلی بیماران وجود دارد.
- ۷-۲۰ محلی برای تدارکات پاکیزه در نظر گرفته شده‌است.
- ۸-۲۰ محلی برای قراردادن وسایل آلوده در نظر گرفته شده‌است.

RD (۲۱)

- شواهدی مبنی بر این‌که تمام کارکنان دیالیز دوره‌های آموزش سالانه و گواهی‌های مجدد احیای قلبی - عروقی و اصول حمایت قلبی را دریافت نموده‌اند، وجود دارد.



بخش کودکان

CC (۱)

بخش کودکان باید تحت نظر یک پزشک توانمند و مجرب در طب کودکان اداره شود.
پزشک مسئول بخش باید حداقل پنج سال تجربه در طب کودکان داشته باشد.

CC (۲)

- ۱-۲ سرپرستار بخش کودکان، پرستاری دارای شماره نظام پرستاری (RN)^۱ با حداقل پنج سال تجربه در پرستاری کودکان است.
- ۲-۲ پرستار مسئول در هر شیفت باید حداقل دو سال تجربه پرستاری کودکان را داشته باشد یا دوره‌های آموزشی تخصصی پرستاری کودکان را گذرانده باشد.

CC (۳)

- یک کتابچه راهنمای جامع خط‌مشی‌ها و روش‌های اختصاصی در بخش کودکان وجود دارد.
- ۱-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های بالینی اختصاصی برای مراقبت کودکان بوده و به‌سادگی قابل شناسایی است.
 - ۲-۳ خط‌مشی و روشی درخصوص نیروی انسانی اتاق بازی وجود دارد.
 - ۳-۳ خط‌مشی و روشی برای ایزولاسیون و درمان سریع کودکان مشکوک به بیماری عفونی موجود است.
 - ۴-۳ خط‌مشی‌ها به‌طور منظم بازنگری شده‌اند.

1. Registered Nurs

پرستاری که مدرک دانشگاهی لیسانس یا بالاتر را دارد و امتحان نهایی را برای کسب صلاحیت فعالیت حرفه‌ای با موفقیت طی نموده و دارای پروانه کار حرفه‌ای است. معادل این امتحان در حال حاضر در ایران وجود ندارد.



۵-۳ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۶-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۷-۳ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

CC (۴)

۱-۴ آموزش توجیهی اختصاصی برای بخش کودکان وجود دارد.

۲-۴ چک‌لیستی به‌منظور تعیین این‌که آیا تمام بخش‌های برنامه توجیهی گذرانده شده‌است

یا خیر، تکمیل شده‌است.

CC (۵)

یک پرستار دارای شماره نظام پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

۱-۵ سابقه شکایت فعلی؛

۲-۵ شکایت فعلی و علت پذیرش در این بخش؛

۳-۵ زمان پذیرش در بخش؛

۴-۵ وضعیت سلامتی و روحی بیمار در هنگام پذیرش؛

۵-۵ برنامه درمانی، تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های دستور داده شده توسط پزشک معالج؛

۶-۵ پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه زمان پذیرش؛

۷-۵ ثبت روزانه تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد؛

۸-۵ ثبت گزارش‌های پیشرفت بیماری توسط پرستار دارای شماره نظام پرستاری حداقل

یک‌بار در هر شیفت.

CC (۶)

۱-۶ درمان و داروهای توصیه شده برای هر بیمار ثبت شده‌است.



۲-۶ یک کتابچه راهنمای شرح داروهای کودکان، تجویز آنها، محاسبه دُز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها در دسترس است.

۳-۶ فرایند تأیید دُز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پرستار فارغ التحصیل دارای شماره نظام پرستاری انجام و ثبت می شود.

فرایند تعیین دُز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروهای خطرناک توسط ۲ پرستار فارغ التحصیل دارای شماره نظام پرستاری انجام می شود.

داروهای خطرناک توسط کمیته دارویی تعیین می گردد و حداقل شامل موارد زیر است:

۴-۶ تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت؛

۵-۶ دیگوکسین وریدی؛

۶-۶ انسولین؛

۷-۶ اولین دُز آنتی بیوتیک های وریدی؛

۸-۶ ترکیبات تغذیه کامل وریدی؛

۹-۶ دُزهای کودکان از ویال های چنددُزی.

CC (۷)

۱-۷ یک فضای بازی در بخش کودکان موجود است.

۲-۷ یکی از کارکنان پرستاری مسئول بازی کودکان در بخش است.

CC (۸)

ترالی اورژانس در بخش دیالیز در دسترس و شامل موارد زیر است:

۱-۸ دفیبریلاتور (حداقل یک عدد در هر طبقه)؛

۲-۸ پدال دفیبریلاتور کودکان؛



- ۳-۸ مانیتور قلبی؛
- ۴-۸ داروهای اورژانس؛
- ۵-۸ ایروی در تمام اندازه‌ها؛
- ۶-۸ آمبویگ به اندازه کودکان؛
- ۷-۸ اکسیژن و وسایل انتقال؛
- ۸-۸ لوله‌های داخل تراشه در تمام اندازه‌ها؛
- ۹-۸ یک گاید برای لوله‌های داخل تراشه؛
- ۱۰-۸ لارنگوسکوپ با لبه‌های مناسب کودکان؛
- ۱۱-۸ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۱۲-۸ تخته احیا؛
- ۱۳-۸ دستگاه شوک که همیشه شارژ باشد؛
- ۱۴-۸ کنترل به وسیله یکی از کارکنان واجد صلاحیت انجام می‌شود.

CC (۹)

یک اتاق درمان در بخش وجود داشته باشد.

CC (۱۰)

- ۱-۱۰ شواهدی دال بر انجام آزمون توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان در بخش وجود دارد.
- ۲-۱۰ شواهدی دال بر این که همه کارکنان بخش آزمون تأیید صلاحیت تکمیل شده دارند، وجود دارد.
- ۳-۱۰ صلاحیت و شایستگی‌های کارکنان به‌طور منظم بررسی شود.



۴-۱۰ شواهدی دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌ها شناسایی شده پس از آزمون توانمندی موجود است.

CC (۱۱)

بروشورها و مطالب آموزشی برای خانواده‌ها شامل اطلاعات و نحوه مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های شایع با تأکید خاص بر کنترل عفونت و مراقبت‌های پس از ترخیص در دسترس است که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۱۱ گاستروانتریت،

۲-۱۱ تیفوئید،

۳-۱۱ پنومونی،

۴-۱۱ آسم،

۵-۱۱ تب خطرناک،

۶-۱۱ آسیب‌های سر،

۷-۱۱ مراقبت زخم.

CC (۱۲)

۱-۱۲ مشخص نمودن اتاق ایزولاسیون برای مراجعان با بیماری عفونی.

۲-۱۲ اطلاعات دربارهٔ بیماری‌هایی که به عفونت بیمارستانی مبتلا شده‌اند، جمع‌آوری شده است.

۳-۱۲ اطلاعات فوق تجزیه و تحلیل شده و شواهدی دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی

مبتنی بر نتایج موجود است.



بخش فیزیوتراپی

PT (۱)

بخش فیزیوتراپی تحت اداره یک شخص با تحصیلات مناسب است.

PT (۲)

۱-۲ در سیستم مدیریت غیرمتمرکز، مدیر بخش یک پرونده برای هر یک از کارکنان دارد که حاوی برگه شرح وظایف امضا شده توسط کارمند است.

یا

۲-۲ در سیستم مدیریت متمرکز، رئیس هر بخش باید یک برگه کپی برابر اصل از شرح وظایف مربوط به کارکنان آن بخش نگهداری کند.

۳-۲ در هر دو حالت، مدرک تحصیلی کارکنان باید در پرونده آنها باشد.

۴-۲ شواهدی باید ارائه شود که نشان دهد ارزیابی کارایی و صلاحیت رسمی انجام شده است.

۵-۲ شرح وظایف به صورت منظم و دوره‌ای بازبینی می‌شود.

۶-۲ برنامه ارزیابی صلاحیت در راستای شرح وظایف انجام می‌گیرد.

۷-۲ شواهدی که تأیید کند تمام کارکنان بخش فیزیوتراپی آموزش سالانه برای احیای قلبی -

تنفسی را دیده و گواهی نامه دریافت کرده‌اند (اصول پایه‌ای احیای قلبی)، وجود دارد.

PT (۳)

۱-۳ امکانات و تجهیزات مناسب و کافی در بخش وجود دارد.

۲-۳ اتاق تعویض لباس و سرویس بهداشتی در بخش در دسترس است.



۳-۳ سرویس بهداشتی مناسب افراد معلول در بخش وجود دارد.

۴-۳ امکانات شستشوی دست در بخش وجود دارد، مانند مایع دستشویی، دستمال کاغذی و پدال شیر آب.

۵-۳ امکان دسترسی راحت به بخش فیزیوتراپی برای افراد معلول وجود دارد.

PT (۴)

۱-۴ چگونگی دسترسی به خدمات فیزیوتراپی توسط تأمین‌کننده داخلی و یا خارجی (قراردادی) کاملاً تعریف شده و مکتوب است.

۲-۴ امکانات بازتوانی چندتخصصی در دسترس بوده و یا می‌توان آن را از طریق یک طرف قرارداد خارجی تأمین نمود (برای مثال، کاردرمانی، گفتاردرمانی و غیره).

PT (۵)

در بخش فیزیوتراپی یک کتابچه توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۵ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۵ معرفی جزئیات این بخش؛

۳-۵ شواهدی دال بر این که فیزیوتراپ آموزش جابه‌جایی دستی را برای کارکنان جدید و فعلی ارائه نموده است؛

۴-۵ چک‌لیستی مبنی بر گذراندن دوره آموزش توجیهی توسط کارکنان که پس از امضا در پرونده پرسنلی کارکنان بایگانی می‌شود.

PT (۶)

۱-۶ یک فهرست از کارکنان، حاوی شماره تماس و نشانی که به امضای آن‌ها رسیده و به صورت یک جدول در دسترس است.



۲-۶ یک چارت سازمانی در بخش وجود دارد که نشان می‌دهد هر کارمند باید به چه کسی گزارش بدهد (پاسخ گو باشد).

PT (۷)

یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها شامل موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش وجود دارد:

۱-۷ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۷ روش‌ها واضح هستند.

۳-۷ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۷ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۷ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۷ رهنمودهای کنترل عفونت در ارتباط با این بخش؛

۷-۷ ایمنی تجهیزات برقی (ایمنی در مقابل خطر برق‌گرفتگی)؛

۸-۷ کاربرد صحیح تجهیزات و نگهداری آن‌ها؛

۹-۷ ایمنی بیمار؛

۱۰-۷ پاسخ به اعلام کد آبی؛

۱۱-۷ جابه‌جایی و نقل و انتقال؛

۱۲-۷ قراردادن بیمار در وضعیت مناسب.

PT (۸)

۱-۸ اطلاعات مربوط به فعالیت‌های این بخش باید جمع‌آوری و در رایانه ثبت شود.

۲-۸ علت انتخاب نوع اطلاعات جمع‌آوری شده باید مکتوب شده باشد.

۳-۸ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۴-۸ در این بخش ممیزی انجام شده باشد.
- ۵-۸ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.
- ۶-۸ چگونگی کاربرد اطلاعات جمع‌آوری شده برای اهداف تحقیقاتی.

PT (۹)

دفتر ثبت موارد زیر را به روشنی نشان می‌دهد:

- ۱-۹ نام و مشخصات بیمار،
- ۲-۹ شماره بخش و اتاق بیمار،
- ۳-۹ تاریخ درخواست درمان،
- ۴-۹ شکایت فعلی،
- ۵-۹ پزشک معالج،
- ۶-۹ تاریخ شروع درمان،
- ۷-۹ تاریخ پایان درمان،
- ۸-۹ آیا بیمار به‌عنوان یک مورد جدید مراجعه کرده‌است و یا قبلاً در این بخش مورد درمان قرار گرفته‌است.

PT (۱۰)

- ۱-۱۰ شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سیستم براساس خط‌مشی و روش مشخص بیماران جدید را شناسایی می‌کند.
- ۲-۱۰ شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد سیستم براساس خط‌مشی و روش مشخص فهرست بیماران را روزانه ثبت می‌نماید.



PT (۱۱)

۱-۱۱ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.

۲-۱۱ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.

۳-۱۱ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

۴-۱۱ برای این بخش خاص چک‌لیست تهیه شده باشد.

PT (۱۲)

موارد زیر در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود:

۱-۱۲ ارزیابی کارایی اندام‌های بدن؛

۲-۱۲ برنامه درمان؛

۳-۱۲ ارزشیابی درمان ارائه شده؛

۴-۱۲ یادآوری محدودیت‌های بیمار به صورت مکتوب به کارکنان پرستاری؛

۵-۱۲ مستند شدن توصیه‌های پس از ترخیص؛

۶-۱۲ فعال بودن فیزیوتراپی در تمام روزهای هفته.

PT (۱۳)

شواهدی از انجام آموزش‌های مداوم کارکنان در این بخش ارائه شود.



بخش شیمی درمانی

CH (۱)

بخش شیمی درمانی به صورت یک بخش مستقل بیمارستانی است.

CH (۲)

رئیس بخش شیمی درمانی یک پزشک با تخصص و تجربه متناسب است.

CH (۳)

۱-۳ در بخش شیمی درمانی فهرستی از همه کارکنان شاغل همراه با شماره تماس، سمت و عنوان در دسترس است.

۲-۳ جدول شیفت کاری کارکنان پرستاری در دسترس است.

۳-۳ یک پزشک برای پاسخ گویی به موارد اورژانس پزشکی دائماً در بخش حضور دارد.

CH (۴)

در بیمارستان، فهرستی از پزشکانی که مجاز به تجویز داروهای سیتوتوکسیک و شیمی درمانی هستند، موجود است.

CH (۵)

همه داروهای سیتوتوکسیک و شیمی درمانی توسط کارکنان آموزش دیده و مجرب داده می شود. بنابراین:

۱-۵ شواهدی دال بر وجود آموزش اختصاصی شیمی درمانی پس از فارغ التحصیلی موجود است.



۲-۵ شواهدی مبنی بر آموزش شیمی درمانی به پرستاران و داشتن حداقل یک سال سابقه کار بالینی پیش از شروع به کار در این بخش، موجود است.

CH (۶)

شواهد دال بر این است که تمام داروهای سیتوتوکسیک و شیمی درمانی توسط یک داروساز بالینی آماده می‌شوند.

CH (۷)

شواهد دال بر این است که تمام داروهای سیتوتوکسیک و شیمی درمانی در یک فضای مناسب ترکیب می‌شوند. از هود ایمن که دارای مکش هوا به خارج است، استفاده می‌شود.

یا

۲-۷ واحدهای یک‌بار مصرف به کار می‌رود.

CH (۸)

۱-۸ انبار داروهای سیتوتوکسیک جدا از دیگر داروها است.

۲-۸ داروهای مخدر در یک کمد قفل دار ذخیره می‌شود و کلید آن در دست پرستار دارای شماره نظام پرستاری است.

CH (۹)

خط‌مشی‌ها و روش‌هایی موجود است که به صورت واضح فعالیت‌های واحد شیمی درمانی را مشخص می‌کنند:

۱-۹ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۹ روش‌ها واضح هستند.

۳-۹ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.



۴-۹ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۹ خط‌مشی‌ها و روش‌ها منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۹ پذیرش و ترخیص بیماران انکولوژی برای شیمی‌درمانی؛

۷-۹ ایمنی و سلامت حرفه‌ای؛

۸-۹ کنترل عفونت؛

۹-۹ آماده‌سازی داروهای شیمی‌درمانی؛

۱۰-۹ ذخیره داروهای سیتوتوکسیک و شیمی‌درمانی؛

۱۱-۹ پروتکل‌ها و الگوریتم‌های اختصاصی مدون برای تجویز شیمی‌درمانی؛

۱۲-۹ حمل‌ونقل داروهای شیمی‌درمانی و سیتوتوکسیک؛

۱۳-۹ برچسب‌زدن به داروهای شیمی‌درمانی و سیتوتوکسیک؛

۱۴-۹ دادن داروهای شیمی‌درمانی به بیمار؛

۱۵-۹ انهدام داروهای شیمی‌درمانی مصرف‌نشده و یا اضافی؛

۱۶-۹ آموزش بیماران؛

۱۷-۹ فوریت‌های بالینی؛

۱۸-۹ ریختن داروهای شیمی‌درمانی و سیتوتوکسیک؛

۱۹-۹ محدوده دُز داروهای شیمی‌درمانی؛

۲۰-۹ برگه دستورات دارویی چاپ‌شده و آماده برای داروهای شیمی‌درمانی.

CH (۱۰)

۱-۱۰ دادن داروهای شیمی‌درمانی توسط پرستار دارای شماره نظام پرستاری ثبت‌می‌شود.

۲-۱۰ درج و ثبت در پرونده بیمار توسط کارکنان درمانی با خودکار انجام می‌شود.



- ۳-۱۰ زمان و تاریخ تمام گزارش‌ها و مندرجات در پرونده بیمار ثبت می‌شود.
- ۴-۱۰ امضا، نام و سمت فرد نویسنده گزارش در زیر تمام گزارش‌ها موجود است.
- ۵-۱۰ از لاک غلط‌گیر برای تصحیح گزارش‌های اشتباه استفاده نمی‌شود.
- ۶-۱۰ کارکنان درمانی پرونده بیمار را دقیقاً پس از پایان گزارش امضای نمایند.
- ۷-۱۰ در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن «اصلاح شد» نوشته می‌شود. سپس، امضاء، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.

CH (۱۱)

مراحل تأیید، میزان دارو، محاسبه، روش و شیوه دادن داروهای شیمی‌درمانی و سیتوتوکسیک به بیمار، توسط دو پرستار دارای شماره نظام پرستاری انجام و ثبت می‌شود.

CH (۱۲)

- ۱-۱۲ کارکنان پرستاری از وسایل حفاظت فردی مناسب نظیر گان، ماسک، دستکش و عینک و یا محافظ صورت، حین ارائه خدمت به بیماران استفاده می‌نمایند.
- ۲-۱۲ بخش شیمی‌درمانی پایانه اختصاصی رایانه‌ای دارد که به سیستم اطلاعاتی بیمارستان متصل است.

CH (۱۳)

- ۱-۱۳ شواهدی دال بر توسعه مهارت‌های رفتاری و آموزش حرفه‌ای مداوم کارکنان درمانی موجود است.
- ۲-۱۳ آزمون مکتوب تأیید توانمندی حرفه‌ای تمام کارکنان به صورت دوره‌ای انجام می‌شود.
- ۳-۱۳ شواهدی دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی برای رفع نواقص شناسایی شده متعاقب برگزاری آزمون بررسی توانمندی حرفه‌ای موجود است.



CH (۱۴)

- ۱-۱۴ داده‌ها برای بخش شیمی درمانی جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.
- ۲-۱۴ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.
- ۳-۱۴ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۴ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۴ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.



BM (1)

- ۱-۱ واحدی تحت عنوان مهندسی پزشکی در بیمارستان تحت مسئولیت یک نفر کارشناس مهندسی پزشکی که یکی از کارکنان بیمارستان است و یا با بیمارستان قرارداد دارد، فعالیت می‌نماید.
- ۲-۱ قرارداد رسمی با مهندسان پزشکی حاوی ساعات ارائه خدمت و نحوه حضور متناسب با حجم و میزان کار در واحد ذیربط موجود است.

کتابچه راهنما در ارتباط با حوزه خدمات مهندسی پزشکی موجود و شامل موارد زیر است:

- ۴-۱ فهرست دستگاه‌های آزمون‌کننده و عیب‌یاب تجهیزات؛
- ۵-۱ فهرست شماره تماس‌های ضروری؛
- ۶-۱ قرارداد با نمایندگی‌های شرکت‌های سازنده تجهیزات.

BM (2)

- فهرست تجهیزات پزشکی موجود در بیمارستان در دسترس و شامل موارد زیر است:
- ۱-۲ فهرست تمام تجهیزات که حداقل شامل اطلاعات سال ساخت، نوع مدل، شماره سریال، تاریخ راه‌اندازی و موارد زیر است:
- ۲-۲ محل استقرار دستگاه،
- ۳-۲ تاریخ خرید دستگاه،
- ۴-۲ کاتالوگ تجهیزات به زبان فارسی.



BM (۳)

برنامه مکتوب سرویس (نگهداری پیش‌گیرانه) و بررسی تمام تجهیزات به‌لحاظ ایمنی به‌طور مکتوب موجود است:

۱-۳ شماره جمع‌داری اموال در یک دفتر ثبت می‌شود.

۲-۳ زمان‌های کنترل دستگاه در جدول ذکر می‌شود.

۳-۳ تاریخ کنترل بعدی دستگاه براساس توصیه شرکت سازنده و نیاز سازمان در جدول ذکر می‌شود.

۴-۳ نام سرویس‌کار وجود دارد.

۵-۳ سوابق تعمیرات انجام‌شده برای تمام تجهیزات موجود است.

۶-۳ برنامه نگهداری و قرارداد (با ذکر محدوده خدمات) برای هر قطعه دستگاه وجود دارد.

شواهدی دال بر وجود تجهیزات مناسب برای آزمایش دستگاه‌ها وجود دارد که حداقل شامل موارد زیر است:

۷-۳ دستگاه آزمایش ایمنی وسایل الکتریکی؛

۸-۳ دستگاه عیب‌یاب دستگاه شوک برقی؛

۹-۳ شبیه‌ساز ECG؛

۱۰-۳ دستگاه عیب‌یاب کوترهای برقی جراحی؛

۱۱-۳ آنالیزور پمپ سرم؛

۱۲-۳ شواهدی مبنی بر دسترسی به خدمات، تعمیرات اضطراری در کوتاه‌ترین زمان در

طول شبانه‌روز و تعطیلات؛

۱۳-۳ تأیید سلامت کارکرد دستگاه با الصاق برگه‌ای روی تمام تجهیزات که شامل تاریخ

آخرین سرویس و تاریخ سرویس بعدی دستگاه است.



BM (۴)

روی تمام تجهیزات حساس و حیاتی سیستم‌های هشداردهنده خطر نصب شده است. این دستگاه‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۴ تجهیزات بیهوشی،

۲-۴ یخچال بانک خون،

۳-۴ سیستم تأمین اکسیژن،

۴-۴ پمپ‌های وریدی،

۵-۴ ونتیلاتورها،

۶-۴ سیستمی برای ردیابی تمام اخطارهایی که کارخانه سازنده برای جمع‌آوری دستگاه‌های

معیوب می‌دهد و سایر هشداردهنده‌های موجود در بیمارستان مستقر است.

BM (۵)

کالیبراسیون تجهیزات شامل موارد زیر است:

۱-۵ شواهدی مبنی بر کالیبراسیون مناسب داخلی (در بیمارستان) موجود است.

۲-۵ گزارش‌های کالیبراسیون خارجی و تطابق آن‌ها با پارامترهای عملکردی قابل پذیرش

موجود است.

BM (۶)

توسط مهندسان پزشکی و سایر افراد (واجد صلاحیت) به کارکنان بیمارستان در خصوص نحوه استفاده از دستگاه‌های اختصاصی آموزش داده می‌شود:

۱-۶ شواهد آموزش،

۲-۶ آموزش منظم،

۳-۶ ارزشیابی تأیید توانمندی آموزش‌دهندگان.



BM (۷)

برنامه مدیریت تجهیزات، نقایص شناسایی و ثبت شده تجهیزات و خطاهای کاربران را که ممکن است بر ایمنی بیماران و یا کیفیت خدمات تأثیر منفی داشته باشد، گزارش می نماید.

۱-۷ زمانی که مشکلات شناسایی شدند، اقدامهای مناسب برای حل آنها صورت می گیرد.

۲-۷ اطلاعات مرتبط به صورت مکتوب به کمیته ایمنی و سلامت حرفه ای بیمارستان

گزارش می شود.

۳-۷ کمیته ایمنی و سلامت حرفه ای ضمن مرور و ارزیابی مشکلات، پیشنهادهای

مناسب را ارائه می دهد.

۴-۷ اقدامها به کارکنان ذی ربط ابلاغ می شود و سپس اجرایی گردند.

۵-۷ تمام اقدامها مستند می شود.



بخش مامایی

OB (1)

- ۱-۱ بخش مامایی تحت سرپرستی یک متخصص زنان است.
- ۲-۱ حداقل یک متخصص زنان ۲۴ ساعته به شکل آنکال در دسترس است.
- ۳-۱ پزشکان متخصص شبانه روزی در دسترس بخش هستند.
- ۴-۱ یک فهرست به روز از پزشکان و متخصصان پزشکی که در مواقع اورژانس مورد نیاز هستند، در بخش مامایی به دیوار نصب شده است.
- ۵-۱ فهرستی از متخصصان زنان و زایمان، کودکان و سایر متخصصان همکار با ذکر جزئیات تماس در بخش موجود است.

OB (2)

یک کارشناس مامایی با حداقل پنج سال سابقه کار، مدیریت بخش مامایی را برعهده دارد.

OB (3)

- ۱-۳ فهرست تمام کارکنان با ذکر سمت و جزئیات تماس در بخش موجود است.
- ۲-۳ برنامه شیفت و آنکال کارکنان در بخش وجود دارد.
- ۳-۳ در برنامه شیفت کاری، حداقل یک پرستار به صورت ۲۴ ساعته در بخش نوزادان است.
- ۴-۳ در برنامه شیفت کاری، حداقل یک پرستار با آموزش و توانمندی های مامایی به صورت ۲۴ ساعته حضور دارد.



OB (۴)

در بخش مامایی یک کتابچه توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

- ۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛
- ۲-۴ معرفی جزئیات بخش مامایی؛
- ۳-۴ اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی بخش مامایی؛
- ۴-۴ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا توسط هر یک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

OB (۵)

- ۱-۵ شواهد مربوط به آزمون منظم توانمندی حرفه‌ای کارکنان که براساس مسئولیت‌های اختصاصی آنان در بخش مامایی موجود است.
- ۲-۵ این آزمون توانمندی‌های مرتبط با تجهیزات تخصصی را نیز ارزیابی می‌نماید.
- ۳-۵ شواهدی مبنی بر اینکه تمام کارکنان آزمون توانمندی حرفه‌ای را گذرانده‌اند، موجود است.
- ۴-۵ شواهد نیازسنجی آموزشی و انجام اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج آزمون‌های بررسی توانمندی کارکنان در بخش وجود دارند.

OB (۶)

- ۱-۶ اتاق‌های درد متصل به اتاق‌های زایمان هستند.
- ۲-۶ در هر اتاق زایمان فقط یک تخت وجود دارد.
- ۳-۶ در هر اتاق زایمان امکانات شستشوی دست‌ها وجود دارد.
- ۴-۶ در هر اتاق زایمان ترالی و تجهیزات احیا وجود دارد.



- ۵-۶ هر تخت لیبر به دستگاه پایش ضربان قلب جنین مجهز است.
- ۶-۶ هر تخت لیبر به سیستم فراخوان پرستار مجهز است.
- ۷-۶ اتاق‌های درد، زایمان و ریکاوری به ترتیب در کنار هم واقع شده و به شکل مطلوب تجهیز شده‌اند.

OB (۷)

یک کارشناس پرستاری بیمار را در بخش پذیرش و موارد زیر را در پرونده وی ثبت می‌نماید:

- ۱-۷ شرح حال بیمار؛
- ۲-۷ شکایت فعلی و دلیل بستری این بار؛
- ۳-۷ زمان پذیرش در بخش؛
- ۴-۷ وضعیت سلامت عمومی بیمار در زمان پذیرش؛
- ۵-۷ برنامه درمانی، بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج؛
- ۶-۷ شروع برنامه درمانی در ۲۴ ساعت اول بستری؛
- ۷-۷ ثبت تفاوت بین دستورات برنامه درمانی و مراقبت‌های اجرا شده؛
- ۸-۷ ثبت سیر بیماری و اقدام‌های انجام شده حداقل یک بار در هر شیفت کاری توسط یک پرستار؛
- ۹-۷ وجود یک پارتوگراف (برگه ثبت نموداری روند لیبر) در پرونده هر بیمار؛
- ۱۰-۷ تکمیل پارتوگراف با ذکر روند زمانی.

OB (۸)

مدارک پزشکی پرونده حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۱-۸ مشخصات بیمار (نام، شماره پرونده و تاریخ) در تمام صفحات پرونده درج شده‌اند.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۲-۸ برای ثبت در داخل پرونده بیمار از خودکار استفاده شده است.
- ۳-۸ زمان و تاریخ تمام گزارش‌ها در پرونده بیمار ثبت شده است.
- ۴-۸ در تمام گزارش‌های ثبت‌شده در پرونده پزشکی بیماران نام، سمت، امضا و مهر فرد درج شده است.
- ۵-۸ شواهد دال بر عدم استفاده از لاک برای غلط‌گیری مطالب داخل پرونده بیماران است.
- ۶-۸ هیچ فاصله‌ای بین پایان متن گزارش و امضا و مهر وجود ندارد.
- ۷-۸ برنامه ترخیص براساس خط‌مشی‌ها و روش‌ها مستند شده است.
- ۸-۸ آموزش‌های ارائه‌شده به بیماران مستند شده است.
- ۹-۸ ثبت مستندات در پرونده پزشکی بیمار دقیق و با ذکر جزئیات انجام می‌شود.

OB (۹)

- ۱-۹ یک کارشناس پرستاری داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۲-۹ پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید قفسه داروهای مخدر را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۳-۹ داروها باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مخدر نگهداری شود.

OB (۱۰)

- ۱-۱۰ توالی اورژانس در دسترس و محتویات آن در اندازه‌های مناسب نوزادان و بزرگسالان شامل موارد زیر است:
 - ۱-۱-۱۰ دفیبریلاتور؛
 - ۲-۱-۱۰ مانیتور قلبی؛
 - ۳-۱-۱۰ داروهای اورژانسی؛



- ۴-۱-۱۰ آبیروزی در تمام اندازه‌ها؛
- ۴-۱-۱۰ آمبویگ متناسب با تعداد بیماران؛
- ۵-۱-۱۰ لوله‌های داخل تراشه در تمام اندازه‌ها؛
- ۶-۱-۱۰ تختة احیا برای زیر بیمار؛
- ۷-۱-۱۰ لارنگوسکوپ با لبه‌هایی در تمام اندازه‌ها؛
- ۸-۱-۱۰ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۹-۱-۱۰ مستنداتی که نشان‌می‌دهند ترالی اورژانس در هر شیفت توسط مسئول واجد شرایط کنترل و امضا شده، موجود هستند.
- ۱۰-۱-۱۰ تجهیزات الکتریکی (مانند مانیتور و دفیبریلاتور) همیشه شارژ هستند.

- ۲-۱۰ بخش به ساکشن و اکسیژن مرکزی یا قابل حمل مجهز است.
- ۳-۱۰ در هر اتاق عملی که سزارین انجام‌می‌شود، باید تجهیزات احیای نوزاد فراهم باشد.

OB (۱۱)

طراحی بخش موارد زیر را تأمین‌می‌نماید:

- ۱-۱۱ بخش قادر است در موارد شک به عفونت و یا تأیید آن تسهیلات ایزوله‌سازی مناسب را فراهم‌نماید.
- ۲-۱۱ پریزهای برق اضطراری و سیستم UPS در همه بخش‌ها مشخص شده‌اند.

OB (۱۲)

- ۱-۱۲ کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش وجود دارد که موضوعات بالینی و مدیریتی بخش مامایی را توصیف‌می‌نماید:
- ۲-۱۲ خط‌مشی‌ها واضح هستند.
- ۲-۱۲ روش‌ها واضح هستند.



۴-۱۲ خطمشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه می‌شوند.

۵-۱۲ فهرست دقیق خطمشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۶-۱۲ خطمشی‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

خطمشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۷-۱۲ تعیین هویت مادر و کودک در اتاق زایمان؛

۸-۱۲ مراقبت از نوزاد بلافاصله پس از تولد و در ریکاوری؛

۹-۱۲ کنترل درد؛

۱۰-۱۲ معیارهای انجام سزارین؛

۱۱-۱۲ مراقبت‌های معمول؛

۱۲-۱۲ اداره‌کردن بیماران پرخطر؛

۱۳-۱۲ سزارین اورژانس؛

۱۴-۱۲ کنترل عفونت؛

۱۵-۱۲ مشخص‌بودن نوع تخصص متخصصان حاضر در زمان سزارین (متخصص نوزادان

یا کودکان)؛

۱۶-۱۲ فراهم‌بودن آمپول روگام؛

۱۷-۱۲ امنیت و ایمنی نوزاد؛

۱۸-۱۲ آموزش‌های پس از زایمان.

OB (۱۳)

۱-۱۳ پمفلت‌ها و بروشورهای آموزشی برای مادران جدید در دسترس هستند.

۲-۱۳ اطلاعات و آموزش‌های مفید درباره روند زایمان در بخش قابل دسترسی هستند.



OB (۱۴)

برای هر نوزاد یک پرونده پزشکی با ذکر تمام جزئیات تولد تشکیل می‌شود.

OB (۱۵)

داده‌ها برای بخش مامایی جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.

۱-۱۵ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.

۲-۱۵ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.

۳-۱۵ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.

۴-۱۵ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

۵-۱۵ تحلیل‌ها و مداخلات برنامه‌ریزی شده براساس نتایج ممیزی‌ها صورت گرفته و

مستند شده‌اند.

OB (۱۶)

یک پرستار در تمام اوقات در بخش حاضر است.

OB (۱۷)

۱-۱۷ در اتاق نوزادان سینک شستشوی دست‌ها به تعداد کافی وجود دارد (حداقل یک

دستشویی به ازای هر هشت تخت نوزاد).

۲-۱۷ دسترسی به اتاق نوزادان کنترل شده و محدود است و تنها برای کارکنان اصلی و

ملاقات‌کنندگان دارای مجوز، میسر است.

۳-۱۷ در موارد اورژانس، امکان درخواست کمک بدون نیاز به ترک کردن اتاق نوزادان

فراهم است.

۴-۱۷ اکسیژن آمبوبگ و ساکشن مخصوص نوزادان در تمام مواقع در بخش وجود دارد.



OB (۱۸)

خط‌مشی‌ها و روش‌های جداگانه‌ای برای این بخش وجود دارند که حداقل شامل موارد زیر هستند:

آموزش مراقبت از نوزادان؛ ۱-۱۸

آموزش مراقبت از مادر؛ ۲-۱۸

ایجاد شرایط ایزوله؛ ۳-۱۸

ایمنی و امنیت نوزادان. ۴-۱۸



MC (۱)

- ۱-۱ یک فرد با تجربه مدیریت در بخش مدارک پزشکی مسئول این بخش است.
- ۲-۱ مدیر بخش مدارک پزشکی تحصیلات تکمیلی در زمینه مدیریت مدارک پزشکی دارد.

MC (۲)

- ۱-۲ در یک سیستم مدیریت غیرمتمرکز که بخش مدارک پزشکی اطلاعات کارکنان را نگهداری می‌کند، پرونده پرسنلی یک کپی از شرح وظایف امضا شده توسط فرد را نیز شامل می‌شود.
- ۲-۲ در یک سیستم مدیریت متمرکز، سرپرست هر بخش نسخه اصلی شرح وظایف کارکنان بخش خود را در اختیار دارد.
- ۳-۲ در هر دو حالت، در پرونده هریک از کارکنان مدارک صلاحیت آموزشی آنان موجود است.
- ۴-۲ شواهدی که نشان دهند عملکرد کارکنان متناسب با نقش‌ها، مسئولیت‌ها و شرح وظایف آنان مورد ارزیابی قرار گرفته، موجود است.

MC (۳)

- ۱-۳ هر بیمار یک شماره پرونده اختصاصی دارد.
- ۲-۳ شماره هر بیمار در فهرست اصلی بیماران که براساس حروف الفبا تنظیم شده، موجود است.
- ۳-۳ از داده‌های موجود در رایانه در فواصل زمانی منظم نسخه‌های پشتیبان تهیه می‌شود.



MC (۴)

- ۱-۴ بایگانی برای نگهداری مناسب مدارک پزشکی در کوتاه‌مدت و درازمدت موجود است.
- ۲-۴ محل نگهداری خشک، دارای تهویه و نور مناسب و عاری از جانوران موذی است.
- ۳-۴ بازیابی مدارک پزشکی در کمتر از ۳۰ دقیقه امکان‌پذیر است.
- ۴-۴ سیستم باید به نحوی طراحی شده باشد که مدارکی که از آن برداشته یا خارج می‌شوند، قابل بازیابی باشند.
- ۵-۴ مدارک پزشکی در تمام ۲۴ ساعت توسط کارکنان آموزش دیده قابل بازیابی هستند.
- ۶-۴ پرونده پزشکی که به طور کامل پر شده است، در زمان پذیرش به بخش مربوطه تحویل می‌گردد.

MC (۵)

- ۱-۵ پرونده پزشکی در یک پوشه مناسب و ایمن نگهداری می‌شود.
- ۲-۵ محتوای تمام پرونده‌های پزشکی به روشی از پیش تعیین شده ذخیره می‌گردد.
- ۳-۵ مشخصات بیمار روی تمام برگه‌های پرونده پزشکی ثبت شده است.
- ۴-۵ مشخصات بیمار به شکل تایپ شده، مهر شده یا روی یک برچسب رایانه‌ای در تمام صفحات پرونده پزشکی درج شده‌اند.
- ۵-۵ مشخصات بیمار در تمام صفحات در یک محل مشابه ثبت شده‌اند (ترجیحاً در گوشه بالا و سمت راست هر صفحه).

MC (۶)

برگه پذیرش پزشکی موجود و حداقل شامل موارد زیر است:

- ۱-۶ مشخصات دموگرافیک بیمار؛
- ۲-۶ شکایت فعلی؛



- ۳-۶ تاریخچه شکایت فعلی؛
- ۴-۶ تاریخچه‌ای از وضعیت سلامت بیمار در گذشته؛
- ۵-۶ وضعیت آلرژی بیمار؛
- ۶-۶ داروهایی که مصرف می‌کند؛
- ۷-۶ نتایج معاینات بالینی؛
- ۸-۶ تشخیص‌های افتراقی؛
- ۹-۶ نتایج آزمایش‌ها؛
- ۱۰-۶ برنامه درمانی.

MC (۷)

یک برگه خلاصه پرونده موجود و حداقل شامل موارد زیر است:

- ۱-۷ تاریخ پذیرش؛
- ۲-۷ تاریخ ترخیص؛
- ۳-۷ خلاصه‌ای از شرح حال و معاینات بالینی؛
- ۴-۷ نتایج آزمایش‌ها و تصاویر رادیولوژی؛
- ۵-۷ نتایج آزمایش‌ها و تصاویر رادیولوژی که به ترخیص بیمار منجر شده‌اند؛
- ۶-۷ درمان‌ها، اقدام‌های درمانی، اسکوپ‌ها و جراحی‌های انجام‌شده؛
- ۷-۷ خلاصه‌ای از وضعیت بیمار طی مدت بستری در بیمارستان؛
- ۸-۷ عوارض احتمالی که بیمار به آن‌ها دچار شده‌است؛
- ۹-۷ توضیح درباره جابه‌جایی بیمار در بخش‌ها؛
- ۱۰-۷ وضعیت بیمار در زمان ترخیص؛
- ۱۱-۷ دستورالعمل‌ها و داروهای بیمار در زمان ترخیص؛



- ۱۲-۷ نحوه پیگیری بیمار؛
- ۱۳-۷ تشخیص نهایی؛
- ۱۴-۷ تشخیص ثانویه؛
- ۱۵-۷ تشخیص بیمار براساس سیستم کدگذاری (ICD ۱۰)؛
- ۱۶-۷ امضای پزشک معالج؛
- ۱۷-۷ تمام موارد فوق حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص کامل می‌شوند.

MC (۸)

در پرونده پزشکی حداقل موارد زیر ثبت می‌شوند:

- ۱-۸ پزشک معالج روزانه گزارش فرد را ثبت می‌نماید؛
- ۲-۸ حداقل یک گزارش پرستاری در هر شیفت توسط کارشناس پرستاری ثبت گردیده‌است.
- ۳-۸ تمام گزارش‌ها خوانا هستند.
- ۴-۸ تمام گزارش‌ها امضا دارند.
- ۵-۸ تمام گزارش‌ها تاریخ دارند.
- ۶-۸ در تمام گزارش‌ها نام و سمت نویسنده موجود است.
- ۷-۸ در تمام گزارش‌ها زمان نوشتن گزارش ثبت شده‌است.
- ۸-۸ گزارش‌ها به ترتیب و مستمر ثبت شده‌اند.
- ۹-۸ تمام فرم‌ها تکمیل شده‌اند.
- ۱۰-۸ یک زبان واحد برای ثبت تمام گزارش‌های پزشکی در کل بیمارستان مشخص شده‌است.
- ۱۱-۸ پرونده‌های پزشکی با یک شیوه مطمئن و ایمن نگهداری می‌شوند.
- ۱۲-۸ نتایج آزمایش‌ها به‌طور متوالی، مستمر و به روشی ایمن نگهداری می‌شوند.



۱۳-۸ گزارش‌های پیشرفت بیماری متناسب با وخامت وضعیت بیمار تنظیم می‌شوند(از

جهت فواصل و حجم گزارش‌ها).

۱۴-۸ برگه‌های رضایت بیمار تکمیل شده‌اند و حاوی امضای بیمار و پزشک معالج هستند.

MC (۹)

یک کتابچه جامع خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بیمارستان وجود دارد که قسمتی از آن به‌طور جداگانه به بخش مدارک پزشکی اختصاص یافته‌است.

۱-۹ خط‌مشی‌ها به‌طور منظم بازبینی می‌شوند.

۲-۹ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۳-۹ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۹ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود و حداقل شامل موارد زیر هستند:

۵-۹ امنیت مدارک پزشکی؛

۶-۹ شرایط و معیارهای دسترسی به مدارک پزشکی؛

۷-۹ حفظ حریم خصوصی و اسرار بیماران؛

۸-۹ بایگانی پرونده‌ها و نابودسازی آن‌ها پس از یک دوره زمانی تعیین شده؛

۹-۹ فواصل و دفعات تهیه نسخه پشتیبان از داده‌ها؛

۱۰-۹ مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار(مثلاً تفکیک از طریق رنگ برگه‌ها)؛

۱۱-۹ چک‌لیست ممیزی پرونده در زمان ترخیص؛

۱۲-۹ تذکر نقایص؛

۱۳-۹ فایل‌ها و پرونده‌های پزشکی ناقص؛

۱۴-۹ ختم پرونده پزشکی ناقص؛



- ۱۵-۹ سیستم بایگانی؛
- ۱۶-۹ مدیریت و طراحی فرم‌های اطلاعات؛
- ۱۷-۹ بازسازی مجدد پرونده مفقودشده؛
- ۱۸-۹ فهرست اصلی بیماران؛
- ۱۹-۹ پذیرش مجدد بیمار با استفاده از پرونده پیشین؛
- ۲۰-۹ بازیابی پرونده‌ها و مدارکی که از سیستم خارج شده‌اند.

MC (۱۰)

- ۱-۱۰ یک برنامه ارتقای کیفیت که به شکل منسجم در کل بیمارستان اجرایی شود، در این بخش نیز مستقر شده‌است.
- ۲-۱۰ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۳-۱۰ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

MC (۱۱)

- ۱-۱۱ داده‌ها برای بخش مدارک پزشکی جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.
- ۲-۱۱ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.
- ۳-۱۱ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده‌است.
- ۴-۱۱ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۱ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.



MC (۱۲)

مدارک مستندی که نشان می‌دهند کارکنان این بخش در زمینه بهداشت حرفه‌ای و ایمنی شغلی آموزش کافی دیده‌اند، موجود هستند.

MC (۱۳)

در بخش مدارک پزشکی یک کتابچه آموزش توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط بیمارستان و بخش مدارک پزشکی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۱۳ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۱۳ معرفی بخش مدارک پزشکی؛

۳-۱۳ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.



پرستاری بالینی

CN (1)

در هر شیفت و در هر بخش یک پرستار دارای شماره نظام پرستاری (RN) وجود دارد به طوری که طی ۲۴ ساعت همواره یک پرستار واجد صلاحیت در بخش حضور داشته باشد.

CN (2)

۱-۲ یک جدول شیفت پرستاری در هر بخش موجود است (به صورت تمام وقت).

جدول شیفت پرستاری شامل موارد زیر است:

۲-۲ نام،

۳-۲ عنوان یا سمت.

CN (3)

در هر بخش یک کتابچه راهنمای توجیهی کارکنان موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۳ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۳ معرفی جزئیات بخش مربوطه؛

۳-۳ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هر یک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.



CN (۴)

یک پرستار واجد صلاحیت بیمار را در بخش پذیرش و موارد زیر را مکتوب می‌کند:

۱-۴ تاریخچه شکایت اصلی بیمار؛

۲-۴ شکایت اصلی و علت پذیرش؛

۳-۴ زمان پذیرش در بخش؛

۴-۴ وضعیت سلامتی (جسمی و روحی) بیمار در هنگام بستری؛

۵-۴ دستورات درمانی، برنامه‌های پژوهشی و تمام آزمایش‌هایی که توسط پزشک معالج

داده شده‌است.

۶-۴ زمان پذیرش و فرایند پیشرفت برنامه مراقبت که در ۲۴ ساعت اول پذیرش ثبت شده‌است.

۷-۴ تغییرات برنامه مراقبت به‌طور روزانه یا هرگاه که ایجاد گردد، ثبت می‌شود.

۸-۴ پرستار دارای شماره نظام پرستاری پیشرفت درمان را حداقل یک‌بار در هر شیفت

ثبت می‌کند.

CN (۵)

۱-۵ درمان‌های تجویزی و داروها در پرونده هر بیمار ثبت می‌گردد.

۲-۵ فرایند تجویز خون و محصولات خونی توسط یک پرستار دارای شماره نظام پرستاری

تأیید شده و به‌وسیله یک پرستار دیگر نیز امضای می‌شود.

۳-۵ فرایند بازبینی (کنترل مجدد) دُزها، محاسبه و طریق تجویز دارو درباره داروهای خطرناک

توسط پرستار دارای شماره نظام پرستاری انجام و ثبت می‌شود. سپس، توسط یک

پرستار دیگر نیز امضای می‌شود.

داروهای خطرناک توسط کمیته دارویی تعیین می‌شود و حداقل شامل موارد زیر است:

۴-۵ تمام مواد مخدر و داروهای تزریقی تحت نظارت وزارت بهداشت؛

۵-۵ دیگوکسین داخل وریدی؛



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۶-۵ انسولین؛
- ۷-۵ اولین دُز تزریق آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی؛
- ۸-۵ تغذیه کامل داخل وریدی (JAN)؛
- ۹-۵ دُزها داروهای کودکان از ویال‌های چنددُزی؛
- ۱۰-۵ در بیمارستانی که بخشی برای بیماران شیمی‌درمانی وجود ندارد، ولی شیمی‌درمانی انجام می‌شود، باید مستنداتی مبنی بر تجویز داروهای شیمی‌درمانی به بیمار توسط یک پرستار ماهر آموزش‌دیده وجود داشته باشد؛
- ۱۱-۵ مستنداتی وجود دارد که نشان می‌دهد دو نفر پرستار دارای شماره نظام پرستاری برآماده‌سازی داروهای سیتوتوکسیک به منظور تجویز نظارت‌کرده و آن را تأیید و امضا می‌نمایند.

۶) CN

مستندات داخل پرونده بیمار حداقل شامل موارد زیر است:

- ۱-۶ تمام اوراق پرونده بیمار دارای جزئیات مهم مانند شماره پرونده، تاریخ و نام بیمار است.
- ۲-۶ پوشش پرونده پزشکی وضعیت هر بیمار را به وضوح نشان می‌دهد که آیا بیمار سرپایی یا بستری است.
- ۳-۶ تمام اوراق پرونده با خودکار نوشته می‌شود.
- ۴-۶ تاریخ و ساعت برای هر مورد در پرونده ثبت می‌شود.
- ۵-۶ هر مورد ثبت‌شده در پرونده پزشکی بیمار باید دارای امضا، نام کامل و سمت نویسنده باشد.
- ۶-۶ در پرونده بیمار از لاک غلط‌گیر استفاده نمی‌شود.
- ۷-۶ بین متن ثبت‌شده و امضای پایانی آن فاصله‌ای وجود ندارد.
- ۸-۶ در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و سپس، امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.



- ۹-۶ مکتوبات در برگه سیر بیماری به هماهنگی خدمات درمانی جانبی مانند فیزیوتراپی، مشاوره تغذیه و غیره اشاره می‌کند.
- ۱۰-۶ یک برنامه ترخیص با جزئیات که در برگه بیماری منعکس شده و مشخص می‌کند که بیمار از هر درمان و دارویی که باید ادامه دهد، آگاه شده است.
- ۱۱-۶ زمان مراجعه برای پیگیری پس از ترخیص در پرونده بیمار ثبت شده است.

CN (۷)

- ۱-۷ تمام بیماران دارای یک دستبند تعیین هویت (شناسایی) هستند.
- ۲-۷ بیماران یک روز بستری^۱ باید یک دستبند شناسایی داشته باشند که قابل تمایز از بیماران بستری باشند.

CN (۸)

یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش وجود دارد که پرستاری بالینی مختص به بیمارستان و موضوعات مدیریتی مرتبط با بخش مذکور را شرح می‌دهد.

- ۱-۸ خط‌مشی‌ها واضح هستند.
- ۲-۸ روش‌ها واضح هستند.
- ۳-۸ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان تهیه شده‌اند.
- ۴-۸ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.
- ۵-۸ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازننگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۶-۸ دستورات دارویی (دستورات تلفنی)؛
- ۷-۸ گزارش‌های خطاهای پزشکی؛



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۸-۸ تجویز دارو؛
- ۹-۸ روش شناسایی بیماران مختلف با نام یکسان؛
- ۱۰-۸ تجویز خون و محصولات خونی؛
- ۱۱-۸ کنترل عفونت؛
- ۱۲-۸ عدم درپوش گذاری مجدد سرنگ و سرسوزن؛
- ۱۳-۸ فعالیت‌های مراقبتی از بیمار (حمام کردن و توالت رفتن)؛
- ۱۴-۸ ایمنی بیمار؛
- ۱۵-۸ فعالیت‌ها و تصمیمات مربوط به مراقبت تسکین درد؛
- ۱۶-۸ عدم استفاده مجدد از وسایل یکبار مصرف؛
- ۱۷-۸ روش‌های گزارش و ثبت عوارض جانبی درمان‌های دارویی؛
- ۱۸-۸ در صورت نبود بخش فیزیوتراپی، خط‌مشی و روشی وجود دارد که روش تماس (شماره تماس و نشانی) با یک فیزیوتراپ را نشان می‌دهد.

CN (۹)

- ۱-۹ یک پرستار دارای شماره نظام پرستاری، مسئول داروهای نارکوتیک در تمام قفسه‌های حاوی این داروها است.
- ۲-۹ تمام داروهای نارکوتیک باید همواره در یک قفسه قفل شده نگهداری شوند.

CN (۱۰)

- تمام بخش‌ها باید دارای یک ترالی احیا شامل محتویات زیر باشد. اگر کودکان بیمار نیز در بخش‌ها پذیرش می‌شوند، باید وسایل مخصوص کودکان نیز در دسترس باشد:
- ۱-۱۰ دفیبریلاتور؛



- ۲-۱۰ مانیتور قلبی؛
- ۳-۱۰ داروهای اورژانس؛
- ۴-۱۰ ایروی در تمام اندازه‌ها؛
- ۵-۱۰ آمبویگ با اندازه‌های مختلف به‌علاوهٔ ماسک در اندازه‌های متفاوت؛
- ۶-۱۰ لولهٔ تراشه‌های مختلف در اندازه‌های متفاوت؛
- ۷-۱۰ تختۀ احیا؛
- ۸-۱۰ لارنگوسکوپ با لبه‌های مختلف در اندازه‌های متفاوت؛
- ۹-۱۰ باتری و لامپ یدکی لارنگوسکوپ؛
- ۱۰-۱۰ بخش دارای دستگاه ساکشن و اکسیژن مرکزی یا پرتابل است؛
- ۱۱-۱۰ تراسی اورژانس روزانه کنترل می‌شود و یک خط‌مشی به‌منظور آزمایش منظم آن وجود دارد.
- ۱۲-۱۰ کنترل کردن تراسی اورژانس توسط یک کارمند واجد شرایط (کارشناس) انجام و به‌صورت روزانه ثبت می‌گردد.
- ۱۳-۱۰ تجهیزات الکتریکی (مانند دفیبریلاتور) همیشه شارژ هستند.

CN (11)

- ۱-۱۱ شواهدی مبنی بر انجام آزمون توانمندی و صلاحیت کارکنان براساس وظایف و مسئولیت‌های آنها در بخش وجود دارد.
- ۲-۱۱ شواهدی مبنی بر این‌که تمام کارکنان آزمون توانمندی و صلاحیت را انجام داده‌اند، وجود دارد.
- ۳-۱۱ آزمون توانمندی و صلاحیت به‌طور منظم انجام شود.
- ۴-۱۱ شواهدی دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی براساس نقاط ضعف کشف‌شده طی آزمون توانمندی وجود دارد.



CN (۱۲)

کارکنان پرستاری بالینی تجهیزات و وسایل مورد نیاز ارائه مراقبت مناسب به بیماران را در اختیار دارند:

۱-۱۲ یخچال‌های جداگانه برای داروها و غذای کارکنان؛

۲-۱۲ وسایل حفاظت فردی کارکنان (گان، ماسک، دستکش و نقاب برای پوشش صورت

در صورت نیاز)؛

۳-۱۲ ظرف مناسب و کافی برای دفع وسایل نوک‌تیز؛

۴-۱۲ امکانات کافی برای شستشوی دست‌ها در بخش موجود و دارای وسایل شستشوی

مناسب و راحت است؛

۵-۱۲ تمام تخت‌های بخش قابلیت بالا و پایین رفتن (تنظیم ارتفاع) دارند؛

۶-۱۲ دستگاه لگن‌شوی بیمار در تمام بخش‌ها در دسترس است.



مدیریت پرستاری

مدیر پرستاری از طرف مقامات مسئول انتخاب می‌شود و واجد شرایط زیر است:

NA (1)

حداقل دارای مدرک لیسانس پرستاری (ترجیحاً فوق لیسانس در مدیریت بهداشت و یا مدیریت تخصص مرتبط) باشد.

علاوه بر لیسانس پرستاری، پنج سال سابقه کار در یک بیمارستان داشته باشد (دو سال آن باید دارای سمت سرپرستی باشد).

NA (2)

انتخاب مدیریت پرستاری از بین اعضای تیم اجرایی بیمارستان که واجد ارتباطات قوی و نفوذ کلام در بین گروه‌های پرستاری است، صورت می‌گیرد.

۱-۲ این مورد به وسیله مستندات جلسه‌های مدیریت پرستاری اثبات می‌گردد.

۲-۲ مدیر پرستاری از طریق کمیته‌ای که دارای مدارک معتبر باشد، انتخاب می‌گردد.

۳-۲ مدیر پرستاری دارای دفتر کاری متناسب با موقعیت خود است.

۴-۲ اداره امور پرستاری باید به جلسه‌های بزرگ در حوزه مدیریت بیمارستان دسترسی

داشته باشد. همچنین، در واحد پرستاری بتواند جلسه تشکیل دهد.

۵-۲ در چارت بیمارستان‌ها باید تشکیلاتی برای واحد پرستاری هم وجود داشته باشد.



NA (۳)

- ۱-۳ مدیریت پرستاری در یک سیستم مرکزی باید کپی اصلی شرح وظایف هر یک از سمت‌های کادر پرستاری بیمارستان را نگهداری نماید.
- ۲-۳ در یک سیستم غیرمتمرکز، مدیریت پرستاری داخل هر فایل پرسنلی شرح وظایف شغلی امضا شده را نگهداری می‌نماید.
- ۳-۳ در هر دو حالت، در تمام فایل‌ها باید شواهد مدارک تحصیلی و مجوز کار توسط وزارت بهداشت وجود داشته باشد.
- ۴-۳ باید مدارک ارزیابی‌های رسمی وجود داشته باشد.
- ۵-۳ باید شرح وظایف به‌طور منظم بازبینی گردد.
- ۶-۳ ارزیابی انجام شده مکتوب و متناسب با شرح وظایف است.

NA (۴)

مدیریت پرستاری باید فهرستی از تمام کارکنان پرستاری نگهداری نماید که شامل موارد زیر است:

- ۱-۴ نام،
- ۲-۴ شماره تماس،
- ۳-۴ سمت،
- ۴-۴ تاریخ فارغ‌التحصیلی.

NA (۵)

یک جدول مکتوب شامل اسامی و سمت در برنامه ۲۴ ساعته پرستاری هر بخش موجود باشد.

NA (۶)

مدیریت پرستاری باید کتابچه توجیهی شامل موارد زیر داشته باشد:

- ۱-۶ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛



۲-۶ معرفی واحدهای هر بخش بیمارستان؛

۳-۶ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

NA (۷)

کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها حاوی شرح مدیریت پرستاری و راهنمایی‌های لازم مخصوص این بیمارستان وجود دارد.

۱-۷ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۷ روش‌ها واضح هستند.

۳-۷ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان تهیه شده‌اند.

۴-۷ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۷ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها برای خدمات بالینی حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۷ فرایند ارزیابی،

۷-۷ برنامه مدیریت،

۸-۷ برخورد انضباطی،

۸-۷ خرید،

۹-۷ ارتباطات بین‌بخش‌ها.

حداقل، خط‌مشی‌ها و روش‌هایی برای اقدام‌های بالینی زیر وجود دارد:

۱۰-۷ اقدام‌های بالینی عمومی؛

۱۱-۷ خط‌مشی‌ها و سیاست‌های ویژه هر بخش.



NA (۸)

- ۱-۸ زمانی که مدیر پرستاری در دسترس نیست، یک پرستار واجد شرایط (سوپروایزر) مسئولیت خدمات پرستاری را در تمام ساعات شبانه‌روز و هفت روز هفته به عهده دارد.
- ۲-۸ سوپروایزر نباید در زمان مسئولیت سرپرستی، عهده‌دار وظایف کلینیکی باشد.

NA (۹)

- ۱-۹ باید سالانه بودجه‌ای برای اداره امور پرستاری به وسیله مدیر پرستاری در نظر گرفته شود.
- ۲-۹ برای آموزش پرستاری نیز باید بودجه‌ای در نظر گرفته شود.
- ۳-۹ باید شواهد معتبری مبنی بر شرکت مدیر پرستاری در ساختار بودجه وجود داشته باشد.
- ۴-۹ بودجه مشتمل بر محل‌های صرف هزینه است.
- ۵-۹ هزینه‌ها و نتایج آن در سال جاری به‌روز مشخص می‌شود.

NA (۱۰)

- ۱-۱۰ عملکرد کارکنان پرستاری هر سال ارزیابی می‌گردد.
- ۲-۱۰ آموزش هر یک از کارکنان براساس ارزیابی و برنامه‌ریزی مکتوب می‌شود.
- ۳-۱۰ شواهدی مبنی بر این‌که برنامه‌های آموزشی هر یک از کارکنان، پایش شده در دسترس است.

NA (۱۱)

- ۱-۱۱ مدارک و برنامه‌های آموزشی سالانه تمام کارکنان قابل دسترس است.
- ۲-۱۱ محتویات برنامه آموزشی مستند شده است.
- ۳-۱۱ امضای تمام حاضران وجود دارد.
- ۴-۱۱ مدارکی مبنی بر دریافت مدارک سالانه احیای قلبی - عروقی توسط تمام پرستاران در دسترس است.



NA (۱۲)

- ۱-۱۲ کمیته‌های بالینی تشکیل شده و فعال است.
- ۲-۱۲ فهرست اسامی اعضای هر کمیته موجود است.
- ۳-۱۲ تاریخ‌های برگزاری هر کمیته در دسترس است.
- ۴-۱۲ برای تمام جلسه‌ها صورت جلسه نوشته و بایگانی می‌گردد.
- ۵-۱۲ نتایج مباحث تمام جلسه‌ها به وسیله مستندات موجود قابل پیگیری است.

NA (۱۳)

- ۱-۱۳ بیمارستان با مؤسسه‌های آموزشی در ارتباط است.
- ۲-۱۳ موافقت‌نامه‌های مستند مبنی بر وظایف و نقش مؤسسه‌های آموزشی در هر دوره برنامه آموزشی موجود است.
- ۳-۱۳ بیمارستان سالانه حداقل ۳۰ ساعت سهمیه برنامه آموزشی پرستاری برای هر پرستار دارد.
- ۴-۱۳ مربیان پرستاری بالینی مسئول سرپرستی دانشجویان پرستاری در زمان حضور آنان در بیمارستان هستند.
- ۵-۱۳ شواهدی مبنی بر این که نام دانشجویان پرستاری خارج از برنامه شیفت کاری پرستاری بخش است، وجود دارد.

NA (۱۴)

- ۱-۱۴ مدیر پرستاری یک نسخه از برنامه استراتژیک بیمارستان را نگهداری می‌نماید.
- ۲-۱۴ مدیر پرستاری یک نسخه از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان را نگهداری می‌نماید.
- ۳-۱۴ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.



۴-۱۴ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.

۱۵-۴ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

NA (۱۵)

۱-۱۵ اطلاعات اقدام‌های پرستاری (مانند خطاهای پرستاری) جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.

۲-۱۵ دلایل منطقی جمع‌آوری اطلاعات تدوین (مستند) شده‌اند.

۳-۱۵ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین (مستند) شده‌است.

۴-۱۵ اطلاعات جمع‌آوری شده از بخش‌های مختلف آنالیز آماری شده‌اند.

۵-۱۵ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

NA (۱۶)

موارد زیر به مدیر پرستاری اختصاص داده شده‌است:

۱-۱۶ یک دفتر شخصی،

۲-۱۶ دفتر شخصی دارای ملزومات و مبلمان مناسب است،

۳-۱۶ یک خط تلفن مستقل،

۴-۱۶ رایانه،

۵-۱۶ منشی،

۶-۱۶ اجازه فرصت مطالعاتی،

۷-۱۶ سیستم ارتباطی.



CS (1)

مسئول بخش یک شخص مناسب و تحصیل کرده دانشگاهی در زمینه علوم بهداشتی - درمانی باشد.

CS (2)

یک فهرست از کارکنان با شماره تماس، نشانی و امضا (کارکنان) در اختیار مسئول بخش است.

CS (3)

۱-۳ در یک سیستم مدیریت غیرمتمرکز، این بخش باید دارای یک پرونده برای هر یک

از کارکنان خود بوده که حاوی شرح وظایف امضا شده توسط فرد باشد.

۲-۳ در یک سیستم مدیریت متمرکز، سرپرست هر بخش باید یک کپی برابر اصل از تمام

شرح وظایف‌های مربوط به بخش خود داشته باشد.

۳-۳ در هر دو حالت، پرونده‌ها باید حاوی مدارک تحصیلی کارکنان باشد.

۴-۳ شواهدی دال بر انجام آزمون ارزیابی صلاحیت ارائه می‌گردد.

۵-۳ شرح وظایف به‌طور منظم بازبینی می‌شود.

۶-۳ مدارکی دال بر انجام ارزیابی صلاحیت در راستای شرح وظایف ارائه می‌گردد.



CS (۴)

بخش دارای یک کتابچه توجیهی شامل موارد زیر است:

- ۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛
- ۲-۴ معرفی بخش استریلیزاسیون مرکزی؛
- ۳-۴ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا توسط هر یک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

CS (۵)

- ۱-۵ شواهدی دال بر انجام منظم آزمون صلاحیت براساس نقش‌ها و مسئولیت‌های تخصصی افراد در بخش ارائه می‌گردد.
- ۲-۵ مدارکی دال بر انجام کامل آزمون صلاحیت و شایستگی توسط تمام کارکنان وجود دارد.
- ۳-۵ شواهدی مبنی بر انجام اقدام‌های اصلاحی برای بهبود نواقص کشف شده در جریان آزمون صلاحیت و شایستگی وجود دارد.

CS (۶)

- ۱-۶ ورود به بخش صرفاً محدود به افراد مجاز است.
- ۲-۶ رعایت عبور از محیط آلوده (چرک) به محیط پاک و نشانه‌گذاری برای جداسازی محیط پاک صورت می‌گیرد.
- ۳-۶ منطقه غیرآلوده باید به طور کامل (فیزیکی) از منطقه پاک کردن (بسته‌بندی)، استریل کردن و انبارداری جدا شود.
- ۴-۶ جریان عبور وسایل در بخش از منطقه آلوده (چرک) به پاک است.
- ۵-۶ اتاقی که اتوکلاو یا استریلیزر در آن قرار دارد، باید از محل فعالیت‌های بخش مجزا باشد.



- ۶-۶ هوای منطقه غیرآلوده به خارج از فضای بخش تهویه می‌شود.
- ۷-۶ هوای قسمت طراحی شده برای بسته‌بندی و تا کردن و مواد مرتبط باید به فضای خارج تهویه شود.
- ۸-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌هایی که ما را مطمئن سازد مدت زمان کافی بین بسته‌بندی ملحفه‌ها، مواد مرتبط و وسایل رعایت می‌شود، وجود دارد.

CS (۷)

اختصاص مکان معین و مجزا برای شستشوی دست‌ها در تمام مکان‌های زیر، داده شده‌است:

- ۱-۷ مکان غیرآلوده،
- ۲-۷ مکان استریلیزاسیون،
- ۳-۷ توالت.

CS (۸)

لوازم محافظتی مناسب برای تمام کارکنانی که در بخش کار می‌کنند، شامل موارد زیر فراهم هستند:

- ۱-۸ دستکش لاستیکی مقاوم در مقابل پاره‌شدن و دستکش لاتکس یک‌بار مصرف؛
- ۲-۸ پوشیدن دستکش طی هر فعالیت گندزدایی؛
- ۳-۸ ماسک صورت به طوری که بینی و دهان را بپوشاند و عینک ایمنی یا محافظ کامل صورت؛
- ۴-۸ پیش‌بند ضدآب؛
- ۵-۸ در نظر گرفتن ظرفی برای وسایل نوک‌تیز توسط بیمارستان.

CS (۹)

- ۱-۹ تجهیزات مخصوص برای تمیز کردن، ضد عفونی کردن، خشک کردن، بسته‌بندی و استریلیزاسیون در دسترس است.



- ۲-۹ دستگاه اولتراسوند،
- ۳-۹ دستگاه جت پرفشار آب در سینک گندزدایی،
- ۴-۹ دستگاه پرفشار هوا برای خشک کردن،
- ۵-۹ دستگاه شستشوی وسایل،
- ۶-۹ مواد و وسایل بسته‌بندی در دستگاه اتوکلاو استاندارد.

CS (10)

تمام اقدام‌های استریلیزاسیون به روش زیر پایش می‌شود:

- ۱-۱۰ مدارکی دال بر انجام روزانه آزمایش (بووی - دیک) روی استریل‌کننده‌های پرسرعت پیش از وکیوم موجود است.
- ۲-۱۰ شواهدی دال بر انجام آزمایش اسپور (اسپورهای زنده باکتریایی) به صورت هفته‌ای (یک امتیاز) و روزانه (دو امتیاز) وجود دارد.
- ۳-۱۰ شواهدی دال بر انجام آزمایش‌های اسپور در زمان راه‌اندازی دستگاه استریلايزر و پس از هر بار تعمیر کلی موجود است.
- ۴-۱۰ شواهد حضور شاخص‌های بیولوژیک در هر بار جای‌گذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه‌های استریل‌کننده موجود است.
- ۵-۱۰ شواهدی که نشان‌دهنده شاخص‌های شیمیایی در هر بسته یا پک استریل‌شده جای‌گذاری شده، وجود دارد.
- ۶-۱۰ مدارکی دال بر کاربرد شاخص‌های مناسب و حساس شیمیایی در استریلايزرهای مناسب موجود است.
- ۷-۱۰ شواهدی دال بر انجام اعتبارسنجی خارجی مراحل استریلیزاسیون در فواصل مناسب وجود دارد.



یک دفتر ثبت برای هر استریلایزر در بخش وجود دارد. محتویات دفتر مذکور باید حداقل شامل موارد زیر باشد، اگرچه به این موارد محدود نمی‌شود:

- ۸-۱۰ شماره یا کد مخصوص هر استریلایزر؛
- ۹-۱۰ نتایج انجام آزمایش‌های روزانه (همان‌طور که در بالا شرح داده شد)؛
- ۱۰-۱۰ نتایج آزمایش‌های اسپور؛
- ۱۱-۱۰ محتویات هر بار بارگذاری؛
- ۱۲-۱۰ ثبت زمان مواجهه و درجه حرارت توسط هر نمودار یا پرینت دستگاه؛
- ۱۳-۱۰ نام مسئول هر بار بارگذاری؛
- ۱۴-۱۰ هر نوع اقدام خدمات نگهداری؛
- ۱۵-۱۰ نگهداری دفتر ثبت برای هر دستگاه به مدت یک سال.

هر وسیله یا پکی که استریل می‌شود باید دارای برچسب باشد که حاوی موارد زیر است:

- ۱۶-۱۰ شماره نشان‌دهنده دستگاه استریلایزر؛
- ۱۷-۱۰ تاریخ استریل کردن؛
- ۱۸-۱۰ شماره سیکل (چرخه) بارگذاری استریلایزر؛
- ۱۹-۱۰ مشخص کردن فرد مسئول بسته‌بندی و جمع کردن پک؛
- ۲۰-۱۰ تاریخ انقضا؛
- ۲۱-۱۰ ممیزی اتفاقی (راندوم) پک‌ها برای تأیید رعایت مطلوب استانداردهای فوق.

CS (11)

یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها وجود دارد که بخش استریل‌سازی مرکزی و موضوعات مدیریتی مربوط را توضیح می‌دهد:

- ۱-۱۱ خط‌مشی‌ها واضح هستند.



۲-۱۱ روش‌ها واضح هستند.

۳-۱۱ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۱۱ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۱۱ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۱۱ پارامترهای چرخه‌ زمان، دما و فشار دستگاه‌های استریلايزر؛

۷-۱۱ ایمنی کارکنان (بهداشت حرفه‌ای)؛

۸-۱۱ کنترل عفونت؛

۹-۱۱ تمیزکردن ابزار و وسایل؛

۱۰-۱۱ ضدعفونی کردن ابزار و وسایل؛

۱۱-۱۱ طرز برخورد با وسایل حساس به حرارت؛

۱۲-۱۱ دوباره استریل نکردن وسایل یک‌بار مصرف؛

۱۳-۱۱ فراخوانی وسایلی که به‌صورت آماده و یا در این بخش استریل شده‌اند؛

۱۴-۱۱ بازبینی و بررسی مجدد مواد و لوازم تدارکاتی در صورت بروز هر اختلالی

در استریل‌سازی؛

۱۵-۱۱ کارکردن، جابه‌جایی، نگهداری و انبارداری وسایل پزشکی استریل؛

۱۶-۱۱ طراحی یک سیستم که نشان‌دهد یک شماره سریال یا هر فاکتور شناسایی دیگر

برای وسایل یک‌بار مصرف حساس وجود دارد و تأیید کند که این‌گونه ابزار، یک‌بار

مورد استفاده قرار گرفته و سپس از گردونه مصرف خارج شده است.



CS (۱۲)

- ۱-۱۲ تمام وسایل استریل شده باید در بالاتر از سطح زمین انبارداری شوند.
- ۲-۱۲ وسایل استریل شده باید به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل انبارداری شوند.
- ۳-۱۲ قفسه‌ها و جعبه‌های نگهداری باید دارای سطوح صاف و بدون خلل و فرج بوده تا تمیزکردن آن‌ها به سهولت انجام گیرد.
- ۴-۱۲ تمام وسایل استریل شده باید در جعبه‌های دربسته جابه‌جا شوند.

CS (۱۳)

یک سیستم رهگیری برای روند استریلیزاسیون که به وسایل و تجهیزات استریل به کار برده شده برای بیمار متصل است (ثبت شده در پرونده پزشکی وی)، وجود داشته باشد.

CS (۱۴)

- ۱-۱۴ تجهیزات استریل سازی با گاز اتیلن اکسید راه اندازی شده است.
- ۲-۱۴ استریلایزر اتیلن اکسید بر اساس دفترچه راهنمای کارخانه سازنده همراه با شواهد تهویه مناسب، نصب شده باشد.
- ۳-۱۴ استریلایزر اتیلن اکسید باید در یک اتاق معین و جداگانه از سایر استریلایزرها و محل کار مربوط باشد.
- ۴-۱۴ شواهد مستند از توجیه و آموزش داخلی (داخل بخش) برای آن دسته از کارکنانی که با استریلایزر اتیلن اکسید کار می کنند (شامل کارکنان تعمیر و نگهداری هم می شود)، وجود دارد.
- ۵-۱۴ شواهد مستندی که تمام کارکنان مرتبط با استریلایزر اتیلن اکسید، آموزش های کامل ایمنی و بهداشت حرفه ای مربوط را پشت سر گذاشته اند، وجود دارد.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۶-۱۴ تهویه خروجی برای استریلایزر اتیلن اکسید یا مستقیماً به خارج هدایت می‌شود و یا به یک سیستم زه‌کشی بهداشتی براساس دفترچه راهنمای کارخانه تنظیم می‌گردد.
- ۷-۱۴ یک سیستم اعلام خطر نشت گاز برای هشدار به کارمندان وجود داشته‌باشد.
- ۸-۱۴ سیستم تهویه خروجی به شبکه برق اضطراری (UPS) متصل است.
- ۹-۱۴ وجود خط‌مشی و روش‌های مناسب که دستورات مربوط به اقدام‌های اضطراری در زمان نشت گاز اتیلن اکسید را شرح می‌دهد.
- ۱۰-۱۴ شواهدی دال بر قرارداد نگهداری با یک تأمین‌کننده خارجی وجود دارد.
- ۱۱-۱۴ شواهدی دال بر عملیاتی‌بودن قرارداد در تمام طول سال وجود دارد.
- ۱۲-۱۴ سیستم ضد عفونی نهایی یا محلول استریل سرد (مانند مایعات استریل‌کننده) در بیمارستان در دسترس است.
- ۱۳-۱۴ در این سیستم باید تمام اقدام‌های انجام مراحل ضد عفونی برای تجهیزات حساس به حرارت کاملاً مکتوب گردد.
- ۱۴-۱۴ شواهدی دال بر انجام ضد عفونی نهایی یا محلول استریل‌کننده براساس روش توصیه‌شده توسط کارخانه سازنده ارائه می‌گردد.
- ۱۵-۱۴ این سیستم در یک فضای کاملاً مشخص دارای لاک و مهر مخصوص یا در جعبه‌های دربسته طراحی می‌گردد.
- ۱۶-۱۴ یک پروسه واضح تعیین درستی یا اعتبار محلول استریل‌کننده (سواپینگ) وجود دارد.
- ۱۷-۱۴ تاریخ آماده‌سازی محلول و تاریخ انقضای مصرف محلول حاضر باید به وضوح روی ظرف حاوی آن ثبت شده‌باشد.
- ۱۸-۱۴ کارمند باید بتواند آموزش به‌کارگیری سیستم استریل‌کننده سرد یا ضد عفونی نهایی را در مخلوط کردن اثبات کند.
- ۱۹-۱۴ شواهدی دال بر ساخت محلول و مخلوط کردن آن از مایع استریل‌کننده در شرایط تهویه مناسب و ایمن موجود است.



CS (۱۵)

- ۱-۱۵ مدارک انجام منظم آزمون صلاحیت و شایستگی کارمندان متناسب با وظایف و مسئولیت‌های فرد در آن بخش در دسترس است.
- ۲-۱۵ شواهد انجام کامل آزمون صلاحیت توسط تمام کارکنان، موجود است.
- ۳-۱۵ آزمون صلاحیت و شایستگی کارکنان به‌طور منظم برگزار می‌شود.
- ۴-۱۵ شواهد اجرای فعالیت اصلاحی برای اصلاح نواقص کشف‌شده در جریان آزمون صلاحیت و شایستگی موجود است.
- ۵-۱۵ مدارکی دال بر انجام آموزش داخلی براساس یک برنامه منظم برای کارمندان این بخش وجود دارد.

CS (۱۶)

- ۱-۱۶ تمام اطلاعات این بخش باید جمع‌آوری و در رایانه ثبت گردد.
- ۲-۱۶ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مستند وجود دارد.
- ۳-۱۶ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۶ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۶ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

CS (۱۷)

مستندات تأیید می‌کند که کارکنان در زمینه بهداشت حرفه‌ای و روش‌های ایمنی مختص این بخش آموزش کافی دیده‌اند.



CS (۱۸)

مستندات برنامه توجیه برای کارکنان جدید موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۱۸ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۱۸ معرفی بخش استریلیزاسیون مرکزی؛

۳-۱۸ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

CS (۱۹)

سطل، جارو و وسایل نظافت مورد استفاده در بخش گندزدایی و در بخش پاک جدا از یکدیگر بوده و

خاص آن بخش باشد.



ES (1)

یک نفر به عنوان مسئول بخش خدمات زیست محیطی تعیین شده است.

ES (2)

۱-۲ در سیستم مدیریت غیرمتمرکز، پرونده پرسنلی تمام افراد که حاوی شرح وظایف

امضاشده توسط کارمندان در بخش خدمات زیست محیطی است، وجود دارد.

یا

۲-۲ در سیستم مدیریت متمرکز، رئیس هر بخش یک کپی از اصل شرح وظایف کارمندان

آن بخش را نگهداری می نماید.

۳-۲ در هر دو حالت، مدارک آموزشی مرتبط در پرونده پرسنلی وجود دارد.

۴-۲ شواهدی مبنی بر ارزیابی عملکرد رسمی وجود دارد.

ES (3)

۱-۳ شواهد مستندی دال بر آزمون منظم توانمندی حرفه ای کارکنان منطبق با نقش ها و

مسئولیت های اختصاصی آنان وجود دارد.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

۲-۳ شواهدی مبنی بر این که تمام کارکنان آزمون توانمندی حرفه‌ای را گذرانده‌اند، موجود است.

۳-۳ شواهدی دال بر اقدام‌های اصلاحی برای رفع نیازهای شناسایی شده متعاقب برگزاری آزمون‌های بررسی توانمندی کارکنان در بخش وجود دارد.

ES (۴)

بخش خدمات محیطی باید فهرستی از تمام کارمندان نگهداری نماید که شامل موارد زیر است:

۱-۴ نام،

۲-۴ شماره تماس،

۳-۴ سمت و محل کار،

۴-۴ تاریخ شروع به کار،

۵-۴ مدارک گزارش کار برنامه زمان‌بندی بخش خدمات زیست‌محیطی همراه نام‌ها و شغل‌ها،

۶-۴ در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای خدمات زیست محیطی استفاده می‌کند نیز جزئیاتی که در بالا گفته شد، باید در دسترس باشد.

ES (۵)

در بخش خدمات زیست محیطی یک کتابچه آموزش توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۵ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛



۲-۵ معرفی بخش خدمات زیست محیطی؛

۳-۵ چکلیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می شود؛

۴-۵ اگر خدمات از طریق پیمانکار خارجی ارائه می شود، چکلیست توجیهی هر کارمند

پس از اخذ امضای وی در دسترس باشد.

ES (۶)

کتابچه جامع خط مشی ها و روش ها برای خدمات زیست محیطی موجود است.

۱-۶ خط مشی ها و روش ها باید به خدمات زیست محیطی مربوط باشند.

۲-۶ خط مشی ها به طور منظم بازبینی می شوند.

۳-۶ خط مشی ها واضح هستند.

۴-۶ خط مشی ها و روش ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده اند.

۵-۶ فهرست دقیق خط مشی ها و روش ها موجود است.

خط مشی ها و روش ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۶ بخش های عمومی؛

۷-۶ اتاق عمل؛

۸-۶ بخش مراقبت های ویژه؛

۹-۶ اتاق بیماران؛



استانداردهای اعتباربخشی
بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۱۰-۶ اورژانس؛
- ۱۱-۶ اتاق‌های ایزوله؛
- ۱۲-۶ لکه‌زدایی سریع مواد خطرناک از قبیل مایعات بدن، مواد شیمیایی و غیره؛
- ۱۳-۶ بخش‌های بالینی عمومی مثل رادیولوژی؛
- ۱۴-۶ آشپزخانه (اگر نظافت آن توسط این بخش انجام می‌شود)؛
- ۱۵-۶ نظافت تجهیزات مراقبت بیمار مثل ویلچر و پایه سرم؛
- ۱۶-۶ ترکیب مواد شیمیایی و گندزداها؛
- ۱۷-۶ ایمنی کارکنان؛
- ۱۸-۶ جداسازی پسماندها.

ES (۷)

- ۱-۷ یک برنامه ارتقای کیفیت که به شکل منسجم در کل بیمارستان اجرامی شود، در این بخش نیز مستقر شده‌است.
- ۲-۷ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۳-۷ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.
- ۴-۷ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده‌است.
- ۵-۷ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.



ES (۸)

- ۱-۸ داده‌های خدمات زیست‌محیطی جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.
- ۲-۸ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.
- ۳-۸ شواهدی مستند بر یک مداخله مؤثر درباره تحلیل داده‌ها موجود باشد.

ES (۹)

شیمیایی

- ۱-۹ کتابچه راهنمای مواد شیمیایی و گندزدهای مورد استفاده در بیمارستان در دسترس است.
- ۲-۹ سیستم اختصاصی و کدگذاری یکسان برای همه پاک‌کننده‌ها در دسترس است و ارجاع آن در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها وجود دارد.
- ۳-۹ مایعات شیمیایی باید دارای برچسب صحیح و اختصاصی باشد.
- ۴-۹ جدول اطلاعات مواد خطرناک در تمام بخش‌ها به‌طور مشخص موجود است.
- ۵-۹ اطلاعات اختصاصی احتیاطات لازم کارمندان برای زمانی که محلول‌ها ترکیب و یا ریخته‌شوند، وجود دارد.

ES (۱۰)

نگهداری مواد شیمیایی

- ۱-۱۰ یک محل ذخیره ایمن دارای تهویه و نور مناسب برای ذخیره تمام مواد شیمیایی موجود است.



۲-۱۰ تسهیلاتی برای ذخیرهٔ صحیح مواد شیمیایی شامل مایع زیر مواد شیمیایی خشک

موجود است.

۳-۱۰ محلی ایمن برای تخلیهٔ روزانهٔ مواد شیمیایی وجود دارد.

۴-۱۰ ترالی‌های نظافت در زمان عدم استفاده از معابر عمومی دور نگهداشته می‌شوند.

ES (۱۱)

۱-۱۱ شواهدی دال بر این که یک نماینده از این بخش در کمیتهٔ کنترل عفونت شرکت می‌نماید،

وجود دارد.

۲-۱۱ صورت‌جلسه‌ها ثبت و در این بخش نگهداری می‌شوند.

ES (۱۲)

۱-۱۲ برنامهٔ آموزشی دربارهٔ فعالیت‌های خدمات زیست محیطی عمومی به‌ویژه با مد نظر

قراردادن طریقهٔ استفاده از مواد شیمیایی وجود دارد.

۲-۱۲ شرکت افراد در جلسه‌های آموزشی با امضای آن‌ها مشخص هستند.

در مواردی که بیمارستان از پیمانکار خارجی برای بخش خدمات زیست محیطی استفاده می‌نماید،

جزئیاتی که در بالا گفته شد باید فراهم گردد.

ES (۱۳)

۱-۱۳ تجهیزات به‌خوبی نظافت و نگهداری می‌شوند.



سیستم کدگذاری مستند برای تجهیزات مورد استفاده در قسمت‌های خاص مثل ۲-۱۳

بخش‌ها، دستشویی‌ها و اتاق‌ها موجود است.

نظافت بیمارستان مناسب است. ۳-۱۳

ES (۱۴)

کتابچه بهداشت محیط حرفه‌ای موجود و شامل موارد زیر است:

اطلاعات عمومی ایمنی و بهداشت حرفه‌ای؛ ۱-۱۴

اطلاعات اختصاصی بخش شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی؛ ۲-۱۴

استفاده از علائم ایمنی مناسب مثل علامت خیس‌بودن زمین هنگام نظافت. ۳-۱۴

ES (۱۵)

برنامه مستند کنترل حشرات شامل جدول زمان‌بندی معین برای تمام قسمت‌های ۱-۱۵

بیمارستان به‌خصوص آشپزخانه وجود دارد.

جدول حاوی اطلاعات مواد خطرناک تمام حشره‌کش‌های مورد استفاده در ۲-۱۵

بیمارستان تهیه شده است.

شواهدی مبنی بر اینکه کنترل حشرات بر یک پایه منظم تهیه و اجرایی شود، ۳-۱۵

وجود دارد.

شواهدی مبنی بر وجود برنامه پیش‌کنترل چونندگان در بیمارستان موجود است. ۴-۱۵



FE (1)

در بیمارستان، یک نفر مسئول هماهنگی ایمنی و آتش نشانی وجود دارد.

FE (2)

۱-۲ شواهدی مبنی بر برگزاری دوره‌های آموزشی سالانه ایمنی و آتش سوزی برای همه کارکنان (اعم از پزشکان و مدیران) همراه امضای افراد موجود است.

دوره‌های آموزشی شامل موارد زیر است:

۲-۲ مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش سوزی؛

۳-۲ کسب مهارت عملی در زمینه کار با کپسول آتش نشانی و لوله آب پاش (خرطومی) آتش نشانی.

آموزش تخلیه اماکن در هنگام آتش سوزی شامل موارد زیر است:

۴-۲ مباحث تئوری؛

۵-۲ برگزاری مانور حداقل یک بار در سال؛

۶-۲ برگزاری مانور در تمام بخش‌های بیمارستان.



FE (۳)

تمام کارکنان جدید، دوره آموزش ایمنی در برابر آتش را به عنوان بخشی از برنامه توجیهی بیمارستان می گذرانند.

FE (۴)

کیسول های آتش نشانی به شکل زیر نگهداری می شوند:

۱-۴ همواره شارژ هستند.

۲-۴ کاملاً در معرض دید و به راحتی در دسترس هستند.

۳-۴ در ارتفاعی نصب شده اند که به راحتی قابل دسترس هستند.

FE (۵)

خروجی های اضطراری مسدود نیستند.

FE (۶)

۱-۶ در هر بخش بیمارستان، علائم راهنمای خروجی به طور واضح وجود دارد.

۲-۶ در هر بخش، علائم تصویری خروج برای افراد بی سواد وجود دارد.

۳-۶ در فضای عمومی بیمارستان و اتاق بیماران، نقشه راهنمای درهای خروجی ساختمان

نصب شده است.



۴-۶ مکانی برای ملاقات بازماندگان حادثه پس از وقوع حادثه، خارج از بیمارستان تعیین شده است.

۵-۶ تابلوی عدم استفاده از آسانسور هنگام آتش سوزی نصب شده است.

FE (۷)

۱-۷ سیستم مرکزی هشداردهنده هر هفته کنترل و نتیجه آن ثبت می شود.

۲-۷ برق اضطراری علائم و تابلوهای راهنمای خروج هنگام آتش سوزی به طور ماهانه

کنترل و نتیجه آن ثبت می گردد یا علائم راهنمای خروج هنگام آتش سوزی به رنگ فسفری (شب رنگ) است.

FE (۸)

خط مشی ها و روش ها برای بخش آتش نشانی موجود است.

۱-۸ کتابچه راهنمای جامع خط مشی ها و روش ها مخصوص هر بخش بیمارستان موجود است.

۲-۸ خط مشی ها و روش های مربوط به آتش نشانی در بیمارستان وجود دارد.

۳-۸ خط مشی ها به طور منظم بازنگری می شوند.

۴-۸ خط مشی ها واضح هستند.

۵-۸ خط مشی ها و روش ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده اند.

۶-۸ فهرست دقیق خط مشی ها و روش ها موجود است.

۷-۸ خط مشی ها و روش های ویژه برای شرایط بحرانی موجود است.



FE (۹)

۱-۹ علاوه بر وجود تیم آتش نشانی در بیمارستان، همه بخش‌ها نگهبان و مسئول ایمنی دارند.

۲-۹ یک سیستم عملیاتی و مستند برای مشخص کردن مسئولان یا نگهبانان یا تیم آتش نشانی

در صورت تمایل بیمارستان به تشکیل تیم مذکور، وجود دارد.

۳-۹ مدارکی مبنی بر برقراری تماس و آغاز استفاده از خدمات خارجی اطفای حریق و

آمولانس‌ها موجود است.

۴-۹ سیستم واضح مستند و عملیاتی برای شروع عملیات مسئولان آتش نشانی بخش‌ها

یا تیم‌های مقابله با آتش در صورت بروز آتش یا بحران وجود دارد.

FE (۱۰)

برنامه سالانه سرویس و نگهداری و مراقبت تمام وسایل آتش نشانی وجود دارد که توسط آتش نشانی و کارشناس ایمنی محیط کار نگهداری می‌شود.

FE (۱۱)

سیستم مرکزی هشداردهنده آتش به زنگ هشدار خطر مجهز است.

FE (۱۲)

۱-۱۲ خط‌مشی‌ها و روش‌ها برای ممنوعیت استعمال دخانیات وجود دارد و علائم و

نشانه‌های واضح این موضوع را اثبات می‌کند.

۲-۱۲ کارمندان تمام بخش‌ها از نگهداری ایمن مواد قابل اشتعال و مواد خطرناک اطمینان

حاصل می‌نمایند.



هیئت مدیره و مدیریت

GB (1)

هیئت مدیره یا کمیته مدیریت اجرایی (تحت هر نامی در این جا هیئت مدیره نامیده می شود) تشکیل شده و فعال می باشد و حداقل شامل اعضای زیر است:

۱-۱ مالکان یا نماینده هیئت مدیره؛

۲-۱ مدیر پزشکی؛

۳-۱ مدیر پرستاری؛

۴-۱ رئیس امور مالی.

۵-۱ صورت جلسه ها ثبت و نگهداری می گردد.

۶-۱ هیئت مدیره اعضای ثابت دارد.

۷-۱ هیئت مدیره آیین نامه داخلی دارد که با قوانین بیمارستان منطبق است. در آیین نامه

داخلی تعداد افراد و چگونگی حق رأی در زمان غیبت اعضا مشخص شده است.

۸-۱ میزان تفویض اختیار اعضای هیئت مدیره از نظر مدیریتی و مالی تعریف و

تعیین شده است.



- ۹-۱ هیئت مدیره جلسه‌های منظمی دارد.
- ۱۰-۱ مصوبات ثبت می‌شود تا طبق آن عمل گردد.
- ۱۱-۱ برنامه توجیهی برای اعضای جدید هیئت مدیره وجود دارد.
- ۱۲-۱ اعضای هیئت مدیره مطابق الزامات قانونی عمل می‌کنند.
- ۱۳-۱ هیئت مدیره قوانین بیمارستان را به‌طور منظم بازنگری می‌نماید.
- ۱۴-۱ هیئت مدیره برنامه استراتژیک پنج‌ساله دارد.
- ۱۵-۱ مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهد، برنامه استراتژیک پنج‌ساله سالانه بازنگری می‌گردد.
- ۱۶-۱ هیئت مدیره بر توسعه بیانیه رسالت نظارت دارد.
- ۱۷-۱ بیانیه رسالت در تمام بیمارستان منتشر (پخش) شده است.

GB (۲)

هیئت مدیره فرایند مشخصی برای مدیریت قراردادها دارد که شامل موارد زیر است:

- ۱-۲ خط‌مشی‌ها و روش‌هایی که در آن تفویض اختیار لازم برای نهایی کردن قرارداد از نظر مالی و امضا کردن به‌طور مستند وجود دارد.
- ۲-۲ شاخص‌های کلیدی عملکرد تعیین شده است.
- ۳-۲ اجرای شاخص‌های کلیدی عملکرد پایش می‌گردد.
- ۴-۲ خط‌مشی‌ها و روش‌های مستند برای برخورد با قراردادهای خارج بیمارستانی موجود است.



۵-۲ خط‌مشی‌ها و روش‌های معاملات و مذاکره برای عقد قرارداد موجود است (قیمت،

دراختیار گذاشتن سهام و غیره).

۶-۲ تمام اوراق قراردادهای بیمارستان نگهداری می‌شود.

GB (۳)

هئیت مدیره مدارک معمول و رایج زیر را نگهداری می‌نماید:

۱-۳ خط‌مشی بیمه‌ها (آتش‌سوزی، دزدی و حوادث غیرمترقبه)؛

۲-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌های پرداخت کارمندان؛

۳-۳ پروانه ساخت بیمارستان؛

۴-۳ پروانه بهره‌برداری (پروانه‌های قانونی موجود باید از بیمارستان‌ها خواسته شود) مجوز

موافقت اصولی؛

۵-۳ مجوز ساختمان.

مجوزهای (وزارت بهداشت) واحدهای پاراکلینیکی شامل موارد زیر است:

۶-۳ داروخانه،

۷-۳ آزمایشگاه،

۸-۳ رادیولوژی،

۹-۳ بخش‌های مراقبت ویژه.



GB (۴)

۱-۴ قوانین و مقررات و خط‌مشی‌های داخلی مکتوب برای نحوه اداره امور بیمارستان وجود دارد.

۲-۴ در صورت نیاز، قوانین و خط‌مشی‌ها به‌طور منظم بازبینی و بازنگری می‌شوند.

GB (۵)

۱-۵ مدیر عامل یا رئیس دارای تحصیلات عالیه در مدیریت عمومی و یا مدیریت سلامت است.

۲-۵ مدیر عامل یا رئیس دارای فعالیت در رده سوم مدیریت عمومی یا مدیریت سلامت است و اثبات می‌شود که او حداقل یک سال در این زمینه مطالعاتی داشته‌است.

۳-۵ حداقل دارای پنج سال تجربه در سمت‌های بالای مدیریت مراقبت بهداشتی - درمانی است.

GB (۶)

۱-۶ مدارک گزارش‌های پایان سال مطابق با برنامه استراتژیک بیمارستان و نتایج مالی بررسی می‌شود.

۲-۶ حسابرسی مالی به‌طور جامع و کامل اجرامی گردد.



۳-۶ حسابرسی مالی سالانه توسط یک حسابدار خارجی که منافی در برنامه

ندارد، انجام می‌شود.

۴-۶ جزئیات گزارش مکتوب حسابرسی شرح و پیشنهادها بررسی و به هیئت مدیره

ارائه می‌شود و توسط آنها به تصویب می‌رسد.

۵-۶ شواهدی مبتنی بر این که اقدامها براساس نتایج حسابرسی انجام می‌شود، وجود دارد.

توسعه و برنامه‌ریزی

PD (۱)

۱-۱ بیمارستان برنامه استراتژیک دارد.

۲-۱ برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله موجود است.

۳-۱ برنامه استراتژیک سالانه بررسی می‌شود.

برنامه استراتژیک باید شامل موارد زیر باشد:

۴-۱ مدیریت پرستاری؛

۵-۱ مدیریت پزشکی؛

۶-۱ بخش‌های عمومی.

هر برنامه موارد زیر را شامل می‌شود:

۷-۱ اهداف کلان و اهداف عملیاتی؛

۸-۱ برنامه عملیاتی برای دسترسی به اهداف؛



۹-۱ برنامه زمان بندی؛

۱۰-۱ منابع مورد نیاز؛

۱۱-۱ موارد پیش بینی نشده (حوادث غیرمترقبه).

PD (۲)

بیمارستان مستندات برنامه مدیریت خطر دارد که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۲ از بین رفتن خدمات رایانه‌ای (بخش IT)؛

۲-۲ خرابی تجهیزات اصلی؛

۳-۲ اتمام اعتبارات یا وام از سرمایه‌گذاران خارج بیمارستان؛

۴-۲ غفلت و اشتباهات کارکنان.

PD (۳)

برای تمام خدمات یا بخش‌های جدید پیش از شروع کار، توجیه اقتصادی موجود است.

مالی

FD (۱)

۱-۱ یک نفر با مدرک تحصیلی در زمینه حسابداری به‌عنوان مسئول این واحد تعیین شده است.

۲-۱ فهرست تمام کارمندان (نام و سمت) بخش مالی موجود است.



FD (۲)

- ۱-۲ برنامه بودجه بیمارستان موجود است.
- ۲-۲ برنامه بودجه ۵ سال گذشته موجود است.
- ۳-۲ بودجه باید جزئیات درآمد و مخارج ماهانه را دربر گیرد.
- ۴-۲ در هر بخش و قسمت، برنامه بودجه مربوطه وجود دارد.
- ۵-۲ برای همه بخش‌ها، مرکز هزینه^۱، تأسیس شده است.
- ۶-۲ همه بخش‌ها نتایج مالی دقیق ماهانه که تغییرات مالی را نشان می‌دهد، دریافت می‌نمایند.
- ۷-۲ اسناد مربوط به تأمین مالی هر بخش، نگهداری می‌شود.
- ۸-۲ بخش مالی جزئیات موارد بودجه هر بخش را برای تأمین بودجه نهایی نگهداری می‌نماید.

FD (۳)

- ۱-۳ واحد مالی بیمارستان شرح منابع مالی ماهانه کلی که تفاوت بودجه را نشان می‌دهد، تهیه می‌نماید.
- ۲-۳ گزارش سود و زیان حداقل هر ۴ ماه یکبار تهیه می‌شود.
- ۳-۳ در پایان سال ترازنامه مالی تهیه می‌گردد.



FD (۴)

۱-۴ مشروح گزارش حسابرسی که توسط ممیز خارجی انجام شده، برای سال مالی جاری موجود است.

مشروح گزارش حسابرسی خارجی ۵ سال گذشته موجود است.

۳-۴ جزئیات گزارش حسابداری عملکردها گرفته می شود.

۴-۴ واحد مالی مدارک اقدامهای مورد تعهد حسابرس خارجی را فراهم می کند.

FD (۵)

کتابچه خطمشی ها و روش ها وجود دارد که روش حسابداری این بیمارستان را توصیف می نماید.

۱-۵ خطمشی ها واضح هستند.

۲-۵ روش ها واضح هستند.

۳-۵ خطمشی ها و روش ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده اند.

۴-۵ فهرست دقیق خطمشی ها و روش ها موجود است.

خطمشی ها و روش ها شامل موارد زیر هستند:

۵-۵ تهیه برنامه بودجه؛

۶-۵ بودجه بندی نهایی؛

۷-۵ مدیریت منابع نقدی و تنخواه؛

۸-۵ مدیریت بدهکاران و بستانکاران؛



۹-۵ جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های مالی؛

۱۰-۵ اعتبار داده‌ها؛

۱۱-۵ حسابرسی داخلی و خارجی؛

۱۲-۵ مدیریت خطرات مالی (شامل ذخایر و منابع موجود)؛

۱۳-۵ آماده‌سازی گزارش‌های مالی.

FD (۶)

شواهد موجود نشان‌می‌دهد که خط‌مشی‌ها و روش‌ها مورد اطمینان بوده و دارای ارتباط موضوعی

مناسب است.



فن آوری اطلاعات

IT (۱)

یک نفر مسلط به نرم افزار و سخت افزار رایانه ای به صورت تمام وقت یا نیمه وقت (مشاوره ای) در بیمارستان حضور دارد.

IT (۲)

کتابچه راهنمای خط مشی ها و روش ها موجود و شامل موارد زیر در خدمات بخش فن آوری اطلاعات است:

۱-۲ خط مشی ها و روش های بخش فن آوری اطلاعات در بیمارستان موجود است.

۲-۲ خط مشی ها واضح هستند.

۳-۲ خط مشی ها و روش ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده اند.

۴-۲ معیاری برای ارزیابی صحت خط مشی ها و روش ها موجود است.

خط مشی ها و روش ها شامل موارد زیر هستند:

۵-۲ کنترل دسترسی به اطلاعات؛

۶-۲ وجود اطلاعات نرم افزاری در همه بخش ها (نرم افزارها نصب شده اند)؛



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

- ۷-۲ آموزش ضمن خدمت برای کاربران؛
- ۸-۲ وجود سیستم راهنما^۱ در شبکه رایانه‌ای بیمارستان؛
- ۹-۲ امنیت نرم‌افزاری (کنترل تغییر و برداشت اطلاعات توسط افراد و بخش‌های مختلف و ورود به سیستم)؛
- ۱۰-۲ رفع مشکلات نرم‌افزاری؛
- ۱۱-۲ رفع مشکلات سخت‌افزاری؛
- ۱۲-۲ خرید و انتخاب سخت‌افزار و نرم‌افزار مناسب؛
- ۱۳-۲ تهیه منظم فایل پشتیبان^۲ از داده‌ها.

IT (۳)

یک ارتباط اتوماتیک بین داده‌های بیمار شامل مشخصات شناسنامه‌ای، مشخصات بالینی و اطلاعات مالی برقرار است.

IT (۴)

- ۱-۴ در برنامه استراتژیک بیمارستان، سیستم فن‌آوری اطلاعات که در آن برنامه ارتقای مستمر فن‌آوری اطلاعات بیمارستان مشخص شده، موجود است.
- ۲-۴ در برنامه مذکور، زمان‌بندی اجرایی مشخص شده است.
- ۳-۴ برنامه‌ای برای پیش‌بینی اتفاقاتی نظیر از کار افتادن سیستم نرم‌افزار یا سخت‌افزار (قطع

برق) وجود دارد.



IT (۵)

۱-۵ یک نفر هماهنگ‌کننده خدمات فن‌آوری اطلاعات و عضو کمیته آمار و مدارک

پزشکی (یا تحت هر نامی) در بیمارستان وجود دارد.

۲-۵ صورت جلسه تمام جلسه‌های کمیته مذکور برای بررسی ثبت و نگهداری می‌شود.

IT (۶)

۱-۶ در برنامه مدیریت فن‌آوری اطلاعات، از کار افتادن تجهیزات و خطاهای کاربران

تعریف و ثبت می‌گردد.

۲-۶ زمانی که مشکلات شناسایی شدند، اقدام‌های راهگشای آنها اعمال می‌گردد.

۳-۶ اطلاعات مربوط برای کنترل و بررسی در کمیته مرکزی به شکل نوشتاری

گزارش می‌گردد.

۴-۶ مشکلات خدمات فن‌آوری اطلاعات بررسی و ارزیابی و پیشنهادهای مناسب

از سوی کاربران ارائه می‌شود.

۵-۶ اقدام‌ها ابلاغ و اجرا می‌شوند.

۶-۶ تمام اقدام‌ها باید ثبت شوند.

IT (۷)

۱-۷ داده‌ها با روش یکسان در بیمارستان جمع‌آوری می‌شوند.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

۲-۷ خط‌مشی‌ها و روش‌هایی در بیمارستان وجود دارد که استفاده از تعاریف طبقه‌بندی

و واژه‌شناسی استاندارد در بیمارستان را ترویج می‌نماید.

۳-۷ داده‌ها با روش منطقی جمع‌آوری و ثبت می‌گردد.

۴-۷ فهرست اصلی بیماران وجود دارد و روزانه تکمیل می‌شود.

۵-۷ مدارکی دال بر اعتبار داده‌ها موجود است.

۶-۷ مدارکی دال بر تهیه روزانه فایل پشتیبان از داده‌ها موجود است.

IT (۸)

۱-۸ سیستم یکپارچه فن‌آوری اطلاعات در تمام بیمارستان فراهم است.

این سیستم داده‌ها را به‌طور خودکار و فوری از بخش‌های زیر دریافت می‌کند:

۲-۸ آزمایشگاه،

۳-۸ رادیوگرافی،

۴-۸ داروخانه.

۵-۸ در بخش‌های بالینی (غیرتشخیصی) رایانه وجود دارد.

۶-۸ در هر طبقه بخش‌های بیماران حداقل یک نمایشگر موجود است.



تدارکات

PR (۱)

- ۱-۱ یک نفر به عنوان مسئول این بخش تعیین شده است.
- ۲-۱ چارت سازمانی موجود، سلسله مراتب گزارش دهی را به طور واضح نشان می دهد.

PR (۲)

- ۱-۲ در سیستم غیرمتمرکز، پرونده پرسنلی تک تک افراد واحد تدارکات که حاوی شرح وظایف امضا شده توسط هر کارمند است، در اختیار رئیس واحد تدارکات قرار دارد.

یا

- ۲-۲ در سیستم متمرکز، سرپرست هر بخش باید یک کپی از شرح وظایف مرتبط با کارکنان را در بخش در اختیار داشته باشد.

۳-۲ در پرونده پرسنلی، مدارک آموزشی مرتبط موجود است.

۴-۲ باید شواهدی دال بر اجرای ارزیابی رسمی عملکرد ارائه گردد.

PR (۳)

کتابچه راهنمای خط مشی ها و روش های مربوط به سیستم و خدمات بخش تدارکات بیمارستان موجود است.



۱-۳ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۳ روش‌های اجرایی واضح هستند.

۳-۳ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۳ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۵-۳ راهنمای نحوه جابه‌جایی بارهای سنگین؛

۶-۳ سلامت و بهداشت حرفه‌ای؛

۷-۳ فرایندهای تدارکات.

PR (۴)

۱-۴ یک فرم درخواست خرید یا حداقل یک گزارش رسمی از تمام مواردی که

درخواست می‌شود، وجود دارد.

۲-۴ تمام فرم‌های درخواست خرید به واحد حسابداری ارسال می‌شود.

۳-۴ شواهدی دال بر وجود فرایند رسمی مطابقت موارد خریداری شده با مبلغ پرداخت شده

بابت آن، موجود است.

۴-۴ شواهدی دال بر این که تمام کالاهای سفارش داده شده دریافت شده است،

موجود است.



PR (۵)

سیستم کنترل موجودی (سرجم‌داری) که اختلاف میان آن‌چه برای خرید پیش‌بینی شده و آن‌چه خرید شده و ذخیره‌گردیده را نشان می‌دهد، موجود است.

PR (۶)

۱-۶ دسترسی به فضاهای ذخیره و تأمین کالاها محدود است (افراد خاصی بتوانند به

فضاهای ذخیره و تأمین کالاها دسترسی داشته باشند).

۲-۶ فضاهای ذخیره و تأمین کالاها دارای نور کافی و تهویه مناسب است.

۳-۶ قفسه‌بندی باید به شکل مناسبی انجام شود. همچنین، قفسه‌های کالاها از زمین

فاصله دارد.

۴-۶ کالاهای فاقد شکل ثابت (مثل شکر، برنج و غیره)، نباید زیر مایعات نگهداری شوند

(مایعات حتماً در پایین‌ترین بخش قفسه‌ها نگهداری می‌شوند).

PR (۷)

۱-۷ فهرستی از تمام کالاهایی که باید در انبار ذخیره شوند، موجود است. همچنین، موارد

کالاهایی که باید خریداری شوند، در یادداشتی به‌طور مختصر در دسترس است.

۲-۷ فهرستی از اسامی عرضه‌کنندگان خارجی موجود است.



مدیریت پسماندها

WM (۱)

۱-۱ یکی از کارکنان بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده بخش مدیریت دفع پسماندها منصوب شده است.

WM (۲)

بخش مدیریت پسماندها فهرستی از اسامی تمام کارکنان بخش را در اختیار دارد که شامل موارد زیر است:

۱-۲ نام،

۲-۲ شماره تماس،

۳-۲ سمت و محل خدمت،

۴-۲ تاریخ استخدام،

۵-۲ جدول کاری مکتوب به همراه نام و سمت به منظور پوشش شیفت های بخش.

۶-۲ در صورتی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای انجام این خدمت استفاده می کند،

لازم است جزئیات فوق جمع آوری شود و موجود باشد.



WM (۳)

در بخش مدیریت دفع پسماندها، کتابچه آموزشی توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۳ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۳ زیرمجموعه‌ای برای این بخش؛

۳-۳ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزشی توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هر یک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

۴-۳ در صورتی که بیمارستان از پیمانکاران خارجی برای انجام این خدمت استفاده می‌کند،

لازم است یک چک‌لیست آموزش توجیهی امضا شده توسط هر یک از کارکنان

موجود باشد.

WM (۴)

در بخش مدیریت دفع پسماندها، یک کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است که خدمات مدیریت

دفع پسماندها را در بیمارستان توصیف می‌نماید:

۱-۴ خط‌مشی‌ها به‌طور منظم بازبینی می‌شوند.

۲-۴ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۳-۴ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۴ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.



خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود و حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۴-۵ جداسازی پسماندها؛
- ۴-۶ حمل و نقل پسماندها؛
- ۴-۷ ایجاد و برقراری سیستم دفع تمام انواع پسماندها که شامل جزئیات و دفعات حمل پسماندها در روز نیز است؛
- ۴-۸ بازدید از تمام ظرف‌های نگهداری پسماندها؛
- ۴-۹ پایش کنترل عفونت بیمارستانی؛
- ۴-۱۰ آموزش علمی و عملی کارکنان؛
- ۴-۱۱ ایمنی کارکنان.

WM (۵)

یک کتابچه راهنمای ایمنی و سلامت حرفه‌ای در بخش موجود و شامل موارد زیر است:

- ۵-۱ اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت حرفه‌ای؛
- ۵-۲ اطلاعات اختصاصی بخش مشتمل بر وسایل حفاظت فردی موجود در بخش و نحوه استفاده کارکنان از آنها.

WM (۶)

- ۶-۱ پسماندهای شبه‌خانگی (عمومی)، عفونی و بیمارستانی جدا شده‌اند.
- ۶-۲ شواهد کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک‌شده موجود است.



- ۳-۶ ظرف‌های نگهدارنده و تسهیلات ذخیره‌سازی برای تمام پسماندها موجود است.
- ۴-۶ یک محوطه متمرکز و ایمن برای دریافت تمام پسماندهای تفکیک‌شده، موجود است.
- ۵-۶ هر بخش دارای یک فضای مشخص برای ذخیره‌سازی پسماندها تا زمان جمع‌آوری است.
- ۶-۶ هر بخش دارای ظرف‌های مستحکم مناسب^۱ برای دفع پسماندهای نوک‌تیز و برنده است.
- ۷-۶ حمل ظرف‌های مستحکم مناسب به محل جمع‌آوری پسماندهای بیمارستانی با یک روش مطمئن انجام می‌شود.
- ۸-۶ شواهدی دال بر آموزش کارکنان در خصوص مدیریت دفع پسماندها موجود است.

WM (۷)

روش مناسب دفع پسماندهای بالینی (بیمارستانی):

- ۱-۷ قرارداد برای دفع مناسب، بی‌خطر و خارج از سایت (محیط) پسماندهای بیمارستانی؛

یا

- ۲-۷ استفاده از کوره‌های محفظه‌ای؛

یا

- ۳-۷ ضد عفونی توسط میکروویو؛



یا

۴-۷ ضد عفونی تمام پسماندها توسط اتوکلاو؛

۵-۷ خرد نمودن، تجمیع و فشردن پسماندها.

WM (۸)

۱-۸ داده‌ها در خصوص فعالیت‌های مدیریت دفع پسماندها جمع‌آوری و در رایانه

ثبت شده‌است.

۲-۸ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.

۳-۸ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده‌است.

۴-۸ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.

۵-۸ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.



تأسیسات

EM (۱)

فردی با تحصیلات مهندسی با مسئول واحد تأسیسات مرتبط است.

EM (۲)

۱-۲ رئیس هر واحد باید تصویری از شرح وظایف تمام کارکنان بخش خود را نگهداری نماید.

۲-۲ پرونده‌های پرسنلی باید حاوی مدارک آموزشی مربوطه باشد.

۳-۲ باید شواهدی از اجرای ارزیابی عملکرد ارائه گردد.

۴-۲ شرح وظایف به‌طور منظم بازنگری گردد.

۵-۲ مستندات ارزیابی عملکرد در ارتباط با شرح وظایف موجود است.

EM (۳)

واحد تأسیسات باید فهرستی برای تمام کارکنان شامل موارد زیر تهیه نماید:

۱-۳ نام،

۲-۳ جزئیات تماس (شامل حداقل شماره‌های همراه، منزل و محل کار دوم)،



۳-۳ سمت،

۴-۳ سابقه کار،

۵-۳ یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد برای برنامه شیفت و آنکالی ۲۴ ساعته

واحد تأسیسات.

EM (۴)

۱-۴ شواهد مستندی دال بر آزمون منظم توانمندی حرفه‌ای کارکنان منطبق با وظایف و

مسئولیت‌های اختصاصی آنان موجود است.

۲-۴ شواهدی مبنی بر این که تمام کارکنان آزمون توانمندی حرفه‌ای را گذرانده‌اند،

موجود است.

۳-۴ شواهدی دال بر اصلاح عملکرد و رفع نواقص با توجه به تحلیل نتایج آزمون

توانمندی موجود است.

۴-۴ شواهدی دال بر این که کارکنان به دوره‌های آموزشی مربوطه توجه کافی دارند، موجود است.

EM (۵)

در این واحد، یک کتابچه راهنمای توجیهی شامل موارد زیر موجود است:

۱-۵ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۵ معرفی بخش استریلیزاسیون مرکزی؛



۳-۵ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

EM (۶)

یک کتابچه راهنمای کامل و مشروح خط‌مشی‌ها و روش‌های اختصاصی برای واحد تأسیسات بیمارستان وجود دارد.

۱-۶ وجود خط‌مشی‌ها و روش‌های مناسب برای تعمیر و نگهداری انواع تأسیسات

موجود در بیمارستان؛

۲-۶ خط‌مشی‌ها به‌طور منظم بازبینی می‌شوند.

۳-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۴-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۵-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود و حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۶ مدیریت سیستم‌های بهره‌برداری (مانند لوله‌کشی‌ها، برق، گرمایش، تهویه هوا و

تهویه مطبوع)؛

۷-۶ ایمنی کارکنان؛

۸-۶ فرایند درخواست و انجام سرویس‌های نگهداری؛

۹-۶ نظام ثبت کامل کار(خدمات).



EM (۷)

۱-۷ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.

۲-۷ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.

۳-۷ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

EM (۸)

۱-۸ اطلاعات فعالیت‌های تعمیر و نگهداری، ثبت کامل سالانه تعداد موارد خرابی تجهیزات (شامل تکرار خرابی و هزینه تعمیر هر مورد) باید جمع‌آوری و در رایانه ثبت شود.

۲-۸ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.

۳-۸ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

EM (۹)

کتابچه راهنمای عملکرد حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۹ سیستم‌های مولد،

۲-۹ سیستم UPS برق اضطراری،

۳-۹ تهویه مطبوع،



سیستم گرمایش، ۴-۹

سیستم تصفیه آب. ۵-۹

EM (۱۰)

۱-۱۰ فهرست کامل از تمام تجهیزات که توسط این واحد نگهداری می‌شود، موجود است.

۲-۱۰ جدول برنامه نگهداری موجود است.

ثبت سرویس‌های نگهداری و خلاصه فعالیت‌های اختصاصی به‌طور کامل شامل موارد زیر است:

مولد برق؛ ۳-۱۰

UPS؛ ۴-۱۰

سیستم تصفیه آب؛ ۵-۱۰

سیستم تهویه مطبوع (سردکردن یا تبخیری)؛ ۶-۱۰

بازدید و آزمایش میزان آلاینده‌گی هوا حداقل ماهی یک‌بار؛ ۷-۱۰

نگهداری گزارش‌های بازدیدها و آزمون‌ها در واحد تأسیسات؛ ۸-۱۰

بازدید ماهانه مکان‌ها؛ ۹-۱۰

سیستم گرمایش. ۱۰-۱۰

EM (۱۱)

۱-۱۱ هرگونه قرارداد خارجی خدمات نگهداری و برنامه فعالیت‌های اختصاصی باید

مطابق با یک توافق‌نامه امضا شده باشد.



۲-۱۱ گزارش‌ها یا کپی آن‌ها برای هر مورد از تعمیراتی که به وسیله پیمانکار انجام می‌شود، باید در این واحد نگهداری گردد.

EM (۱۲)

- ۱-۱۲ کارگاه تأسیسات باید روشن و دارای تهویه مناسب باشد.
- ۲-۱۲ کارگاه باید متناسب با بیمارستان دارای فضای کافی باشد.
- ۳-۱۲ کارگاه باید به اندازه کافی مجهز بوده تا کارکنان سرویس‌های خدماتی را به خوبی انجام دهند.
- ۴-۱۲ باید تسهیلات شستشوی دست‌ها در دسترس باشد.

EM (۱۳)

یک کتابچه راهنمای بهداشت شغلی و ایمنی در این واحد وجود دارد و شامل موارد زیر است:

- ۱-۱۳ اطلاعات عمومی بهداشت شغلی و ایمنی؛
- ۲-۱۳ اطلاعات اختصاصی واحد؛
- ۳-۱۳ وجود و استفاده از تجهیزات محافظتی شخصی.

EM (۱۴)

نقشه‌های ساختمان، فضاها و تجهیزات مربوطه در دسترس و شامل موارد زیر هستند:

- ۱-۱۴ نقشه سیم‌کشی‌های برق،



۲-۱۴ لوله‌کشی،

۳-۱۴ تهویه هوا،

۴-۱۴ مسیر گازهای طبی.

EM (۱۵)

جریان برق و خروجی‌های آن در تمام بیمارستان به‌خوبی نگهداری گردد.



داروخانه

PH (۱)

یک داروساز دارای پروانه مسئول فنی، مسئول داروخانه است.

PH (۲)

۱-۲ در سیستم غیرمتمرکز، مسئول فنی داروخانه پرونده پرسنلی تک تک افراد را که حاوی شرح وظایف امضا شده توسط هر کارمند است، در اختیار دارد.

یا

۲-۲ در سیستم متمرکز، سرپرست هر بخش باید یک کپی از اصل شرح وظایف کارکنان در اختیار داشته باشد.

۳-۲ در هر دو حالت، مدارک آموزشی مرتبط باید در پرونده پرسنلی وجود داشته باشد.

۴-۲ باید مستنداتی از ارزشیابی عملکرد فرد در پرونده وی وجود داشته باشد.

۵-۲ شرح وظایف به طور منظم بازنگری می شوند.

۶-۲ ارزشیابی عملکرد صورت گرفته براساس شرح وظایف فرد و به صورت مستند

موجود است.



PH (۳)

- ۱-۳ برنامه شیفت کاری کارکنان در داروخانه موجود است.
- ۲-۳ یک فهرست شامل پست سازمانی، شماره تماس و نشانی در دسترس است.

PH (۴)

در بخش، یک کتابچه راهنمای توجیهی کارکنان وجود دارد که شامل موارد زیر است:

- ۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛
- ۲-۴ معرفی جزئیات بخش مربوطه؛
- ۳-۴ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

PH (۵)

- ۱-۵ بیمارستان فضای کافی برای داروخانه و انبار دارویی دارد.
- ۲-۵ داروخانه از دسترسی‌های غیرمجاز محفوظ است (ورود افراد متفرقه به داروخانه ممنوع است).
- ۳-۵ داروخانه طی ساعت‌های اداری بیمارستان خدمت می‌نماید.
- ۴-۵ یخچال برای نگهداری داروهایی که به یخچال نیاز دارند، وجود دارد.
- ۵-۵ گنجینه مخصوص محفوظی از داروهای اورژانس (به منظور استفاده) پس از ساعت‌های اداری بیمارستان قابل دسترس است.



۶-۵ قفسه دارویی قفل دار برای داروهای روانی و مخدر وجود دارد.

۷-۵ درجه دمای یخچال‌های مخصوص به‌طور مرتب کنترل و ثبت می‌شود.

PH (۶)

۱-۶ کنترل همه داروهای موجود در بخش‌های پرستاری و بالینی تحت نظارت یک

داروساز است.

۲-۶ فارماکوپه بیمارستانی توسط کمیته دارویی تهیه می‌شود.

۳-۶ فارماکوپه بیمارستانی مطابق با فارماکوپه ملی است.

۴-۶ یک نسخه از فارماکوپه بیمارستانی در ایستگاه پرستاری هر بخش موجود است.

۵-۶ داروها فقط با ارائه نسخه پزشک معالج از داروخانه تحویل می‌شود.

PH (۷)

۱-۷ دستورالعمل مناسب برای انهدام داروهای تاریخ گذشته (فاسدشده) وجود دارد.

۲-۷ دستورالعمل نحوه کنترل و امحای داروهای تاریخ گذشته به‌صورت مستند

وجود دارد.

PH (۸)

یک کمیته دارویی وجود داشته‌باشد که مسئولیت بررسی موارد زیر را برعهده دارد:

۱-۸ فارماکوپه بیمارستانی؛



۲-۸ فهرستی از داروهای خودبه‌خود متوقف‌شونده (فهرستی از سفارشات که ادامه آن دیگر نباید تجویز شود و برای متوقف‌نمودن ادامه استفاده از آن به دستور پزشک نیاز نیست)؛

۳-۸ اشتباهات دارویی (اشتباهاتی که در داخل داروخانه اتفاق می‌افتد)؛

۴-۸ عوارض جانبی ناخواسته (زیانبار)؛

۵-۸ خط‌مشی‌های مصرف دارو (مثلاً آنتی‌بیوتیک‌ها)؛

۶-۸ فهرستی از داروهای خطرناک یا داروهای با خطر بالا؛

۷-۸ شواهدی دال‌بر مداخله و اقدام مشخص به‌منظور رفع مشکلات گزارش شده؛

۸-۸ اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آن‌ها (اشتباهات دارویی از

ابتدای تجویز پزشک تا تحویل به بیمار)؛

۹-۸ کمیته دارویی فرایندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزء فارماکوپه

بیمارستانی نیستند، دارد (بیمارستان به داروی ویژه نیاز داشته باشد).

PH (۹)

۱-۹ بودجه سالانه برای داروخانه موجود است.

۲-۹ مستندات و شواهدی مبنی بر این که داروخانه در فرایند بودجه‌نویسی مشارکت دارد،

موجود است.



۳-۹ گزارش‌های منظم و دوره‌ای مالی شامل هزینه‌های پیش‌بینی‌شده و هزینه‌های پرداخت‌شده از اول سال تاکنون وجود دارد.

PH (۱۰)

مکانیسم‌های گزارش‌دهی منظم و پایش در داروخانه موجود است.

PH (۱۱)

۱-۱۱ شواهدی مبنی بر این که یکی از داروسازان عضو فعال کمیته کنترل عفونت است، وجود دارد.

۲-۱۱ صورت‌جلسه‌های کمیته دارویی در بخش موجود است.

PH (۱۲)

مستنداتی از آموزش‌های بهداشت حرفه‌ای و ایمنی برای کارکنان داروخانه وجود دارد.

PH (۱۳)

داروساز بازنگری داروهای تجویز شده برای بیمار را انجام می‌دهد و آن را در پرونده بیمار ثبت می‌کند.

PH (۱۴)

داروساز آموزش رسمی برای کارکنان بالینی را به‌طور منظم فراهم می‌نماید.



PH (۱۵)

کتابچه توجیهی خط‌مشی‌ها و دستورالعمل‌ها برای داروخانه بیمارستان با شرایط زیر موجود است:

۱-۱۵ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۱۵ شرح وظایف واضح هستند.

۳-۱۵ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۱۵ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۱۵ خط‌مشی‌ها و شرح وظایف به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود و حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۱۵ وجود اطلاعات متناسب روی همهٔ برچسب‌های دارویی؛

۷-۱۵ نگهداری، حمل و نقل، آماده‌سازی، تجویز و دفع پسماندهای داروهای سیتوتوکسیک

(با استفاده از تجهیزات ایمنی مناسب)؛

۸-۱۵ سفارش، دریافت، نگهداری و توزیع داروها؛

۹-۱۵ فرایند سفارش دارو (شامل سفارش تلفنی و سفارش فوری)؛

۱۰-۱۵ نحوهٔ استفاده از داروهایی که بیمار با خود به بیمارستان می‌آورد؛

۱۱-۱۵ ایمنی کارکنان؛

۱۲-۱۵ دستورات دارویی خودبه‌خود متوقف‌شونده (به‌منظور جلوگیری از تجویز نامناسب

توسط پزشک)؛



۱۳-۱۵ آموزش مهارت نحوه استفاده صحیح از ویال‌های چنددُزی؛

۱۴-۱۵ رفع کمبود دارویی؛

۱۵-۱۵ وجود مکانیسمی که به داروساز امکان می‌دهد بتواند در صورت مشاهده تداخلات

موجود در دستورات دارویی و بروز حساسیت در بیمار مداخله نماید.

PH (۱۶)

داروخانه برای هر بیمار بستری موارد زیر را ثبت می‌نماید:

۱-۱۶ نام بیمار،

۲-۱۶ جنسیت بیمار،

۳-۱۶ وزن بیمار،

۴-۱۶ سن بیمار،

۵-۱۶ هر نوع حساسیت یا آلرژی شناخته شده،

۶-۱۶ تمام داروهای تجویز شده (اعم از این که در بیمارستان تجویز شده یا بیمار به همراه

آورده باشد)،

۷-۱۶ تشخیص فعلی و بیماری‌های پیشین مرتبط با آن،

۸-۱۶ اعداد و ارقام و نتایج آزمایشگاهی مربوطه.

PH (۱۷)

تاریخ انقضا روی همه داروها و مایعات تزریقی وریدی مکتوب و مشخص است.



PH (۱۸)

تأمین خدمات مشاوره‌ای برای کادر درمانی در زمینه تداخلات دارویی و عوارض جانبی آن‌ها.

PH (۱۹)

- ۱-۱۹ اطلاعات و داده‌ها جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شود.
- ۲-۱۹ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.
- ۳-۱۹ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.
- ۴-۱۹ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.
- ۵-۱۹ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

PH (۲۰)

- ۱-۲۰ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.
- ۲-۲۰ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.
- ۳-۲۰ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.
- ۴-۲۰ ابزارهای ممیزی (چک‌لیست) ویژه این بخش تنظیم می‌شود.



OH (۱)

- ۱-۱ در بیمارستان یک کارشناس ایمنی و سلامت حرفه‌ای منصوب شده و فعالیت می‌نماید.
- ۲-۱ کارشناس ایمنی و سلامت حرفه‌ای دارای اختیارات تفویض شده به منظور مدیریت و کسب اطمینان از اجرای صحیح برنامه ایمنی و سلامت حرفه‌ای در بیمارستان است.
- ۳-۱ کارشناس مزبور عضو کمیته کنترل عفونت بیمارستان است و نسخه‌ای از صورت جلسه‌های کمیته را نزد خود نگهداری می‌نماید.

OH (۲)

صورت جلسه‌های موجود کمیته چند تخصصی ایمنی و سلامت حرفه‌ای طی سالیان گذشته نشان‌دهنده فعال بودن کمیته یاد شده است.

- ۱-۲ کمیته حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل می‌گردد.
- ۲-۲ فهرستی از اسامی اعضای کمیته ایمنی و سلامت حرفه‌ای موجود است.
- ۳-۲ آیین‌نامه داخلی کمیته مزبور موجود است.



۴-۲ نتایج و پیامدهای موضوعات بحث‌شده در تمام جلسه‌های کمیته از طریق مستندات

قابل پیگیری و ردیابی است.

۵-۲ شواهدی دال‌بر آموزش تمام برنامه‌ایمنی و سلامت حرفه‌ای به اعضای کمیته

یادشده موجود است.

۶-۲ در بیمارستان، شواهد آموزش به همه اعضای کمیته درباره اهداف و وظایف محوله

موجود است.

OH (۳)

برنامه ایمنی و سلامت حرفه‌ای کارکنان موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۳ معاینات پزشکی پیش از استخدام؛

۲-۳ برنامه ایمن‌سازی و شواهد ثبت نتایج.

OH (۴)

یک کتابچه آموزش توجیهی موجود است که خدمات یا سیستم ایمنی و سلامت حرفه‌ای را در این

بیمارستان توضیح می‌دهد.

۱-۴ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۴ روش‌ها واضح هستند.

۳-۴ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۴ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.



خطمشی‌ها و روش‌ها موجود و حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ۵-۴ روش جابه‌جایی بار و اجسام سنگین یا حساس؛
- ۶-۴ ممنوعیت گذاردن درپوش سرنگ و سرسوزن پس از استفاده؛
- ۷-۴ فرایند مکتوب تکمیل فرم‌های اتفاقات و حوادث ناخواسته؛
- ۸-۴ احتیاطات کارکنان طی دوره حاملگی؛
- ۹-۴ گایدلاین‌ها (دستورالعمل مکتوب) درخصوص مدیریت خطر در وقایع (اتفاقات ناخواسته)، برای مثال، خرابی یک وسیله یا غیرایمن بودن پرزیک و وسیله الکتریکی؛
- ۱۰-۴ راهنمای عملکرد بالینی (گایدلاین) استفاده صحیح از وسایل حفاظتی نظیر گان، ماسک و محافظ چشم؛
- ۱۱-۴ راهنمای الزامات کارکنان در صورت تماس با خون؛
- ۱۲-۴ راهنمای مدیریت ریختن مایعات از ظرفی به ظرف دیگر (برای مثال، مایعات شیمیایی و خون)؛
- ۱۳-۴ بیماری کارکنان (الزامات کارکنان در صورت ابتلا به انواع بیماری‌ها).

OH (۵)

- ۱-۵ شواهدی دال بر آموزش تمام کارکنان جدید در ارتباط با موضوعات عمومی و اختصاصی برنامه ایمنی و سلامت حرفه‌ای طی دوره آموزش توجیهی پیش از شروع کار در هر بخش وجود دارد.



۲-۵ شواهدی دال بر آموزش تمام کارکنان شاغل در بیمارستان درخصوص موضوعات

ایمنی و سلامت حرفه‌ای وجود دارد.

OH (۶)

شواهدی دال بر گزارش اتفاقات و حوادث ناخواسته و روش تجزیه و تحلیل آن‌ها موجود و شامل

موارد زیر است:

۱-۶ نوع اتفاق یا حادثه ناخواسته؛

۲-۶ جزئیات اختصاصی حادثه، زمان وقوع، مکان، چگونگی و علت وقوع اتفاق

یا حادثه ناخواسته؛

۳-۶ اقدام‌های انجام‌شده درخصوص هر اتفاق یا حادثه ناخواسته؛

۴-۶ یک مداخله مؤثر برای جلوگیری از تکرار هر اتفاق یا حادثه ناخواسته طراحی شده

و شواهد اجرا و پایش تأثیر آن موجود است.

OH (۷)

۱-۷ نوع اتفاق یا حادثه ناخواسته؛

۲-۷ علت اتفاق یا حادثه ناخواسته؛

۳-۷ ساعت و روز وقوع اتفاق یا حادثه ناخواسته؛

۴-۷ بخش یا محل وقوع اتفاق یا حادثه ناخواسته؛



۵-۷ سابقه خدمت در بیمارستان؛

۶-۷ آنالیز و تجزیه و تحلیل تمام موارد فوق.

OH (۸)

۱-۸ شواهدی دال بر ممیزی، شناسایی و پایش خطرات مرتبط با ایمنی و سلامت حرفه‌ای

به‌طور سالانه در کل بیمارستان موجود است.

۲-۸ ممیزی ارزشیابی انجام شده به کمیته ایمنی و سلامت حرفه‌ای و مدیریت بیمارستان

ارائه شده است.

۳-۸ شواهدی دال بر مداخلات برنامه‌ریزی شده برای رفع مشکلات شناسایی شده

موجود است.

۴-۸ شواهدی دال بر انتشار و ارائه گزارش توسط کمیته ایمنی و سلامت حرفه‌ای به

بخش‌های مرتبط وجود دارد.

OH (۹)

در بیمارستان سیستم گزارش مخاطرات وجود دارد که شامل موارد زیر است:

۱-۹ برگه‌های یکسان یا استاندارد شده هشداردهی مخاطرات در کل بیمارستان به‌وفور

موجود و در دسترس کارکنان است؛

۲-۹ تمام برگه‌های تکمیل شده به کارشناس سلامت حرفه‌ای و ایمنی ارجاع می‌شوند؛



۳-۹ شواهدی از پاسخ‌گویی به گزارش‌های هشداردهی مخاطرات موجود است؛

۴-۹ آموزش درخصوص نظام گزارش مخاطرات در برنامه آموزش توجیهی تمام کارکنان

جدید وجود دارد؛

۵-۹ سهولت دسترسی کارکنان به وسایل ایمنی و سلامت حرفه‌ای؛

۶-۹ فرم نظرسنجی کارکنان درباره سهولت دسترسی؛

۷-۹ آتش‌نشانی؛

۸-۹ مانور تخلیه؛

۹-۹ فهرست مخاطرات این منطقه در رابطه با بیماری‌های حرفه‌ای.



کنترل عفونت

IC (1)

۱-۱ یکی از کارکنان واجد صلاحیت با شرایط احراز حداقل لیسانس به عنوان کارشناس کنترل عفونت بیمارستان منصوب می شود.

۲-۱ فرد منصوب شده در سمت کارشناس کنترل عفونت به صورت تمام وقت کار می کند.

یا

۳-۱ فرد منصوب شده در سمت کارشناس کنترل عفونت به صورت پاره وقت کار می کند.

IC (2)

۱-۲ کمیته کنترل عفونت در بیمارستان فعال است.

۲-۲ در کمیته کنترل عفونت بیمارستان یک پزشک متخصص عفونی عضو است و یا حداقل

به صورت مشاور فعالیت می نماید.

۳-۲ کمیته حداقل هر سه ماه یکبار جلسه تشکیل می دهد.

۴-۲ فهرستی از اعضای کمیته کنترل عفونت در تمام بخش های بیمارستان موجود است.

۵-۲ آیین نامه داخلی کمیته کنترل عفونت موجود است.



۶-۲ صورت جلسه تمام جلسه‌های برگزار شده کمیته نگهداری می‌شود.

۷-۲ تصمیمات گرفته شده در خصوص موضوعات مورد بحث در تمام جلسه‌های کمیته

از طریق نتایج مکتوب و مستند قابل پیگیری و ردیابی است.

IC (۳)

۱-۳ بخش کنترل عفونت دارای بودجه سالانه است.

۲-۳ شواهدی دال بر مداخله کمیته کنترل عفونت بیمارستان در تنظیم بودجه موجود است.

۳-۳ کمیته کنترل عفونت بیمارستان دارای گزارش‌های مالی مشتمل بر هزینه‌های واقعی از

اول سال تا به این تاریخ است.

IC (۴)

یک ممیزی مستند سالانه کنترل عفونت شامل حداقل موارد زیر موجود است:

۱-۴ تقویم سالانه برای تاریخ مقرر انجام فعالیت‌ها؛

۲-۴ برنامه فعالیت‌های اختصاصی برای هر بخش؛

۳-۴ نتایج به دست آمده در هر فعالیت؛

۴-۴ شواهد مداخله مؤثر در خصوص پاتوژن‌ها و پیروژن‌ها؛

۵-۴ ثبت مداخلات متعاقب یافته‌ها؛

۶-۴ آزمایش‌های پیگیری و کنترل مجدد.



IC (۵)

تمام سینک‌های شستشوی دست به صابون مایع، دستمال کاغذی و سطل‌های آشغال پدال‌دار مجهز هستند.

IC (۶)

کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش موجود است که خدمات کنترل عفونت را در بیمارستان بیان می‌نماید.

۱-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۶ شرح وظایف واضح هستند.

۳-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در هنگام مقتضی دارای مرجع هستند (سند بالا دستی و

همچنین مرجع مورد استناد برنامه‌ها و روش‌ها قید شده‌اند).

۶-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها توسط کمیته کنترل عفونت طبقه‌بندی و منتشر شده‌اند.

۷-۶ نظام کنترل مکتوب برای انتشار خط‌مشی‌ها و روش‌ها وجود دارد.

۸-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به صورت منظم بازنگری و به‌روز می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۹-۶ احتیاطات استاندارد یا عمومی؛

۱۰-۶ شستشوی دست؛



- ۱۱-۶ پیشگیری و کنترل بروز و شیوع عفونت بیمارستانی؛
- ۱۲-۶ جابه‌جایی ملحفه و البسه و نگهداری و مراقبت از اقلام پارچه‌ای؛
- ۱۳-۶ دفع پسماندها؛
- ۱۴-۶ جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن به دست کارکنان بهداشتی - درمانی؛
- ۱۵-۶ ریختن مایعات خطرناک؛
- ۱۶-۶ ایزولاسیون (قرنطینه)؛
- ۱۷-۶ استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی.

IC (۲)

- ۱-۷ داده‌ها برای بخش کنترل عفونت جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.
- ۲-۷ دلایل منطقی برای جمع‌آوری اطلاعات مکتوب و مستند شده‌است.
- ۳-۷ شواهد مکتوب از مداخلات برنامه‌ریزی شده در پاسخ به تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود است.
- ۴-۷ داده‌های کنترل عفونت حداقل هر سه ماه یکبار تجزیه و تحلیل آماری می‌شود.
- ۵-۷ اطلاعات داروخانه و آزمایشگاه در اطلاعات کلی کنترل عفونت وارد می‌شود.
- ۶-۷ هر بخش اطلاعات مربوط به وسایل مصرفی و امکان دسترسی کارکنان به وسایل محافظت فردی را جمع‌آوری می‌نماید.

1. Out breaks
2. Needle stick



IC (۸)

۱-۸ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش در نظر گرفته شده است.

۲-۸ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و زمان‌بندی شده باشد.

۳-۸ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

۴-۸ چک‌لیست اختصاصی برای این بخش موجود است.

IC (۹)

محتوای آموزشی مشتمل بر بروشور و پمفلت در بیمارستان برای بیماران، کارکنان و بستگان بیمار در خصوص حداقل شرایط عفونی زیر موجود است:

۱-۹ هپاتیت A

۲-۹ هپاتیت B

۳-۹ هپاتیت C

۴-۹ HIV

۵-۹ تیفوئید

۶-۹ سل

۷-۹ عفونت‌های سیستم ادراری



۸-۹ مراقبت از زخم،

۹-۹ گاستروآنتریت.

IC (۱۰)

۱-۱۰ شواهدی از برنامه‌ریزی سالانه رسمی آموزشی برای تمام کارکنان موجود است.

شواهدی دال بر برنامه آموزشی اختصاصی برای بخش‌های مختلف به شرح زیر وجود دارد:

۲-۱۰ پزشکی،

۳-۱۰ پرستاری،

۴-۱۰ کارکنان خدمات،

۵-۱۰ آشپزخانه،

۶-۱۰ کارکنان اداری.

۷-۱۰ شواهدی دال بر حضور و شرکت و ارزیابی کارکنان بخش‌های فوق در برنامه‌های

آموزشی وجود دارد.



LS (1)

یک نفر به عنوان مدیر خدمات رختشویی خانه در بیمارستان منصوب می شود.

LS (2)

۱-۲ در یک سیستم مدیریتی غیر متمرکز، برای هر یک از کارکنان شاغل در بخش لندری یک پرونده پرسنلی تشکیل می شود که ضروری است دارای برگه شرح وظایف امضا شده توسط هر یک از کارکنان باشد.

یا

۲-۲ در یک سیستم مدیریتی متمرکز، رئیس هر بخش موظف به نگهداری نسخه های اصلی یک نسخه از تمام فرم های شرح وظایف کارکنان است.

۳-۲ در هر دو حالت، پرونده های پرسنلی کارکنان شواهد مستند دال بر صلاحیت آموزشی کارکنان موجود است.

۴-۲ شواهدی دال بر انجام ارزشیابی رسمی عملکرد کارکنان باید ارائه شود.

۵-۲ شرح وظایف کارکنان به طور منظم بازنگری می شود.

۶-۲ ارزشیابی مستند عملکردی در راستای شرح وظایف کارکنان انجام می شود.



LS (۳)

فهرست کارکنان در بخش موجود است.

LS (۴)

در واحد رختشوی‌خانه، کتابچه آموزشی توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۴ معرفی جزئیات بخش مربوطه؛

۳-۴ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزشی توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هر یک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

LS (۵)

۱-۵ مسئول واحد رختشوی‌خانه عضو کمیته یا زیرکمیته کنترل عفونت است.

۲-۵ صورت جلسه‌های کمیته کنترل عفونت در واحد رختشوی‌خانه نگهداری می‌شوند.

LS (۶)

در واحد رختشوی‌خانه، یک کتابچه آموزشی توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۶ روش‌ها واضح هستند.

۳-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.



۴-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

۵-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌صورت منظم بازنگری و به‌روز می‌شوند.

خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۶-۶ جمع‌آوری البسه و ملحفه؛

۷-۶ تفکیک البسه و ملحفه؛

۸-۶ رعایت موازین کنترل عفونت در ضمن کار با البسه آلوده؛

۹-۶ مدیریت مواد شوینده و ضدعفونی‌کننده در رختشوی‌خانه؛

۱۰-۶ شستن و خشک کردن البسه؛

۱۱-۶ مدیریت فرایند کار با البسه تمیز؛

۱۲-۶ رعایت دستورالعمل دستگاه درباره وزن البسه کمتر از ۱۵ کیلوگرم در هر بار شستشو؛

۱۳-۶ توزیع و تحویل البسه تمیز؛

۱۴-۶ ایمنی کارکنان.

LS (۷)

۱-۷ محیط رختشوی‌خانه تمیز، خشک و دارای تهویه مناسب است.

۲-۷ در جریان کار در رختشوی‌خانه، هیچ‌گونه تداخلی بین البسه کثیف و تمیز موجود نباشد.

۳-۷ وسایل و میزهای کار متعلق به فضای تمیز و کثیف در رختشوی‌خانه کاملاً از همدیگر

جدا و قابل تشخیص هستند.



۴-۷ ملاقات کنندگان حق ورود به داخل واحد رختشوی خانه را ندارند.

۵-۷ شواهد دال بر این است که هیچ‌گونه ماده‌آشامیدنی، خوردنی و سیگار داخل محیط

رختشوی خانه خورده، آشامیده و استعمال نمی‌شود.

۶-۷ شواهد نشان می‌دهد که کارکنان از سینک دست‌شویی مجهز به صابون مایع، دستمال

کاغذی و سطل‌های آشغال پدال‌دار استفاده می‌کنند.

LS (۸)

۱-۸ روش مدیریت اعمال‌شده در خصوص ارقام پارچه‌ای کارکنان را در معرض آلودگی

میکروبی قرار نمی‌دهد.

۲-۸ در فرایند کاری موجود، ارقام پارچه‌ای با روشی ایمن به دو دسته عفونی و غیرعفونی

تفکیک می‌شوند.

LS (۹)

۱-۹ برای شستشو منحصراً از ماشین‌های رختشویی صنعتی استفاده می‌شود.

۲-۹ برنامه مستند و مکتوب در خصوص سرویس و خدمات نگهداری ماشین‌های رختشویی

و خشک‌کن موجود است.

۳-۹ برنامه مذکور باید دقیقاً شامل قطعات مورد معاینه طی سرویس و خدمات دوره‌ای

دستگاه باشد.



۴-۹ شواهد دال بر این است که درجه حرارت شستشو مطابق دستورالعمل ارائه شده از سوی کارخانه است.

۵-۹ دستگاه اتوی برقی دارای کلید خودکار قطع جریان برق است.

LS (۱۰)

فرایند شستشو باید کاملاً مکتوب باشد و از ضوابط و دستورالعمل کارخانه سازنده در خصوص وزن شستشو پیروی نماید.

۱-۱۰ البسه کثیف یا آلوده،

۲-۱۰ شستشوی کلی،

۳-۱۰ لکه‌ها.

LS (۱۱)

۱-۱۱ ترالی مناسب به حد کافی برای توزیع و پخش سریع البسه، ملحفه و سایر اقلام پارچه‌ای تمیز به بخش‌ها موجود است.

۲-۱۱ ترالی حمل البسه، ملحفه و اقلام پارچه‌ای تمیز و کثیف کاملاً از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص هستند.

۳-۱۱ وسایل حمل و نقل اقلام پارچه‌ای به‌طور روزانه تمیز و ضد عفونی می‌شوند.

۴-۱۱ وسایل حمل و نقل اقلام پارچه‌ای حین حمل و نقل پوشانده می‌شوند.



۵-۱۱ وسایل حمل و نقل اقلام پارچه‌ای به صورت دوره‌ای و منظم توسط کارشناس ایمنی و سلامت حرفه‌ای مورد بازدید قرار می‌گیرند.

LS (۱۲)

۱-۱۲ خدمات دوخت و دوز و رفو ارائه می‌شود.

۲-۱۲ شواهد دال بر این است که اقلام پارچه‌ای از لحاظ وجود هرگونه سوراخ، پارگی (کهنگی و نازکی بیش از حد) مورد بررسی قرار می‌گیرند.

LS (۱۳)

۱-۱۳ شواهد مبنی بر این است که میزان البسه، ملحفه و سایر اقلام پارچه‌ای هنگام بالاترین ضریب اشغال تخت بیمارستانی، برای رفع نیاز بیمارستان کافی است.

۲-۱۳ به منظور نشان دادن تفاوت‌های البسه و ملحفه در گردش از انبار (استوک) نظام سرجمع‌داری اموال موجود است.

LS (۱۴)

۱-۱۴ داده‌ها برای بخش رختشوی‌خانه جمع‌آوری و در رایانه ثبت شده‌اند.

۲-۱۴ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به صورت مستند وجود دارد.

۳-۱۴ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.

۴-۱۴ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.

۵-۱۴ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.



LS (۱۵)

کتابچه ایمنی و سلامت حرفه‌ای در بخش رختشوی‌خانه موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۱۵ اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت حرفه‌ای؛

۲-۱۵ اطلاعات اختصاصی برای این بخش.

LS (۱۶)

در بخش رختشوی‌خانه، کتابچه آموزشی توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۱۶ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۱۶ معرفی جزئیات بخش مربوطه؛

۳-۱۶ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزشی توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

LS (۱۷)

۱-۱۷ شواهد آموزش ضمن خدمت منظم برای کارکنان بخش موجود است.

۲-۱۷ شواهد مستندی دال بر انجام آزمون منظم توانمندی حرفه‌ای منطبق با نقش‌ها و

مسئولیت‌های اختصاصی آنان در بخش است.

۳-۱۷ شواهدی مبنی بر این که تمام کارکنان آزمون توانمندی حرفه‌ای را گذرانده‌اند،

موجود است.



۴-۱۷ شواهدی دال بر انجام اقدام‌های اصلاحی برای رفع نواقص شناسایی شده متعاقب

برگزاری آزمون بررسی توانمندی حرفه‌ای موجود است.

LS (۱۸)

۱-۱۸ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش

در نظر گرفته شده است.

۲-۱۸ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه

و زمان‌بندی شده باشد.

۳-۱۸ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

۴-۱۸ چک‌لیست اختصاصی برای بخش ایجاد شده است.



منابع انسانی

HR (۱)

خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان درباره‌ی تمرکز و عدم تمرکز در مدیریت منابع انسانی مشخص است.

HR (۲)

خط‌مشی‌ها و روش‌های تفویض اختیار مدیریت منابع انسانی به‌صورت مستند موجود است.

HR (۳)

۱-۳ ریاست واحد واجد شرایط زیر است:

۲-۳ تحصیلات در زمینه‌ی مدیریت منابع انسانی،

۳-۳ تحصیلات تکمیلی در مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی.

HR (۴)

یک کتابچه‌ی خط‌مشی‌ها و روش‌ها وجود دارد که موضوعات واحد منابع انسانی بیمارستان را

توصیف می‌نماید.

۱-۴ خط‌مشی‌ها واضح هستند.



۲-۴ روش‌ها واضح هستند.

۳-۴ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۴ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌های مدیریت منابع انسانی حداقل شامل موارد زیر هستند:

۵-۴ فرایند استخدام؛

۶-۴ آموزش توجیهی کارکنان؛

۷-۴ روش‌های انجام آزمایش‌های پزشکی پیش از استخدام؛

۸-۴ روش‌های رسیدگی به شکایت‌های کارمند؛

۹-۴ روش‌های خاتمه خدمت؛

۱۰-۴ ضوابط تعیین حقوق و مزایا؛

۱۱-۴ مقررات رازداری (مالی، بیماران و کارکنان).

HR (۵)

فهرستی از تمام کارکنان بیمارستان شامل موارد زیر موجود است:

۱-۵ سمت،

۲-۵ سابقه کار،

۳-۵ جزئیات تماس (شامل حداقل شماره همراه، منزل و محل کار دوم)،

۴-۵ اولین پرداخت و پرداخت‌های مستمر و سایر مزایا برای هر کارمند (مطابق قوانین

تأمین اجتماعی).



HR (۶)

۱-۶ پرونده پرسنلی تمام کارکنان موجود است.

پرونده پرسنلی حداقل شامل موارد زیر است:

۲-۶ تمام جزئیات کارکنان؛

۳-۶ فرم تقاضای استخدام؛

۴-۶ مدارک فرایند مصاحبه؛

۵-۶ حکم انتصاب؛

۶-۶ مدارک مربوط به عقد قرارداد؛

۷-۶ مدارک ارزیابی عملکرد؛

۸-۶ مدارکی دال بر ارتباط بین ارزیابی عملکرد و آموزش‌های برنامه‌ریزی شده؛

۹-۶ مدرکی برای آموزش تکمیلی برنامه‌ریزی شده در ارتباط با ارزیابی عملکرد اولیه.

قراردادهای توافقی شامل موارد زیر هستند:

۱۰-۶ اطلاعات مربوط به حقوق (دستمزد)، مقررات انضباطی، فرایند شکایت و

خاتمه خدمت؛

۱۱-۶ شرح وظایف امضا شده توسط کارمند؛

۱۲-۶ وجود مدرکی در خصوص آشنایی با موضوعات عمومی بیمارستان و مسائل خاص

بخش مربوطه؛

۱۳-۶ گزارش آزمایش‌های پزشکی پیش از استخدام؛



۱۴-۶ اصل مدارک لازم یا کپی برابر اصل؛

۱۵-۶ تعیین حقوق و مزایا؛

۱۶-۶ اطلاعاتی درخصوص نحوه نگهداری مسائل محرمانه مالی و بیماری کارکنان.

HR (۷)

۱-۷ یک نسخه اصلی از شرح تمام مشاغل سازمانی در این واحد موجود است.

۲-۷ یک نسخه اصلی از شرح وظایف جاری موجود است.

شرح شغل‌ها شامل موارد زیر است:

۳-۷ تخصیص سمت سازمانی؛

۴-۷ مسیر گزارش‌دهی (سلسله مراتب سازمانی)؛

۵-۷ وظایف و مسئولیت‌ها؛

۶-۷ سطح تحصیلات مورد نیاز شغل (سمت سازمانی)؛

۷-۷ تجربه مورد نیاز؛

۸-۷ زبان یا تحصیلات مورد نیاز شغل؛

۹-۷ وجود شواهدی دال بر مرور منظم شرح شغل و به‌روز رسانی آن.

HR (۸)

یک کتابچه توجیهی موجود و حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۸ فرایند آموزش توجیهی، زمان‌بندی، نام و شماره تماس؛



موضوعات کلی بیمارستان:

- ۲-۸ چارت سازمانی،
- ۳-۸ بیانیه رسالت بیمارستان،
- ۴-۸ سلسله مراتب اداری و گزارش دهی،
- ۵-۸ مقررات داخلی بیمارستان،
- ۶-۸ برنامه ایمنی در مقابل آتش سوزی،
- ۷-۸ برنامه بهداشت حرفه‌ای و ایمنی،
- ۸-۸ برنامه جامع کنترل عفونت،
- ۹-۸ نقشه بیمارستان؛

موضوعات اختصاصی هر بخش:

- ۱۰-۸ کتابچه راهنمای وظایف بخش،
- ۱۱-۸ چارت سازمانی واحد،
- ۱۲-۸ شرح جایگاه، خط‌مشی و روش‌های اجرایی واحد،
- ۱۳-۸ نقشه واحد.

HR (۹)

خط‌مشی‌ها و روش‌هایی برای ارزیابی سیستم موجود و شامل موارد زیر است:

- ۱-۹ تناوب ارزیابی‌ها؛
- ۲-۹ رؤس کلی فرایندهای جاری بخش؛



- ۳-۹ فرایند ارزیابی در ارتباط با شرح وظایف؛
- ۴-۹ فرایند ارزیابی برای شناسایی نواقص عملکردی؛
- ۵-۹ طراحی برنامه آموزشی مبتنی بر نتایج ارزیابی عملکرد؛
- ۶-۹ دقت و بررسی میزان انجام پیشنهادهای اصلاحی در دوره ارزیابی پیشین؛
- ۷-۹ امضای فرم ارزیابی توسط کارمند و سرپرست مربوطه دال بر این که فرم ارزیابی را مطالعه و قبول نموده‌اند.

HR (۱۰)

اطلاعات منابع انسانی جمع‌آوری، ارزیابی و قابل استفاده برای خدمات بهبود سازمانی شامل حداقل موارد زیر است:

- ۱-۱۰ مرخصی استعلاجی؛
- ۲-۱۰ میزان حوادث شغلی؛
- ۳-۱۰ میزان گردش کارکنان در انواع سمت‌های هر بخش؛
- ۴-۱۰ مرخصی‌های استحقاقی و تعداد مرخصی استفاده‌نشده؛
- ۵-۱۰ اضافه‌کاری هر واحد؛
- ۶-۱۰ فهرستی از ویژگی‌های اختصاصی هر کارمند.

HR (۱۱)

کارت شناسایی هر کارمند شامل نام و آخرین عکس پرسنلی است.



نظام کیفیت

QS (1)

- ۱-۱ یک چارت سازمانی از ساختار نیروی انسانی بیمارستان موجود است.
- ۲-۱ یک چارت سازمانی از ساختار کمیته‌های فعال بیمارستانی موجود است.

QS (۲)

یک برنامه سالانه بهبود کیفیت فراگیر بیمارستان موجود و شامل قسمت‌های زیر است:

- ۱-۲ مدیریت،
- ۲-۲ امور مالی،
- ۳-۲ خدمات پزشکی،
- ۴-۲ خدمات پرستاری،
- ۵-۲ خدمات عمومی.
- ۶-۲ این برنامه باید برای هر بخش شاخص‌های مهم عملکردی اختصاصی قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع‌بینانه و دارای برنامه زمان‌بندی اجرایی^۱ تعریف شود.
- ۷-۲ شواهدی دال بر پایش مستمر این برنامه باید در دسترس باشد.



QS (۳)

یک کمیته بهبود مستمر کیفیت با مختصات زیر وجود دارد:

۱-۳ آیین نامه داخلی،

۲-۳ فهرست اعضا،

۳-۳ صورت جلسه های مدون،

۴-۳ مستندات برنامه پایش بهبود مستمر حداقل به صورت فصلی.

QS (۴)

یک گزارش سالانه درباره برنامه بهبود کیفیت به مدیریت بیمارستان ارائه می شود.

QS (۵)

یکی از کارکنان به عنوان هماهنگ کننده بهبود کیفی با اختصاص زمان خاصی برای ایفای نقش در این مورد (با درج در شرح شغل او) مشخص است.

QS (۶)

۱-۶ هر واحد یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزش مداوم کارکنان را به واحد

آموزش یا کمیته بهبود کیفیت ارائه می نماید.

۲-۶ رونوشتی از برنامه آموزش هر واحد در کمیته بهبود کیفیت نگهداری می شود.



QS (۷)

خط‌مشی‌ها و روش‌های مستند برای شکایات افراد زیر موجود است:

۱-۷ بیماران،

۲-۷ کارکنان،

۳-۷ ملاقات‌کنندگان و سایرین،

۴-۷ مستندات رسیدگی به شکایت‌ها و نتایج آن.

QS (۸)

۱-۸ سیستمی برای تعیین میزان رضایت بیماران و کارکنان موجود است.

۲-۸ تکریم بیماران و رضایت کارکنان تجزیه و تحلیل می‌شود.

۳-۸ مستندات مداخله با برنامه برای تعیین کمبودها وجود دارد.

۴-۸ شواهد مستند برای انجام مداخلات و ارزیابی مجدد و نتایج آن موجود است.

QS (۹)

۱-۹ فرایند عملیاتی برای بهبود موجود است.

۲-۹ شواهدی برای نشان‌دادن سیکل بازخورد بهبود کیفی موجود است.

QS (۱۰)

صندوق انتقادات و پیشنهادات برای کارکنان و بیماران موجود است.

QS (۱۱)

نسخهٔ مکتوب حقوق و مسئولیت‌های بیماران قابل دسترس همهٔ بیماران و همراهان موجود است.



ساختمان

BU (۱)

- ۱-۱ کل ساختمان فقط برای بیمارستان مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- ۲-۱ سیستم سرمایش و گرمایش ساختمان برای تمام مناطقی که بیماران و کارمندان حضور دارند، فراهم است.

BU (۲)

- ۱-۲ ژنراتور برق اضطراری برای کل بیمارستان فراهم است.
- ۲-۲ برقراری مجدد برق در فاصله زمانی کمتر از ۱۰ ثانیه میسر است.
یا
- ۳-۲ برقراری مجدد برق در فاصله زمانی کمتر از ۳۰ ثانیه میسر است.
یا
- ۴-۲ برقراری مجدد برق در فاصله زمانی کمتر از یک دقیقه میسر است.

BU (۳)

- ۱-۳ فهرست تمام مناطقی که UPS برای آنها تأمین شده موجود است. شواهدی وجود دارد که بیمارستان، ژنراتور برق اضطراری برای قطع خودکار و وصل هم‌زمان دارد.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

۲-۳ یک ترانسفورماتور جداگانه برای بیمارستان وجود دارد.

۳-۳ نمایشگر نشان‌دهنده اضافه‌بار که هنگام فشار بیش از حد به ژنراتور برق اضطراری

هشدار می‌دهد، وجود دارد.

۴-۳ نمایشگری که هنگام گذر جریان بیش از حد هشدار می‌دهد، موجود است.

۵-۳ فیوزهای قطع‌کننده جریان برق وجود دارند.

BU (۴)

علائم راهنما (مطابق با استانداردهای جهانی) برای موارد زیر فراهم است:

۱-۴ بیماران،

۲-۴ کارمندان،

۳-۴ ملاقات‌کنندگان و همراهان بیمار.

۴-۴ توضیحات کنار علائم راهنما به زبان رایج کشور است.

۵-۴ علائم راهنما به آسانی قابل تشخیص هستند.

۶-۴ علائم راهنما مطابق با سمبل‌ها (نشانه‌های) اصلی هستند.

۷-۴ علائم راهنما در معرض دید همگان قرار گرفته‌اند.

BU (۵)

آسانسورها:

۱-۵ آسانسورهای جداگانه برای بیماران، ملاقات‌کنندگان و کارکنان پشتیبانی وجود دارد.



- ۲-۵ شواهدی وجود دارد که بیمارستان با شرکت‌های سازنده آسانسور قرارداد دارد و آن شرکت جدول زمانی سرویس آسانسورها را در اختیار بیمارستان قرار داده است.
- ۳-۵ در داخل همه آسانسورها سیستم زنگ خطر قابل تشخیص وجود دارد.
- ۴-۵ در کنار زنگ خطر داخل همه آسانسورها، دستورالعمل استفاده از آن به همراه سمبل آن نصب شده است.

BU (۶)

سیستم آتش‌نشانی:

- ۱-۶ حس‌گرهای دودی در تمام بیمارستان (هرجا کاری انجام می‌شود) وجود دارد.
- ۲-۶ حس‌گرهای حساس به حرارت و شلنگ‌های آتش‌نشانی در تمام بیمارستان (هرجا کاری انجام می‌شود) وجود دارد.
- ۳-۶ سیستم آتش‌نشانی مرکزی وجود دارد.
- ۴-۶ مخزن جداگانه‌ای برای آب آتش‌نشانی و پمپ فشار آب آتش‌نشانی وجود دارد.
- ۵-۶ تجهیزات آتش‌نشانی مناسب در تمام بیمارستان (هرجا کاری انجام می‌شود) وجود دارد.
- ۶-۶ درهای ورودی بخش‌ها باید در مقابل آتش‌سوزی مقاوم باشند.
- ۷-۶ بیمارستان دارای دستورالعمل مکتوب منع استعمال دخانیات است.

BU (۷)

- ۱-۷ سیستم ارت^۱ برای تمام مناطق بیمارستان به صورت جداگانه وجود دارد.



استانداردهای اعتباربخشی
بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

سیستم ارت برای بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق‌های عمل وجود دارد. ۲-۷

سیستم پایش رایانه‌ای برای کنترل فعال بودن سیستم ارت وجود دارد. ۳-۷

BU (۸)

شواهدی وجود دارد که نشان‌دهنده انجام کارهای زیر برای آب آشامیدنی بیمارستان است:

آب فیلتر می‌شود. ۱-۸

آب به‌طور مناسب تصفیه (املاح‌زدایی) می‌شود. ۲-۸

آب از نظر باکتریایی ماهانه کنترل می‌شود. ۳-۸

آب مورد نیاز برای شلنگ‌های آتش‌نشانی و سیستم اطفای حریق (آب‌پاش‌ها) جدا ۴-۸

از آب شهری فراهم می‌شود.

آب آشامیدنی از غیرآشامیدنی به‌وضوح قابل تشخیص است. ۵-۸

هرگونه آب خریداری شده به‌طور منظم کنترل کیفی می‌شود. ۶-۸

BU (۹)

برای هر تخت و توالت زنگ خبرکننده پرستار وجود دارد. ۱-۹

درهای توالت‌ها از داخل قفل نمی‌شود. از هر دو طرف دستگیره داشته و رو به ۲-۹

بیرون باز می‌شوند.

توالت فرنگی و تسهیلات لازم برای معلولان وجود دارد. ۳-۹



۴-۹ اتاق بیماران از داخل قفل نمی‌شود.

۵-۹ در بیمارستان انباری برای ابزار خدماتی وجود دارد.

۶-۹ انبار لوازم کثیف از انبار لوازم تمیز جدا است.

۷-۹ در بیمارستان سردخانه برای اجساد^۱ و اتوپسی وجود دارد.

BU (۱۰)

برنامه مدیریت ساختمان در بیمارستان وجود دارد.

BU (۱۱)

در سیستم مدیریت ساختمان، پروسه نظارت و ارزیابی در محل‌های زیر دیده و درباره آنها اطمینان حاصل شده است:

۱-۱۱ هر نارسایی یا خطایی فوراً به فرد یا کمیته مسئول مدیریت خطر یا ایمنی

گزارش می‌گردد.

۲-۱۱ تشخیص و گزارش اتفاقات تکراری صورت می‌گیرد.

۳-۱۱ هر اقدامی که انجام می‌شود ثبت، نظارت و پایش می‌گردد.

۴-۱۱ ارتباط بین فرد یا کمیته مسئول مدیریت خطر یا ایمنی با کارکنان بیمارستان

به گونه‌ای است که قابل پیگیری می‌باشد.



BU (۱۲)

مجموعه‌ای از نقشه‌های ساختمان به‌طور مستند وجود دارند:

۱-۱۲ سازه و چیدمان ساختمان؛

۲-۱۲ سیستم برق‌رسانی؛

۲-۱۲ سیستم لوله‌کشی؛

۲-۱۳ سیستم هشداردهنده آتش.

BU (۱۳)

وضعیت عمومی ساختمان:

۱-۱۳ سیم‌کشی برق در معرض دید نیست.

۲-۱۳ سطوح ناصاف (مثل پله‌های شکسته) وجود ندارند.

۳-۱۳ نرده پلکان برای تمام راه‌پله‌ها وجود دارد.

۴-۱۳ ایمنی ساختمان رعایت شده است.

۵-۱۳ تمام منابع روشنایی دارای پوشش هستند.

BU (۱۴)

سیستم اطلاع‌رسانی (بلندگو یا پیجر):

۱-۱۴ در سراسر بیمارستان در دسترس است.



۲-۱۴ در سیستم اطلاع‌رسانی (بلندگو یا پیجر) پارازیت وجود ندارد.

۳-۱۴ برای زمانی که نقص در سیستم اطلاع‌رسانی (بلندگو یا پیجر) به وجود می‌آید، یک

سیستم جایگزین وجود دارد.

BU (۱۵)

گازهای طبی:

۱-۱۵ برای گازهای طبی شبکه وجود دارد.

۲-۱۵ سیلندر گازهای طبی در خارج (از ساختمان) در یک محل ایمن و بسته ذخیره می‌گردند.

BU (۱۶)

ورودی‌ها:

۱-۱۶ اورژانس ورودی جداگانه دارد.

۲-۱۶ ورودی اورژانس سقف دارد.

۳-۱۶ ورودی اورژانس دارای فضای مناسب است و انتقال بیماران به بخش اورژانس

به راحتی صورت می‌گیرد.

۴-۱۶ در کنار پله‌ها مسیر عبور شیب‌دار وجود دارد.

۵-۱۶ در ورودی اورژانس علامت توقف مطلقاً ممنوع وجود دارد.

۶-۱۶ ورودی اورژانس به هیچ وجه مسدود نیست.



۷-۱۶ ورودی‌های کالا به وضوح با علائم راهنما مشخص شده‌اند.

۸-۱۶ ورودی‌های کالا از ورودی اصلی جدا هستند.

۹-۱۶ ورودی اصلی و اورژانس از یک فاصله دور به وضوح قابل تشخیص هستند.

۱۰-۱۶ تمام ورودی‌ها نور کافی دارند و به راحتی قابل شناسایی هستند.

BU (۱۲)

مواد قابل اشتعال:

۱-۱۷ یک انبار امن خارج از ساختمان است که مواد قابل اشتعال در آن نگهداری می‌شوند.

۲-۱۷ محوطه انبار مواد قابل اشتعال باید با یک توضیح (تصویر یا علائم راهنما) به وضوح

مشخص شده باشند.



DN (۱)

مسئول بخش تغذیه یک متخصص تغذیه واجد صلاحیت یا فردی است که تحت نظارت و هدایت مشورتی متخصص تغذیه قرارداد دارد.

DN (۲)

- ۱-۲ رئیس هر بخش یک نسخه از شرح وظایف مرتبط با کارکنان را در اختیار دارد.
- ۲-۲ مدارک آموزشی مرتبط در پرونده پرسنلی وجود دارد.
- ۳-۲ مدارک ارزشیابی کارکنان باید در پرونده پرسنلی موجود باشد.
- ۴-۲ شرح وظایف کارکنان به طور مرتب بازننگری می شود.
- ۵-۲ ارزیابی عملکرد به طور مستند مطابق با شرح وظایف انجام می شود.

DN (۳)

- ۱-۳ جدول شیفت کاری کارکنان در بخش موجود است.
- ۲-۳ فهرستی از شماره تماس کارکنان و سمت آنها موجود است.



DN (۴)

در بخش، کتابچه راهنمای توجیهی موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۴ معرفی کلی و شرح قسمت‌های عمومی بیمارستان؛

۲-۴ معرفی واحدهای تحت نظارت بخش تغذیه؛

۳-۴ چک‌لیست گذراندن تمام مباحث برنامه آموزش توجیهی که پس از تکمیل و امضا

توسط هریک از کارکنان در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می‌شود.

DN (۵)

۱-۵ شواهدی مبنی بر این که مسئول تغذیه یا متخصص تغذیه یا نماینده این واحد عضو

فعال کمیته کنترل عفونت است و به‌طور منظم در جلسه‌های کمیته شرکت می‌نماید،

وجود دارد.

۲-۵ صورت جلسه‌های کمیته‌ها در بخش موجود است.

DN (۶)

کتابچه راهنمای خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی بخش تغذیه و مسائل مرتبط با اداره تغذیه

موجود است:

۱-۶ خط‌مشی‌ها واضح هستند.

۲-۶ روش‌ها واضح هستند.



۳-۶ خط‌مشی‌ها و روش‌ها در کل بیمارستان یکسان ارائه شده‌اند.

۴-۶ فهرست دقیق خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

خط‌مشی‌ها و روش‌های مدیریت منابع انسانی حداقل شامل موارد زیر هستند:

۵-۶ دریافت و خرید مواد غذایی؛

۶-۶ تهیه و انتقال مواد غذایی خام یا فرآوری شده؛

۷-۶ نگهداری غذای آماده یا غذاهای باقی‌مانده؛

۸-۶ توزیع غذا؛

۹-۶ میان‌وعده‌ها یا توزیع غذا پیش و پس از ساعت عادی سرو غذا برای بیمار؛

۱۰-۶ آماده‌سازی غذا برای گاوآژ؛

۱۱-۶ ایمنی کارکنان؛

۱۲-۶ سلامت و بهداشت کارکنان؛

۱۳-۶ کنترل عفونت؛

۱۴-۶ آماده‌سازی غذا برای اتاق‌های ایزوله؛

۱۵-۶ تمیزکردن بخش (اگر توسط کارکنان خدماتی بیمارستان تمیز نشود)؛

۱۶-۶ رعایت اصول بهداشت هنگام استفاده از تخته‌های سبزی و گوشت.

DN (۷)

۱-۷ انبار یا سردخانه اختصاصی برای نگهداری غذا موجود است.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان)

۲-۷ انبار یا سردخانه اختصاصی به طور مناسب نگهداری می شود.

۳-۷ تمام فرآورده های غذایی بالاتر از سطح زمین نگهداری می شوند.

۴-۷ مواد شوینده جدا از مواد غذایی نگهداری می شوند.

DN (۸)

غذاها در فضایی مجزا آماده می شوند.

DN (۹)

۱-۹ ثبت درجه حرارت یخچال ها و فریزرها دوبار در روز انجام می شود.

۲-۹ مکانیزم های تمام خودکار برای رفتن به داخل یخچال ها و فریزرها وجود دارد (هرگز در

یخچال از داخل قفل نمی شود. داخل یخچال کلیدی برای توقف سردکننده وجود دارد).

DN (۱۰)

تمام پنجره ها توری دارند.

DN (۱۱)

۱-۱۱ توزیع غذا در بین بیماران توسط تالی های مخصوص توزیع غذا با دمای مناسب

انجام می شود و غذاهای گرم، گرم نگهداشته می شوند و غذاهای سرد، سرد توزیع می شوند.

۲-۱۱ مستندات گزارش های کنترل تصادفی دمای غذا نگهداری می شوند.



۳-۱۱ کنترل تصادفی دمای غذا از نقطه توزیع غذا تا نقطه سرو غذا به بیمار ثبت می‌شود.

۴-۱۱ شواهدی دال بر رعایت اصول شناسایی خطرات و کنترل خطرات مواد غذایی (HACCP) موجود است.

DN (۱۲)

۱-۱۲ متخصص تغذیه در برنامه‌ریزی آموزش مداوم کارکنان آشپزخانه مشارکت دارد.
۲-۱۲ شواهدی مبنی بر ارزیابی توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های اختصاصی آن‌ها موجود است.

۳-۱۲ پرونده کارکنان آشپزخانه حاوی ارزیابی کامل توانمندی کارکنان است.

۴-۱۲ شواهدی مبنی بر ارزیابی منظم توانمندی تمام کارکنان آشپزخانه وجود دارد.

۵-۱۲ شواهدی مبنی بر انجام اقدام‌های اصلاحی به منظور رفع نواقص شناسایی شده پس از بررسی توانمندی کارکنان وجود دارد.

DN (۱۳)

۱-۱۳ شواهدی مبنی بر پاسخ به درخواست‌های ارزیابی بیماران توسط متخصصان تغذیه وجود دارد.

۲-۱۳ فرم استاندارد درخواست مشاوره تغذیه در پرونده پزشکی بیماران نگهداری می‌شود.

۳-۱۳ شواهد خط‌مشی‌ها و روش‌های دادن میان‌وعده در بخش‌های مامایی و کودکان به بیمارانی که پس از توزیع وعده‌های غذایی پذیرش می‌شوند، موجود است.



DN (۱۴)

زباله‌های آشپزخانه در سطل‌های زباله درپوش‌دار جمع‌آوری و به‌طور روزانه بیرون گذاشته می‌شود.

DN (۱۵)

۱-۱۵ اطلاعات مربوط به خدمات آشپزخانه جمع‌آوری و در رایانه ثبت می‌شوند.

۲-۱۵ دلایل منطقی جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مستند وجود دارد.

۳-۱۵ چک‌لیست ممیزی مختص این بخش تدوین شده است.

۴-۱۵ در این بخش ممیزی انجام می‌شود.

۵-۱۵ تحلیل‌ها و اقدام‌های اصلاحی مبتنی بر نتایج ممیزی ثبت می‌شوند.

DN (۱۶)

سرویس بهداشتی و سینک شستشوی دست اختصاصی برای کارکنان وجود دارد.

DN (۱۷)

یک سینک جدا برای شستشوی دست‌ها در آشپزخانه موجود است.

DN (۱۸)

اتاق غذاخوری برای استفاده همه کارکنان بیمارستان موجود است.



DN (۱۹)

۱-۱۹ برنامه بهبود کیفی که با طرح بهبود کیفیت بیمارستان هماهنگ است، برای این بخش

در نظر گرفته شده است.

۲-۱۹ این برنامه باید شامل شاخص‌های عملکردی کلیدی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه

و زمان‌بندی شده باشد.

۳-۱۹ مدارک پایش مستمر این طرح باید در دسترس باشد.

۴-۱۹ چک‌لیست‌های اختصاصی برای این بخش وجود دارد.

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر

وزارت بهداشت و جمعیت مصر با همکاری بنیاد USAID، پروژه اصلاح نظام سلامت را طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ میلادی با موفقیت اجرا و برنامه اعتباربخشی را برای مراکز مراقبت اولیه سلامت در نظام خود ادغام نمود. بر پایه این تجربه، بخش مدیریت بهبود کیفیت وزارت بهداشت و جمعیت مصر مجموعه‌ای از استانداردها را برای اعتباربخشی بیمارستانی تدوین نمود. سپس، این استانداردها را با همکاری بیمارستان‌های دولتی، آموزشی، دانشگاهی و خصوصی مورد بررسی و ویرایش قرارداد. مشارکت‌کنندگان در این پروژه از بنیاد USAID، فن‌آوری لازم را برای تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی فراهم نمودند.

این استانداردها ویژه کشور مصر تدوین گردیده و با قوانین و مقررات و فرهنگ مصر مطابقت دارد.

درعین حال، با اهداف اصلی استانداردهای بین‌المللی نیز مطابقت می‌نماید.

در مجموع، ۷۱۶ استاندارد تدوین و تصویب و به سه گروه تقسیم شده‌اند:

◆ ۶۹ استاندارد به‌عنوان استانداردهای ضروری^۱ که در متن با حروف بولد و ایتالیک

مشخص شده‌اند؛



◆ ۳۲۲ استاندارد به عنوان استانداردهای محوری یا مهم^۱ که با حروف بولد مشخص شده‌اند؛

◆ ۳۲۵ استاندارد به عنوان استانداردهای مطلوب یا غیرمحوری^۲ که با حروف معمولی

مشخص شده‌اند.

برای کسب امتیاز اعتباربخشی، ضروری است بیمارستان ۱۰۰٪ امتیازهای استانداردهای حیاتی و

۸۵٪ امتیازهای استانداردهای محوری یا مهم را کسب نماید. استانداردهای غیرمحوری اهداف عالی‌تر

بیمارستانی را برای تشویق بیمارستان‌ها به فعالیت بیشتر پوشش می‌دهد. در حال حاضر، بیمارستان‌ها

طی اعتباربخشی نیازمند کسب ۴۰٪ امتیازهای مربوط به استانداردهای غیرمحوری هستند. این ترجمه از

ویرایش ششم استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر (۲۰۰۵) انجام گردیده‌است.

-
1. Core
 2. Non core



محورهای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر

Access and Continuity of Cares	۱. دسترسی و تداوم مراقبت‌ها (ACC)
Clinical Safety	۲. ایمنی بالینی (CS)
Environmental Safety	۳. ایمنی محیط (ES)
Human Resources	۴. منابع انسانی (HR)
Management of Information	۵. مدیریت اطلاعات (IM)
Management and Leadership	۶. مدیریت و رهبری (ML)
Medical Records	۷. مدارک پزشکی (MR)
Medical Staff	۸. کارکنان پزشکی (MD)
Nursing Services	۹. خدمات پرستاری (NS)
Patient Assessment	۱۰. ارزیابی بیمار (PA)
Patient and Family Rights	۱۱. حقوق بیمار و خانواده (PFR)
Patient Care	۱۲. مراقبت بیمار (PC)
Quality Improvement & Patient Safety	۱۳. بهبود کیفیت و ایمنی بیمار (QI)
Support Services	۱۴. خدمات پشتیبانی (SS)



دسترس و تداوم مراقبت ها

AC (1)

خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای اطمینان از هماهنگی و استمرار مراقبت از بیماران حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۱ روش‌های بررسی بیماران برای تعیین دستیابی آن‌ها به نیازهای درمانی و مراقبتی؛

۲-۱ پذیرش بیماران شامل بیماران پذیرش شده از بخش اورژانس؛

۳-۱ اطلاعات اخذشده از بیماران در زمان پذیرش؛

۴-۱ مراحل تریاژ برای تعیین اولویت دریافت خدمات در بخش اورژانس؛

۵-۱ یک فرایند غربالگری پس از پذیرش برای تعیین اولویت مراقبت‌های پزشکی و

پرستاری مورد نیاز بیمار؛

۶-۱ معیارهای پذیرش برای بخش‌های ویژه از قبیل ICU و غیره؛

۷-۱ معیارهای ویژه برای انتخاب بیماران واجد شرایط ثبت‌نام در پروژه‌ها یا

پروتکل‌های پژوهشی؛

۸-۱ انتقال از یک بخش بیمارستان به بخش‌های دیگر که شامل مستندسازی روند آن است

انجام می‌گیرد و در پرونده پزشکی بیمار ثبت می‌گردد؛



۹-۱ انتقال از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر که شامل پایش و شیوه انتقال و اطلاعاتی

است که بیمارستان مقصد نیاز دارد؛

۱۰-۱ شواهدی وجود داشته باشد که کارکنان مناسب شامل پزشکان، درباره این خطمشی‌ها

و روش‌ها آموزش دیده‌اند؛

۱۱-۱ خطمشی‌ها اجرا و پیگیری می‌شوند.

AC (۲)

خدمات تشخیصی، جراحی و خدمات درمانی غیرجراحی در دسترس و جدول زمان‌بندی برای هر یک از خدمات در دسترس مشخص باشد.

۱-۲ خدمات تشخیصی و درمانی با بیمار دریافت‌کننده خدمات تناسب دارد.

AC (۳)

پرونده پزشکی بیمار حداکثر ظرف مدت یک ساعت با اطلاعات به‌روز برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی قابل دسترسی است.

AC (۴)

بیمارستان دارای خطمشی واضحی برای اطمینان از محرمانه‌بودن اطلاعات بیمار است، به‌نحوی که مشخص شود چه کسانی امکان دسترسی به پرونده بیمار را دارند.

۱-۴ یک خطمشی تعیین‌کننده موارد دسترسی مشخص شده است.



AC (۵)

کل پرونده پزشکی بیمار در مدت بستری در بیمارستان که شامل اطلاعات ضروری به روز است، باید در

زمان انتقال بیمار و از بخشی به بخش دیگر همراه او انتقال یابد.

۱-۵ علت انتقال بیمار باید در پرونده پزشکی وی ثبت گردد.

AC (۶)

در پرونده بیمار باید یک کپی از خلاصه پرونده ترخیص بیمار موجود و شامل موارد زیر باشد:

۱-۶ علت پذیرش؛

۲-۶ یافته‌های مهم شامل تمام بررسی‌های لازم؛

۳-۶ اقدام‌های درمانی انجام شده؛

۴-۶ تشخیص نهایی؛

۵-۶ داروهای تجویزی و دیگر درمان‌های انجام شده؛

۶-۶ وضعیت بیمار هنگام ترخیص؛

۷-۶ دستورالعمل ترخیص شامل تجویز دارو و راهنمایی بیمار برای پیگیری‌های بعدی؛

۸-۶ نام پزشکی که بیمار را ترخیص نموده.



AC (۷)

برگه ارجاع شامل تمام اطلاعات بالینی بیمار باشد و در زمان ارجاع بیمار همراه او فرستاده شود. یک کپی از برگه ارجاع در پرونده بیمار نگهداری شود که حداقل شامل موارد زیر است:

- ۱-۷ علت ارجاع یا انتقال؛
- ۲-۷ یافته‌های مهم شامل تمام بررسی‌های لازم؛
- ۳-۷ اقدام‌های درمانی^۱ انجام شده و تجویز دارو؛
- ۴-۷ وضعیت بیمار در زمان ارجاع یا انتقال؛
- ۵-۷ نام مرکزی که بیمار به آن انتقال می‌یابد؛
- ۶-۷ نوع وسیله حمل و نقل و اقدام‌های پیشی مورد نیاز در زمان انتقال.



ایمپی بالینی

کنترل عفونت

IC (۱)

بیمارستان برای کاهش خطر عفونت‌های بیمارستانی یک برنامه فعال دارد.

۱-۱ برنامه بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان را پوشش می‌دهد.

۲-۱ برنامه براساس دانش روز، پروتکل‌های مورد قبول و قوانین و مقررات جاری

تدوین شده‌است.

IC (۲)

بیمارستان یک کمیته کنترل عفونت فعال تشکیل داده‌است.

IC (۳)

تمام رشته‌های تخصصی مرتبط در کمیته نماینده دارند.



IC (۴)

آیین‌نامه داخلی شفافیت برای کمیته کنترل عفونت موجود و شامل موارد زیر است:

۱-۴ تأیید صلاحیت پزشک و پرستار کنترل عفونت؛

۲-۴ تأیید فعالیت‌های نظام مراقبت؛

۳-۴ مرور، جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مربوط به کنترل عفونت؛

۴-۴ اقدام یا پیشنهاد (شامل آموزش) زمانی که موضوعات کنترل عفونت شناسایی شده‌اند؛

۵-۴ مرور اثربخشی این اقدام‌ها؛

۶-۴ مرور دوره‌ای برنامه کنترل عفونت.

IC (۵)

یک پزشک واجد صلاحیت سرپرستی فعالیت‌های کنترل عفونت را برعهده دارد.

IC (۶)

یک کارشناس پرستاری (حداقل یک پرستار) در فعالیت‌های کنترل عفونت همکاری می‌نماید.

IC (۷)

بیمارستان اقدام‌های درمانی، اسکوپ‌ها و فرایندهای همراه با افزایش خطر عفونت را شناسایی کرده‌است

که (بسته به نوع خدمات بیمارستان) حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۷ عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا

تراکئستومی ایجاد شده؛



۲-۷ عفونت‌های مجاری ادراری مرتبط با کاتترها؛

۳-۷ عفونت‌های جریان خون مرتبط با وسایل داخل عروقی؛

۴-۷ عفونت زخم‌های جراحی.

IC (۸)

خط‌مشی‌ها و روش‌های کنترل عفونت در بیمارستان تدوین شده‌اند. خط‌مشی‌ها و روش‌ها پیگیری شده و

حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۸ شستشوی دست؛

۲-۸ خط‌مشی ایزولاسیون شامل اداره و گزارش بیمارانی با بیماری‌های واگیر احتمالی؛

۳-۸ مدیریت بیماران دچار نقص ایمنی؛

۴-۸ پیشگیری از عفونت‌های منتقله از راه خون در میان کارکنان بیمارستان، شامل دفع

اجسام تیز و برنده؛

۵-۸ پیشگیری از عفونت محل جراحی؛

۶-۸ پیشگیری از عفونت‌های راه‌های تنفسی، کسب‌شده از بیمارستان؛

۷-۸ انتخاب و به‌کارگیری ضدعفونی‌کننده‌ها و گندزداها؛

۸-۸ نظام مراقبت کنترل عفونت و جمع‌آوری داده‌ها؛

۹-۸ مدیریت شیوع موارد عفونی.



خط‌مشی‌های قابل اجرا برای نواحی ویژه و پرخطر بیمارستان حداقل شامل موارد ۸-۱۰

زیر هستند:

- ◆ اتاق عمل؛
- ◆ بخش‌های نوزادان؛
- ◆ بخش‌های سوختگی؛
- ◆ آزمایشگاه؛
- ◆ بخش اورژانس؛
- ◆ بخش دیالیز؛
- ◆ بخش‌های مراقبت ویژه؛
- ◆ بخش‌های پیوند اعضا؛
- ◆ آشپزخانه؛
- ◆ رختشوی‌خانه؛
- ◆ مناطق نگهداری جسد (سردخانه)؛
- ◆ مناطق استریلیزاسیون؛
- ◆ اقدام‌های درمانی و اسکوپ‌های مربوط به بیمار (مانند کاتتریزاسیون ورید مرکزی و کاتترهای ادراری)؛
- ◆ خط‌مشی‌ها برای ادارهٔ بیماران متصل به ونتیلاتور؛
- ◆ خط‌مشی‌ها برای سلامت کارکنان؛



- ◆ دفع پسماندهای عفونی و مایعات بدن؛
- ◆ خط‌مشی‌ها برای ادارهٔ بیماران خونریزی‌دهنده؛
- ◆ خط‌مشی نظافت و پاکسازی بیمارستان؛
- ◆ تهیهٔ کشت از نواحی پرخطر در قالب نظام مراقبت (مناطقى مانند اتاق‌های عمل، اتاق‌های نوزادان، بخش مراقبت ویژه و غیره)؛
- ◆ آموزش مهارتی کارکنان.

IC (۹)

خط‌مشی‌ها و روش‌ها پس از تأیید توسط کمیتهٔ کنترل عفونت، در تمام بخش‌های مربوطه به اجرا درمی‌آیند.

IC (۱۰)

خط‌مشی‌ها و روش‌های کنترل عفونت توسط کمیتهٔ مربوطه به‌طور منظم و حداقل هر دو سال یک‌بار مرور و به‌روز می‌شوند و این بازنگری براساس متون حرفه‌ای رایج صورت می‌گیرد.

IC (۱۱)

تمام کارکنان مربوطه درخصوص خط‌مشی‌ها و روش‌های عملی کنترل عفونت متناسب با جایگاه یا شغلشان آموزش دیده و توجیه شده‌اند.



IC (۱۲)

بسته به نوع خدمات بیمارستان، اتاق‌های ایزوله شامل اتاق‌هایی با فشار منفی برای جداسازی بیماران عفونی وجود دارند.

IC (۱۳)

در هر اتاق ایزوله، تسهیلات رعایت بهداشت دست‌ها وجود دارند.

IC (۱۴)

داده‌های نظام مراقبت عفونت‌های کسب‌شده از بیمارستان و اثربخشی برنامه، به‌طور منظم توسط کمیته کنترل عفونت جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند.

نتایج به مدیران ارشد بخش‌ها و واحدهای مربوطه منتقل می‌شوند تا در موارد مرتبط، برای

بهبود کیفیت مراقبت‌ها مورد استفاده قرار گیرند.

IC (۱۵)

تمام بیماری‌های واگیر در صورت نیاز و با توجه به مقررات وزارت بهداشت گزارش خواهند شد.

استریلیزاسیون

ST (1)

بیمارستان یک بخش استریلیزاسیون مرکزی دارد.



بخش توسط فردی که طی تحصیلات و یا آموزش مهارتی مناسب، صلاحیت کافی

را کسب کرده است، سرپرستی می شود.

ST (۲)

محل انجام عملیات پاکسازی، پردازش، انبارسازی استریل و توزیع به طور فیزیکی جداسازی شده اند.

ST (۳)

در تمام قسمت هایی که ابزار و وسایل پاکسازی می شوند، باید جریان هوا برای پیشگیری از آلودگی مجدد برقرار شود. همچنین، از خروج مواد آلوده از منطقه پیشگیری گردد.

ST (۴)

در منطقه پاکسازی، روشی برای پیشگیری از آلودگی مجدد به کار گرفته می شود.

ST (۵)

براساس خدمات ارائه شده و اندازه بیمارستان، بخش استریلیزاسیون حداقل یک اتوکلاو فعال دارد.

ST (۶)

از آب جوش به عنوان یک روش استریلیزاسیون استفاده نمی شود.



ST (۷)

صرف نظر از تکنیکی که برای استریلیزاسیون به کار گرفته می شود (شامل پاکسازی شیمیایی یا استریلیزاسیون مناطق)، شواهد مستندی دال بر این که استریلیزاسیون به طور کامل انجام گرفته، موجود است.

ST (۸)

برای هر تکنیک استریلیزاسیون یا دستگاه مورد استفاده، خطمشی ها و روش های اختصاصی که شامل دستورالعمل کارخانه تولیدکننده نیز است، وجود دارد.

ST (۹)

شواهد مستندی در پرونده پرسنلی افراد وجود دارد که نشان می دهد در به کارگیری این روش ها از مهارت کافی برخوردار هستند.

ST (۱۰)

خطمشی ها و روش ها برای تمام فرایندها ایجاد و استفاده شده و عبارتند از:

۱-۱۰ دریافت، ضد عفونی و پاکسازی اقلام استفاده شده؛

۲-۱۰ آماده سازی و پردازش بسته های استریل؛

۳-۱۰ مشخص بودن تعداد اقلام استریل یا نیازمند استریل سازی که در هر لحظه در بخش های

مختلف بیمارستان وجود دارد؛



۴-۱۰ استریلیزاسیون اورژانسی (مثلاً زمانی که در حین عمل جراحی یک وسیله منحصر به

فرد از دست جراح می‌افتد و امکان جایگزینی آن با وسیله مشابه وجود ندارد)؛

۵-۱۰ تاریخ انقضا برای اقلام استریل شده؛

۶-۱۰ انبار مواد مصرفی استریل.

ST (11)

فرایندهای کنترل کیفیت و تمام خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام مناطقی که استریلیزاسیون در آن‌ها انجام می‌گیرد، به شیوه‌ای یکسان اعمال می‌گردند.

سلامت کارکنان

EH (1)

بیمارستان برنامه سلامت کارکنان دارد که آن را در خط‌مشی‌ها و روش‌ها توصیف کرده است. این برنامه تمام کارکنان جدید و موجود را پوشش داده و منطبق بر قوانین و مقررات دولتی است.

EH (2)

بیمارستان خط‌مشی‌ها و روش‌هایی را برای تشخیص و تعیین نحوه برخورد با خطرات شغلی اعمال نموده است.

۱-۲ بیمارستان یک مطالعه بررسی خطرات شغلی را تهیه و تدوین نموده است.

۲-۲ برنامه سلامت کارکنان براساس این مطالعه و مطابق قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های

دولتی است.



EH (۳)

انجام بررسی‌هایی که توسط قانون یا بیمارستان مشخص شده‌اند، برای هر یک از کارکنان فعلی که ممکن است به صورت مستقیم یا غیرمستقیم با بیماران در تماس باشند، الزامی است (متناسب با خطرات شغلی هر بخش یا موقعیت شغلی فرد).

۱-۳ کارکنان در صورت الزام قانونی یا بیمارستانی به صورت دوره‌ای ارزیابی مجدد می‌شوند.

۲-۳ زمانی که نتایج غربالگری‌ها یا بررسی‌ها مثبت باشند، خط‌مشی‌هایی وجود دارند که

عملکرد بعدی را مشخص می‌نمایند.

EH (۴)

انجام بررسی‌هایی که توسط قانون یا بیمارستان مشخص شده‌اند، برای هر یک از کارکنان جدید که ممکن است به صورت مستقیم یا غیرمستقیم با بیماران در تماس باشند، الزامی است (متناسب با خطرات شغلی هر بخش یا موقعیت شغلی فرد).

۱-۴ زمانی که نتایج غربالگری‌ها یا بررسی‌ها مثبت باشند، خط‌مشی‌هایی وجود دارند که

عملکرد بعدی را مشخص می‌نمایند.

EH (۵)

کارکنان بیمارستان در زمینه خطرات سلامت شغلی و روش‌های ایمنی آموزش دیده‌اند. مهارت‌آموزی شامل آشناسازی اولیه و آموزش اضافی برای تجهیزات و اقدام‌های درمانی و اسکوپ‌های نوینی است که پتانسیل ایجاد خطرات جدید را دارند.



ایمنی محیط

ES (1)

بیمارستان از تمام قوانین، آیین‌نامه‌ها و مطالبات مورد توجه بازرسی مربوط به مدیریت محیط فیزیکی آگاه است و تیم رهبری به‌طور مطلوب از تطبیق این مقررات و مطالبات بازرسی ساختمان و تأسیسات مطمئن است.

ES (2)

بیمارستان یک طرح کلی برای مدیریت محیط فیزیکی دارد که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۲ ایمنی و امنیت عمومی؛

۲-۲ ایمنی در برابر آتش‌سوزی و سیگارکشیدن؛

۳-۲ آمادگی پاسخ به شرایط اضطراری؛

۴-۲ مواد خطرناک و مواد زائد؛

۵-۲ تجهیزات پزشکی؛

۶-۲ سیستم‌های تأسیسات؛

۷-۲ آموزش عملی کارکنان مربوطه.



ES (۳)

طرح باید اجرا شده باشد.

ES (۴)

تمام هفت مورد مذکور در طرح با جمع آوری، تنظیم و آنالیز داده‌ها به منظور تعیین نواحی نیازمند اصلاح، پایش می‌شوند.

ES (۵)

تمام برنامه‌ها به طور مستمر در حال اجرا هستند.

ES (۶)

یک طرح کلی و برنامه اجرا شده وجود دارد که ایمنی عمومی و امنیت را مدیریت می‌کند.

۱-۶ بیمارستان یک بازرسی مستند در حال اجرا و دقیق از تأسیسات دارد.

۲-۶ معیارهایی برای جلوگیری از دزدیده شدن نوزادان و حفاظت بیماران، ملاقات کنندگان

و کارکنان از آسیب، اذیت و تجاوز وجود دارد.

۳-۶ یک طرح برای اصلاح نقاط ضعف شناسایی شده در موارد ایمنی و امنیتی وجود دارد.

طرح مذکور باید اولویت‌های مورد نظر اصلاح را تعیین کند.

۴-۶ طرح اصلاحی باید اجرا شده باشد.



ES (۷)

یک طرح ایمنی در مقابل آتش سوزی و سیگارکشیدن و یک برنامه اجرایی وجود دارد که چگونگی جلوگیری، کشف سریع، پاسخ و خروج ایمن هنگام بروز آتش سوزی یا سایر موارد اورژانس را شرح می‌دهد.

این طرح حداقل موارد زیر را شرح می‌دهد:

- ۱-۷ دفعات بازرسی دوره‌ای سیستم اعلام و اطفای حریق؛
- ۲-۷ نگهداری و آزمایش سیستم حفاظت در مقابل حریق و اطفای آن؛
- ۳-۷ آزمایش امکانات اجرای طرح تخلیه حداقل سالی یک بار؛
- ۴-۷ مستندات اجرای آموزش عملی کارکنان در پاسخ به بروز آتش سوزی و اجرای طرح تخلیه؛
- ۵-۷ اجرای قانون منع استعمال دخانیات در بیمارستان؛
- ۶-۷ مستندات تمام موارد بازرسی، تعمیر و نگهداری آزمون‌ها و آموزش‌های عملی وجود دارد.

ES (۸)

یک طرح آمادگی اورژانس برای واکنش به اورژانس‌های (بحران‌های) اجتماعی و یا داخلی وجود دارد.

- ۱-۸ طرح پاسخ به اورژانس‌های (بحران‌های) خارجی براساس راهبردهای دولتی و با تأکید بر مسئولیت بیمارستان در زمان وقوع یک بحران خارجی موجود است.
- ۲-۸ طرح پاسخ به اورژانس‌های (بحران‌های) داخلی شامل سیستم فراخوان کارکنان، مکان‌های



جایگزین برای مراقبت، منابع جایگزین برای تأمین تجهیزات مصرفی پزشکی، تأسیسات و ارتباطات موجود است.

بیمارستان طرح خود را مورد آزمون قرار می‌دهد. **۳-۸**

ES (۹)

یک طرح مدیریت مواد خطرناک و مواد زائد برای کاربرد، انتقال و جابه‌جایی، انبارکردن و دفع مواد مذکور وجود دارد. این طرح باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

۱-۹ وجود فهرستی از انواع و محل‌های مواد خطرناک و مواد زائد؛

۲-۹ وجود نیازمندی‌های ایمنی در نقل و انتقالات، انبارداری و چگونگی اقدام در موارد

تماس با مواد آسیب‌زا و یا ریختن محلول‌های خطرناک؛

۳-۹ دفع مواد خطرناک و مواد زائد مطابق با قوانین و مقررات قابل اجرا؛

۴-۹ برچسب‌گذاری مواد خطرناک و مواد زائد؛

۵-۹ پایش داده‌ها در موارد بروز وقایع برای اجرای اقدام‌های اصلاحی.

ES (۱۰)

یک طرح و یک برنامه اجرایی برای بازرسی و سرکشی، نگهداری و آزمایش تجهیزات پزشکی وجود دارد. این طرح باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

۱-۱۰ سرجمع‌داری تمام تجهیزات پزشکی؛

۲-۱۰ وجود جدول بازبینی و نگهداری پیشگیرانه منطبق با توصیه‌های شرکت سازنده؛



۳-۱۰ آزمایش تمام تجهیزات جدید پیش از کاربرد و آزمون مجدد آنها در زمان نیاز؛

۴-۱۰ جمع‌آوری داده‌ها درباره دفعات تعمیر یا خرابی تجهیزات.

ES (۱۱)

یک طرح و یک برنامه اجرایی برای بازرسی منظم، نگهداری و تعمیر تأسیسات زیربنایی وجود دارد. این طرح باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

۱-۱۱ سیستم برق شامل ژنراتورهای برق اضطراری؛

۲-۱۱ آب؛

۳-۱۱ گرمایش، تهویه و سرمایش؛

۴-۱۱ گازهای طبی؛

۵-۱۱ ارتباطات (اتصالات)؛

۶-۱۱ دفع مواد زائد (زباله‌ها)؛

۷-۱۱ بازرسی‌های منظم؛

۸-۱۱ آزمایش‌های (آزمون‌های) منظم؛

۹-۱۱ تهیه جدول‌های منظم نگهداری؛

۱۰-۱۱ اصلاح نقاط ضعف (نقایص) شناسایی شده.

ES (۱۲)

برای هر طرح مستنداتی وجود دارد که کارمندان آموزش‌های عملی را دیده‌اند.

۱-۱۲ دانش کارکنان به‌طور دوره‌ای ارزیابی می‌گردد.



منابع انسانی

HR (۱)

هر بخش یک برنامه مکتوب نیازسنجی نیروی انسانی دارد که شامل موارد زیر است:

۱-۱ تعداد نیروی انسانی مورد نیاز به منظور برآورده نمودن مسئولیت‌های محوله به بخش؛

۲-۱ انواع کارکنان مورد نیاز؛

۳-۱ آموزش‌ها، مهارت‌ها، دانش و تجربه مورد نیاز برای هر سمت سازمانی؛

۴-۱ برنامه به صورت دوره‌ای (حداقل هر ۲ سال یک‌بار) بازنگری و در صورت ضرورت

به روز می‌شود.

HR (۲)

هریک از کارکنان دارای شرح وظایف معینی هستند. شرح وظایف کارکنان شامل الزامات آموزشی،

مهارت‌ها، دانش و تجربه هر یک از افراد و شرح مسئولیت‌های محوله به آنان است.

۱-۲ با توجه به مدرک مستند موجود در پرونده پرسنلی هر یک از کارکنان، شرح وظایف

با آنان مورد بحث قرار گرفته است.

HR (۳)

در سازمان، فرایند اجرایی موجود است که به منظور استخدام کارکنان به صورت یکسان به کار می‌رود.



HR (۴)

در سازمان، فرایند اجرایی موجود است که به منظور ارزیابی صلاحیت کارکنان جدید به صورت یکسان به کار می‌رود.

HR (۵)

در سازمان، فرایند اجرایی موجود است که به منظور انتصاب کارکنان جدید به صورت یکسان به کار می‌رود.

HR (۶)

در سازمان، فرایند اجرایی موجود است که به منظور ارزشیابی مجدد هر گروه از کارکنان از جمله دفعات ارزشیابی مجدد به صورت یکسان به کار می‌رود.

HR (۷)

برای هر یک از کارکنان پرونده پرسنلی نگهداری می‌شود که در صورت کاربرد شامل عوامل هفت‌گانه زیر است:

◆ کیفی مدارک تحصیلی و آموزشی شامل دیپلم، لیسانس و گواهی‌نامه‌ها؛

◆ سابقه کار؛

◆ شرح وظایف جاری فرد؛

◆ شواهدی مبنی بر توجه نسبت به بیمارستان، بخش ذی‌ربط و وظایف محوله؛



◆ شواهدی مبنی بر ارزیابی اولیه توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله؛

◆ دوره‌های آموزشی توجیهی گذرانده شده؛

◆ کپی ارزشیابی‌های سالانه.

HR (۸)

برای تمام مستخدمان برنامه آموزشی توجیهی در سه سطح زیر موجود است:

◆ موضوعات کلی بیمارستان،

◆ بخش ذی ربط،

◆ مسئولیت‌های محوله اختصاصی کارکنان.

۱-۸ توجیه هریک از کارکنان توسط مدیریت بیمارستان نسبت به ساختار و مدیریت

بیمارستان؛

۲-۸ توجیه نسبت به خط‌مشی‌های بیمارستان از جمله تمام برنامه‌های ایمنی محیط،

کنترل عفونت و بهبود کیفیت؛

۳-۸ توجیه نسبت به بخش ذی ربط؛

۴-۸ توجیه نسبت به مسئولیت‌های محوله اختصاصی در بخش ذی ربط.

HR (۹)

در هر بخش، برنامه آموزش مهارتی مداوم ضمن خدمت موجود است.

۱-۹ برنامه آموزشی کارکنان مبتنی بر نیازسنجی آموزشی است.



HR (۱۰)

تمام کارکنان که به بیماران خدمات درمانی مراقبتی مستقیم ارائه می‌نمایند، حداقل هر ۲ سال یکبار در ارتباط با احیای قلبی - عروقی پایه آموزش دیده‌اند.

HR (۱۱)

تسهیلات و مواد آموزشی متناسب با نیازهای آموزش مهارتی شناسایی شده موجود است.

در کتابخانه بیمارستان، مواد آموزشی متناسب با نوع خدمات ارائه شده توسط **۱-۱۱**

بیمارستان موجود است.

HR (۱۲)

بیمارستان حداقل یکبار در سال میزان رضایت‌مندی ارائه‌کنندگان خدمات و سایر کارکنان را در قالب پیمایش^۱ بررسی می‌نماید.

داده‌های پیمایش «میزان رضایت‌مندی ارائه‌کنندگان خدمات و سایر کارکنان» **۱-۱۲**

حداقل یکبار در سال جمع‌آوری و تحلیل آماری می‌شود.

HR (۱۳)

تصمیم‌گیرندگان و سایر کارکنان در ارتباط با مبانی و کلیات «مدیریت اطلاعات» متناسب با مسئولیت‌ها و یا شرح وظیفه خود، آموزش‌های مهارتی را طی می‌نمایند.



مدیریت اطلاعات

IM (۱)

بیمارستان یک یا چند برنامه مکتوب در خصوص نیازهای اطلاعاتی دارد. این برنامه حداقل براساس موارد زیر است:

- ۱-۱ نیازهای اطلاعاتی شناسایی شده هیئت مدیره بالینی و مدیریتی بیمارستان؛
- ۲-۱ حجم و انواع خدمات ارائه شده توسط بیمارستان؛
- ۳-۱ محرمانه بودن و امنیت داده‌ها و اطلاعات و حفاظت آن‌ها در برابر آسیب یا فقدان؛
- ۴-۱ تعیین سطوح دسترسی ضروری به داده‌ها و اطلاعات؛
- ۵-۱ الزامات برای تشخیص‌های استاندارد شده و کدهای اقدام‌های درمانی^۱.

IM (۲)

برنامه در حال اجرا است.

IM (۳)

کارکنان بالینی و اداری در انتخاب، ادغام و استفاده از تکنولوژی مدیریت اطلاعات شرکت می‌نمایند.



IM (۴)

سازمان خط‌مشی‌ای در ارتباط با زمان ذخیره‌سازی گزارش‌ها، داده‌ها و اطلاعات دارد.

IM (۵)

گزارش‌ها و اطلاعات در برابر فقدان، تخریب، حک، دسترسی و یا استفاده بدون اجازه محافظت می‌شوند.

IM (۶)

بیمارستان با بانک‌های داده‌های خارج از بیمارستان مطابق با قانون و مقررات مشارکت می‌نماید.

IM (۷)

سازمان از بانک داده‌های مرجع خارج از بیمارستان، مشتمل بر کنترل عفونت به منظور اهداف مقایسه‌ای استفاده می‌نماید.



مدیریت و رهبری

ML (۱)

مدیر بیمارستان و تمام رؤسای بخش‌ها از وجود برنامه آموزش توجیهی مکتوب و مستند و برنامه‌ریزی شده برای تمام کارکنان کسب اطمینان می‌نمایند.

بیمارستان دارای یک بیانیه رسالت واضح است که توسط شورای بیمارستان تدوین و بر روی آن موافقت شده است.

۱-۱ بیانیه رسالت بیمارستان برای عموم تنظیم شده است.

ML (۲)

برای هماهنگی و ارتباط بین مدیر و کارکنان، نظام یا فرایند واضح و شفاف وجود است.

ML (۳)

بیمارستان دارای ساختار سازمانی شفاف و مستندی می‌باشد که خطوط اختیارات در آن به صورت واضح ترسیم شده است.

ML (۴)

یک مدیر تمام وقت توسط هیئت مدیره بیمارستان به سمت مدیریت بیمارستان منصوب و به او وظیفه



مدیریت بیمارستان با توجه به قوانین و مقررات محول می‌شود. مدیر بیمارستان شرح وظایف واضحی دارد که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۴ نظارت بر فعالیت‌های بیمارستان به صورت روزانه؛

۲-۴ کسب اطمینان از تدوین و تنظیم خط‌مشی‌ها و روش‌های ضروری و در صورت لزوم تأیید

آنها توسط هیئت مدیره؛

۳-۴ کسب اطمینان از هماهنگی بیمارستان با تمام قوانین و مقررات؛

۴-۴ نظارت بر منابع فیزیکی، انسانی و مالی؛

۵-۴ کسب اطمینان از وجود برنامه عملیاتی (از جمله منابع مناسب) در کل بیمارستان برای

بهبود کیفیت و ایمنی بیمار؛

۶-۴ کسب اطمینان از انجام اقدام‌های لازم برای گزارش‌های بازرسی و یا سازمان‌های

قانون‌گذار از جمله اعتباربخشی؛

۷-۴ کسب اطمینان از نظارت بر تمام قراردادها.

ML (۵)

مدیر بیمارستان دارای آموزش مهارتی و یا تجربه مناسب در مدیریت سلامت است (مطابق با شرح آمده در برگه شرح وظایف مدیر بیمارستان).

ML (۶)

مدیر بیمارستان و تمام رؤسای بخش‌ها از وجود برنامه آموزش توجیهی مکتوب و مستند و برنامه‌ریزی شده برای تمام کارکنان کسب اطمینان می‌نمایند.



ML (۷)

برای هر یک از بخش‌های بالینی و یا مدیریتی یک رئیس تعیین می‌شود که وظایف آن‌ها حداقل شامل

موارد زیر است:

۱-۷ شرح مکتوب خدمات ارائه‌شده توسط بخش؛

۲-۷ کسب اطمینان از هماهنگی و یکپارچگی این خدمات با خدمات سایر بخش‌ها؛

۳-۷ پیشنهاد فضا، نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز برای تأمین و برآورده‌نمودن

مسئولیت‌های محوله بخش؛

۴-۷ تدوین و تعیین آموزش و مهارت‌های مورد نیاز برای تأمین و برآورده‌نمودن

مسئولیت‌های محوله بخش؛

۵-۷ کسب اطمینان از وجود برنامه آموزش مداوم و آموزش توجیهی برای کارکنان بخش؛

۶-۷ توسعه و اجرای برنامه بهبود کیفیت در بخش.



مدارک پزشکی

MR (۱)

بیمارستان برای هر بیمار ارزیابی یا درمان شده یک پرونده پزشکی دارد.

MR (۲)

در پرونده پزشکی بیماران اطلاعات کافی ثبت شده است، به طوری که امکان انجام اقدام‌های زیر فراهم است:

۱-۲ شناسایی بیمار شامل اسم، نشانی و تاریخ تولد؛

۲-۲ یکپارچگی و تداوم مراقبت درمانی؛

۳-۲ تأیید تشخیص؛

۴-۲ اندیکاسیون درمان؛

۵-۲ مستندات سیر بیماری و نتایج درمان.

MR (۳)

برای بیمارستان و تمام کارکنان پزشکی، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال و معاینه فیزیکی

تعیین گردیده است که ممکن است بنابه نیازهای بیمار و وضعیت مراقبت یا ویژگی‌های آن متفاوت باشد.



۱-۳ برای بیمارستان و تمام کارکنان پزشکی، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح

حال و معاینه فیزیکی جامع برای پذیرش بیمار، چه بزرگسال و چه کودک، شامل

بیماران بستری نیازمند جراحی معین گردیده‌است.

حداقل‌های قابل قبول موارد زیر را شامل می‌شوند:

۲-۳ جراحی‌های سرپایی و سایر اقدام‌های تهاجمی؛

۳-۳ بیماران اتاق (بخش) اورژانس؛

۴-۳ پذیرش روانپزشکی؛

۵-۳ پذیرش مامایی؛

۶-۳ بستری کوتاه‌مدت (کمتر از ۴۸ ساعت)؛

۷-۳ ویزیت بیماران سرپایی در بیمارستان.

MR (۴)

نتایج تمام آزمایش‌های تشخیصی در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده‌است. به‌علاوه، پاسخ آزمایش‌ها در

یک محدوده زمانی مشخص توسط بخشی که مسئول انجام آزمایش است، ارائه می‌گردد.

۱-۴ محدوده زمانی مشخصی برای آزمایش‌های روتین و اورژانس تعیین شده‌است.

MR (۵)

تمام تشخیص‌ها ثبت‌گشته و با توجه به نتایج تحقیقات و یا بررسی‌های مجدد به‌روز شده‌اند.



MR (۶)

تمام درمان‌ها شامل داروهای تجویزی در زمان دادن دارو به وسیله فرد ارائه‌دهنده ثبت و امضا شده‌اند.

MR (۷)

توضیحات داده‌شده به وسیله پزشک یا سایر کارکنان پزشکی به تمام بیماران در خصوص تشخیص، درمان و هرگونه پیگیری مراقبتی به‌طور مکتوب در پرونده پزشکی ثبت شده‌اند.

۱-۷ مستندات وجود دارند که نشان می‌دهند پزشک یا سایر کارکنان پزشکی اطمینان یافته‌اند

که بیمار اطلاعات ارائه‌شده را به‌درستی درک نموده‌است.

۲-۷ شواهد مستند نشان می‌دهند که بیمار از تشخیص یا وضعیت خود آگاه شده‌است.

۳-۷ در موارد مربوط به تشخیص بیمار، مستندات آموزش‌ها در ارتباط با آزمایش‌های

تشخیصی، درمان‌ها، داروها و استفاده از هرگونه وسیله پزشکی وجود دارد.

۴-۷ در موارد مربوط به تشخیص بیمار، مستندات آموزش‌ها شامل اطلاعاتی درباره

کاهش خطر، رژیم غذایی، ورزش، قطع سیگار و سایر اقدام‌های مرتبط با سلامت

موجود است.

۵-۷ در موارد مرتبط با تشخیص یا وضعیت بیمار، آموزش شامل معرفی منابع اجتماعی

در دسترس وی (مثل امکاناتی که برای بیماران دیابتی یا آسمی وجود دارد) است.

۶-۷ در موارد مرتبط با تشخیص یا وضعیت بیمار، آموزش شامل کلاس‌های

آموزشی است.



۷-۷ در موارد مرتبط با تشخیص یا وضعیت بیمار، آموزش شامل مداخلات غذایی و دارویی است.

۸-۷ در موارد مرتبط با تشخیص یا وضعیت بیمار، آموزش شامل تغذیه است.

۷-۹ در موارد مرتبط با تشخیص یا وضعیت بیمار، آموزش شامل (توضیحات مربوطه) بازتوانی فیزیکی است.

MR (۸)

تمام دستورات تشخیصی و درمانی با بخش مربوطه تطبیق داده می شود.

۱-۸ خط مشی معینی برای انواع دستورات تلفنی یا شفاهی وجود دارد که باید تأیید و چارچوب زمانی نیز برای تأیید تعیین شود.

MR (۹)

در پرونده پزشکی بیمار بلافاصله پس از انجام اعمال جراحی و پس از هرگونه اقدام درمانی نهایی، یادداشت های جامع و قابل فهم ثبت می شود.

MR (۱۰)

در بیمارستان، خط مشی ای وجود داشته باشد که چه کسی صلاحیت دارد در پرونده پزشکی بیمار نوشته ای ثبت کند.



MR (۱۱)

هر کسی که در پرونده پزشکی بیمار مطلبی می نویسد، مشخصات خود را شامل نام و سمت (پزشک، پرستار و فیزیوتراپیست) ثبت می نماید.

MR (۱۲)

در زمان انتقال بیمار به بیمارستان دیگر، اصل گزارش در پرونده بیمارستان باقی می ماند و رونوشتی از خلاصه گزارش انتقال به وسیله پزشک به همراه بیمار انتقال می یابد.

۱-۱۲ دلیل انتقال بیمار به او توضیح داده شود.

MR (۱۳)

بیمارستان از روش های استاندارد کدبندی برای تشخیص و درمان استفاده کند.

MR (۱۴)

بیمارستان برای بازبینی پرونده پزشکی دارای یک فرایند مشخص است و موارد زیر را شامل می شود:

۱-۱۴ دخالت نمایندگان تمام تخصص های مختلف که در پرونده پزشکی اطلاعاتی

وارد کرده اند.

۲-۱۴ پرونده از جهت مندرجات و کامل بودن محتوا بازبینی شود.

۳-۱۴ یک پرونده به عنوان نمونه بازبینی شود.



پرونده پزشکی بیماران بستری در بیمارستان

MR (۱۵)

بنا به وضعیت بیمار، تاریخچه و معاینات فیزیکی ظرف ۲۴ ساعت یا حتی زودتر، در پرونده بیمار ثبت می‌شود.

MR (۱۶)

شرح حال و معاینه بالینی پیش از انجام هرگونه اقدام جراحی و تهاجمی در پرونده بیمار ثبت می‌شود.

MR (۱۷)

چنانچه تاریخچه بیماری یا معاینه فیزیکی کاملی از فرد ظرف ۳۰ روز اخیر به صورت مکتوب وجود داشته و یک کپی خوانا پیش از پذیرش بیمار تهیه شود، پزشک می‌تواند بیمار را ویزیت کند و نوشته‌های خود را در صورت تغییر داخل پرونده بیمار ثبت نماید.

MR (۱۸)

یک تاریخچه از بیماری و آزمایش‌های بیمار به صورت کامل موجود و شامل موارد زیر باشد:

۱-۱۸ اصل شکایت بیمار؛

۲-۱۸ جزئیات بیماری کنونی؛

۳-۱۸ تاریخچه بیماری گذشته ضمیمه شود:

۱-۳-۱۸ پرونده قبلی یا پذیرش پیشین و سوابق جراحی قابل دسترسی،



۱۸-۳-۲ آلرژی،

۱۸-۳-۳ حساسیت و ناسازگاری دارویی،

۱۸-۳-۴ سوابق داروهای مورد استفاده بیمار؛

۱۸-۴ تاریخچه روانی - اجتماعی بیمار شامل واکنش‌های احساسی، هیجانی، رفتاری و

وضعیت اجتماعی؛

۱۸-۵ تاریخچه فAMILI؛

۱۸-۶ شرح حال و معاینه بالینی کودکان بیمار شامل گزارش‌های کسب‌شده از والدین

یا مدارکی دیگر دال بر وضعیت ایمن‌سازی و واکسیناسیون و چارت رشدونمو

و وزن بنابر سن؛

۱۸-۷ معاینه فیزیکی جامع شامل علائم حیاتی و یافته‌های مهم؛

۱۸-۸ گزارش خلاصه و چکیده‌ای از شرح حال و معاینه پزشکی در زمان پذیرش؛

۱۸-۹ برنامه اولیه درمانی شامل بررسی‌ها و درمان.

MR (۱۹)

گزارش‌های پیشرفت بیماری به وسیله گروه پزشکی با دفعات متناسب با شدت بیماری، وضعیت بیمار و خط‌مشی بیمارستان مکتوب شده‌است.

۱۹-۱ در تمام وضعیت‌های حاد بیماری، گزارش پیشرفت بیماری توسط پزشک حداقل یک‌بار

در روز مکتوب گردیده‌است.



MR (۲۰)

در پرونده پزشکی بیمار، رژیم غذایی برحسب وضعیت بیمار تهیه و ثبت می‌شود.

MR (۲۱)

پرونده بیمار مرخص شده در دوره زمانی ۱۵ روز تکمیل می‌گردد.

MR (۲۲)

بایگانی سوابق بیماران باید شامل یک کپی از خلاصه برگه ترخیص و شامل فهرست زیر باشد:

۱-۲۲ دلیل پذیرش؛

۲-۲۲ یافته‌های مهم شامل بررسی‌های انجام شده؛

۳-۲۲ اقدام‌های انجام شده؛

۴-۲۲ تمام تشخیص‌های گذاشته شده؛

۵-۲۲ درمان‌های دارویی یا سایر درمان‌ها؛

۶-۲۲ وضعیت در هنگام ترخیص؛

۷-۲۲ دستورالعمل‌های پیگیری و دستورات دارویی حین ترخیص.

MR (۲۳)

خط‌مشی‌ای وجود دارد که محل تمام دستورات را در پرونده پزشکی شامل دستورات دارویی تعیین می‌نماید

که باید به‌طور یکسان نوشته یا ثبت شود.



بایگانی پرونده پزشکی بیماران سرپایی

MR (۲۴)

بیمارستان حداقل مستندات پزشکی بیماران سرپایی را به منظور بررسی جامع بیماران جدید تعیین می نماید.

MR (۲۵)

بیمارستان حداقل مستندات پزشکی بیماران سرپایی را به منظور اقدام های پزشکی بیماران سرپایی تعیین می نماید.

MR (۲۶)

بیمارستان حداقل مستندات پزشکی بیماران سرپایی را به منظور ویزیت های مربوط به آسیب ها یا بیماری های
سبک تعیین می نماید.

MR (۲۷)

بیمارستان حداقل مستندات پزشکی بیماران سرپایی را به منظور ویزیت مجدد تعیین می نماید.



کارکنان پزشکی

MD (۱)

بیمارستان مدرکی برای هر یک از کارکنان پزشکی را که حاوی کپی همه مدارک مربوط به گواهی نامه، آموزش، تجارب و تأیید صلاحیت است، نگهداری می کند.

MD (۲)

کارکنان پزشکی براساس خطمشی های بیمارستان که مصوبه هیئت مدیره است، منصوب می شوند و مطابق با نقش و سازمان دهی قانون و مقررات وزارت بهداشت عمل می کنند.

MD (۳)

بیمارستان برای مدیریت کارکنان پزشکی خطمشی می نویسد و هیئت مدیره تصویب می کند.

MD (۴)

کارکنان پزشکی واجد صلاحیت و دندانپزشک و دارندگان دیگر گواهی نامه های تأیید شده قانونی می توانند در بیمارستان به طور مستقل خدمات مراقبتی ارائه دهند.



MD (۵)

تمام اعضای کارکنان پزشکی مهمان می‌توانند مراحل خدمات مراقبت از بیمار را به‌طور مستقل در بیمارستان ارائه دهند.

MD (۶)

تمام کارکنان پزشکی و دیگر کارکنان با طرح پزشک مهمان متناسب با نقش و خط‌مشی‌ها سازماندهی می‌شوند.

MD (۷)

تمام کارکنان ارشد پزشکی در فعالیتهای بهبود کیفیت بخش خود و بیمارستان شرکت می‌کنند.

MD (۸)

تعیین صلاحیت مستمر کارکنان پزشکی برای ارائه خدمات درمانی سالانه یک‌بار بازنگری می‌شود.

MD (۹)

بیمارستان برای تمام کارکنان پزشکی یک برنامه آموزشی مستمر عملکردی دارد.

MD (۱۰)

هر بخش مسئول مشخص دارد.



MD (۱۱)

مسئول بخش دارای صلاحیت و تجربه متناسب با بخش است.

MD (۱۲)

مسئول هر بخش شرح وظایف مکتوب، مانند فعالیت‌های حمایتی بهبود کیفیت و برنامه ایمنی بیمار را با توجه به مسئولیت وی توضیح می‌دهد.

MD (۱۳)

در بیمارستان‌های مشارکت‌کننده در برنامه‌های آموزشی، فارغ‌التحصیلان حرفه‌ای و پزشکان تحت آموزش ضمن مراقبت از بیماران، توسط کارکنان پزشکی واجد صلاحیت تحت نظارت هستند. [منظور نظارت بر ارائه مراقبت‌ها توسط دانشجویان پزشکی، دستیاران و یا افرادی است که مشغول گذراندن دوره‌های بازآموزی هستند.م.]



خدمات پرستاری

NS (۱)

مدیر پرستاری یک پرستار دارای نظام و تأییدیه در زمینه آموزش و تجربیات مدیریتی است.

NS (۲)

مدیر پرستاری عضو تیم رهبری ارشد بیمارستان است.

NS (۳)

مدیر پرستاری در زمینه تعیین استانداردهای اقدامهای پرستاری و نیز اجرای آنها پاسخگو خواهد بود.
این استانداردها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۳ ارزیابی اقدامهای پرستاری ثبت شده؛

۲-۳ تشخیصهای پرستاری و یا تشخیص ثبت شده؛

۳-۳ برنامه مراقبتهای پرستاری ثبت شده؛

۴-۳ ثبت درمانهای پرستاری و ارزیابیهای مجدد؛

۵-۳ ارزشیابی اثربخشی درمان پرستاری.



NS (۴)

مدیر پرستاری حیطة ارزیابی پرستاری را با همکاری مدیریت کادر پزشکی تعیین می‌کند.

حیطة ارزیابی پرستاری که ممکن است برحسب بخش یا نوع بیمار باشد،

نوشته شده است.

پرستاران در پرونده پزشکی بیمار کارهای خودشان را ثبت می‌کنند.

NS (۵)

مدیر پرستاری و دیگر رهبران پرستاری با هیئت مدیره و کادر پزشکی در پیشرفت، بازنگری و اجرای تمام

خطمشی‌ها و اقدام‌های درمانی مربوط به بیمارستان شرکت می‌کنند.

NS (۶)

مدیر پرستاری نیازهای پرسنلی را می‌شناسد و در برنامه‌های استخدام آن‌ها شرکت می‌کند.

NS (۷)

مدیر پرستاری اطمینان‌دارد که جدول نیازهای شغلی برای اعضا، مطابق با حجم کاری کامل گردیده است.

NS (۸)

کار پرستاری که مطابق شرح وظایف و ارزشیابی توانمندی‌های شخصی پرستار است، به وی محول می‌شود.



NS (۹)

پرستاران در کمیته‌های بیمارستان شرکت می‌کنند که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۹ بهبود کیفیت،

۲-۹ کنترل عفونت،

۳-۹ مصرف دارو،

۴-۹ مدارک پزشکی،

۵-۹ ایمنی.

NS (۱۰)

بخش پرستاری خط‌مشی‌ها و روش‌های راهنمای مراقبت پرستاری را اجرایی کند و آن‌ها را گسترش می‌دهد.

این خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۱۰ حوزه ارزیابی پرستاری،

۲-۱۰ کنترل عفونت،

۳-۱۰ بهداشت پایه،

۴-۱۰ ایمنی،

۵-۱۰ مدیریت دارویی،

۶-۱۰ درمان وریدی،

۷-۱۰ مراقبت پوست و حفاظت در برابر زخم‌های فشاری،

۸-۱۰ مدیریت خون و فرآورده‌های خونی.



NS (۱۱)

یک برنامه توجیهی برنامه‌ریزی و ثبت‌شده برای پرستاران تازه‌وارد وجود دارد که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۱۱ خط‌مشی‌ها و روش‌های سازمان؛

۲-۱۱ خط‌مشی‌ها و روش‌های بخش پرستاری؛

۳-۱۱ شرح وظایف شخصی؛

۴-۱۱ برنامه بهبود کیفیت پرستاری؛

۵-۱۱ برنامه بحران و آتش و تعلیم ایمنی؛

۶-۱۱ خط‌مشی‌ها و روش‌های کنترل عفونت.

NS (۱۲)

یک برنامه آموزشی مستمر پرستاری در همه زمینه‌های پرستاری وجود دارد.

NS (۱۳)

شواهد بازنگری آموزش سالانه در زمینه کنترل عفونت و بحران و آتش و ایمنی برای تمام کارکنان وجود دارد.

NS (۱۴)

مراقبت پرستاری یک بخش اساسی از روند مراقبت بیمار است.



NS (۱۵)

همکاری پرستاران با پزشکان و دیگر افراد درگیر در مراقبت بیمار برنامه‌ریزی و ثبت می‌شود.

NS (۱۶)

پرستاران در آموزش به بیمار مانند فرایند ترخیص شرکت می‌کنند.



ارزیابی بیمار

استانداردهای ارزیابی عمومی بیمار

PA (۱)

نیازهای مراقبت بهداشتی - درمانی تمام بیماران با فرایندهای مشخص ارزیابی تعیین می‌گردد.

PA (۲)

ممکن است بیمارستان فرد مشخصی را برای ارزیابی بیماران تعیین نماید.

PA (۳)

هر تخصص حیطة و محتوای تعریف شده با زمان بندی مشخص برای اجرا دارد.

PA (۴)

هر تخصص دفعات ارزیابی را مشخص کرده است.

درد

PA (۵)

در شرایط خاص، هر بیمار از لحاظ درد ارزیابی و درمان شده و برای تعیین اثربخشی درمان مجدداً ارزیابی می‌گردد.



آزمایشگاه

LB (1)

بیمارستان برای خدمات آزمایشگاهی خط‌مشی‌ها و روش‌های مکتوب دارد. این خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل

شامل موارد ذیل هستند:

۱-۱ کتابچه راهنمای خط‌مشی‌ها و روش‌ها برای تمام آزمایش‌ها و تجهیزات؛

۲-۱ زمان‌های گزارش نتایج آزمایش‌ها؛

۳-۱ فرایندهای کنترل کیفی؛

۴-۱ بازدید، سرویس نگهداری، کالیبراسیون و آزمایش تمام تجهیزات؛

۵-۱ مدیریت معرف‌ها شامل دسترسی مناسب، انبار و آزمایش دقت و صحت؛

۶-۱ روش‌های جمع‌آوری، برچسب شناسایی، پردازش و مرتب‌کردن نمونه‌ها و هر اقدام

لازم پیش از رسیدن به آزمایشگاه؛

۷-۱ محدوده‌های نرمال و ارقام تمام آزمایش‌ها؛

۸-۱ برنامه ایمنی آزمایشگاه شامل کنترل عفونت.

LB (۲)

پس از اتمام ساعت کار اداری، یک سوپروایزر واجد صلاحیت برای کنترل عملکردهای آزمایشگاه

حضور دارد.



LB (۳)

رئیس آزمایشگاه حداقل دارای درجه فوق لیسانس در پاتولوژی بالینی است.

LB (۴)

تمام کارکنان آزمایشگاه از جمله تکنیسین‌ها دارای مدرک و مجوز کار هستند.

تمام کارکنان آزمایشگاه و تکنیسین‌ها آموزش دیده و تجربه لازم را داشته و با قوانین

و مقررات و شرح وظایف خود آشنا هستند.

LB (۵)

آزمایشگاه برای رفع نیازهای آزمایش‌های روتین و اورژانسی بیماران پوشش ۲۴ ساعته داشته و برای ارائه

انواع خدمات که توسط بیمارستان و با توجه به وسعت آن پیشنهاد می‌گردد، مناسب است.

LB (۶)

برای آزمایش‌هایی که در این بیمارستان وجود ندارد، خدمات آزمایشگاه مرجع از طریق قرارداد رسمی

یا غیررسمی در دسترس است.

آزمایشگاه مرجع دارای مجوز وزارت بهداشت و معتبر باشد. ۱-۶

LB (۷)

آزمایش‌ها متناسب با وسعت و اهداف بیمارستان ارائه می‌شود.

فهرست مکتوب آزمایش‌ها در دسترس هستند. ۱-۷



LB (۸)

آزمایش‌ها در یک محدوده زمانی قابل قبول گزارش و توسط پزشک آزمایشگاه (در زمانی که نیاز به تفسیر تخصصی دارد) امضای گردد.

LB (۹)

تمام نتایج آزمایشگاه باید مستند و توسط سوپروایزر آزمایشگاه روزانه بازنگری شود.

LB (۱۰)

تمام نتایج و گزارش‌های آزمایشگاهی دارای رفرانس (نرمال) و دامنه تغییر براساس سن و جنسیت است.

LB (۱۱)

گزارش مقادیری که به طور معنی داری غیرطبیعی است، مستندسازی می‌شود که شامل موارد زیر است:

۱-۱۱ نام بیمار؛

۲-۱۱ تاریخ و زمان انجام آزمایش بر روی نمونه؛

۳-۱۱ تاریخ و زمان اعلام نتایج غیرعادی؛

۴-۱۱ فرد دریافت کننده نتیجه.

LB (۱۲)

تمام بافت‌هایی که در عمل جراحی برداشته می‌شود، برای آزمایش‌های پاتولوژیک ارسال می‌گردد. آزمایش



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر

آنها ممکن است در بیمارستان و یا در آزمایشگاه رفرنس انجام شود. ممکن است بیمارستان فهرست مصوبی را از نمونه‌های جراحی مستثنی از این امر (عدم نیاز به آزمایش پاتولوژی) داشته باشد.

LB (۱۳)

تمام آزمایش‌های پاتولوژی به‌طور کامل شامل شرح میکروسکوپی و میکروسکوپی با تشخیص مربوط به هر نمونه گزارش می‌گردد.

LB (۱۴)

خدمات سیتولوژی مطابق روش مکتوب و تحت نظارت پاتولوژیست یا پزشک واجد صلاحیت دیگر انجام می‌شود.

LB (۱۵)

یک برنامه مکتوب برای مواد بهداشتی - شیمیایی وجود دارد که روش‌های ایمنی و پیگیری تمام خطرات مواد شیمیایی مورد استفاده در آزمایشگاه را مشخص می‌کند. این برنامه حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۱۵ مقررات نگهداری؛

۲-۱۵ روش‌های حمل؛

۳-۱۵ الزام استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی؛

۴-۱۵ روش‌های پیگیری مواجهه بیش از حد اتفاقی با مواد خطرناک؛

۵-۱۵ برنامه سالانه، بازنگری و در صورت نیاز به‌روز می‌شود. کارمند جدید دوره توجیهی

را می‌گذرانند و آموزش‌های مداوم انجام می‌شود.



LB (۱۶)

مقررات سفارش مواد شیمیایی و معرف‌ها، مراحل حمل، تعیین خطرات، انتقال و اطلاعاتی درباره کسی که دریافت، نگهداری استفاده و مرتب‌کردن آن‌ها موجود باشد.

رادیولوژی

RD (۱)

بیمارستان دارای خط‌مشی‌ها و روش‌های جاری مکتوب درباره رادیولوژی است که حداقل شامل موارد زیر می‌شود:

۱-۱ برنامه ایمنی در برابر اشعه؛

۲-۱ زمان‌بندی دسترسی به روش‌های تصویرنگاری تشخیصی و نتایج آن‌ها؛

۳-۱ برنامه کنترل کیفی شامل بازدید، نگهداری و کالیبراسیون تمام تجهیزات.

RD (۲)

واحد رادیولوژی تمام پروتکل‌های مصوب وزارت بهداشت را پیگیری و اجرا می‌نماید.

RD (۳)

خدمات رادیولوژی مطابق ضوابط وزارت بهداشت و همچنین، مطابق قوانین و مقررات عملیاتی اداره اجرایی حفاظت در برابر اشعه است.



RD (۴)

فرد یا افراد واجد صلاحیت مسئول اداره خدمات رادیولوژی هستند.

RD (۵)

واحد رادیولوژی توسط رادیولوژیست و تکنیسین‌ها به‌طور ۲۴ ساعته مطابق قوانین و مقررات وزارت بهداشت پوشش داده می‌شود.

RD (۶)

واحد رادیولوژی مواد و تجهیزات کافی برای انجام وظایف خود را مطابق قوانین و مقررات وزارت بهداشت و حیطة خدمات تدارک می‌بیند.

RD (۷)

واحد رادیولوژی فضای کافی مطابق قوانین و مقررات و چشم‌انداز خدمات داشته‌باشد.

RD (۸)

تمام تجهیزات تشخیصی به‌طور منظم بازدید، سرویس و کالیبره‌شده و مدارک آن‌ها به‌طور مناسب نگهداری می‌گردد.

RD (۹)

افراد آموزش‌دیده با مهارت و دوره‌های توجیهی و تجربه کافی آزمون‌ها را انجام و نتایج را تفسیر می‌کنند.



RD (۱۰)

این واحد تکنیک یا روش‌های ویژه‌ای را که باید تحت نظارت پزشک انجام شود، تعیین می‌نماید.

RD (۱۱)

برنامه ایمنی در برابر اشعه پیگیری و مستندسازی می‌گردد.

RD (۱۲)

گزارش یافته‌های برنامه ایمنی در برابر اشعه به موقع انجام می‌گردد.

RD (۱۳)

داروهای مورد نیاز برای درمان اورژانسی برای موارد عوارض و واکنش‌هایی که به وسیله تزریق مواد
حاجب رخ می‌دهد، در اتاق آماده و در دسترس است.

RD (۱۴)

گزارش آزمایش رادیولوژی در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می‌شود.

RD (۱۵)

دو کپی از تمام گزارش‌ها در این واحد نگهداری می‌شود.



RD (۱۶)

واحد، زمان‌بندی تعریف‌شده‌ای برای تفسیر گزارش رادیولوژی دارد. این زمان‌بندی شامل هر دو مورد گزارش‌های اورژانسی و روتین است.

RD (۱۷)

تمام موارد رادیولوژی (ساده و پیچیده) در یک دفتر ثبت می‌شود.

اطلاعات شامل روش و تعداد کلیشه‌های فیلم است. **۱-۱۷**

این واحد اطلاعات مربوط به تعداد فیلم (عکس‌های تکراری) را که به علت عدم **۲-۱۷**

کیفیت فنی نامناسب بوده است، نگهداری می‌نماید.



حقوق بیمار و خانواده

PR (۱)

بیمارستان فهرست مشخصی از اقدام‌ها و درمان‌هایی که نیاز به اخذ رضایت کتبی بیمار یا ولی او دارد، تهیه کرده‌است. این فهرست شامل موارد زیر است:

۱-۱ درمان‌های تهاجمی و جراحی؛

۲-۱ بیهوشی و آرام‌بخشی متوسط تا عمیق؛

۳-۱ استفاده از خون؛

۴-۱ تحقیقات؛

۵-۱ اقدام‌های درمانی پرخطر (حداقل شامل شوک‌درمانی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی و ...).

PR (۲)

بیمارستان برای اخذ رضایت در مواردی که فردی غیر از بیمار می‌تواند اعلام رضایت نماید، از قوانین و مقررات وزارت بهداشت پیروی می‌کند.

۱-۲ در صورتی که از فردی غیر از بیمار رضایت کتبی گرفته‌شود، حتماً باید در پرونده

بیمار درج‌گردد.



PR (۳)

فرم‌های رضایت‌نامه بیمار در تمام مکان‌هایی از بیمارستان که استفاده از آنها لازم باشد، دردسترس است. این مکان‌ها حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۳ تمام ایستگاه‌های پرستاری در بخش‌های بستری؛

۲-۳ تمام مکان‌هایی که در آن‌جا درمان‌های تهاجمی و جراحی (آنژیوگرافی، آندوسکوپی

و ...) صورت می‌گیرد؛

۳-۳ تمام کلینیک‌های سرپایی که در آن‌جا درمان‌هایی صورت می‌گیرد که مطابق فهرست

نیازمند رضایت‌نامه بیمار هستند؛

۴-۳ پرتودرمانی؛

۵-۳ بخش شیمی‌درمانی سرپایی؛

۶-۳ بخش‌های روانپزشکی که در آن‌جا شوک‌درمانی صورت می‌گیرد.

PR (۴)

رضایت آگاهانه برای تمام فرایندهای مرتبط با درمان شامل تحقیقات، در مراحل پیش از اجرای روش‌ها یا شروع تحقیقات گرفته می‌شود. رضایت آگاهانه، نیازمند آگاه‌سازی بیمار از خطرات، محاسن و جایگزین‌های درمان فعلی است. در پرونده پزشکی بیمار امضا یا شواهدی از رضایت موجود است.

PR (۵)

بیمارستان اطمینان پیدامی‌کند که کمیته اخلاق پزشکی تمام پروتکل‌های تحقیقاتی که روی انسان انجام می‌شود را طبق قانون بازنگری و تأیید کرده‌است.



PR (۶)

فرایندی وجود دارد که به بیمار اجازه می‌دهد شکایت‌ها یا پیشنهادهای خود را به صورت شفاهی یا کتبی اعلام نماید. در صورت تمایل بیمار، شکایت‌ها یا پیشنهادهای به صورت بدون نام ارائه می‌شود.

۱-۶ کارکنان مربوطه فرایند (اعلام شکایت یا پیشنهاد) را می‌شناسند و می‌توانند بیمار و

خانواده وی را راهنمایی کنند.

PR (۷)

یک کمیته برای بازنگری و رسیدگی به شکایت‌ها و پیشنهادهای وجود دارد.

۱-۷ این کمیته دارای آیین‌نامه داخلی مشتمل بر موارد زیر است:

۲-۷ بازنگری اطلاعات جمع‌آوری شده مربوط به شکایت‌ها به منظور تشخیص این که آیا

مشکلات پیشین تکرار شده‌اند؛

۳-۷ اقدام به اصلاح مشکلات پیشین و تکراری؛

۴-۷ بازنگری اقدام‌هایی که پیرو شکایات فرد صورت گرفته و این که آیا اقدام‌های مذکور

مناسب و به موقع بوده است.

۵-۷ صورت جلسه‌های کمیته، بیان‌کننده آن است که آیین‌نامه داخلی رعایت شده است.

PR (۸)

بیمارستان آموزش‌هایی را در خصوص رضایت‌مندی بیماران برای کارکنان تدارک دیده است.

۱-۸ تمام کارکنان پزشکی و پرستاری آموزش مذکور را دیده‌اند.

۲-۸ سایر کارکنان نیز آموزش مذکور را دیده‌اند.



PR (۹)

بیمارستان پرسش‌نامه رضایت بیمار را اجرایی نموده‌است.

۱-۹ پرسش‌نامه رضایت بیمار دارای اندازه مناسب است.

۲-۹ اطلاعات جمع‌آوری‌شده از این پرسش‌نامه‌ها حداقل سالی دو بار تجزیه و تحلیل می‌شوند.

PR (۱۰)

منشور حقوق بیمار در دسترس و در معرض دید بیماران قرار دارد.

حقوق بیماران حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۱۰ حق دسترسی معقول و متعارف به درمان؛

۲-۱۰ دریافت خدماتی که اعتقادات و ارزش‌های شخصی بیمار را محترم می‌شمارد؛

۳-۱۰ حق بیمار نسبت به آگاه‌شدن و مشارکت در تصمیم‌های مرتبط با درمان؛

۴-۱۰ حق برخورداری از امنیت، حفظ حریم خصوصی و محفوظماندن اسرار بیمار؛

۵-۱۰ حق درخواست کاهش درد به اندازه کافی؛

۶-۱۰ حق شکایت‌کردن یا پیشنهاددادن بدون ترس از مجازات؛

۷-۱۰ حق دانستن هزینه خدمات و اقدام‌های درمانی؛

۸-۱۰ حقوق تعیین‌شده توسط مقررات و قوانین؛

۹-۱۰ حق این‌که بیمار به روش قابل فهم از حقوق خود آگاه‌شود.



PR (۱۱)

بیمارستان خط‌مشی‌ای روشن بیان‌کنندهٔ مسئولیت‌های بیمارستان در قبال اموال بیماران دارد.

این خط‌مشی‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۱۱ زمانی که بیمارستان مسئولیت این اموال را به‌عهده می‌گیرد و چگونگی حفاظت از آن‌ها؛

۲-۱۱ اطلاعات لازم دربارهٔ مسئولیت‌های بیمارستان برای ارائه به بیماران.

PR (۱۲)

فرم رضایت‌نامهٔ امضاشده یا مستنداتی از رضایت شفاهی بیمار برای مشارکت وی در پروژهٔ تحقیقات، در

پروندهٔ تحقیقات پزشکی موجود است.

۱-۱۲ یک رونوشت از فرم رضایت‌نامهٔ بیمار و یا دیگر مستنداتی از مشارکت وی در پروژهٔ

تحقیقات، در پروندهٔ پزشکی بیمار موجود است.

PR (۱۳)

به مراجعان دربارهٔ خدمات بیمارستان و چگونگی دسترسی به این خدمات، اطلاع‌رسانی مناسب می‌شود.

PR (۱۴)

بیمارستان بیماران و خانوادهٔ آنان را دربارهٔ حقوق و مسئولیت‌های آن‌ها نسبت به عدم پذیرش و یا قطع

درمان، آگاه می‌سازد.

۱-۱۴ یک دستورالعمل مکتوب در این زمینه وجود دارد.



PR (۱۵)

واحد مددکاری اجتماعی توسط افراد واجد صلاحیت و باتجربه و بر مبنای شرح وظایف مشخصی اداره می‌گردد.

بیمارستان دامنه و حیطة خدمات واحد مددکاری و جدول زمانی پیش‌بینی ارائه این **۱-۱۵**

خدمات را به صورت مکتوب مشخص و معین کرده‌است.

PR (۱۶)

خدمات مددکاری با خدمات ارائه شده توسط واحدهای دیگر بیمارستان همبستگی دارد.

PR (۱۷)

واحد مددکاری اجتماعی به ارزیابی نیازهای جامعه و فعالیتهای آموزش سلامت می‌پردازد.



مراقبت بیمار

GC (۱)

تمام مراقبت‌ها برنامه‌ریزی و ثبت می‌گردد.

۱-۱ برنامه مراقبت شامل تمام تخصص‌هایی است که مراقبت را برای بیمار فراهم می‌آورند.

GC (۲)

خط‌مشی‌ها و روش‌هایی برای مراقبت از بیماران ویژه زیر وجود دارد:

۱-۲ بیمارانی که در اغما هستند یا تحت اقدام‌های حمایت‌کننده حیات قرار دارند.

۲-۲ بیمارانی که دیالیز می‌شوند.

۳-۲ بیمارانی که باید محدود شوند.

۴-۲ بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های مسری هستند.

مراقبت‌های جراحی

SC (۱)

تمام موارد منجر به جراحی (غیر از جراحی‌های اورژانس) فقط پس از گرفتن تاریخچه دقیق، معاینه فیزیکی

و آزمایش‌های تشخیصی مناسب که کامل و ثبت در پرونده بیمار است، انجام می‌گیرد.



SC (۲)

تشخیص پیش از جراحی در پرونده پزشکی تمام بیماران ثبت می‌گردد.

SC (۳)

به جز در موارد اورژانسی، لازم است یک رضایت‌نامه آگاهانه از بیمار گرفته و در پرونده پزشکی او ثبت گردد.

SC (۴)

مراقبت پرستاری از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، باید برنامه‌ریزی شده و در پرونده پزشکی

ثبت شود و تحت نظر یک پرستار آموزش دیده انجام گیرد و شامل موارد زیر باشد:

۱-۴ محل مراقبت پس از عمل؛

۲-۴ نوع مراقبت و پایش‌های مورد نیاز؛

۳-۴ مدیریت درد؛

۴-۴ توجیه بیمار درباره دستورات زمان ترخیص (اگر در حال رفتن به خانه است).

SC (۵)

گزارش‌های جراحی در پرونده بیمار پس از عمل فوراً ثبت و حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۵ اقدام‌های انجام شده؛

۲-۵ یافته‌های حین جراحی؛

۳-۵ تشخیص پس از عمل؛



۴-۵ نمونه‌های خارج‌شده حین جراحی؛

۵-۵ نام جراح و متخصص بیهوشی و تمام دستیاران؛

۶-۵ امضای جراح.

SC (۶)

پیش از شروع جراحی، روندی مطمئن برای شناسایی بیمار، درستی اقدام‌های انجام‌شده و تأیید سمتی از بدن بیمار که در برنامه جراحی قرار دارد، موجود است.

SC (۷)

خط‌مشی‌ها و روش‌هایی که ایمنی مناسب بیمار را پیش و طی جراحی تعریف می‌نمایند، وجود دارد و حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۷ تکنیک ضد عفونی؛

۲-۷ استریل و گندزدایی؛

۳-۷ انتخاب نوع پوشش و لباس بیمار؛

۴-۷ شمارش گازها، وسایل و سوزن‌ها.

SC (۸)

تدارکات، تجهیزات و وسایل در دسترس برای انجام جراحی مطابق با فهرست وزارت بهداشت موجود است.



مراقبت حین بیهوشی و آرامبخشی

AN (۱)

مراقبت بیهوشی که شامل آرامبخشی متوسط و عمیق است، برنامه‌ریزی شده و در پرونده بیمار ثبت می‌گردد.

AN (۲)

پیش از القای بیهوشی یا آرامبخشی، یک بررسی به وسیله جراح یا پزشک واجد شرایط انجام می‌گیرد.

۱-۲ بررسی تعیین می‌کند که بیمار یک کاندید مطمئن برای بیهوشی یا آرامبخشی متوسط

یا عمیق است.

۲-۲ بیمار دقیقاً پیش از القای بیهوشی، دوباره به وسیله یک متخصص بیهوشی بررسی می‌شود.

AN (۳)

برنامه طراحی شده با وضعیت بیمار سازگاری داشته و شامل بیهوشی استفاده شده و مدت تجویز است.

AN (۴)

قبل از تجویز هرگونه دارو، پیش از بیهوشی، یک رضایت‌نامه آگاهانه برای بیهوشی لازم است.

AN (۵)

وضعیت فیزیولوژیک هر بیمار به‌طور مداوم طی بیهوشی یا آرامبخشی پایش و نتایج پایش در پرونده

پزشکی روی فرم بیهوشی ثبت می‌گردد. پایش شامل موارد زیر است:

۱-۵ تعداد و ریتم نبض،



۲-۵ فشار خون،

۳-۵ میزان اشباع اکسیژن،

۴-۵ تعداد تنفس.

AN (۶)

پرونده بیهوشی شامل موارد زیر است:

۱-۶ داروهای تجویز شده؛

۲-۶ مایعات تجویز شده؛

۳-۶ خون و محصولات خونی تجویز شده؛

۴-۶ بیهوشی واقعی استفاده شده (اگر متفاوت از برنامه بیهوشی طراحی شده باشد)؛

۵-۶ هرگونه حوادث غیرمعمول یا عوارض بیهوشی؛

۶-۶ وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی؛

۷-۶ زمان شروع و خاتمه بیهوشی.

AN (۷)

بیمار طی دوران نقاهت پس از بیهوشی یا جراحی پایش و نتایج پایش در پرونده پزشکی ثبت می شود.

۱-۷ زمان شروع و پایان بیهوشی ثبت می گردد.



AN (۸)

بیماران در دوره نقاهت بیهوشی یا آرام‌بخشی در محلی نگهداری می‌شوند که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۸ پرستاران آموزش دیده؛

۲-۸ تجهیزات طبق مقررات وزارت بهداشت و حداقل شامل موارد زیر است:

۳-۸ منبع اکسیژن،

۴-۸ توانایی پایش اشباع اکسیژن،

۵-۸ ساکشن،

۶-۸ توانایی پایش فشار خون، نبض، ریتم و تعداد ضربان قلب.

AN (۹)

لازم است متخصص بیهوشی یا پزشک آموزش دیده دیگر درباره ترخیص بیمار از اتاق مراقبت نقاهت

بیهوشی تصمیم بگیرد و این تصمیم باید براساس نتایج ثبت شده پایش دوره نقاهت بیهوشی باشد.

۱-۹ ضروری است متخصص بیهوشی یا یک پزشک آموزش دیده دیگر دستور ترخیص

را امضا نماید.

استفاده از دارو و خدمات دارویی

MU (۱)

فعالیت‌های داروخانه مبتنی بر قوانین و مقررات است.



MU (۲)

بیمارستان حداقل برای موارد زیر خط‌مشی‌ها و روش‌های مکتوب دارد:

۱-۲ دسترسی به دارو در زمان بسته‌بودن داروخانه؛

۲-۲ حفظ ایمنی در تجویز، نسخه‌نویسی، انبار، تحویل و پایش اثرات داروها؛

۳-۲ چه کسی می‌تواند دستور تجویز دارو دهد و چه کسی می‌تواند به بیمار دارو دهد؛

۴-۲ دستورات دارویی در چه بخشی از پرونده پزشکی به‌طور یکسان ثبت‌شود.

MU (۳)

یک متخصص داروساز دارای پروانه، به‌طور شبانه‌روزی در دسترس بوده و مسئول نظارت و سرپرستی بر تمام خدمات مربوط به داروخانه است.

MU (۴)

در داروخانه بیمارستان، به تعداد کافی متخصص داروساز و کارکنان کمکی برای رفع نیازهای بیمارستان وجود دارد.

MU (۵)

متخصصان داروساز فعالانه در تنظیم و پایش خط‌مشی بیمارستان در استفاده از دارو و آنتی‌بیوتیک شرکت می‌نمایند.



MU (۶)

سیستم مطمئنی به‌طور شبانه‌روزی برای دسترسی، ایمنی و امنیت دارویی در موارد اورژانس وجود دارد.

MU (۷)

خط‌مشی‌های مکتوب درباره‌ی چگونگی رعایت قوانین و مقررات در توزیع و کنترل مخدرها وجود دارد.

MU (۸)

متخصصان داروساز فعالانه در برنامه‌ی بهبود کیفیت خدمات داروخانه و استفاده از دارو شرکت می‌نمایند.

MU (۹)

برچسب‌های داروهای تحویل‌شده از داروخانه به بیمار حداقل دارای موارد زیر هستند:

۱-۹ نام بیمار،

۲-۹ نام دارو و قدرت یا غلظت دارو،

۳-۹ تاریخ انقضا،

۴-۹ دستورات مکتوب درباره‌ی نحوه‌ی استفاده از دارو.

MU (۱۰)

به بیماران سرپایی اطلاعات مناسب درباره‌ی داروی تجویز‌شده با زبان و روشی قابل فهم توسط متخصص

داروساز ارائه می‌گردد. این اطلاعات حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۱۰ نحوه‌ی استفاده از دارو؛



۲-۱۰ عوارض جانبی بالقوه مهم دارو؛

۳-۱۰ اهمیت پیگیری دستورات.

MU (۱۱)

متخصص داروساز از برجسبزدن صحیح و دادن اطلاعات لازم به پرستاران و کادر پزشکی درباره استفاده از دارو، نحوه تجویز و عوارض جانبی شامل واکنش‌های بالقوه زیان‌آور برای بیماران بستری، اطمینان حاصل می‌نماید.

MU (۱۲)

بیمارستان سیستم جمع‌آوری سریع دارو را در موارد نیاز(داروهای مرجوعی) دارد.

MU (۱۳)

روش مکتوب معینی برای نسخه‌پیچی و تجویز دارو با رعایت شرایط زیر وجود دارد:

۱-۱۳ دارو به بیمار درست داده می‌شود.

۲-۱۳ داروی درست به بیمار داده می‌شود.

۳-۱۳ دارو به مقادیر درست به بیمار داده می‌شود.

۴-۱۳ دارو به روش صحیح تجویز می‌گردد.

۵-۱۳ دارو در زمان مناسب به بیمار داده می‌شود.



MU (۱۴)

بیمارستان تعریف مکتوبی درباره خطاهای دارو دهی دارد که شامل موارد زیر است:

- ۱-۱۴ دارو به بیمار دیگری داده شده است.
- ۲-۱۴ داروی اشتباه به بیمار داده شده است.
- ۳-۱۴ دارو با مقدار اشتباه داده شده است.
- ۴-۱۴ دارو به روش اشتباه به بیمار داده شده است.
- ۵-۱۴ دارو در زمان اشتباه یا با دُز اشتباه داده شده یا دارویی از قلم افتاده است.
- ۶-۱۴ تمام پرستاران، کارکنان داروخانه و پزشکان توجیه شده اند.

MU (۱۵)

سیستمی برای گزارش خطاهای پزشکی وجود دارد.

- ۱-۱۵ مدیریت بیمارستان یک سیستم بدون تنبیه به منظور فرایند گزارش دهی ایجاد نموده است.
- ۲-۱۵ جمع آوری اطلاعات خطاهای پزشکی و تجزیه و تحلیل آنها به منظور شناسایی راه‌های کاهش شایع‌ترین خطاها انجام می‌گیرد.

MU (۱۶)

فهرست داروهای ضروری بر مبنای نام ژنریک فهرست بندی و درست شده اند.

- ۱-۱۶ فهرست داروهای ضروری شامل همه گروه‌های درمانی است.



- ۲-۱۶ فهرست داروهای ضروری به تمام پزشکان توزیع شده است.
- ۳-۱۶ فهرست داروهای ضروری حداقل سالی یکبار به روز می شود.

مراقبت بیماران در حال مرگ

ELC (۱)

خطمشی هایی برای مدیریت مراقبت بیماران در حال احتضار وجود دارد که حداقل شامل موارد زیر است:

- ۱-۱ درمان علائم، مانند درد؛
- ۲-۱ اگر امکان پذیر باشد، ارائه خدمات در زمینه نیازهای معنوی و روانی، اجتماعی به بیمار و خانواده بیمار.

بانک خون و خدمات انتقال

BB (۱)

بیمارستان خطمشی ها و روش های مکتوب برای خدمات بانک خون دارد که همه خدمات ارائه شده را پوشش می دهد.

BB (۲)

همه کارکنان بانک خون بیمارستان، شامل تکنیسین ها دارای گواهی نامه یا مجوز بوده و واجد آموزش های مهارتی و عملی و تجارب هستند.



BB (۳)

منابع و تجهیزات بانک خون بیمارستان برای انجام وظیفه کافی است.

BB (۴)

خون و فرآورده‌های خونی به میزان تعیین‌شده بیمارستان مطابق با اندازه و نوع خدمات بیمارستان نگهداری می‌شوند.

BB (۵)

مستندات یک واحد خون به‌منظور ردیابی سهل و مطمئن از دریافت تا مرحله نهایی نگهداری می‌شوند.

BB (۶)

آزمایش خون اهداکنندگان برطبق استانداردهای مورد قبول روتین برای غربالگری بیماری‌های منتقله از خون و گروه خونی و Rh انجام می‌گیرد.

BB (۷)

روش‌هایی مکتوب ویژه آزمایش‌های انجام‌شده بانک خون در بیمارستان وجود دارد.

BB (۸)

جابه‌جایی، ذخیره و جمع‌آوری خون و فرآورده‌های خونی با روشی که بیشترین ایمنی و قابلیت زیستی حفظ شود، انجام می‌گیرد.



BB (۹)

خط‌مشی‌های مکتوب برای غربالگری اهداکنندگان خون مطابق معیارهای انتخابی ملی وجود دارد.

BB (۱۰)

همهٔ فرآورده‌های خونی دارای برجستگی با اطلاعات حداقل مانند شمارهٔ شناسایی، نام محصول، شرایط مورد نیاز نگهداری، تاریخ انقضا، تاریخ تولید و نام بانک خون هستند.

BB (۱۱)

سیستم گرم‌کنندهٔ خون پایش می‌گردد تا خون بیشتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد گرم‌نشود.

BB (۱۲)

خون‌های اهداشده به‌جز مواردی که برای تهیهٔ پلاکت‌ها استفاده می‌شوند، در حرارت ۲ تا ۶ درجه سانتی‌گراد نگهداری می‌گردند.

BB (۱۳)

فرآورده‌های پلاسمای منجمد در دمای ۱۸- درجه سانتی‌گراد یا پایین‌تر نگهداری می‌شوند.

BB (۱۴)

یخچال‌ها و فریزرهایی که خون، فرآورده‌های خونی یا مشتقات خون را ذخیره می‌کنند؛ فقط برای نگهداری نمونه‌های اهداکنندگان، نمونه‌های بیمار یا معرف‌های بانک خون استفاده می‌شوند.



BB (۱۵)

یخچال‌ها و فریزرهای مورد استفاده برای نگهداری، یک مانیتور الکتریکی مرکزی یا نمودار ثبت ۲۴ ساعته دارند تا اطمینان حاصل شود که همه خون و محتویات یخچال به‌طور مداوم در دمای مورد قبول نگهداری می‌شوند.

۱-۱۵ اگر ثبت‌کننده خودکار درجه حرارت وجود ندارد، دما حداقل هر ۴ ساعت به‌طور دستی ثبت گردد.

۲-۱۵ درجه حرارت ثبت‌شده روی همه سیستم‌ها حداقل یک‌بار در روز بررسی می‌شود.

BB (۱۶)

جدول‌های ثبت درجه حرارت خودکار و ثبت دستی حداقل موارد زیر را نشان می‌دهند:

۱-۱۶ نام و نشان یخچال و فریزر؛

۲-۱۶ زمان خواندن درجه حرارت؛

۳-۱۶ خط‌مشی‌ای که چگونگی نگهداری خون خارج از بانک خون را پیش از تزریق

نشان می‌دهد؛

۴-۱۶ محدوده درجه حرارت قابل قبول؛

۵-۱۶ مشخصات کارکنان در جدول‌های ورود یا خروج خون یا ثبت دستی درجه حرارت

ثبت گردیده‌است؛

۶-۱۶ هر نوسان درجه حرارت خارج از محدوده قابل قبول؛



۷-۱۶ نام و شماره تماس فردی که باید هنگام بروز خرابی خبرشود؛

۸-۱۶ اقدام‌های انجام‌شده.

BB (۱۷)

روش‌های مکتوبی برای پیگیری وضعیت زمانی که درجه حرارت از محدوده تعیین شده بالاتر باشد، وجود دارد.

۱-۱۷ این دستورالعمل‌ها روی دیوار یا نزدیک یخچال یا فریزر هستند.

BB (۱۸)

یک سیستم هشدار که حداقل یک‌بار در هفته آزمایش می‌شود، وجود دارد.

۱-۱۸ آزمایش‌ها مستند شده‌اند.

BB (۱۹)

روش‌های تعریف‌شده‌ای برای شناسایی مطمئن بیماران پیش از گرفتن نمونه خون برای تعیین گروه خونی

و انجام کراس میچ وجود دارد.

مراقبت اورژانس

EM (۱)

فضای فیزیکی بخش اورژانس حداقل باید موارد زیر را شامل شود:

۱-۱ دسترسی آسان به وسیله آمبولانس، ماشین یا پیاده؛



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر

۲- شناسایی آسان به وسیله نشانه‌های راهنمای درون و خارج از بیمارستان؛

۳-۱ سهولت دسترسی به دیگر خدمات نظیر تصویربرداری؛

۴-۱ ورودی و خروجی جدا از دیگر بخش‌های بیمارستان.

EM (۲)

سازمان از وجود ۲۴ ساعته کارکنان واجد شرایط مطمئن است.

۱-۲ بیمارستان برای نیازسنجی نیروی انسانی اورژانس یک برنامه معین دارد.

EM (۳)

همه کارکنان بخش اورژانس برای CPR، مراقبت اورژانس و استفاده از تجهیزات اورژانس آموزش دیده‌اند.

EM (۴)

پرونده همه بیماران دریافت‌کننده مراقبت اورژانس حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۴ زمان ورود،

۲-۴ نتایج در پایان درمان،

۳-۴ وضعیت بیمار هنگام ترخیص،

۴-۴ دستورالعمل پیگیری مراقبت.



EM (۵)

بیمارستان باید پروتکل‌های مراقبت اورژانس را داشته‌باشد و از آن‌ها استفاده‌نماید. این پروتکل‌ها باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

۱-۵ پایداری و درمان اورژانسی درد قفسه سینه؛

۲-۵ پایداری و درمان اورژانسی شوک؛

۳-۵ پایداری و درمان اورژانسی تروماهای متعدد به بدن؛

۴-۵ علاوه بر این دو دستورالعمل، برای شایع‌ترین تشخیص‌ها یا شکایت‌های موجود؛

۵-۵ پروتکل‌های بالینی باید حداقل هر دو سال بازبینی و با مطالعه متون به‌روز شوند.

EM (۶)

تجهیزات ضروری اورژانس مطابق الزامات قوانین و مقررات وزارت بهداشت در دسترس است و به‌خوبی کار می‌کند.

EM (۷)

فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش برای مراقبت اورژانس باید در دسترس باشد و در تمام ساعت‌ها و همه اورژانس‌ها تأمین شود.

EM (۸)

خدمات تشخیصی پشتیبانی ۲۴ ساعته در دسترس هستند.



EM (۹)

همه بیمارستان‌ها یک آمبولانس یا برنامه‌ای برای خدمات آمبولانس دارند.

EM (۱۰)

بیمارستان اطمینان دارد که خدمات آمبولانس مطابق با الزاماتی است که قوانین و مقررات وزارت بهداشت دارد.

EM (۱۱)

بیمارستان دارای یک برنامه اورژانس برای مقابله با بحران‌های داخلی مانند رسیدن یک یا تعداد بیشتری بیمار با آسیب جدی است. این برنامه باید شامل موارد زیر باشد:

۱-۱۱ فهرستی از اعضای برنامه پاسخ اضطراری شامل پزشکان، پرستاران و تکنیسین

آزمایشگاه و رادیوتراپی به دیوار بخش اورژانس زده شده است؛

۲-۱۱ توانایی تیم برای رسیدن به اورژانس در مدت نیم ساعت؛

۳-۱۱ یک فهرست از مراکز ارجاع وجود دارد؛

۴-۱۱ یک برنامه برای بسیج کارکنان بیمارستان و تقسیم وظایف بین آن‌ها وجود دارد.

EM (۱۲)

بیمارستان برای پاسخ‌گویی به موارد اورژانس احیا در هر کجای بیمارستان که شامل کارکنان پاسخ‌گو در مقابل موارد اورژانس، داروهای حیاتی مورد نیاز اورژانس شامل محل، انواع و امنیت آن‌ها و تجهیزات مورد نیاز است، برنامه و فرایندی دارد.



مراقبت دوستدار کودک

BC (۱)

در بیمارستان‌های دارای بخش کودک و مادر، مراقبت براساس پروتکل‌های بالینی اشاره‌شده در استاندارد ارتقای کیفیت ۱-۳-۶ و ۳-۳-۶ فراهم است.

BC (۲)

راهنماهای بالینی برای حمایت و تشویق تغذیه با شیر مادر مطابق توصیه‌های یونیسف و سازمان بهداشت جهانی وجود دارد.



بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

QI (۱)

بیمارستان یک کمیته بهبود کیفیت و ایمنی بیمار دارد که بهبود کیفیت مراقبت بیمارستان به آن محول شده است.

۱-۱ مدیر بیمارستان ریاست کمیته مذکور را به عهده دارد.

۲-۱ اعضای کمیته بهبود کیفیت و ایمنی بیمار چند تخصصی و شامل افراد ارشد کادر پزشکی

و پرستاری و نمایندگان دیگر واحدها و هماهنگ کننده بهبود کیفیت است.

۳-۱ آیین نامه داخلی کمیته بهبود کیفیت پیگیری های این کمیته را نیز دربر می گیرد.

۱-۳-۱ اطمینان از تشریک مساعی تمام واحدها؛

۲-۳-۱ تعیین اولویت های بهبود کیفیت برای کل بیمارستان؛

۳-۳-۱ اطمینان از انجام تمام اندازه گیری های مورد نیاز؛

۴-۳-۱ بازنگری تحلیل داده های جمع آوری شده شامل فراوانی جمع آوری و تحلیل داده ها؛

۵-۳-۱ به کارگیری اختیار به منظور مداخله مستقیم در پاسخ به موضوعات شناخته شده

ایمنی بیمار و بهبود کیفیت؛

۶-۳-۱ گزارش اطلاعات هم از پایین به بالا (به مدیران) و هم از بالا به پایین (به کارکنان).



QI (۲)

یک هماهنگ‌کننده بهبود کیفیت که نقش هماهنگ کردن فعالیت‌ها را برعهده دارد، موجود است.

۱-۲ هماهنگ‌کننده QI در کمیته‌های مرتبط بیمارستانی دیگر عضو است.

۲-۲ برگه شرح وظایف مکتوب برای هماهنگ‌کننده QI وجود دارد.

QI (۳)

بیمارستان یک برنامه مکتوب بهبود کیفیت و ایمنی بیمار دارد که حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۳ توضیح متدولوژی مورد استفاده؛

۲-۳ تعداد اعضای کمیته بهبود کیفیت و ایمنی بیمار؛

۳-۳ میزان اختیار کمیته؛

۴-۳ شاخص‌های اولویت‌بندی؛

۵-۳ جریان اطلاعات؛

۶-۳ یک برگه از شرح اندازه‌گیری‌های مورد نیاز.

QI (۴)

یک خط‌مشی گزارش‌دهی حوادث وجود دارد که این خط‌مشی سیستم را با روش‌های اجرایی زیر

توصیف می‌نماید:

۱-۴ فهرست حوادث قابل گزارش؛

۲-۴ افراد مسئول برای ارائه گزارش حوادث؛



۳-۴ اتفاقات چگونه، چه وقت و به وسیله چه کسی رسیدگی می‌شوند؟

۴-۴ برنامه اقدام‌های اصلاحی و وظایف محوله.

QI (۵)

آموزش‌های اساسی در خصوص اصول و کار عملی بهبود کیفیت قسمتی از توجیه تمام کارکنان باشد.

QI (۶)

بیمارستان پروتکل‌های خدمات بالینی را به منظور اولویت‌گذاری خدمات بالینی و روش‌های اجرایی ارائه‌شده تدوین نموده، منتشر کرده و مطابقت داده‌است.

۱-۶ دستورالعمل‌های خدمات بالینی براساس متون حرفه‌ای کنونی است.

۲-۶ کارکنان مرتبط آموزش لازم را درباره دستورالعمل‌ها دیده‌اند.

۳-۶ دستورالعمل‌های خدمات بالینی، سه مورد از شایع‌ترین تشخیص‌های هر واحد

بالینی را دربر می‌گیرد.

۴-۶ دستورالعمل‌های خدمات بالینی، سه مورد از شایع‌ترین اقدام‌های درمانی هر واحد

بالینی را دربر می‌گیرد.

۵-۶ دستورالعمل‌های خدمات بالینی، حداقل دو مورد از تشخیص‌های پرخطر و دو مورد

از اقدام‌های پرخطر (در صورت قابل اجرا بودن) را در هر بخش بالینی دربر می‌گیرد.

۶-۶ هر بخش بالینی حداقل سالی یک‌بار یک گایدلاین اضافه خدمات بالینی تدوین و

منتشر می‌نماید.



۶-۷ دستورالعمل‌های کاری حداقل هر دو سال یکبار بازنگری و براساس متون حرفه‌ای

کنونی تجدید نظر می‌شوند.

۶-۸ بیمارستان به‌عنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت، داده‌های مورد قبول گایدلاین‌های

خدمات بالینی را جمع‌آوری، ترکیب و تحلیل می‌نماید.

QI (۷)

بیمارستان آموزش بهبود کیفیت را برای کارکنان خود تأمین می‌نماید.

QI (۸)

بیمارستان مراقبت بالینی خود را به وسیله جمع‌آوری، به هم مرتبط ساختن و تحلیل داده‌های مرتبط

پایش می‌نماید که حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۸ ارزیابی بیمار؛

۲-۸ برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی رادیولوژی و آزمایشگاه؛

۳-۸ روش‌های اجرایی جراحی و تهاجمی؛

۴-۸ کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها، دیگر داروها و خطاهای دارویی؛

۵-۸ کاربرد بیهوشی و آرام‌بخش‌های متوسط و عمیق؛

۶-۸ کاربرد خون و فرآورده‌های خونی؛

۷-۸ مدارک پزشکی شامل محتوا و میزان دسترسی؛



۸-۸ کنترل عفونت؛

۹-۸ تبعیت از قوانین پژوهش‌های بالینی.

QI (۹)

پایش مدیریتی حداقل شامل موارد زیر است:

۱-۹ تدارک مواد مصرفی و داروهای مورد نیاز روزانه عمدتاً مطابق با نیازهای بیمار؛

۲-۹ گزارش‌های درخواستی مطابق با قوانین و مقررات؛

۳-۹ مدیریت خطر؛

۴-۹ مدیریت تأسیسات؛

۵-۹ انتظارات و رضایت‌مندی بیمار و خانواده وی؛

۶-۹ انتظارات و رضایت‌مندی کارکنان؛

۷-۹ دموگرافی، تشخیص بیماری و اقدام‌های صورت گرفته روی بیمار؛

۸-۹ امور مالی؛

۹-۹ موضوعات ایمنی بیمار شناسایی شده.

QI (۱۰)

افراد دارای تجربه، دانش و مهارت مناسب مرتباً داده‌های بیمارستان را جمع‌آوری و تحلیل می‌نمایند.



QI (۱۱)

ارزیابی دقیق رویدادهای غیرمنتظره، روش‌های ناخواسته و رخداد‌های گوناگون اتفاق می‌افتد. جزئیات رویدادهای مهمی که تحلیل خواهند شد به شرح زیر است:

۱-۱۱ مرگ‌ومیرهای غیرمنتظره؛

۲-۱۱ واکنش‌هایی که دربارهٔ ترانسفوزیون خون تأیید شده است؛

۳-۱۱ واکنش‌های مضر دارویی مهم که باعث ضررزدن به بیمار می‌شود؛

۴-۱۱ خطاهای دارویی مهم که باعث ضررزدن به بیمار می‌شود؛

۵-۱۱ رویدادهای مهم بیهوشی که باعث ضررزدن به بیمار می‌شود؛

۶-۱۱ تفاوت‌های مهم بین تشخیص پیش از عمل و پس از عمل شامل یافته‌های پاتولوژی

و جراحی.

QI (۱۲)

داده‌های بیمارستانی تحلیل و به‌وسیلهٔ مدیریت بیمارستان در تصمیم‌گیری‌ها به کار گرفته می‌شوند.

QI (۱۳)

هیئت مدیره، مدیر بیمارستان و رؤسای بخش‌ها به‌طور فعال در برنامه‌ریزی و پایش برنامهٔ بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت دارند.



خدمات پشتیبانی

کاخداری

HK (1)

بیمارستان اقدام‌های استاندارد برای تمیزکردن شامل دستورالعمل کاربرد مواد گندزدا را تهیه کرده‌است.

۱-۱ اقدام‌های مذکور در خط‌مشی‌های تأییدشده کمیته کنترل عفونت شرح داده شده‌است.

۲-۱ خط‌مشی‌ها حداقل شامل موارد زیر هستند:

- ◀ جدول نظافت؛
- ◀ محلول‌های نظافت و گندزدای مورد استفاده در محل‌های مختلف؛
- ◀ خط‌مشی‌های مکان‌های پرخطر؛
- ◀ اقدام‌های نظافت عمومی خاص شامل مکان‌های خاصی که جارو زدن (خشک) در آن مجاز شمرده می‌شود.

HK (2)

تمام کارکنان بخش نظافت با اقدام‌های نظافت آشنا و آموزش عملی تکنیک‌های مناسب را دیده‌اند.

HK (3)

ذخیره کافی (سه ماه) مواد نظیفی مورد تأیید و گندزداها وجود دارد.



HK (۴)

مسئول خدمات اطمینان دارد که متناسب با اندازه بیمارستان و خدمات پیش‌بینی شده‌ای که باید در هر شیفت ارائه شود، تعداد کافی کارکنان نظافت وجود دارد.

خدمات آشپزخانه و تدارک غذا

FS (1)

بخش تغذیه و آشپزخانه براساس قوانین و مقررات جاری اداره می‌شود و هیئت مدیره بیمارستان درباره این قوانین و مقررات آگاه هستند و پیروی از آن را تضمین می‌نمایند.

FS (۲)

خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود شامل حداقل موارد زیر هستند:

- ۱-۲ فهرست کنونی تهیه‌کنندگان قابل قبول وسایل مصرفی و مواد غذایی؛
- ۲-۲ ذخیره مناسب مواد غذایی فاسدشدنی و فاسدنشدنی به انضمام تاریخ انقضای آن‌ها؛
- ۳-۲ استانداردهای رعایت اصول بهداشتی برای تمام کسانی که در جابه‌جایی مواد غذایی نقش دارند؛
- ۴-۲ روش‌های اجرایی شستشو و استریلیزاسیون همه مواردی که در آماده‌سازی غذا به کار گرفته می‌شوند، توسط کمیته کنترل عفونت تصویب می‌شود؛
- ۵-۲ برنامه ایمنی آشپزخانه شامل پیشگیری از آتش‌سوزی و اطفای حریق؛
- ۶-۲ فهرستی از تمام رژیم‌های غذایی خاص در دسترس است؛



۷-۲ برنامه زمان‌بندی و فرایند توزیع غذا به‌منظور اطمینان از توزیع به‌موقع غذا؛

۸-۲ در رابطه با کادر پزشکی و پرستاری، یک خط‌مشی درباره‌ی چگونگی رسیدگی به

غذاهایی که توسط خانواده‌ی بیمار آورده‌می‌شود.

FS (۳)

مدیر بخش تغذیه و آشپزخانه جدول زمان‌بندی کاری دارد که از حضور تعداد کافی کارکنان در هر شیفت به او اطمینان‌می‌دهد.

FS (۴)

تمام کارکنان بخش تغذیه آموزش‌های لازم را دیده‌اند.

خدمات رختشوی‌خانه و لندری

LL (۱)

لندری و رختشوی‌خانه براساس خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی خاصی اداره‌می‌شوند. تمام این خط‌مشی‌ها

توسط کمیته کنترل عفونت تأییدمی‌شوند و حداقل شامل موارد زیر هستند:

۱-۱ جمع‌آوری البسه کثیف؛

۲-۱ روش‌های اجرایی خاص برای جابه‌جایی شامل دسته‌بندی مواد آلوده یا مواد خطرناک

یا مایعات بدن؛

۳-۱ خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شستشوی مواد آلوده؛

۴-۱ شستشوی لوازم مصرفی که به‌وسیله کمیته کنترل عفونت برای استفاده تأیید شده‌است؛



۵-۱ برنامه کنترل کیفیت شامل اندازه‌گیری درجه حرارت آب؛

۶-۱ ذخیره و توزیع البسه تمیز.

LL (۲)

حداقل یک دستگاه لباسشویی تمام خودکار موجود است.

LL (۳)

مواد شوینده به میزان کافی در دسترس است.

LL (۴)

رخت کثیف از رخت تمیز جدامی شود.

LL (۵)

سرپرست بخش لندری از حضور تعداد کافی کارکنان شایسته در هر شیفت اطمینان می‌یابد.

LL (۶)

تمام کارکنان بخش لندری آموزش‌های لازم را دیده‌اند.

LL (۷)

اگر بخش لندری و رختشوی‌خانه از طریق قرارداد با پیمانکار خارج از بیمارستان اداره می‌شود، باید

مستندات الزامات استانداردهای LL (۱) تا LL (۶) توسط پیمانکار رعایت شود.

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی فرانسه

آنچه در اردیبهشت ماه سال ۱۳۷۴ باعث شد که طرح ارتقای نظام درمان بستری در کشور فرانسه آغاز شود، بازنگری نظام ارائه خدمات سلامت بود که مردم به شدت از آن ناراضی بودند. مهم‌ترین دغدغه‌های مردم فرانسه به‌ویژه در خدمات بیمارستانی عبارت بودند از:

- ◆ عدم احساس امنیت در بیمارستان؛
- ◆ عدم اطمینان به ضرورت انجام خدمات پیشنهادشده؛
- ◆ عدم رضایت از نحوه ارائه خدمات؛
- ◆ عدم رضایت از نتیجه ارائه خدمات.

اما مهم‌ترین دغدغه‌های مسئولان اجرایی عبارت بودند از:

- ◆ کنترل اتفاقات ناخواسته در خدمات درمانی؛
- ◆ کنترل هزینه‌های سرکش درمان؛
- ◆ توسعه و ارتقای نیروی انسانی متخصص؛
- ◆ ارتقای کیفیت و نحوه ارائه خدمات درمانی؛



- ◆ ارتقای نحوه نظارت و ارزشیابی پزشکان و مراکز درمانی؛
 - ◆ یکسان‌سازی نحوه ارائه خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی.
- آنچه در این صفحات پیش روی شما قرار دارد، خلاصه‌ای است از مطالعه تحلیلی که درباره پروژه اصلاح نظام سلامت در فرانسه انجام شده است.
- در این مختصر، فقط به استانداردهای مورد انتظار از مراکز درمانی برای اعتباربخشی بیمارستانی اشاره شده است.
- در این طرح، سطح استانداردهای مورد انتظار از مراکز درمانی در ۴ درجه به شرح زیر رتبه‌بندی شده‌اند:
- سطح ۱: ساختار یا عملکرد ناقص است.
 - سطح ۲: ساختار شکل گرفته یا تدوین شده است.
 - سطح ۳: عملکرد براساس مستندات است.
 - سطح ۴: ارزشیابی عملکرد یا بهبود کیفیت به‌طور مستمر انجام می‌گیرد.
- سپس، براساس اولویت به شرح زیر قرار گرفته‌اند:

اولویت‌های الزامی

● در زمینه مدیریت عوامل خطر:

- ◆ یک فهرست سازمانی برای مدیریت خطر تعریف شده است.
- ◆ برنامه مدیریت حوادث ناخواسته وجود دارد.
- ◆ نظام رسیدگی به شکایت‌ها وجود دارد و در خدمت ارتقای ایمنی و بهبود خدمات است.
- ◆ یک شاخص برای پیگیری طول زمان تشکیل پرونده برای بیمار طراحی شده است.



● در زمینه مدیریت خدمات درمانی:

- ◆ فرایند ویژه‌ای برای شناسایی بیمار هنگام انجام اقدام‌های تشخیصی و درمانی تعریف شده‌است.
- ◆ شاخص‌های کشوری عفونت‌های بیمارستانی و مصرف آنتی‌بیوتیک دقیقاً پایش می‌شوند.
- ◆ عوارض جراحی دقیقاً پیگیری می‌شوند.
- ◆ زمان ارائه خدمات اورژانس دقیقاً پایش می‌شود.
- ◆ نحوه تجویز و عوارض داروها دقیقاً پایش می‌شوند.
- ◆ برنامه ارتقای کیفیت بیمارستان و خدمات مرتباً در حوزه مدیریت بیمارستان بازنگری می‌شود.
- ◆ نظام ارزشیابی (چک‌لیست) خدمات پزشکی و پرستاری به‌طور منظم کنترل می‌شود.
- ◆ برنامه ارتقای مداوم آموزش و مهارت‌های کارکنان وجود دارد.

◀ استاندارد ۱: مدیریت منابع انسانی

شاخص ۱-۱ برنامه‌ریزی برای منابع انسانی

- سطح ۱: نیازسنجی مهارت‌ها و تعداد نیروی مورد نیاز برای هر بخش شناسایی و اعلام شده‌است.
- سطح ۲: خط‌مشی بیمارستان برای تضمین کیفیت و ایمنی خدمات، در صورت عدم تأمین نیروی مورد نیاز مشخص شده‌است.
- سطح ۳: کفایت تعداد و مهارت نیروی انسانی شاغل به‌طور منظم ارزیابی و براساس میزان و نوع خدمات اصلاح می‌شود.
- سطح ۴: برنامه معینی برای پیش‌بینی نیاز بیمارستان از نظر تعداد و نوع مهارت‌های کارکنان وجود دارد.



شاخص ۱-۲ توجیه نیروهای جدید

سطح ۱: در هر بخش، کارکنان تازه‌وارد اطلاعات مورد نیاز برای انجام صحیح شرح وظایف خود دریافت می‌کنند.

سطح ۲: یک فرایند ویژه برای توجیه و استقرار نیروهای جدید طراحی شده است.

سطح ۳: برای هر نیروی جدید یک فرایند ویژه تدارک دیده شده است.

سطح ۴: ارزیابی اثربخش (۲ و ۳) در هر بخش به‌طور شفاف انجام می‌شود.

شاخص ۱-۳ ارتقا و مهارت‌ها

سطح ۱: شرایط احراز و مهارت‌های مورد نیاز در هر بخش (به‌ویژه بخش‌های پرخطر) شناسایی شده‌اند.

یک شیوه ارزیابی مهارت کارکنان در هر بخش وجود دارد.

سطح ۲: برنامه‌های آموزشی و ارتقای مهارت‌ها اجرایی شوند.

از سایر روش‌ها نیز برای ارتقای مهارت‌ها استفاده می‌شود (تهیه پروتکل، فرایندنویسی خدمات،

آزمون‌های مهارت‌های عملی و ...).

سطح ۳: یک برنامه آموزشی درازمدت چندساله در جهت فعالیت‌های هر بخش و هماهنگ با برنامه

بیمارستان تهیه شده است. روش‌های شکوفایی توانمندی‌ها طراحی و اجرایی شوند (مانند

نظام تشویق و ...).

سطح ۴: برنامه آموزشی براساس نتایج آزمون‌ها طراحی شده است.

خط‌مشی درازمدت ارتقای مهارت‌ها به‌طور مشخص طراحی شده است.



شاخص ۱-۴ سلامت و ایمنی شغلی

- سطح ۱:** خطرهای شغلی در زمان‌های مشخص ارزیابی و شواهد مستندسازی می‌شوند.
- سطح ۲:** راهکارهای پیشگیری از مخاطرات با همکاری بهداشت محیط و طب کار طراحی و به‌کار گرفته شده‌اند.
- سطح ۳:** اثربخشی برنامه‌ها، براساس گزارش بازرسان طب کار و بهداشت محیط و گزارش‌های حوادث شغلی و اتفاقات ناخواسته ارزیابی می‌شوند.
- سطح ۴:** برنامه پیشگیری از مخاطرات براساس نتایج ارزیابی‌های فوق سالانه بازنگری می‌شود.

شاخص ۱-۵ بهبود شرایط کار و زندگی کارکنان

- سطح ۱:** شرایط محیط کار مرتباً ارزیابی می‌شود.
- سطح ۲:** یک برنامه بهبود شرایط محیط کار با همکاری بهداشت محیط و طب کار طراحی شده‌است.
- سطح ۳:** کیفیت شرایط محیط کار جزء محورهای اصلی برنامه استراتژیک بیمارستان قرار گرفته‌است.
- سطح ۴:** برنامه‌های بهبود شرایط کار اجرایی می‌شوند.

◀ استاندارد ۲: مدیریت منابع مالی

- سطح ۱:** تخصیص اعتبارات به بخش‌ها یک دستورالعمل مکتوب دارد.
- سطح ۲:** تخصیص اعتبارات به بخش‌ها متناسب با نوع فعالیت آن‌ها است.
- سطح ۳:** حسابداری با بخش‌ها، قرارداد مالی (تفاهم‌نامه) منعقد می‌کند که اهداف اقتصادی و هزینه اثربخشی خدمات درمانی در آن لحاظ شده‌اند.

- سطح ۴:** تحلیل مالی استفاده از منابع انجام می‌شود و مبنای تصمیمات آینده قرار می‌گیرد.



◀ استاندارد ۳: انفورماتیک

شاخص ۱-۳ سامانه اطلاعاتی

سطح ۱: نیازهای بیمارستان به ثبت رایانه‌ای برای هر بخش شناسایی شده‌اند و نظام ثبت دستی سازمان یافته‌است.

سطح ۲: نظام انفورماتیک در راستای سیاست‌های راهبردی بیمارستان ترسیم شده‌است.

سطح ۳: بانک داده‌های کامل و روزآمد با قابلیت گزارش‌گیری‌های مدیریتی در اختیار مسئولان بیمارستان است.

سطح ۴: نظام انفورماتیک با هدف ارتقای کیفی پایش می‌شود. مدیریت ثبت مدارک پزشکی و اسناد با هدف ارتقای کیفی مورد ارزیابی و پایش قرار می‌گیرد.

شاخص ۲-۳ امنیت سامانه انفورماتیک

سطح ۱: خط‌مشی حفظ امنیت نظام ثبت اطلاعات وجود دارد.

سطح ۲: ساختار حفظ امنیت مدارک و اطلاعات وجود دارد. خط‌مشی‌ها و روش‌ها تعریف شده و کارکنان با آن‌ها آشنا هستند.

سطح ۳: یک سامانه پشتیبان برای تضمین دسترسی به اطلاعات بخش‌های مهم در صورت خرابی دستگاه‌ها وجود دارد.

سطح ۴: کارایی سامانه پشتیبان اطلاعات مرتباً در سطح بیمارستان ارزیابی می‌شود.



◀ استاندارد ۴: مدیریت زیرساخت‌ها و پشتیبانی

شاخص ۴-۱ امنیت افراد و تجهیزات

- سطح ۱:** شرایطی که ممکن است سلامت افراد یا تجهیزات را به خطر اندازد، شناسایی شده‌اند.
- سطح ۲:** راهکارهای تأمین و حفظ امنیت افراد و تجهیزات (شامل آموزش، توصیه‌ها، وسایل و تأسیسات مورد نیاز) تعریف شده‌اند.
- سطح ۳:** بانک حوادث ناخواسته و شکایت‌های مرتبط با امنیت افراد و تجهیزات، مورد تحلیل قرار می‌گیرند و اقدام‌های مناسب برای آن‌ها انجام می‌شود.
- سطح ۴:** حوزه مدیریت مرتباً سطح تأمین امنیت افراد و تجهیزات را ارزیابی می‌کند.

شاخص ۴-۲ امنیت آتش‌سوزی

- سطح ۱:** توصیه‌های سازمان آتش‌نشانی انجام می‌شوند و مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.
- سطح ۲:** تمام کارکنان آموزش‌های لازم درباره پیشگیری و راه‌های مقابله با آتش‌سوزی را دیده‌اند.
- سطح ۳:** تمرین‌های مقابله با آتش‌سوزی و تخلیه ساختمان انجام می‌شوند.
- سطح ۴:** اشکال‌ها و کمبودها برای پیشگیری و مقابله با آتش‌سوزی شناسایی و تحلیل شده‌اند و برنامه‌های اصلاحی آن‌ها اجرایی شوند.

شاخص ۴-۳ مدیریت تجهیزات و تأسیسات پزشکی

- سطح ۱:** تعمیر اورژانسی خرابی تجهیزات و تأسیسات سازمان یافته و منظم است.
- سطح ۲:** یک برنامه سرویس و مراقبت‌های دوره‌ای تجهیزات طبی، برای نگهداری پیشگیرانه از وسایل اجرایی گردد.



سطح ۳: برنامه‌ی مراقبت و نگهداری پیشگیرانه‌ی وسایل و تجهیزات با توجه به طبقه‌بندی آن‌ها، براساس اهمیت تنظیم می‌شود.

سطح ۴: برنامه‌های مراقبت و نگهداری پیشگیرانه، هر ساله به منظور ارتقا و افزایش کارایی و دسترسی و ایمنی تجهیزات و تأسیسات طبی، بازرنگری، ارزیابی و بازنویسی می‌شوند.

در صورتی که برنامه‌ی بازسازی، نوسازی، ایمن‌سازی، مقاوم‌سازی یا تعمیر ساختمانی در کار باشد، آخرین استانداردهای سازمان نظام مهندسی و سازمان حفاظت محیط زیست و بهداشت محیط مدنظر قرار می‌گیرند.

شاخص ۴-۴ کیفیت و امنیت غذایی

سطح ۱: یک برنامه‌ی HACCP مختص بخش تغذیه در بیمارستان مستقر است.

سطح ۲: نتایج آزمایش‌های دامپزشکی ثبت و تحلیل شده و مبنای برنامه‌ریزی قرار می‌گیرند.

سطح ۳: ذائقه، سلیقه و انتظارات بیماران از لحظه‌ی ورود، مورد پرسش و مبنای عمل قرار می‌گیرند.

سطح ۴: رضایت‌سنجی بیماران به‌طور منظم انجام می‌شود و برای موارد عدم رضایت، برنامه‌های اصلاحی طراحی و اجرا می‌شوند.

شاخص ۵-۴ مدیریت لنز

سطح ۱: برنامه‌ی تأمین و توزیع لنز، براساس نیاز بخش‌های مختلف سازمان‌دهی شده و مسئولیت افراد مشخص است.

سطح ۲: تأمین لنز به اندازه‌ی نیاز هر بخش است.

سطح ۳: برنامه‌ی کنترل نحوه‌ی جمع‌آوری، ضدعفونی و بسته‌بندی لنز به‌خوبی مراقبت می‌شود.



سطح ۴: رضایت بخش‌ها از نحوه عملکرد لثر به‌طور منظم ارزیابی و نواقص و شکایات‌ها مرتباً اصلاح و بازنگری می‌شوند.

شاخص ۴-۶ نقلیه

سطح ۱: برای جابه‌جایی بیماران برنامه‌ریزی نقلیه وجود دارد.

سطح ۲: با شرایط موجود، ایمنی و بهداشت بیماران هنگام حمل و نقل رعایت می‌شود.

سطح ۳: هنگام حمل و نقل، احترام و کرامت شخصی و همچنین، آسایش و حریم خصوصی بیماران حفظ می‌شود.

سطح ۴: رضایت‌سنجی بیماران مرتباً انجام می‌شود و شکایات‌ها و نواقص جمع‌آوری و تحلیل شده و برنامه اصلاحی برای آنها تنظیم و اجرا می‌گردد.

استاندارد ۵: سلامت و ایمنی محیط

شاخص ۱-۵ مدیریت آب

سطح ۱: خطر آلودگی عفونی، تحت کنترل است و با فعالیت‌های نگهداری و مراقبت شبکه تأمین و توزیع آب، انجام می‌شود.

سطح ۲: کارکنان درباره مدیریت آب، آموزش دیده و توجیه هستند.

سطح ۳: برنامه کنترل مصرف آب وجود دارد.

سطح ۴: ابزار مناسب برای صرفه‌جویی در مصرف آب و مراقبت فاضلاب وجود دارد.



شاخص ۲-۵ مدیریت هوا

- سطح ۱: کیفیت هوا با هماهنگی سازمان حفاظت محیط زیست، سنجش و مراقبت می شود.
- سطح ۲: برای منابع آلودگی هوا یک برنامه مطالعه و پاسخ وجود دارد.
- سطح ۳: یک خطمشی برای کاهش تولید آلوده کننده های هوا طراحی شده است.
- سطح ۴: یک برنامه عملیاتی برای کاهش تولید گازهای گلخانه ای در دست اجرا است.

شاخص ۳-۵ مدیریت انرژی

- سطح ۱: فعالیت هایی برای نگهداری و مراقبت تأسیسات مرتبط با انرژی وجود دارند.
- سطح ۲: درباره موضوع مدیریت انرژی یک کمیته کاری وجود دارد.
- سطح ۳: یک برنامه صرفه جویی انرژی وجود دارد (برای تأسیسات، وسایل حمل و نقل، ساختمان ها و ...).
- سطح ۴: کمیته صرفه جویی انرژی، استفاده از انرژی های جدید را بررسی می کند (برای تأسیسات، حمل و نقل و ...).

شاخص ۴-۵ مدیریت اماکن و اموال

- سطح ۱: وسایل و مواد لازم برای تأمین بهداشت اماکن و دستورالعمل های بهداشتی تأمین شده است.
 - سطح ۲: آموزش و حساس سازی (به ویژه خطر استفاده نابه جا از مواد تمیزکننده) کارکنان انجام می شود.
 - سطح ۳: روش های (دستورالعمل های) بهداشت اماکن طبق برنامه اجرایی شوند.
- سیاست خرید هزینه - اثربخش در ارتباط با اجرای برنامه های بهداشت محیط پیاده می شود.
- سطح ۴: ارزشیابی های دوره ای منظم انجام می شود (مواد مورد استفاده کم ترین آثار سوء زیست محیطی و سلامتی را دارند).



شاخص ۵-۵ مدیریت پسماندها

سطح ۱: جمع‌آوری و دفع زباله‌ها به‌طور منظم انجام می‌شود و اقدام‌های ایمنی کارکنان برای جمع‌آوری و دفع پسماندها رعایت می‌شود.

سطح ۲: کارکنان درباره روش‌ها و دستورالعمل‌های دفع پسماندها آموزش لازم را دیده‌اند.

سطح ۳: نواقص موجود در سیستم جمع‌آوری و دفع پسماندها شناسایی و تحلیل می‌شوند.

سطح ۴: براساس تحلیل نواقص موجود، اقدام‌های اصلاحی به‌منظور کاهش تولید پسماندها انجام می‌شوند.

توافق‌نامه‌ی دوستدار محیط زیست با شرکت‌های تولیدکننده و تأمین‌کننده مواد مصرفی بهداشتی بیمارستان،

منعقد شده‌است.

مدیریت کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های درمان

استاندارد ۶: برنامه جامع مدیریت ریسک و مدیریت کیفیت

شاخص ۱-۶ برنامه بهبود کیفیت و مدیریت ریسک

سطح ۱: فعالیت‌های بهبود کیفیت و ارتقای ایمنی با دقت اجرایی می‌شود.

سطح ۲: کمیته مشترک بهبود کیفیت و مدیریت ریسک در بیمارستان، برنامه جامع سالانه را ارائه کرده‌است.

این برنامه مبتنی بر نتایج انطباق عملکردها با استانداردها و تحلیل و شناسایی نواقص و ریسک‌های

بزرگ و شایع طراحی شده‌است.

این برنامه در اختیار رئیس و هیئت مدیره بیمارستان قرار گرفته‌است.



سطح ۳: هر بخش برنامه بهبود کیفیت و مدیریت ریسک را اجرایی کند.

اقدام‌های مدیریت ریسک بیمارستان و پزشکان با استانداردهای اعتباربخشی هم‌سو هستند.

سطح ۴: برنامه‌ها سالانه ارزیابی می‌شوند و برنامه‌های اصلاحی طراحی شده و در اختیار بخش‌ها قرار می‌گیرند.

شاخص ۶-۲ الزامات قانونی

سطح ۱: نتایج بازرسی‌ها و ارزیابی‌های قانونی تحلیل شده و مورد استفاده و عمل قرار می‌گیرند.

سطح ۲: اقدام‌های مبتنی بر نتایج برای پیگیری موارد عدم انطباق، در بازرسی‌های داخلی و خارجی در

اولویت برنامه‌ها قرار دارند.

سطح ۳: نتایج بازرسی‌ها و ارزیابی‌های قانونی به‌طور نظام‌یافته به بخش‌ها و کارکنان مربوطه منعکس می‌شوند.

سطح ۴: یک نظام ارزیابی و مراقبت قانونی توسط یک مسئول معین مستقر می‌شود. انتظارات جدید و

اطلاعی‌های مرتبط به هر بخش و برنامه‌های اصلاحی ابلاغ و اجرا می‌شوند.

شاخص ۶-۳ ارزیابی خطرات احتمالی و انجام اقدام‌های پیشگیرانه

سطح ۱: در بعضی قسمت‌ها ارزیابی ریسک انجام شده و اقدام‌های پیشگیرانه طراحی شده‌اند.

سطح ۲: ارزیابی مخاطرات در تمام بخش‌ها با یک روش مشخص انجام می‌شود.

اقدام‌های پیشگیرانه، کاهنده و جبرانی برای بخش‌های پرخطر تعریف شده‌اند.

سطح ۳: کمیته مشترک بهبود کیفیت و مدیریت ریسک، اقدام‌های پیشگیرانه، کاهنده و جبرانی فوق را

برای بخش‌های پرخطر پیگیری می‌کند.

سطح ۴: کمیته مشترک درستی تحلیل مخاطرات و کارایی برنامه‌های فوق را ارزیابی و پایش می‌کند.



شاخص ۶-۴ مدیریت بحران

تعریف بحران: هر موقعیتی که سازمان یا عده‌ای از افراد را در معرض خطر جدی قرار دهد.

سطح ۱: یک کمیته مدیریت بحران وجود دارد (که در آن اعضا، وظایف و امکانات مناسب وجود دارند).

سطح ۲: روش اعلام خطر در وضعیت‌های بحرانی اورژانس و برنامه‌های مقابله با آنها تعریف شده و شفاف هستند.

سطح ۳: مانور مدیریت بحران (دور میزی و عملیاتی) اجرامی شود.

سطح ۴: تحلیل نواقص و تجربه‌های مانورها یا موقعیت‌های بحرانی واقعی، انجام گرفته و تجربه‌های به دست آمده، جمع‌آوری شده و برای بهبود برنامه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

شاخص ۶-۵ مدیریت کنترل عفونت (مصرف آنتی‌بیوتیک)

سطح ۱: خط‌مشی سازمان‌دهی و تجهیزات مناسب برای کنترل خطر عفونت (مصرف آنتی‌بیوتیک) وجود دارد.

سطح ۱: برنامه پایش و مراقبت برای پیشگیری از خطر عفونت و مصرف آنتی‌بیوتیک وجود دارد و اجرامی شود.

سطح ۱: نتایج حاصل از پایش و اقدام‌های انجام‌شده، جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند و در اختیار مقامات و متخصصان ذی‌صلاح قرار می‌گیرند.

سطح ۱: شاخص‌های کنترل عفونت و مصرف آنتی‌بیوتیک، مانند سایر شاخص‌های مدیریت کیفیت و در مقایسه با شاخص‌های محلی، منطقه‌ای و کشوری ارزیابی و برای اصلاح آنها برنامه‌ریزی می‌شوند.



شاخص ۶-۶ برنامه هشدارهای بهداشتی و ثبت گزارش اتفاقات ناخواسته و عفونت‌های بیمارستانی

سطح ۱: برنامه واکنش به اخطارهای بهداشتی وزارتخانه، گزارش بیماری‌ها و وضعیت‌های بهداشتی

دارای دستورالعمل اعلام اجباری به صورت شبانه‌روزی وجود دارد (تمام روزهای سال، برنامه ثبت،

گزارش، تصمیم‌گیری، تحلیل، اطلاع‌رسانی و ...) و همه افراد ذی‌ربط با آن‌ها آشنایی کامل دارند.

سطح ۱: در برنامه مدیریت ریسک بیمارستان یک بحث مستقل درباره برنامه هماهنگی و پیگیری

عفونت‌های بیمارستانی وجود دارد و اجرایی شود.

سطح ۲: هماهنگی با مرکز بهداشت شهرستان، استان، مدیریت بیماری‌ها و سیاست‌های ملی کنترل

عفونت‌های بیمارستانی وجود دارد.

سطح ۳: کارایی برنامه‌ها، هماهنگی‌ها و گزارش‌ها ارزیابی می‌شود.

برنامه و امکانات گزارش اتفاقات ناخواسته وجود دارد و در چارچوب ارتقای مستمر کیفیت

بیمارستان قرار دارد.

شاخص ۷-۶ مدیریت ریسک‌های تزریق خون

سطح ۱: برنامه هشدار و اطلاع‌رسانی مخاطرات تزریق فرآورده‌های خونی وجود دارد و در چارچوب

برنامه مدیریت ریسک بیمارستان قرار می‌گیرد.

سطح ۲: تمام فعالیت‌های مرتبط با انتقال خون و فرآورده‌های خونی در یک تابلوی نمایشگر، قابل

رصد هستند (شامل حوادث اعلام‌شده، سطح فرآورده‌های قابل اندازه‌گیری، مشخصات بیماران

دریافت‌کننده، کیسه‌های معدوم‌شده و یا عودت داده‌شده برای استفاده مجدد و ...).



سطح ۳: موارد عدم انطباق فرآورده‌های خونی با مبانی استاندارد، شناسایی و ثبت شده و با همکاری مبدأ تولیدکننده آن مدیریت می‌شوند.

سطح ۴: مدیریت صحت مصرف خون و فرآورده‌های خونی، انجام و نتایج عملیات و اقدام‌ها ارزیابی و تحلیل می‌شوند.

شاخص ۶-۸ مدیریت تجهیزات پزشکی

سطح ۱: فهرست تجهیزات پزشکی موجود و دفترچه راهنمای استفاده آن‌ها در اختیار کارکنان است. (در صورت نیاز) برنامه تعمیر اورژانسی تجهیزات پزشکی وجود دارد و اجرایی شود.

سطح ۲: برای تجهیزات پزشکی مهم، برنامه مراقبت پیشگیرانه وجود دارد.

سطح ۳: برای تجهیزات پزشکی مهم، یک نظام مدیریت و پیگیری منظم وجود داشته و مسئول این واحد ابلاغ مکتوب دارد.

سطح ۴: یک برنامه مدیریت جامع برای اداره تجهیزات پزشکی بیمارستان وجود دارد که شامل برنامه جایگزینی تجهیزات و پیگیری و بررسی نیز است.

استاندارد ۷: نظام پایش و ارزشیابی

شاخص ۷-۱ نظام رسیدگی به شکایت‌ها و انتقادات

سطح ۱: درباره حق شکایت و اعلام نارضایتی و مسئولیت دفتر رسیدگی به شکایت‌ها به مراجعان اطلاع‌رسانی شده‌است. به هر شکایت یا انتقاد کتبی پاسخ داده می‌شود. همه شکایت‌ها و انتقادات در دفتر رسیدگی به شکایت‌ها جمع‌آوری می‌شوند.



سطح ۲: دستورالعمل کتبی برای نحوه رسیدگی به شکایت‌ها و انتقادها وجود دارد.

درباره هر شکایت و انتقاد، اقدام اصلاحی موردی صورت می‌گیرد.

در گزارش سالانه دفتر رسیدگی به شکایت‌ها، گزارش موارد انتقاد و شکایت ارائه می‌شود.

سطح ۳: گزارش کمی و کیفی از تحلیل عملکرد دفتر رسیدگی به شکایت‌ها تنظیم می‌شود و به اطلاع

کارکنان و مسئولان می‌رسد. یک برنامه آموزشی برای نحوه مداخله در شکایت‌ها و نحوه

رسیدگی به آن‌ها اجرایی می‌شود.

سطح ۴: استفاده از گزارش تحلیلی شکایت‌ها و انتقادها برای برنامه بهبود کیفیت (به ویژه در بخش‌های

پذیرش و مراقبت) انجام می‌شود.

اقدام‌های اصلاحی و پیگیری شکایت به اطلاع شاکی می‌رسد و این اطلاع‌رسانی قابل رصد است.

شاخص ۷-۲ ارزیابی رضایت مشتری

سطح ۱: رضایت مراجعان ارزیابی می‌شود.

سطح ۲: نتایج رضایت‌سنجی مراجعان به اطلاع بخش‌ها و مسئولان رسانده می‌شود. اقدام‌های اصلاحی

در سطح بخش‌ها انجام می‌شود.

سطح ۳: اقدام‌های اصلاحی پیگیری و ارزیابی می‌شوند.

سطح ۴: براساس نتایج این ارزیابی‌ها، خط‌مشی و برنامه‌های بهبود کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

بازنگری و اصلاح می‌شوند.



شاخص ۷-۳ ثبت و مدیریت اتفاقات ناخواسته

- سطح ۱:** هر اتفاق ناخواسته‌ای که گزارش شود، علت‌یابی شده و اقدام‌های اصلاحی انجام می‌گیرد.
- سطح ۲:** اقدام‌های حمایتی که در صورت اعلام و علت‌یابی هر اتفاق ناخواسته و با در نظر گرفتن سلسله مراتب مسئولیت افراد، برای آنان پیش‌بینی شده‌است، به اطلاع کارکنان رسیده و برای برخورداری از آن آگاهی کافی دارند.
- سطح ۳:** ارزیابی و تحلیل عمیق علل اتفاقات ناخواسته، مهم و خطرناک در سطوح بخشی و بیمارستانی انجام می‌گیرد.
- سطح ۴:** علت‌های حوادث مهمی که تکرار می‌شوند، شناسایی و در سطح بیمارستان بررسی می‌شوند و اقدام‌های اصلاحی صورت گرفته نیز ارزیابی می‌شوند.

استاندارد ۸: استفاده از شاخص‌های کیفیت خدمات و ایمنی بیماران در برنامه بهبود کیفیت

◀ جمع‌آوری ثبت و تحلیل شاخص‌های کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

- سطح ۱:** نتایج شاخص‌هایی که قابل تعمیم باشند، به همه بخش‌های مرتبط ارسال می‌شود.
- سطح ۲:** براساس اولویت‌های ملی، منطقه‌ای یا سازمانی، شاخص‌های تکمیلی جدیدی در جهت بهبود عملکرد تعریف و جمع‌آوری می‌شوند.
- سطح ۳:** تحلیل و مقایسه داده‌ها بین بخش‌ها و بین مراکز درمانی مشابه انجام می‌شود. اقدام‌های اصلاحی مناسب براساس نتایج تحلیل‌ها انجام می‌شود.
- سطح ۴:** شاخص‌ها در راستای خط‌مشی و پیش‌برد اهداف بهبود کیفیت و اولویت‌های بیمارستان هستند.



استاندارد ۹: حقوق بیمار و برخورد مناسب

شاخص ۱-۹ برخورد شایسته با بیمار و همراهان

- سطح ۱:** اقدام‌های تبلیغی و فرهنگ‌سازی برای تشویق کارکنان به خوش‌رفتاری انجام می‌شود.
- سطح ۲:** در بعضی از بخش‌ها، اقدام‌های مناسب برای بهبود رفتار و برخورد کارکنان با مراجعان آورده شده‌است.
- سطح ۳:** خوش‌رفتاری با مراجعان، جزئی از خط‌مشی و برنامه‌های تمام بخش‌های بیمارستان است.
- سطح ۴:** اقدام‌های بهبود رفتار و برخورد کارکنان با مراجعان، پیگیری و با همکاری نمایندگان مردم ارزیابی می‌شوند.

شاخص ۲-۹ پیشگیری از سوء رفتار (بدرفتاری با مراجعان)

- سطح ۱:** اقدام‌های تبلیغی و فرهنگ‌سازی، برای جلوگیری از بدرفتاری با مراجعان برای کارکنان انجام می‌شود. روش اطلاع و گزارش موارد بدرفتاری مشخص است.
- سطح ۲:** ابراز عقیده بیماران و همراهان آن‌ها تسهیل می‌شود.
- وضعیت مکان، موقعیت و شرایط، ریسک و عوامل بدرفتاری عمدی یا غیرعمدی ارزیابی می‌شوند.
- سطح ۳:** برنامه پیشگیری از بروز بدرفتاری با بیماران وجود دارد.
- سطح ۴:** یک کمیته چندجانبه برای پیشگیری از سوء رفتار با مراجعان ایجاد شده و فعال است.

شاخص ۳-۹ احترام به شخصیت و حریم شخصی و خصوصی بیمار

- سطح ۱:** مراقبت و خدمات بیمار (به‌ویژه نیازهای ابتدایی نظیر قضای حاجت) با رعایت احترام به شخصیت و حریم خصوصی بیمار انجام می‌شوند.



سطح ۲: در تنظیم برنامه خدمات و مراقبت‌های بیماران (به‌ویژه ساعت و نوبت آن‌ها)، انتظارات بیماران در نظر گرفته می‌شود.

سطح ۳: رعایت احترام به شخصیت و حریم خصوصی بیماران ارزیابی و برای بهبود آن اقدام می‌شود.

سطح ۴: برنامه‌های کاری بخش‌ها، ابعاد حریم خصوصی و احترام به شخصیت بیماران را دربر می‌گیرد.

شاخص ۹-۴ رعایت محرمانه‌بودن اطلاعات بیمار

سطح ۱: حضور بیمار در بیمارستان افشانی می‌شود. مکان و شرایط معاینه و شرح حال‌گیری، امکان محرمانه‌بودن اطلاعات را فراهم می‌کند.

سطح ۲: فرهنگ‌سازی برای حفظ اسرار بیمار، برای کارکنان انجام شده است. روش انتقال اطلاعات مربوط به بیمار تعریف شده است.

سطح ۳: میزان رعایت اسرار بیمار ارزیابی می‌شود.

سطح ۴: اقدام‌های اصلاحی برای بهبود رعایت اسرار بیمار اجرایی شوند.

شاخص ۹-۵ پذیرش و راهنمای همراهان

سطح ۱: ورود به بخش‌های بیمارستان برای همراهان بیمار تسهیل شده است (ساعت‌های مناسب ملاقات و ...).

با رعایت مقررات، اطلاع‌رسانی کافی و مناسب برای همراهان انجام می‌شود. برای اقامت دائم والدین

در کنار کودکان بستری خود، برنامه‌ریزی شده است.

سطح ۲: از همراهان بیمار به‌عنوان یک شخصیت مستقل پذیرایی می‌شود.



سطح ۳: در برخی شرایط همراهان بیمار مورد حمایت‌های ویژه قرار می‌گیرند.

سطح ۴: خط‌مشی و برنامه‌های پذیرش و راهنمای همراهان، با همکاری دفتر رسیدگی به شکایت‌های مردمی تنظیم می‌شود.

شاخص ۶-۹ آزادی رفت‌وآمد

سطح ۱: محدودیت‌های آزادی بیماران به‌ویژه درباره رفت‌وآمد، براساس تجویز کتبی پزشک برای مدت معینی است و مرتباً بازنگری می‌شود (شامل ایزوله کردن، بستن، محدودیت تماس، محدودیت ملاقات، گرفتن لوازم شخصی و ...).

سطح ۲: کارکنان درباره شناسایی و مدیریت موارد و شرایطی که محدودیت رفت‌وآمد بیمار را ایجاد می‌کند، آموزش دیده‌اند.

سطح ۳: رعایت آزادی‌های بیمار و اعمال محدودیت برای بیماران با همکاری دفتر رسیدگی به شکایت‌های مردمی، کمیته اخلاق پزشکی، کمیته درمان و کمیته آموزش مورد ارزیابی مداوم قرار می‌گیرد.

سطح ۴: اقدام‌های جایگزین، به‌جای ایجاد محدودیت رفت‌وآمد یا ایزوله و حبس کردن بیمار، طراحی می‌شوند.

استاندارد ۱۰: اطلاع‌رسانی مشارکت و رضایت بیمار

شاخص ۱-۱۰ اطلاع بیمار از وضعیت سلامت و برنامه‌های درمانی پیشنهادی برای او

سطح ۱: بیمار در جریان وضعیت سلامت و برنامه درمانی خود قرار دارد و در صورت تمایل، یک نفر را به‌عنوان معتمد خود معرفی می‌کند.



سطح ۲: درباره تشخیص‌های مهم و خطرناک یا وخامت حال بیمار و براساس نوع بستری شدن بیمار، یک رویه و دستورالعمل مشخص برای اطلاع‌رسانی به وی (یا معتمد او) وجود دارد.
اطلاعات ارائه‌شده به بیمار درباره وضعیت سلامت و برنامه‌های درمانی پیشنهادشده برای او، در پرونده ثبت و قابل رصد هستند.

سطح ۳: برای درخواست اطلاعات تکمیلی بیماران و یا منابع اطلاعاتی مختلف تسهیلات ایجاد شده‌است.
سطح ۴: برنامه نحوه اطلاع‌رسانی به بیماران و میزان رضایت بیماران از این برنامه پایش و ارزیابی می‌شود.

شاخص ۱۰-۲ مشارکت و رضایت بیمار

سطح ۱: گرفتن رضایت برای انجام یا عدم انجام درمان، به صورت مکتوب انجام می‌شود. برای مواردی که اخذ رضایت کتبی بیمار ضروری است، برنامه مشخصی وجود دارد.
سطح ۲: برای طراحی و اجرای برنامه درمانی با مشارکت بیمار (یا در صورت نیاز همراهان او)، تسهیلات ایجاد می‌شود. اقدام‌های لازم برای بستری بدون رضایت بیمار در صورت عدم همکاری و قبول درمان انجام می‌شود.

سطح ۳: روند اخذ رضایت و مشارکت بیماران ارزیابی می‌شود.

سطح ۴: زمینه اجرای برنامه درمان مشارکتی (با بیمار و تیم درمان) فراهم شده‌است.

شاخص ۱۰-۳ اطلاع‌رسانی به بیمار در صورت اتفاق ناخواسته مهم یا خطرناک

سطح ۱: یک برنامه مشخص برای اطلاع‌رسانی اتفاقات ناخواسته مهم یا خطرناک، حین بستری یا پس از ترخیص بیمار وجود دارد.



سطح ۲: ضمن فرهنگ‌سازی، یک تیم ویژه برای بیان مناسب اتفاقات ناخواسته به بیمار و همراهان او ایجاد شده‌است.

سطح ۳: روند اطلاع‌رسانی اتفاقات ناخواسته به بیماران ارزیابی می‌شود.

سطح ۴: اقدام‌های مناسب برای جلوگیری از تکرار اتفاقات ناخواسته انجام می‌شود و به اطلاع همه کارکنان می‌رسد.

◀ استاندارد ۱۱: کنترل درد بیمار

سطح ۱: خط‌مشی و برنامه مشخص برای کنترل درد (جسمی و روحی) بیماران وجود دارد و به بیمار اطلاع‌رسانی کافی برای کنترل درد می‌شود.

سطح ۲: یک شاخص برای ارزیابی و کشف میزان درد بیمار تعریف شده‌است.

سطح ۳: کیفیت و کارایی برنامه کنترل درد، ارزیابی و مرتباً بازنگری می‌شود و برنامه مشخص برای موارد مقاومت به روش‌های معمول کاهش درد وجود دارد.

سطح ۴: یک برنامه بهبود کیفیت برای برنامه کنترل درد بیماران وجود دارد (با همکاری نمایندگان مردمی).

◀ استاندارد ۱۲: مدیریت لحظات احتضار (پیش از مرگ)

شاخص ۱-۱۲ برنامه مدیریت لحظات احتضار

سطح ۱: یک برنامه برای شناسایی، ارزیابی و مدیریت نیازهای بیماران محتضر وجود دارد (برنامه مدیریت صبر).



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی فرانسه

سطح ۲: خط‌مشی و برنامه‌های مراقبت از بیماران محتضر روشن و مشخص است.

اصول برنامه درمان‌های تسکینی به کارکنانی که ممکن است نیاز داشته‌باشند، آموزش داده می‌شود. فعالیت انجمن‌های خیریه و افراد داوطلب تسهیل می‌شود.

سطح ۳: برنامه درمان‌های تسکینی برای تمام بخش‌ها تعریف شده است.

حضور همراهان بیماران محتضر یا فوت‌شده با همکاری متخصصان مربوطه (روانشناسی، مددکار و ...) هماهنگ می‌شود. نیازهای عاطفی - روانی کارکنان شناسایی و در نظر گرفته می‌شوند.

سطح ۴: مراقبت از بیماران محتضر در یک کمیته چندجانبه تحلیل و با کمک ساختارهای مرتبط (مانند کمیته اخلاق پزشکی، کمیته آموزش، کمیته درمان، دفتر رسیدگی به شکایت‌ها و پیشنهادهای مردمی و ...) ارزیابی می‌شود.

شاخص ۱۲-۲ احترام به خواست و کرامت شخصی بیمار محتضر

سطح ۱: یک روش برای اطلاع از خواسته‌های بیمار طراحی شده است.

سطح ۲: موارد حقوقی و قانونی مرتبط با بیمار محتضر به اطلاع مراجعان و کارکنان مرتبط رسانده شده است.

سطح ۳: در بخش‌هایی که بیش از سایرین مرتبط هستند، برنامه‌ای برای هم‌فکری و تشریک مساعی برای طراحی نحوه برخورد با بیمارانی که به‌طور غیرمنطقی درمان خود را رد، قطع یا محدود می‌کنند، وجود دارد و اجرایی می‌شود.

سطح ۴: با همکاری ساختارهای مرتبط (کمیته اخلاق پزشکی، درمان و ...)، نحوه و میزان رعایت حقوق

بیماران محتضر در بخش‌های مربوط ارزیابی می‌شود.



استاندارد ۱۳: پرونده بیمار

شاخص ۱-۱۳ نگهداری پرونده

- سطح ۱: مقررات نحوه نگهداری پرونده به همه کارکنان مربوطه ابلاغ شده است.
- سطح ۲: کیفیت نگهداری از پرونده بیمار مرتباً مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.
- سطح ۳: نتایج ارزیابی‌ها ضمن اطلاع‌رسانی به کارکنان برای بهبود وضعیت مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- سطح ۴: یک برنامه برای هماهنگ‌سازی و استانداردسازی اطلاعات پرونده با در نظر گرفتن تعداد واحدهای مرتبط وجود دارد.

شاخص ۲-۱۳ دسترسی به اطلاعات پرونده

- سطح ۱: یک برنامه برای دسترسی بیمار یا ولی او به اطلاعات پرونده وجود دارد.
- سطح ۲: دسترسی به اطلاعات ویزیت‌ها یا بستری‌های پیشین در صورت نیاز برای کارکنان واجد صلاحیت وجود دارد.
- سطح ۳: زمان رسیدن مرسولات به دست بیمار یا همراهان اندازه‌گیری و با شاخص‌های مربوطه ارزیابی می‌شود.
- سطح ۴: پرونده الکترونیک سلامت با دسترسی سطح‌بندی شده وجود دارد.

استاندارد ۱۴: شناسایی هویت بیمار

- سطح ۱: برنامه و ابزار کافی برای اطمینان از شناسایی صحیح هویت بیمار و نوزاد در تمام طول حضور او در بیمارستان وجود دارد.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی فرانسه

سطح ۲: کارکنان واحد پذیرش و بخش‌های بیمارستان، دربارهٔ مخاطرات مرتبط با اشتباه در شناسایی

هویت بیمار آموزش دیده و حساس شده‌اند و راه‌های پیشگیری از این اشتباه را آموخته‌اند.

سطح ۳: پیش از هر عمل جراحی (یا اقدام تهاجمی تشخیصی یا درمانی)، باید برای شناسایی هویت

بیمار، صحت اقدام تهاجمی یا عمل جراحی و صحت ناحیهٔ عمل توسط عمل‌کننده و تیم او

یک کنترل نهایی انجام شود.

سطح ۴: اشتباهات ثابت شده یا احتمالی دربارهٔ شناسایی هویت بیمار گزارش و تحلیل می‌شوند و نتیجهٔ آن

ضمن گزارش به مسئولان بخش‌ها برای انجام اقدام‌های اصلاحی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

◀ استاندارد ۱۵: نحوهٔ پذیرش بیمار و همراهان او

سطح ۱: پذیرش تلفنی یا حضوری ۲۴ ساعته انجام می‌شود. بیمه و هزینه‌ها به اطلاع بیمار می‌رسد. حتی

در صورت نداشتن بخش اورژانس، بیمار اورژانسی پذیرفته می‌شود.

سطح ۲: برای جمع‌آوری اطلاعات حاصل از کارکنان و بخش‌های دیگر برنامه وجود دارد.

سطح ۳: مدت و شرایط انتظار نوبت ارزیابی می‌شوند. بازتاب کیفیت پذیرش مرتباً ارزیابی می‌شود.

سطح ۴: کیفیت پذیرش جزئی از برنامهٔ جامع بیمارستان و هر بخش است.

◀ استاندارد ۱۶: معاینه و ارزیابی اولیهٔ بیمار و طراحی برنامهٔ درمانی بیمار

سطح ۱: مراقبت‌های بیمار براساس ارزیابی اولیهٔ وضعیت سلامت بیمار برنامه‌ریزی و مرتباً بازنگری می‌شوند.

منطق ریسک و فایدهٔ اقدام‌ها مدنظر قرار می‌گیرد و در پرونده ثبت می‌شود.



سطح ۲: برنامه ویژه درمان براساس نیازها و خواست‌های بیمار(و در صورت لزوم همراهان او) تنظیم می‌شود.

اعضای تیم درمانی بیمار مشخص می‌شوند.

سطح ۳: برنامه ویژه درمان با مشارکت بیمار(و در صورت لزوم همراهان او) مرتباً بازنگری و تنظیم

مجدد می‌شود. اعضای تیم درمانی بیمار مشخص می‌شوند.

سطح ۴: ارزیابی اقدام‌های تیم درمانی، ضامن اجرای یک برنامه جامع ویژه درمان هر بیمار می‌شود.

◀ استاندارد ۱۷: تداوم و هماهنگی مراقبت‌های درمان

شاخص ۱۷-۱ مقررات مسئولیت، حضور و هماهنگی تیم درمانی

سطح ۱: در هر بخش، مقررات مربوط به مسئولیت و برنامه حضور تیم درمانی برای تمام کارکنان شفاف است.

تداوم کیفیت خدمات ضروری، در تمام ساعات‌های شبانه‌روز و ایام سال تضمین شده است.

سطح ۲: روش گرفتن و انتقال اطلاعات در داخل هر بخش و بین بخش‌ها(و حتی بخش‌های مرتبط در

خارج از بیمارستان) مشخص است.

سطح ۳: قواعد و روش هماهنگی بین بخش‌ها و کارکنان تیم درمانی هر بیمار ارزیابی و سپس بهبود می‌یابند.

سطح ۴: براساس ثبت و تحلیل اتفاقات ناخواسته، اقدام‌های اصلاحی مناسب طراحی و اجرایی شوند.

شاخص ۱۷-۲ مدیریت فوریت‌های حیاتی در بخش‌های بیمارستان

سطح ۱: کارکنان با برنامه مقابله با فوریت‌های حیاتی آشنا هستند.

سطح ۲: نگهداری موارد مورد نیاز فوریت‌ها به‌خوبی انجام می‌شود. در همه بخش‌ها، آموزش‌های لازم

در این زمینه داده می‌شود.



سطح ۳: نحوه اجرای برنامه مقابله با فوریت‌های حیاتی مرتباً ارزیابی می‌شود.

سطح ۴: برنامه اقدام‌های اصلاحی براساس تحلیل نواقص و اتفاقات ناخواسته طراحی می‌شود.

استاندارد ۱۸: مراقبت از بیماران سالمند

سطح ۱: الزامات مراقبت از سالمندان شناسایی شده‌اند.

سطح ۲: آموزش‌های لازم برای مراقبت از سالمندان به کارکنان داده‌شده و متخصصان مربوطه در دسترس هستند.

سطح ۳: در استراتژی بیمارستان، خط‌مشی و برنامه مراقبت از سالمندان تعریف شده‌است.

سطح ۴: فایده بستری کردن موارد سالمندان ارزیابی و اقدام‌های اصلاحی براساس آن طراحی می‌شوند.

استاندارد ۱۹: مدیریت بیماری‌های مزمن

سطح ۱: اطلاع‌رسانی درباره بیماری، درمانی که برای بیمار انجام می‌شود و پیگیری بیماران انجام می‌گردد.

سطح ۲: سیاست و خط‌مشی استراتژیک ترسیم‌شده و کارکنان مرتبط، آموزش دیده و برای مراقبت از بیماران مزمن آمادگی دارند.

سطح ۳: وسایل آموزشی برای اعلام توصیه‌های ویژه به هر بیمار (یا خانواده او) استفاده می‌شود.

آموزش دارویی و درمانی بیمار و خانواده او جزئی از برنامه درمان است و توسط کارکنان آموزش دیده ارائه می‌شود. برنامه‌های بخش‌ها براساس برنامه استراتژیک بیمارستان تعریف و تدوین می‌شوند.

سطح ۴: شاخص‌های ارزیابی برنامه‌های مراقبت و پیگیری توسط واحد مربوطه جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند.

یک برنامه و شبکه هماهنگی و همکاری با ارائه‌دهندگان خدمات سرپایی وجود دارد.



استاندارد ۲۰: مراقبت از بیماران آسیب‌پذیر جامعه

◀ (شامل زندانیان، معلولان، ورشکسته‌ها و ...)

- سطح ۱:** عوامل مؤثر در مراقبت از بیماران آسیب‌پذیر شناسایی شده‌اند.
- سطح ۲:** دسترسی به منابع حمایتی داخل یا بیرون بیمارستانی وجود دارد و کارکنان درباره این نوع مراقبت آموزش دیده‌اند.
- سطح ۳:** سیاست و خط‌مشی بیمارستان درباره مراقبت از بیماران آسیب‌پذیر مشخص و تعریف شده‌است.
- سطح ۴:** برنامه موجود مرتباً ارزیابی می‌شود و اقدام‌های اصلاحی برای آن صورت می‌گیرد.

◀ استاندارد ۲۱: شرایط ویژه

شاخص ۱-۲۱ وضعیت تغذیه بیمار

- سطح ۱:** شاخص وضعیت تغذیه، برای بیماران تعیین و ثبت می‌شود.
- سطح ۲:** وضعیت تغذیه بیمار در مدت اقامت در بیمارستان براساس شاخص تغذیه هنگام پذیرش، ارزیابی و پیگیری می‌شود.
- سطح ۳:** برنامه مراقبت بیماران مرتباً بازنگری می‌شود. توصیه‌های آموزشی بهداشتی و به‌ویژه تغذیه‌ای به بیماران ارائه می‌شود.
- سطح ۴:** در برنامه پایش و مراقبت، اقدام‌های انجام‌شده در زمینه تغذیه مرتباً ارزیابی می‌شوند.

شاخص ۲-۲۱ احتمال خودکشی

- سطح ۱:** بیمارانی که احتمال خودکشی دارند، به‌طور سیستماتیک شناسایی، پیگیری و مراقبت می‌شوند.



استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی فرانسه

سطح ۲: هماهنگی بین کارکنان حوزه‌های مختلف در این برنامه وجود دارد.

سطح ۳: این برنامه مرتباً براساس ارزیابی‌های مکرر بازنگری و اصلاح می‌شود.

سطح ۴: ارزیابی عملکرد برای بهبود کیفیت برنامه وجود دارد (پایش، تحلیل و ارزیابی شکایات‌ها، پیگیری

شاخص‌ها و پروتکل‌های شناسایی و مراقبت و ...).

شاخص ۲۱-۳ بستری برخلاف رضایت بیمار و شرایط خاص مراکز بهداشت روان

سطح ۱: اطلاع‌رسانی خیلی شفاف و واضح درباره بستری بدون رضایت و مقررات آن و نحوه اعتراض

به آن، به بیمار و یا خانواده او ارائه می‌شود.

سطح ۲: فرهنگ‌سازی و آموزش مناسب به کارکنان مرتبط داده می‌شود. دستورالعمل‌ها روشن هستند.

سطح ۳: کارایی ضوابط موجود در موارد عدم پذیرش درمان، مرتباً ارزیابی می‌شود.

میزان رعایت ضوابط بستری برخلاف رضایت بیمار مرتباً ارزیابی می‌شود.

سطح ۴: مدت بستری برخلاف رضایت، مورد سنجش قرار گرفته و اقدام‌های اصلاحی برنامه‌ریزی می‌شوند.

استاندارد ۲۲: مدیریت دارویی

شاخص ۲۲-۱ تجویز و تحویل دارو

سطح ۱: قواعد تجویز دارو وجود دارند. دستورالعمل و راهنماهای تجویز منطقی دارو در اختیار همه

کارکنان است.

دستورالعمل و راهنمای تحویل دارو به بیمار (از جمله دستورالعمل ردیابی داروها) واضح و شفاف است.



سطح ۲: شاخص‌های ارزیابی میزان رعایت قواعد تجویز منطقی دارو در بیمارستان وجود دارد.

سطح ۳: تجویز الکترونیک دارو وجود دارد. یک پایش دوره‌ای چرخه دارو در بیمارستان وجود دارد.

فرایند جمع‌آوری و تحلیل اتفاقات ناخواسته فعال است.

سطح ۴: اقدام‌های اصلاحی طراحی و اجرا می‌شوند.

شاخص ۲۲-۲ داروخانه

سطح ۱: راهنمای عملکرد صحیح در داروخانه موجود است. کشیک داروسازی برنامه‌ریزی شده است.

سطح ۲: بررسی تحلیلی نسخه‌ها انجام می‌شود. کارکنان داروخانه داروهای غیراورژانسی را تحویل می‌دهند.

سطح ۳: فرایند جمع‌آوری و تحلیل اتفاقات ناخواسته فعال است. اقدام‌های اصلاحی و پیگیری مداوم

شاخص‌های کمی و کیفی، به‌ویژه مبتنی بر اهداف کمیته تجویز دارو انجام می‌شود.

سطح ۴: برنامه شناسایی و بهره‌برداری از تجربیات موفق دستگاه‌های مشابه وجود دارد. اقدام‌های

اصلاحی انجام می‌شوند.

شاخص ۲۲-۳ تأمین تداوم درمان دارویی

سطح ۱: دستورالعمل‌های مدیریت داروی بیماران در زمان بستری وجود دارد.

سطح ۲: مکانیسم ثبت و تحلیل سیستماتیک داروی بیماران هنگام پذیرش وجود دارد تا ضمن مقایسه،

تداوم درمان را تضمین و خطاهای احتمالی را کاهش دهد.

سطح ۳: این بیان مقایسه‌ای به صورت سیستماتیک انجام می‌شود.

سطح ۴: نواقص عملکردی شناسایی، تحلیل و در موارد لزوم، اقدام‌های اصلاحی پیشنهاد و انجام می‌شوند.



استاندارد ۲۳: مدیریت آزمایشگاه

شاخص ۲۳-۱ درخواست آزمایش و تحویل جواب

سطح ۱: هر آزمایشی، براساس یک درخواست کتبی با مهر، امضا، تاریخ و علائم بالینی انجام می‌شود.

قواعد نمونه‌گیری و حمل و نقل نمونه‌ها مشخص شده و رعایت می‌شود.

ضوابط و مهلت ارسال جواب‌های تأییدشده (به‌ویژه برای موارد اورژانس و جواب‌های خطرناک)

مشخص است.

ضوابط ارائه خدمات سرپایی به مراجعان غیربستری تدوین شده است.

سطح ۲: درباره درخواست، نمونه‌برداری و ارسال جواب آزمایش‌ها یک هماهنگی عملی با بخش‌های

بیمارستان وجود دارد.

سطح ۳: انطباق روش درخواست، نمونه‌گیری و زمان و نحوه ارسال جواب آزمایش‌ها با دستورالعمل‌ها

مرتباً پیش و ارزیابی می‌شود.

سطح ۴: درخواست آزمایش و ارسال نتیجه از طریق رایانه امکان‌پذیر است.

شاخص ۲۳-۲ مدیریت کیفیت در آزمایشگاه

سطح ۱: یک الگوی مدیریت کیفیت برای استفاده بهینه از تحلیل داده‌ها وجود دارد.

سطح ۲: آزمایشگاه برای استانداردسازی و اعتباربخشی اقدام نموده است. تمام فعالیت‌های آزمایشگاهی

غیرمتمرکز تحت نظارت هستند.

سطح ۳: شاخص‌های ارزیابی کمی و کیفی مرتباً پیش می‌شوند. ثبت و تحلیل اتفاقات ناخواسته انجام می‌شود.

سطح ۴: اقدام‌های ارتقای مستمر کیفیت انجام می‌شوند.



استاندارد ۲۴: مدیریت تصویربرداری‌ها

شاخص ۱-۲۴ درخواست تصویربرداری و تحویل جواب

سطح ۱: هر نوع تصویربرداری، براساس یک درخواست کتبی با مهر، امضا، تاریخ، اندیکاسیون و علائم بالینی انجام می‌شود.

مهلت و روند ارسال جواب (گزارش)، به‌ویژه برای موارد اورژانس و جواب‌های خطرناک مشخص است. ضوابط ارائه خدمات سرپایی برای مراجعان غیربستری مشخص است.

سطح ۲: هماهنگی با بخش‌های بالینی درباره درخواست و ارسال گزارش تصویربرداری‌ها وجود دارد.

سطح ۳: انطباق درخواست‌ها و ارسال گزارش‌ها با دستورالعمل‌ها مرتباً ارزیابی می‌شوند.

راهنمای نحوه درخواست گرافی‌ها در اختیار کارکنان است.

سطح ۴: امکان درخواست و ارسال گزارش گرافی‌ها از طریق رایانه وجود دارد. امکان تصویربرداری از راه دور فراهم می‌شود.

شاخص ۲-۲۴ شرایط انجام تصویربرداری‌ها

سطح ۱: انجام گرافی‌ها براساس پروتکل انجام می‌شود. کیفیت عملکرد، دستگاه‌ها کنترل و تضمین شده‌است.

سطح ۲: نظام مدیریت کیفیت در بخش تصویربرداری پزشکی اجرایی می‌شود.

سطح ۳: شاخص‌های کمی و کیفی عملکرد، تعیین و ارزیابی می‌شوند. ثبت و تحلیل اتفاقات انجام می‌شود.

سطح ۴: اقدام‌های ارتقای مستمر کیفیت انجام می‌گیرند.



◀ استاندارد ۲۵: آموزش سلامت بیمار و خانواده او

سطح ۱: شرایط یا بیماری‌هایی که یک مراقبت و مداخله سازمان‌یافته و براساس پروتکل را می‌طلبند، شناسایی شده‌اند.

سطح ۲: برنامه‌های آموزشی برای مراقبت‌ها و درمان‌های مدیریت‌شده برای موقعیت‌های خاص بیماری‌های مزمن، کارکنان و بخش‌های بالینی و نیز انجمن‌های مرتبط اجرایی شوند. آموزش‌های کارکنان براساس استانداردهای آکادمیک و پروتکل‌های وزارت‌خانه انجام می‌شوند.

سطح ۳: روش‌ها و ابزارهای آموزشی مورد نیاز در اختیار کارکنان است. حمایت آموزشی برای بیمار و همراهان او انجام می‌شود.

سطح ۴: هماهنگی بانبروهای بهداشتی - درمانی خارج از بیمارستان وجود دارد. ارزیابی اثربخشی آموزش‌های بیماران انجام می‌شود. برنامه آموزش بیمار جزئی از برنامه جامع آموزش سلامت است.

◀ استاندارد ۲۶: ترخیص بیماران

سطح ۱: ترخیص یا انتقال بیمار براساس نوع بستری و وضع بالینی انجام می‌شود و درمانگاه‌ها، انجمن‌ها و جمعیت‌های بهداشتی - درمانی خارج از بیمارستان، با روند ترخیص هماهنگ هستند. بیمار و خانواده او در جریان فرایند ترخیص هستند.

سطح ۲: اطلاعات مورد نیاز برای تداوم فرایند درمان، به کارکنان خارج از بیمارستان در چارچوب رعایت اسرار بیمار منتقل می‌شود.

مستندات مورد نیاز پیگیری بیمار در اختیار او قرار می‌گیرند.



سطح ۳: شاخص‌هایی برای ارزیابی فرایند انتقال اطلاعات بیمار برای پیگیری پس از ترخیص تعیین و پایش می‌شوند.

سطح ۴: تناسب آموزش‌های ترخیص بیمار ارزیابی می‌شوند. رضایت بیمار و کارکنان بیرون بیمارستان سنجیده می‌شود.

مراقبت‌های خاص

استاندارد ۲۷: مراقبت‌های اورژانس و غیرمنتظره

سطح ۱: سازماندهی بخش اورژانس در هماهنگی با شبکه اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی است.

مشاوره تخصصی مورد نیاز بیماران انجام می‌شود. تخت‌های خالی در بیمارستان وجود دارد.

سطح ۲: گردش کار فرایند درمان براساس وضعیت بیماران (فوری، حیاتی، سرپایی و ...) تعریف و

تنظیم شده است. ارزیابی زمان دسترسی به خدمات، براساس وضعیت بیماران انجام، ثبت و

پیگیری می‌شود. کارکنان برای پذیرش و راهنمایی مراجعان و بیماران آموزش دیده‌اند.

سطح ۳: تداوم فرایند درمان تأمین می‌شود. فرایند جمع‌آوری و تحلیل نواقص و شکایات‌ها وجود دارد

و فعال است. تمهیدات لازم برای ارائه خدمات غیرمنتظره مستقیماً در بخش‌های درمانگاهی

وجود دارد. انجام مشاوره بستری مستقیم و فوری مقدور است.

سطح ۴: برنامه ارتقای کیفیت با همکاری کارکنان و در یک سلسله مراتب منظم تعریف و اجرایی می‌شود.



◀ استاندارد ۲۸: عملکرد اتاق‌های عمل و اقدام‌های سرپایی تهاجمی

شاخص ۱-۲۸ سازماندهی مجموعه اتاق‌های عمل

سطح ۱: فضا، تجهیزات و روش کار اتاق‌های عمل تابع یک الگوی مدیریت کیفیت هستند.

روش برنامه‌ریزی اعمال جراحی در شرح وظایف و کتابچه توصیف اتاق عمل ذکر و براساس توصیه‌های مدیریت اتاق عمل تنظیم شده است.

تبادل اطلاعات مورد نیاز برای ارائه خدمات مناسب به بیمار، بین اتاق عمل و سایر بخش‌های بیمارستان هماهنگ است.

سطح ۲: رئیس اتاق عمل دارای ابلاغ مکتوب است. اطلاعات اتاق عمل در رایانه ثبت می‌شوند. شاخص‌های کمی و کیفی پایش می‌شوند.

سطح ۳: اقدام‌های اصلاحی برای نواقص و عدم انطباق با استانداردها و ضوابط به‌اجرا درمی‌آیند. هر اتفاق حاشیه‌ای با همکاری تمام افراد مرتبط بررسی و پیگیری می‌شود. فرایند استانداردسازی و ارتقای کیفیت شروع شده پزشکان در مسیر اعتباربخشی متخصصان است.

سطح ۴: اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت اتاق عمل سنجیده می‌شود.

شاخص ۲-۲۸ سازماندهی عمل‌های سرپایی تهاجمی یا پرخطر (آندوسکوپی، ECT، آنژیوگرافی، رادیوتراپی و طب هسته‌ای)

سطح ۱: فضاها، تجهیزات و گردش کار مربوطه، تابع یک الگوی مدیریت کیفیت هستند. روند تنظیم برنامه عمل‌های جراحی مشخص است.



هماهنگی لازم با سایر بخش‌های بیمارستان برای تبادل اطلاعات مورد نیاز بیمار وجود دارد. روش اطلاع‌رسانی به بیمار تعریف شده و رعایت می‌شود.

سطح ۲: شاخص‌های کمی و کیفی ارزیابی و پیگیری می‌شوند. تمام عمل‌ها قابل پیگیری هستند. تداوم خدمات مورد نیاز بیمار تأمین می‌شود.

سطح ۳: اقدام‌های اصلاحی انجام می‌شوند. هر اتفاق حاشیه‌ای با همکاری تمام کارکنان ذی‌ربط بررسی و پیگیری می‌شود.

سطح ۴: اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت ارزیابی می‌شود.

◀ استاندارد ۲۹: فعالیت‌های بازتوانی و بازپروری

شاخص ۱-۲۹ بازتوانی

سطح ۱: برای ارائه خدمات بازتوانی یک ساختار مشخص وجود دارد. برنامه بازتوانی هر بیمار با همکاری خودش و هماهنگ با سایر اعضای تیم درمان طراحی می‌شود. هر نوع خدمت بازتوانی براساس یک دستور پزشکی مکتوب انجام می‌شود.

سطح ۲: مسیر گردش کار بیمار از پذیرش تا ترخیص مشخص است. کارکنان درباره مراقبت از بیمار و ارتقای مهارت‌ها آموزش می‌بینند.

سطح ۳: رعایت برنامه مراقبت‌های بیمار مرتباً ارزیابی و موارد عدم انطباق یا نواقص آن تحلیل می‌شوند.

سطح ۴: اقدام‌های اصلاحی و پیگیری‌ها انجام می‌شوند و اثربخشی آن‌ها ارزیابی می‌شود.



شاخص ۲۹-۲ فعالیت‌های بازپروری

سطح ۱: برای ارائه خدمات بازپروری یک ساختار مشخص وجود دارد. برنامه بازپروری هر بیمار با همکاری

خودش و هماهنگ با سایر اعضای تیم درمان تنظیم می‌شود. هر نوع خدمات بازپروری براساس

تجویز پزشک انجام می‌شود.

سطح ۲: گردش کار بیمار از پذیرش تا ترخیص مشخص است. کارکنان درباره مراقبت از بیمار و ارتقای

مهارت‌های حرفه‌ای خود آموزش می‌بینند.

سطح ۳: رعایت برنامه بازپروری بیمار مرتباً ارزیابی و نواقص آن تحلیل می‌شود.

سطح ۴: اقدام‌های اصلاحی و پیگیری‌ها انجام می‌شوند و اثربخشی آن‌ها ارزیابی می‌شود.

استاندارد ۳۰: ارزیابی مهارت‌های فنی در موارد خاص

◀ (حداقل شامل مراقبت از MI، تجویز دارو و تجویز آنتی‌بیوتیک برای سالمندان)

سطح ۱: اهداف ارزیابی عملکرد و مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان براساس نیازهای مرتبط تعیین و

مشخص می‌شوند.

سطح ۲: تحلیل عملکرد کارکنان بخش‌ها براساس پروتکل‌ها و توصیه‌های مراقبت‌های مدیریت شده

انجام می‌شود.

متدولوژی تحلیل عملکرد براساس الگوهای مشخص پروتکل درمانی، چک‌لیست و ... انجام می‌شود.

کمیته‌ها مسئول انجام و پیگیری این موضوعات هستند.

سطح ۳: اقدام‌های اصلاحی انجام می‌شوند. پیگیری ارزیابی‌های مهارت‌های حرفه‌ای انجام و نتایج به

اطلاع افراد می‌رسد.



حداقل یک سال از انجام ارزیابی عملکرد حرفه‌ای می‌گذرد.

سطح ۴: براساس شاخص‌های اثربخشی، اقدام‌های انجام‌شده در فواصل معین ارزیابی می‌شوند.

نتایج این اقدام‌ها با اثرات عملکرد داخلی پیشین و یا خارجی مقایسه می‌شوند.

در پایان، یادآوری می‌شود که تحلیل تطبیقی این مدل‌ها در مجلدی دیگر تقدیم خوانندگان دانشمندان

خواهد شد.



۱. صدقیانی، ابراهیم. *بررسی نظام ارزشیابی و اعتباربخشی مؤسسات درمانی، پروژه ملی ویژه توسعه کشور (توتک)، شماره ثبت ۸۰۱۱۸، تهران، ۱۳۸۴.*
2. Evidence and Information for Policy Department of Health Service Provision (OSD), World Health Organization. *Quality and Accreditation in Health Care Services*, Switzerland, Geneva, 2003.
3. Schwark, Tomas. *Concept for a Hospital Accreditation System in Georgia, USAID*, 2005.
۴. لامعی، ابوالفتح. *مدیریت جامع کیفیت، اصول، کاربرد و درس‌هایی از یک تجربه*. چاپ اول، طب نوین، ۱۳۸۲.
۵. نجمی، منوچهر؛ حسینی، سیروس. *مدل سرآمدی EFQM از ایده تا عمل براساس ویرایش سال ۲۰۰۳ میلادی*، چاپ ششم، روناس، ۱۳۵۸.
6. Anne L. Rooney; Paul R. Van Ostenberg. *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality*, Center for Human Services (CHS), 1999.
7. Cerqueira, Marcos. *A Literature Rreview on the Benefits, Challenges and Trends in Accreditation as a Quality Assurance System*, Ministry of Children and Family Development Contact, pp:1-66.

8. Joint Commission International, *Accreditation Standards for Hospitals*, Third Edition, 2007.
9. Un Resident Coordinator System in Lebnon, *Hospital Accreditation Standards*, 2003.
10. United States Agency International Development, *Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards*, Sixth Edition, 2005.
11. Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. *Manuel de Certification des Établissements de Santé*, V2010, Novembre 2008.

A LOOK AT

Hospital Accreditation Standards

Dr. S.Hasan Emami Razavi
Dr. Mahmood Reza Mohaghegh

Dr. Hasan Korrani & Dr. S.Mohammad Sadegh Mahdavi

Samad khalifegari, Dr. Parisa Dolatshahi,
Dr. Mojde Ramezani, Rahele Roohparvar,
Nematolah Abbas Goodarzi, Leila Keikavoosi Arani,
Farnaz Mostofian & Dr.Hamid Mehrabifar



Ministry
of Health &
Medical Education