

واحد بهبود کیفیت

مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد بهبود کیفیت، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۳-۱. کلیه کارکنان واحد بهبود کیفیت، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه
استراتژیک

- ۱-۲. مسئول واحد بهبود کیفیت حداقل دارای شرایط ذیل است:
 - دارای مدرک حداقل کارشناسی و مدارک گذراندن دوره‌های مدیریت کیفیت حداقل به مدت ۱۰۰ ساعت.

۲. مسئول
واحد بهبود
کیفیت

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۳. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد بهبود کیفیت، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس واحد است:
 - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
 - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
 - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط
 - امضا شده توسط فرد
 - کپی آخرین مدرک تحصیلی
 - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
 - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
 - مستندات مربوط به آزمون‌های ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
 - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده
پرسنلی
(کاغذی /
الکترونیک)

- ۱-۴. در واحد بهبود کیفیت، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
 - نام و نام خانوادگی

۴. لیست
کارکنان

● جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).

● سمت سازمانی

۲-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری می باشد، برنامه ریزی انجام شده است.

۳-۴. مستنداتی که نشان می دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با حجم کار است، در واحد موجود می باشد.

۱-۵. در واحد بهبود کیفیت، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

● معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

● معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخشنامه های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت ها و شرح وظایف هر فرد

● زیرمجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد

۵. دوره
توجیهی
بدو ورود

۱-۶. مستندات نشان می دهند که آزمون اولیه / دوره ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش ها و مسئولیت های آنان، انجام می شود.

۲-۶. مستندات نشان می دهند که آزمون های توانمندی دوره ای حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان، برگزار می شوند.

۳-۶. مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره ای کارکنان، انجام می گیرد.

۴-۶. مستندات نشان می دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره ای کارکنان، مورد بررسی قرار می گیرند.

۶. آزمون
صلاحیت و
توانمندی
کارکنان

۱-۷. واحد بهبود کیفیت یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، ارائه می نماید.

۲-۷. مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان، دوره های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۷. مستنداتی که نشان می دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می نمایند، موجود است.

۷. آموزش و
توانمندسازی
کارکنان

- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان واحد، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند، موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۷-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.
- ۸-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

- ۸-۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
 - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۸-۲. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

- ۹-۱. در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، ساختار سازمانی شفاف و مستند بیمارستان که حدود اختیارات را به‌صورت واضح عنوان نموده است موجود است.
- ۹-۲. در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، یک نمودار سازمانی از ساختار کمیته‌های فعال بیمارستانی موجود است.

- ۱۰-۱. در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، برنامه سالیانه بهبود کیفیت فراگیر بیمارستان، شامل موضوعات بالینی و غیربالینی، موجود است:

- مدیریت
- امور مالی
- خدمات پزشکی
- خدمات پرستاری
- خدمات عمومی و پشتیبانی
- خدمات پاراکلینیک
- در برنامه بهبود کیفیت، شاخص‌های مهم عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع‌بینانه و زمان‌دار، تعریف شده است.
- برنامه بهبود کیفیت تمام واحدها، هماهنگ با برنامه جامع بهبود کیفیت بیمارستان است.
- شواهدی دال بر پایش مستمر برنامه بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی انجام شده، در دسترس است.

۸. کتابچه /
مجموعه ایمنی
و سلامت
شغلی و
بهداشت محیط

۹. نمودار
سازمانی

۱۰. برنامه
بهبود کیفیت
فراگیر

- طراحی، پایش و اجرای برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با مشارکت مدیران ارشد بیمارستان انجام می‌شود.
- شاخص‌های نیازمند پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، توسط مدیران ارشد بیمارستان و با همکاری صاحبان فرآیند، اولویت‌بندی شده‌است.
- تکنولوژی لازم و ابزارهای حمایت‌کننده برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توسط مدیران ارشد بیمارستان فراهم شده‌است.
- تیم مدیریت ارشد بیمارستان و رؤسای بخش‌ها، به‌طور فعال در برنامه‌ریزی و پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت دارند.

۱۱. گزارش برنامه بهبود کیفیت

۱-۱۱. هر سال گزارشی از برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می‌شود.

۱۲. سیستم‌ها و فرآیندهای بیمارستان

۱-۱۲. سیستم‌ها و فرآیندهای بیمارستان مطابق اصول بهبود کیفیت طراحی شده‌است و یک نسخه مدون از آن، در این واحد موجود است.

۱۳. فرآیند عملیاتی و چرخه بازخورد برنامه بهبود کیفیت

۱-۱۳. فرآیندهای عملیاتی جهت اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.
۲-۱۳. شواهدی مستند برای نشان‌دادن چرخه بازخورد اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.

۱۴. پایش مدیریتی

۱-۱۴. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مدیریتی، از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی حداقل در موارد ذیل صورت می‌گیرد:

- پیشرفت برنامه استراتژیک
- پیشرفت برنامه بهبود کیفیت
- توانمندسازی نیروی انسانی
- پیشرفت برنامه ایمنی بیمار و کارکنان
- مدیریت خطر
- مدیریت تأسیسات
- امور مالی
- تدارک مواد مصرفی و داروهای مورد نیاز روزانه عمدتاً مطابق با نیازهای بیمار
- انتظارات و رضایت‌مندی بیمار و خانواده وی
- ترخیص بیمار با رضایت شخصی
- انتظارات و رضایت‌مندی کارکنان

۱۵-۱. در واحد بهبود کیفیت، خط‌مشی‌ها و روش‌های مستند برای دریافت و رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و شکایات، حداقل برای افراد زیر موجود است:

- بیماران
- کارکنان

- ملاقات‌کنندگان و همراهان

۱۵-۲. مستندات مربوط به رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و شکایات، موجود است.

۱۵. سیستم
پیشنهادات،
انتقادات و
شکایات

۱۶-۱. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی، حداقل در موارد ذیل صورت می‌گیرد:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- رعایت اصول ایمنی بیمار و کارکنان
- ارزیابی بیمار(حداقل شامل ارزیابی اولیه، ارزیابی تکمیلی، ارزیابی قبل از ورود به اتاق عمل و ارزیابی قبل از القای بیهوشی)
- ارائه مراقبت‌ها براساس دانش روز و ترجیحاً براساس راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ارائه مراقبت به‌موقع، مستمر و یکپارچه
- برنامه‌های کنترل کیفیت، ایمنی تصویربرداری و آزمایشگاه
- اعمال جراحی تهاجمی
- کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای خطرناک
- خطاهای دارویی و تمام خطاهای مراقبتی
- کاربرد بیهوشی و آرامبخش‌های متوسط و عمیق
- کاربرد خون و فرآورده‌های خونی
- کنترل عفونت
- تبعیت از قوانین پژوهش‌های بالینی
- مدارک پزشکی شامل محتوا و سطح دسترسی
- شناسایی بیماران(به‌ویژه در موارد تشابه اسمی)

۱۶. پایش
مراقبت بالینی

۱۷-۱. بیمارستان از راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت در ارائه خدمات مراقبتی استفاده می‌نماید:

- کارکنان مرتبط، در زمینه راهنماها، آموزش لازم را دیده‌اند.
- بیمارستان به‌عنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت، داده‌های مربوط به اجرا و نتایج حاصل از به‌کارگیری راهنماهای خدمات بالینی را، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل می‌نماید.

۱۷. راهنماهای
طبابت بالینی

۱۸-۱. افراد دارای تجربه، دانش و مهارت در زمینه تحلیل داده‌ها، با مشارکت صاحبان فرآیند، مرتباً (حداقل فصلی)، داده‌های بیمارستان را گردآوری و تحلیل می‌نمایند.

۱۸. جمع‌آوری
و تحلیل
داده‌ها

- ۱۸-۲. گزارش تحلیل داده‌ها، با مشارکت یکی از اعضای کمیته یا بخش‌های مربوطه تهیه‌شده و در اختیار مسئولین هر بخش قرار می‌گیرد.
- ۱۸-۳. داده‌های بیمارستانی تحلیل می‌شوند و به‌وسیله تیم مدیریت ارشد بیمارستان، در تصمیم‌گیری‌ها به‌کار گرفته می‌شوند.
- ۱۸-۴. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۱۸-۵. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این واحد و کل بیمارستان وجود دارد.
- ۱۸-۶. ممیزی داخلی این واحد و کل بیمارستان، انجام می‌شود.
- ۱۸-۷. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۸-۸. اقدامات اصلاحی که براساس نتایج تحلیل‌ها، صورت گرفته‌اند، مرتباً پایش می‌شوند.
- ۱۸-۹. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.