

واحد بهبود کیفیت

مدیریت و سازماندهی

(۱) برنامه استراتژیک

۱ + نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.

۱ + در واحد بهبود کیفیت، نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.

۱ + کلیه کارکنان واحد بهبود کیفیت، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

(۲) مسؤول واحد بهبود کیفیت

۲-۱) مسؤول واحد بهبود کیفیت حداقل دارای شرایط ذیل است:

۲ + مدرک تحصیلی:

۲ + دوره های آموزشی مدیریت کیفیت:

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۳) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

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 رییس واحد است:

۳ + ۱) 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

۳ + ۴) شرح وظایف شغلی امضاء شده توسط فرد

۳ + ۳) چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضاء شده توسط فرد

۳ + ۴) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۳ + ۵) کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده

۳ + ۶) مستندات مربوط به آزمونهای اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسؤولیتهای محوله

۳ + ۷) مستندات مربوط به آزمون های ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان

۳ + ۸) مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۴) لیست کارکنان

۱-۴) در واحد بهبود کیفیت ، لیستی از تمام کارکنان این واحد ، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

نام و نام خانوادگی (۴ + ۱)

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 (۴ + ۳)

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

مستنداتی که نشان می دهند محاسبه وچینش پرسنل در هر نوبت کاری ، متناسب با حجم کاراست، در واحد موجود می باشد.

۵) دوره توجیهی بدو ورود

در واحد بهبود کیفیت، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشنا سازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگیها و نکات اختصاصی این واحد ، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

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

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

زیر مجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه تجهیزات اختصاصی این واحد (۴ + ۳)

۶) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

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

۲-۶) مستندات نشان می دهند که آزمونهای توانمندی دوره ای حداقل سالی یکبار، برای کلیه کارکنان، برگزار می شوند.

۳-۶) مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسائیهای 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.

۷) آموزش و توانمندسازی 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 یکبار، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

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

۴-۷) مستنداتی که نشان می دهند کارکنان واحد ، در فواصل زمانی مناسب، آموزش های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی ریوی پایه را دریافت می نمایند، موجود است.

۵-۷) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان در زمینه ی نقش خود در تشخیص ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می بینند، موجود است.

۶-۷) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان در زمینه ی ارتقای مهارتهای رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می بینند، موجود است.

۷-۷) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می بینند، موجود است.

۸-۷) تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (drill) آتش نشانی، انجام می دهند.

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

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

۸ + ۱) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۸ + ۴) اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۲-۸) اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روشهای ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسائی شده واحد، از طریق بروشور(جزوه آموزشی) انجام می شود.

۹) نمودار سازمانی

بیمارستان که حدود اختیارات را

۹-۱) در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، ساختار سازمانی شفاف و مستند

به صورت واضح عنوان نموده است موجود است.

کمیته های فعال بیمارستانی

۹-۲) در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، یک نمودار سازمانی از ساختار

موجود است.

۱۰) برنامه بهبود کیفیت فراگیر

، شامل

۱۰-۱) در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، برنامه سالیانه بهبود کیفیت فراگیر بیمارستان

موضوعات بالینی و غیر بالینی، موجود است:

۱۰ + ۱) مدیریت

۱۰ + ۲) امور مالی

۱۰ + ۳) خدمات پزشکی

۱۰ + ۴) خدمات پرستاری

۱۰ + ۵) خدمات عمومی و پشتیبانی

۱۰ + ۶) خدمات پاراکلینیک

۱۰ + ۷) در برنامه بهبود کیفیت، شاخصهای مهم عملکردی اختصاصی قابل اندازه گیری،

قابل دستیابی، واقع بینانه و زمان دار، تعریف شده است.

۱۰ + ۸) برنامه بهبود کیفیت کلیه واحدها، هماهنگ با برنامه جامع بهبود کیفیت بیمارستان است.

۱۰ + ۹) شواهدی دال بر پایش مستمر برنامه بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی انجام شده، در دسترس است.

۱۰ + ۱۰) طراحی، پایش و اجرای برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با مشارکت مدیران ارشد بیمارستان انجام می شود.

۱۰ + ۱۰) شاخص های نیازمند پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، توسط مدیران ارشد بیمارستان و با همکاری صاحبان فرآیند، اولویت بندی شده است.

۱۰ + ۱۴) تکنولوژی لازم و ابزارهای حمایت کننده برنامه های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توسط مدیران ارشد بیمارستان فراهم شده است.

۱۰ + ۱۳) تیم مدیریت ارشد بیمارستان و روسای بخشها، بطور فعال در برنامه ریزی و پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت دارند.

۱۱) گزارش برنامه بهبود کیفیت

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

۱۲) سیستم ها و فرآیند های بیمارستان

۱۲-۱) سیستم ها و فرآیند های بیمارستان مطابق اصول بهبود کیفیت طراحی شده است و یک نسخه مدون از آن، در این واحد موجود است.

۱۳) فرایند عملیاتی و چرخه بازخورد برنامه بهبود کیفیت

۱۳-۱) فرایند های عملیاتی جهت اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.

۱۳-۲) شواهدی مستند برای نشان دادن چرخه بازخورد اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.

۱۴) پایش مدیریتی

۱-۱۴) پایش داده ها، اقدامات و مداخلات مدیریتی، از طریق تعیین و تحلیل شاخص های عملکردی
اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی حداقل در موارد ذیل
صورت می گیرد:

۱۴ + ۷) پیشرفت برنامه استراتژیک

۱۴ + ۴) پیشرفت برنامه بهبود کیفیت

۱۴ + ۳) توانمند سازی نیروی انسانی

۱۴ + ۴) پیشرفت برنامه ایمنی بیمار و کارکنان

۱۴ + ۵) مدیریت خطر

۱۴ + ۶) مدیریت تاسیسات

۱۴ + ۷) امور مالی

۱۴ + ۸) تدارک مواد مصرفی و داروهای مورد نیاز روزانه عمدتاً مطابق با نیازهای بیمار

۱۴ + ۹) انتظارات و رضایتمندی بیمار و خانواده وی

۱۴ + ۱۰) ترخیص بیمار با رضایت شخصی

۱۴ + ۱۱) انتظارات و رضایتمندی کارکنان

۱۵) سیستم پیشنهادات، انتقادات و شکایات

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

۱۵ + ۱) بیماران

۱۵ + ۴) کارکنان

۱۵ + ۳) ملاقات کنندگان و همراهان

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

۱۶) پایش مراقبت بالینی

۱۶-۱) پایش داده ها، اقدامات و مداخلات م راقبتی ، از طریق تعیین و تحلیل شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی ، حداقل در موارد ذیل صورت می گیرد:

۱۶ + ۱) رعایت حقوق گیرندگان خدمت

۱۶ + ۴) رعایت اصول ایمنی بیمار و کارکنان

۱۶ + ۳) ارزیابی بیمار (حداقل شامل ارزیابی اولیه، ارزیابی تکمیلی، ارزیابی قبل از ورود به اتاق عمل و ارزیابی قبل از القای

بیهوشی)

۱۶ + ۴) ارائه مراقبت ها بر اساس دانش روز و ترجیحاً بر اساس راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

۱۶ + ۵) ارائه مراقبت به موقع، مستمر و یکپارچه

۱۶ + ۶) برنامه های کنترل کیفیت و ایمنی تصویر برداری و آزمایشگاه

۱۶ + ۷) اعمال جراحی تهاجمی

۱۶ + ۸) کاربرد آنتی بیوتیک ها و داروهای خطرناک

۱۶ + ۹) خطاهای دارویی و کلیه خطاهای مراقبتی

۱۶ + ۱۰) کاربرد بیهوشی و آرام بخش های متوسط و عمیق

۱۶ + ۱۱) کاربرد خون و فرآورده های خونی

۱۶ + ۱۴) کنترل عفونت

۱۶ + ۱۳) تبعیت از قوانین پژوهشهای بالینی

۱۶ + ۱۴) مدارک پزشکی شامل محتوا و میزان دسترسی

۱۶ + ۱۵) شناسائی بیماران (به ویژه در موارد تشابه اسمی)

۱۷)راهنماهای طبابت بالینی

۱۷-۱) بیمارستان از راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت در ارائه خدمات مراقبتی استفاده می نماید:

۱۷ + ۱) کارکنان مرتبط، در زمینه ی راهنماها، آموزش لازم را دیده اند.

۱۷ + ۴) بیمارستان ب ه عنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت، داده های مربوط به اجرا و نتایج حاصل از به کارگیری راهنماهای خدمات بالینی را، جمع آوری و تجزیه تحلیل می نماید.

۱۸) جمع آوری و تحلیل داده ها

۱۸-۱) افراد دارای تجربه، دانش و مهارت در زمینه تحلیل داده ها، با مشارکت صاحبان فرآیند، مرتباً (حداقل فصلی)، داده های بیمارستان را گردآوری و تحلیل می نمایند.

۱۸-۲) گزارش تحلیل داده ها، با مشارکت یکی از اعضای کمیته یا بخش های مربوطه تهیه شده و در اختیار مسؤولین هر بخش قرار می گیرد.

۱۸-۳) داده های بیمارستانی تحلیل می شوند و ب^ا وسیله تیم مدیریت ارشد بیمارستان، در تصمیم گیری ها بکار گرفته می شوند.

۱۸-۴) علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۸-۵) چک لیست برای ممیزی داخلی این واحد و کل بیمارستان وجود دارد.

۱۸-۶) ممیزی داخلی این واحد و کل بیمارستان، انجام می شود.

۷-۱۸) تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب بر اساس آن، مستند شده اند.

۸-۱۸) اقدامات اصلاحی که بر اساس نتایج تحلیل ها، صورت گرفته اند، مرتباً پیش می شوند.

اندرکاران،

۹-۱۸) در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست
اطلاع رسانی می شود.