

بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی

مدیریت و سازماندهی

(۱) برنامه استراتژیک

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

۱ ۴) در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی ، نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.

۱ ۴) تمام کارکنان بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی ، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

(۲) مسئول واحد

۲ 1) مسئول بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی به ترتیب ارجحیت دارای شرایط احراز ذیل است:

۲-۱-۱) مدرک تحصیلی

۲-۱-۲) سابقه کار

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۳) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

۳ + ۶) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)[□]، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش می باشد:

۳ + ۶) 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 امضا شده توسط فرد

۳ + ۳) چک لیست های گذراندن دوره^۲ توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد

۳ + ۴) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۳ + ۵) کپی مدارک گذراندن دوره های آموزشی تخصصی CSSD مورد تایید وزارت بهداشت

۳ + ۶) مستندات مربوط به آزمون های اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت های محوله

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

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

۴) لیست کارکنان

۴ ۶) در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:

۴ ۶ ۶) نام و نام خانوادگی

۴ ۶ ۴) جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).

۴ ۶ ۴) سمت سازمانی

۴ ۴) لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است.

۴ ۴) هر یک از پرسنل در طول ۲۴ ساعت حداکثر ۱۲ ساعت به طور متوالی به ارائه خدمات می پردازند (به جز در موارد بروز بحران که بر اساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می شود).

۴ ۴) برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی - است، برنامه ریزی انجام شده است.

۴ ۵) مستنداتی که نشان می دهند محاسبه وچینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کاراست، در بخش موجود می باشد.

۵) دوره توجیهی بدو ورود

۴ ۵) یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشنا سازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

۵ + ۴) معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه^۴ ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه^۴ 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، تا^۴ خیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

۵ + ۴) معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخش نامه های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت ها و شرح وظایف هر فرد

۵ + ۳) زیر مجموعه ای حاوی اطلاعات مربوط به کلیه^۴ تجهیزات اختصاصی این بخش

۶) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

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

۶ + ۴) مستندات نشان می دهند که آزمون های توانمندی دوره ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان، برگزار می شوند.

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

۶ + ۴) 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

۷ آ) یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه^۱ استراتژیک و برنامه^۲ بهبود کیفیت سازمان به واحد آموزش یا کمیته^۳ بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می نماید.

۷ ب) مستندات^۴ که نشان می دهند کلیه^۵ کارکنان این واحد، دوره های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۷ ج) مستندات^۴ که نشان می دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره های بازآموزی مرتبط، شرکت می نمایند، موجود است.

۷ د) مستندات^۴ که نشان می دهند تمام کارکنان این بخش در فواصل زمانی مناسب، آموزش های لازم در زمینه^۶ اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می نمایند موجود است.

۷ ه) مستندات^۵ که نشان می دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه^۶ نقش خود در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می بینند موجود است.

۷ و) مستندات^۶ که نشان می دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه^۶ ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی خود به طور مستمر آموزش می بینند موجود است.

۷ ز) مستندات^۴ که نشان می دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه^۶ ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می بینند موجود است.

۷ ح) تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش نشانی انجام می دهند.

۸ + کتابچه /مجموعه بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:]

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

۸ + ۲ اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

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

۹ خط مشی ها و روش ها

۹ + ۱ یک کتابچه /مجموعه خط مشی ها و روش ها در بخش خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD) وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می نماید:

۹ + ۲ خط مشی ها و روش ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.

۹ + ۳ خط مشی ها و روش ها به طور منظم بازنگری می شوند.

۹ + ۴ خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.

۹ + ۵ روش ها به روشنی مشخص هستند.

۹ + ۶ کتابچه /مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.

۹ + ۷ کتابچه /مجموعه دارای نمایه مشخص است.

خط مشی ها و روش ها حداقل باید شامل موارد ذیل باشند: (۴ ۹)

(۱ ۴ ۹) کنترل سنجه های چرخه^۲ زمان، دما و فشار دستگاه های استریل کننده توسط کاربران CSSD و واحد مهندسی پزشکی در بازدید های دوره ای

(۲ ۴ ۹) ایمنی کارکنان

(۳ ۴ ۹) کنترل عفونت

(۴ ۴ ۹) روشهای دستی یا اتوماتیک شستشو و تمیز کردن محیط و ابزار و وسایل

(۵ ۴ ۹) روش های دستی یا اتوماتیک گندزدایی محیط و ابزار و وسایل

(۶ ۴ ۹) استریل کردن اقلام حساس به حرارت

(۷ ۴ ۹) بازخوانی (Recall) ابزار و وسایل استریل از بخش ها

(۸ ۴ ۹) بازبینی و بررسی مجدد کلیه^۳ اقلام، در صورت بروز هر اختلالی در استریل سازی

(۹ ۴ ۹) جابجایی، نگهداری و انبار داری وسایل استریل

(۱۰ ۴ ۹) استریل کردن فوری (Flash) (مثلاً زمانی که در حین عمل جراحی، یک وسیله^۴ منحصر به فرد از دست جراح می افتد و امکان جایگزینی آن با وسیله^۴ مشابه وجود ندارد.)

(۱۱ ۴ ۹) پایش و کنترل نشستی گازهای اتیلن اکسید و فرمالدئید و اقدامات اضطراری در این خصوص

(۱۲ ۴ ۹) فرآیند مستمر و منظم نگهداری و تعمیر وسایل و تجهیزات

(۱۳ ۴ ۹) ایمنی بیمار

۱۰) آزمون شیمیایی و بیولوژیکی

۱۰) اقدامات مربوط به استریل سازی حداقل در موارد زیر پایش و مستند می شود:

۱۰) انجام روزانه آزمون (بووی- دیک) بر روی استریل کننده های دارای سیکل پری و کیوم

۱۰) انجام آزمون اسپور (اسپورهای زنده باکتریایی) به صورت هفته ای

۱۰) انجام آزمون های اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی

۱۰) وجود شاخص های بیولوژیک در هر بار جایگذاری اسباب و تجهیزات حاوی ایمپلنت در دستگاه های استریل کننده

۱۰) جاگذاری شاخص های شیمیایی در هر بسته یا پک استریل

۱۰) کاربرد شاخص های مناسب و حساس شیمیایی و بیولوژیک در استریل کننده های مناسب

۱۱) امکانات

۱-۱۱) وسایل و فضاهای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، به طور کامل جدا هستند.

۲-۱۱) اتاقی که اتوکلاو/ استریل کننده در آن قرار دارد، از محلی که سایر فعالیت های بخش در آن انجام می شود مجزا است.

۳-۱۱) تهویه هوای قسمت بسته بندی و تا کردن شان و وسایل مرتبط و منطقه غیر آلوده به خارج از فضای بخش، صورت می گیرد.

۴-۱۱) امکانات شستشوی دست در مکان های آلوده، غیر آلوده، مکان استریل سازی و سرویس های بهداشتی، وجود دارد.

۵-۱۱) تجهیزات مخصوص برای تمیز کردن، ضد عفونی کردن، خشک کردن، بسته بندی و استریل کردن در دسترس است:

۱۱ هـ ۶) دستگاه اولتراسوند

۱۱ هـ ۴) دستگاه پر فشار آب در سینک گند زدایی

۱۱ هـ ۳) دستگاه پر فشار هوا برای خشک کردن

۱۱ هـ ۴) دستگاه شستشوی وسایل

۱۱ هـ ۵) مواد و وسایل بسته بندی کردن در دستگاه اتوکلاو، دستی (پارچه یا کاغذ استریل کردن) یا دستگاه سیلر

(دوخت Viopac)

۶-۱۱) یک سیستم اعلام خطر نشت گاز وجود دارد.

۷-۱۱) سیستم تهویه خروجی به شبکه برق اضطراری متصل است.

۸-۱۱) سطل، جارو و وسایل نظافت مورد استفاده در قسمت گند زدایی و در قسمت پاک جدا از یکدیگر بوده و خاص این بخش هستند.

۱۲-۱) برچسب هر وسیله یا بسته ای که استریل می شود حاوی موارد ذیل است:

۱۲ + ۱) شماره ای که نشان دهندهٔ دستگاه استریل کننده باشد

۱۲ + ۲) تاریخ استریل کردن

۱۲ + ۳) شمارهٔ سیکل (چرخه) بارگذاری استریل کننده

۱۲ + ۴) مشخص کردن فرد مسئول بسته بندی و جمع کردن بسته

۱۲ + ۵) تاریخ انقضا

۱۲-۲) از استریل کردن مجدد وسایل یک بار مصرف خود داری می شود.

۱۲-۳) سیستمی که نشان دهد شماره سریال یا هر فاکتور شناسایی دیگر برای وسایل یک بار مصرف حساس وجود دارد و تأ یبید کند که اینگونه ابزار یک بار مورد استفاده قرار گرفته و سپس از چرخهٔ مصرف خارج شده اند، طراحی و مستقر شده است.

۱۲-۴) تمام وسایل استریل شده در سطحی بالاتر از سطح زمین انبارداری می شوند.

۱۲-۵) وسایل استریل شده به صورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل انبارداری می شوند.

۱۲-۶) قفسه ها و جعبه های نگهداری دارای سطوح صاف و بدون خلل و فرج هستند تا تمیز کردن آنها به سهولت انجام گیرد.

۱۲-۷) تمام وسایل استریل شده در جعبه های در بسته، توالی های کم‌مدار و یا کانتینرهای دردار

جابجا می شوند.

۸-۱۲) یک سیستم رهگیری برای مشخص کردن وسایل و تجهیزات استریل به کار برده شده برای بیمار (و ثبت شده در پرونده^۱ پزشکی وی)، وجود دارد.

۹-۱۲) تجهیزات استریل سازی با گاز اتیلن اکسید یا فرمالدئید راه اندازی شده است.

۱۰-۱۲) تجهیزات استریل کننده با حرارت پایین راه اندازی شده است.

۱۱-۱۲) دستگاه استریل کننده اتیلن اکسید و فرمالدئید دارای استانداردهای بین المللی^۱ (EN) بوده و براساس دفترچه^۱ راهنمای کارخانه^۱ سازنده، همراه با شواهد تهویه^۱ مناسب نصب شده است.

۱۲-۱۲) دستگاه استریل کننده^۱ اتیلن اکسید و فرمالدئید در یک اتاق معین و جدا از سایر استریل کننده ها و محل کار مربوطه است.

۱۳-۱۲) امکانات ضد عفونی نهایی/محلول استریل سرد (مانند مایعات استریل کننده) در بیمارستان در دسترس است.

۱۴-۱۲) در این سیستم تمام اقدامات انجام مراحل ضد عفونی برای تجهیزات حساس به حرارت مکتوب می گردد.

۱۵-۱۲) مستندات نشان می دهند که انجام ضد عفونی نهایی/ محلول استریل کننده بر اساس روش توصیه شده توسط کارخانه^۱ سازنده، انجام می گیرد.

۱۶-۱۲) این سیستم در یک فضای کاملاً "مشخص، دارای لاک و مهر مخصوص / در جعبه های در بسته، طراحی شده است.

۱۷-۱۲) مستندات معتبر تعیین صحت عملکرد و اعتبار محلول استریل کننده (سواپینگ) وجود دارد.

۱۲-۱۸) تاریخ آماده سازی محلول و تاریخ انقضا مصرف محلول حاضر، به وضوح روی ظرف حاوی آن ثبت شده است.

۱۲-۱۹) مستندات و شواهد نشان می دهند که کارکنان در زمینه^۶ مخلوط کردن و به کار گیری سیستم استریل کننده سرد/ ضد عفونی نهایی، آموزش دیده اند.

۱۲-۲۰) ساخت محلول از مایع استریل کننده و مخلوط کردن آن، در شرایط تهویه مناسب و ایمن صورت می گیرد.

۱۲-۲۱) ممیزی اتفاقی (راندام) بسته های استریل شده، برای تا^۷ رعایت مطلوب استانداردهای فوق صورت می گیرد.

۱۲-۲۲) رعایت مسیر عبور یک طرفه از محیط کثیف به محیط تمیز و استریل و نشانه گذاری جهت جداسازی محیط تمیز و کثیف رعایت می گردد.

۱۲-۲۳) کسب اطمینان بیمارستان از ضد عفونی مناسب و مطلوب تمام وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از کاربرد آنها

۱۲-۲۴) کسب اطمینان بیمارستان از تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه^۸ تجهیزات با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر

۱۲-۲۵) کسب اطمینان بیمارستان از وجود تدارکات کافی به منظور ارتقای استریلیزاسیون

مستندات (۱۳)

۱۳-۱) یک دفتر ثبت برای هر دستگاه استریل کننده در این بخش وجود دارد. محتویات دفتر مذکور باید حداقل شامل موارد ذیل باشد (اگر چه به این موارد محدود نمی شود):

۱۳ + ۴ شماره کد مخصوص هر دستگاه استریل کننده

۱۳ + ۴ نتایج انجام آزمون های روزانه

۱۳ + ۳ نتایج آزمون های اسپور

۱۳ + ۴ هر نمودار یا پرینت دستگاه، که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد

۱۳ + ۵ نام مسئول هر بار بارگذاری

۱۳ + ۶ هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه (PM) و آزمون های کالیبراسیون

۱۳-۲ دفتر ثبت برای هر دستگاه به مدت یک سال نگهداری شود.

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

۱۴ ایمنی پرسنل

۱۴-۱) لوازم محافظتی مناسب برای تمام کارکنانی که در این بخش کار می کنند، حداقل در موارد ذیل فراهم است.

۱۴ + ۴ دستکش لاستیکی مقاوم در مقابل پاره شدن و دستکش لاتکس یک بار مصرف

۱۴ + ۴ ماسک صورت به طوری که بینی و دهان را بپوشاند و عینک ایمنی یا محافظ کامل صورت

۱۴ + ۳ پیش بند ضد آب

۱۴ + ۴ کفش جلو بسته

۲-۱۴) تمهیدات لازم برای مواجهه کارکنان با وسایل تیز و برنده وجود دارد.

۳-۱۴) در طی هر فعالیت گندزدایی دستکش پوشیده می شود .

۱۵) بهبود کیفیت

۱-۱۵) بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می باشد در دسترس است.

۲-۱۵) برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.

۳-۱۵) برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.

۴-۱۵) برنامه بهبود کیفیت بایستی دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

۵-۱۵) مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۱۶) جمع آوری و تحلیل داده ها

۱-۱۶) داده های واحد خدمات استریلیزاسیون مرکزی (CSSD) جمع آوری و رایانه ای می شوند.

۲-۱۶) علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۳-۱۶ چک لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.

۴-۱۶ ممیزی داخلی انجام می شود.

۵-۱۶ تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب بر اساس آن، مستند شده اند.

۶-۱۶ در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران، اطلاع رسانی می شود.