

# واحد مدیریت دفع پسماند

## مدیریت و سازماندهی

### (۱) برنامه استراتژیک

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

۱) در واحد مدیریت دفع پسماند، نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.

۱) کلیه کارکنان مدیریت دفع پسماند، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

### (۲) مسئول واحد

۲) مسئول واحد مدیریت پسماند 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 + ۱) پرونده پرسنلی ( کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد مدیریت پسماند، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس 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 امضا شده توسط فرد

۳ + ۴) چک لیست های گذراندن دوره 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 دوره های آموزشی طی شده

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 + ۱) در واحد مدیریت پسماند، لیستی از تمام کارکنان این واحد، در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

۴ + ۱) نام و نام خانوادگی

۴ + ۴) سمت سازمانی

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

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

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

۵ ۴ در مواردی که بیمارستان از پیمانکاران برای مدیریت پسماند استفاده می کند (برون سپاری) نیز جزئیاتی که در بالا گفته شد باید در دسترس باشد.

۵ دوره توجیهی بدو ورود

۵ + نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حد اقل شامل موارد ذیل می باشد:

۵ + معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشهء ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق

گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامهء 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)

۵ + ۴) معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین نامه‌ها و بخش نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با

مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد

۵ + ۳) زیر مجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد

۶) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۶ + ۱) مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه/دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۶ + ۴) مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی حداقل سالی یک بار، برای کلیه کارکنان،

برگزار می‌شوند.

۶ + ۳) مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون اولیه/دوره‌ای توانمندی

کارکنان، انجام می‌گیرد.

۶ + ۴) مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی کارکنان، مورد بررسی قرار می‌

گیرند.

۷) آموزش و توانمندسازی کارکنان

۷ + ۱) واحد مدیریت پسماند یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک

و برنامه<sup>۱</sup> بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۷ + ۴) مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه<sup>۲</sup> کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یکبار،

گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۴ ۷ مستنداتی که نشان می دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره های باز آموزی شرکت می نمایند، موجود است.

۴ ۷ مستنداتی که نشان می دهند کلیه کارکنان این 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 کلیه کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می بینند موجود است.

۶ ۷ مستنداتی که نشان می دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می بینند موجود است.

۷ ۷ مستنداتی که نشان می دهند کلیه کارکنان این واحد 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 واحد حداقل یکبار در سال، تمرین (drill) آتش نشانی انجام می دهند.

۸ کتابچه/مجموعه بهداشت محیط و ایمنی و سلامت شغلی

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

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

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

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

۹) خط مشی ها و روش ها

۹) یک کتابچه/مجموعه<sup>۹</sup> خط مشی ها و روش ها در واحد مدیریت پسماند وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را  
توصیف می نماید:

۹) ۱) خط مشی ها و روش ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت می باشند.

۹) ۲) خط مشی ها و روش ها به طور منظم بازنگری می شوند.

۹) ۳) خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.

۹) ۴) روش ها به روشنی مشخص هستند.

۹) ۵) کتابچه /مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.

۹) ۶) کتابچه /مجموعه دارای نمایه مشخص است.

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

۹) ۴) ۱) جدا سازی و تفکیک پسماند ها

۹) ۴) ۲) انتقال و خروج پسماندها از بیمارستان

۹) ۴) ۳) جمع آوری و بی خطر سازی پسماندهای تیز و برنده

۹-۲-۴) سیستم دفع نهایی تمامی انواع پسماندها

۹-۳-۴) کنترل کلیه ظروف نگهداری و انتقال پسماندها

۹-۴-۰) کنترل عفونت بیمارستانی (با هدایت و هماهنگی واحد کنترل عفونت)

۹-۵-۴) ایمنی کارکنان

۹-۶-۴) آموزش علمی و عملی اصول بهداشت محیط به کارکنان (با نگاه ویژه به موضوع دفع پسماند)

۹-۴-۴) کنترل رعایت الزامات و استانداردهای واحد مدیریت پسماند توسط پیمانکار(در مواردی که برون سپاری صورت گرفته است).

۱۰) تفکیک، جمع آوری، حمل، نگهداری و دفع

۱-۱۰) موازین تفکیک در مبدأ به طور دقیق برای پسماندهای عادی، عفونی، تیز، برنده و شیمیایی رعایت می شود.

۲-۱۰) یک لیست از انواع و محل مواد خطرناک و مواد زائد موجود است.

۳-۱۰) کد بندی رنگی پسماند های تفکیک شده مشخص شده است.

۴-۱۰) تمام پسماندها برچسب گذاری می شوند.

۵-۱۰) برای تمام پسماندها ظروف نگهدارنده و تسهیلات ذخیره سازی در بخش ها و اماکن موجود است.

۶-۱۰) محل نگهداری موقت پسماند در بیمارستان جهت دریافت تمامی پسماندهای تفکیک شده، موجود است.

۷-۱۰) هر بخش دارای یک فضای مشخص جهت ذخیره سازی پسماندها، تا زمان جمع آوری است.

۸-۱۰ هر بخش دارای ظروف مستحکم مناسب (Safety Box) جهت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده است.

۹-۱۰ حمل ظروف (Safety Box) به محل جمع آوری پسماندهای بیمارستانی با یک روش مطمئن انجام می شود.

۱۰-۱۰ از روش های مناسب مورد تایید وزارت متبوع، برای دفع پسماندهای بیمارستانی استفاده می شود.

۱۰-۱۰-۱ از روشهای غیر سوز مورد تایید وزارت متبوع برای بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده در مبدا تولید استفاده می شود.

۱۱-۱۰ مستندات پایش و ارزیابی روش بی خطر سازی پسماند وجود دارد.

۱۲-۱۰ اعضاء و اندام های قطع شده بدن و جنین مرده، مطابق ضوابط، جمع آوری و دفع می گردند.

۱۳-۱۰ محلی مناسب در بخش برای شستشو و گند زدایی سطل های زباله وجود دارد.

۱۴-۱۰ مشخصات محل نگهداری موقت پسماندها و شرایط نگهداری پسماند با ضوابط وزارت بهداشت مطابقت دارد.



۱۰-۱۵) نقل و انتقال ها، انبار داری و اقدامات درموارد تماس با مواد آسیب زا و یا ریختن محلول های خطرناک با اصول ایمنی مطابقت دارد.

بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

(۱۱) بهبود کیفیت

۱۱) بخشی از برنامهٔ بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می باشد در دسترس است.

۱۱) برنامهٔ بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامهٔ بهبود کیفیت بیمارستان می باشد.

۱۱) برنامهٔ بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی می باشد.

۱۱) برنامهٔ بهبود کیفیت باید دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

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

(۱۲) جمع آوری و تحلیل داده ها

۱۲) داده های واحد مدیریت پسماند جمع آوری و رایانه ای می شوند.

۱۲) علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۲) چک لیست برای ممیزی داخلی این واحد وجود دارد.

۱۲ (۴) ممیزی داخلی انجام می شود.

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

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